

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----\*\*\*-----

HÀ THỊ CẨM VÂN

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KỸ NĂNG TƯ VẤN  
CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ NHẪM TĂNG KHẢ NĂNG  
SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG  
MA TÚY NHIỄM HIV Ở 4 TỈNH MIỀN BẮC**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HÀ NỘI, 2023**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----\*\*\*-----

HÀ THỊ CẨM VÂN

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KỸ NĂNG TƯ VẤN  
CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ NHẪM TĂNG KHẢ NĂNG  
SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG  
MA TÚY NHIỄM HIV Ở 4 TỈNH MIỀN BẮC**

NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ: 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

1. PGS.TS. LÊ ANH TUẤN

2. GS.TS. VŨ SINH NAM

HÀ NỘI, 2023

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Lê Anh Tuấn và GS.TS. Vũ Sinh Nam, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, là hai thầy hướng dẫn trực tiếp, đã truyền đạt kiến thức, hỗ trợ trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Bộ môn Y tế công cộng, Phòng Đào tạo sau đại học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu tại Viện.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến lãnh đạo, đồng nghiệp ở Cục Y tế dự phòng đã tạo điều kiện giúp đỡ, hỗ trợ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn dự án “Đánh giá các mô hình lồng ghép cung cấp dịch vụ HIV/AIDS ở Việt Nam” do Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phối hợp với Đại học California tại Los Angeles, Hoa Kỳ thực hiện, đã cho phép tôi tham gia và sử dụng một phần dự án nghiên cứu để thực hiện đề tài này.

Xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo, cán bộ và người dân đã tham gia nghiên cứu tại 4 tỉnh Bắc Giang, Hải Dương, Nam Định và Nghệ An, những người đã tham gia, hỗ trợ trong quá trình triển khai các hoạt động tại thực địa.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Thầy, Cô trong các Hội đồng khoa học đánh giá luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức hoàn thành luận án tốt hơn và có thêm kinh nghiệm trong nghiên cứu khoa học sau này.

Nhân dịp này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn ủng hộ, động viên, chia sẻ trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

**Hà Thị Cẩm Vân**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

**Tác giả luận án**

**Hà Thị Cẩm Vân**

## MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN	i
LỜI CAM ĐOAN	ii
MỤC LỤC	iii
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT	v
DANH MỤC BẢNG	vi
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	viii
DANH MỤC HÌNH	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN	3
1.1. Tình hình sử dụng ma túy và nhiễm HIV	3
1.1.1. Tình hình sử dụng ma túy	3
1.1.2. Tình hình nhiễm HIV	4
1.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV	6
1.2.1. Các vấn đề sức khỏe khác của người SDMT-HIV	6
1.2.2. Hành vi nguy cơ của người SDMT và người nhiễm HIV	8
1.2.3. Dịch vụ y tế cần cung cấp cho người SDMT-HIV	10
1.3. Cung cấp dịch vụ y tế liên quan cho người SDMT-HIV tại tuyến xã	18
1.3.1. Vai trò, chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã	18
1.3.2. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV ở TYT	19
1.3.3. Các yếu tố liên quan đến việc cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV	24
1.4. Các can thiệp tăng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV	28
1.4.1. Các mô hình lồng ghép dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV trên thế giới	28
1.4.2. Mô hình can thiệp tăng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV tại Việt Nam	34
1.5. Thông tin về địa bàn nghiên cứu và dự án nghiên cứu gốc	40
CHƯƠNG II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	43
2.1. Đối tượng nghiên cứu	43
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	43
2.3. Thiết kế nghiên cứu	43
2.4. Cỡ mẫu	44
2.5. Phương pháp chọn mẫu	47
2.6. Hoạt động can thiệp/đối chứng	48
2.7. Quy trình, công cụ đánh giá	51
2.8. Biến số nghiên cứu	53
2.9. Quản lý và phân tích số liệu	56
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu	58
CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	59

3.1.	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	59
3.1.1.	<i>Đặc điểm chung của CBTYT</i>	59
3.1.2.	<i>Đặc điểm chung của người SDMT-HIV</i>	60
3.2.	Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV	61
3.2.1.	<i>Thực trạng cung cấp dịch vụ của CBTYT</i>	61
3.2.2.	<i>Các yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ của CBTYT</i>	68
3.3.	Thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và SDDVYT của người SDMT-HIV	71
3.3.1.	<i>Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV</i>	71
3.3.2.	<i>Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV</i>	72
3.3.3.	<i>Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV</i>	74
3.4.	Hiệu quả can thiệp	76
3.4.1.	<i>Hiệu quả can thiệp đối với CBTYT</i>	76
3.4.2.	<i>Hiệu quả can thiệp ở nhóm SDMT-HIV</i>	84
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN		93
4.1.	Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế của CBTYT và các yếu tố liên quan	93
4.1.1.	<i>Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế về HIV, ma túy của CBTYT</i>	93
4.1.2.	<i>Các yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ của CBTYT</i>	97
4.2.	Thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và sử dụng dịch vụ của SDMT-HIV	100
4.2.1.	<i>Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV</i>	100
4.2.2.	<i>Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV</i>	103
4.2.3.	<i>Thực trạng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV</i>	105
4.3.	Hiệu quả can thiệp đối với CBTYT và người SDMT-HIV	108
4.3.1.	<i>Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của CBTYT</i>	108
4.3.2.	<i>Hiệu quả can thiệp tăng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV</i>	112
4.4.	Ưu điểm, hạn chế của đề tài	118
KẾT LUẬN		121
KHUYẾN NGHỊ		124
CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ		125
TÀI LIỆU THAM KHẢO		126
PHỤ LỤC		148

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ARV	Thuốc điều trị đặc hiệu HIV (AntiRetro Virus)
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CBTYT	Cán bộ trạm y tế xã
CDTP	Chất dạng thuốc phiện
CSĐT	Cơ sở điều trị
GEE	Phương pháp tiếp cận phương trình ước tính tổng quát (Generalized Estimating Equation)
HBV/HCV	Vi rút viêm gan B/C
KTC 95%	Khoảng tin cậy 95%
MMT	Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (Methadone Maintenance Therapy)
MSM	Nam quan hệ tình dục đồng giới (Men who have sex with men)
NCMT	Nghiện chích ma túy
NVYT	Nhân viên y tế
OR	Tỷ số chênh (Odds Ratio)
PNBD	Phụ nữ bán dâm
QHTD	Quan hệ tình dục
SDMT	Sử dụng ma túy
SDMT-HIV	Người sử dụng ma túy nhiễm HIV
SKTT	Sức khỏe tâm thần
STI	Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexual transmitted infection)
TTĐT	Tuân thủ điều trị
TYT	Trạm y tế xã/phường

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Tỷ lệ nhiễm HIV ở các nhóm từ 2015-2018 .....	6
Bảng 1.2: Các loại mô hình lồng ghép dịch vụ.....	29
Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu của CBTYT .....	59
Bảng 3.2: Trình độ chuyên môn của CBTYT.....	59
Bảng 3.3: Đặc điểm nhân khẩu của người SDMT-HIV.....	60
Bảng 3.4: Thực trạng cung cấp dịch vụ (n=120) .....	61
Bảng 3.5: Nội dung công việc CBTYT cảm thấy tự tin (n=120) .....	64
Bảng 3.6: Kiến thức về can thiệp giảm hại của CBTYT (n=120) .....	65
Bảng 3.7: Kiến thức về HIV và điều trị ARV của CBTYT (n=120).....	65
Bảng 3.8: Nhận thức về người nhiễm HIV của CBTYT .....	67
Bảng 3.9: Nhận thức về người SDMT của CBTYT (n=120) .....	67
Bảng 3.10: Yếu tố liên quan đến hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV của CBTYT.....	68
Bảng 3.11: Yếu tố liên quan đến cung cấp MMT và/hoặc BKT của CBTYT.....	69
Bảng 3.12: Yếu tố liên quan đến tư vấn tâm lý cho người bệnh của CBTYT.....	70
Bảng 3.13: Tỷ lệ mắc bệnh đồng nhiễm của người SDMT-HIV (n=241).....	71
Bảng 3.14: Tình trạng sức khỏe và vận động của người SDMT-HIV (n=241).....	71
Bảng 3.15: Sử dụng chất gây nghiện của người SDMT-HIV (n=241).....	72
Bảng 3.16: Tình hình sử dụng chất kích thích của người SDMT-HIV (n=241).....	72
Bảng 3.17: Hành vi quan hệ tình dục của người SDMT-HIV (n=241) .....	73
Bảng 3.18: Thực trạng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế của người SDMT-HIV .....	74
Bảng 3.19: Tình hình điều trị Methadone của người SDMT-HIV (n=241) .....	74
Bảng 3.20: Xét nghiệm CD4 và tải lượng vi rút của người SDMT-HIV .....	75
Bảng 3.21: Tình hình điều trị ARV của người SDMT-HIV .....	76
Bảng 3.22: Thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị ARV (n=180).....	76
Bảng 3.23: Hiệu quả can thiệp về số lượng người bệnh (n=120) .....	76
Bảng 3.24: Hiệu quả can thiệp về số người bệnh là người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120).....	77
Bảng 3.25: Hiệu quả can thiệp về tương tác giữa CBTYT với người bệnh (n=120).....	78



Bảng 3.26: Hiệu quả can thiệp về mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120) .....	79
Bảng 3.27: So sánh mức độ tự tin của CBTYT giữa nhóm can thiệp/đối chứng qua các thời điểm (n=120) .....	81
Bảng 3.28: Hiệu quả can thiệp về tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác (n=120).....	81
Bảng 3.29: Hiệu quả can thiệp về mức độ hài lòng với công việc của CBTYT (n=120) .....	83
Bảng 3.30: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ điều trị MMT của người SDMT-HIV (n=241) .....	84
Bảng 3.31: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ điều trị ARV của người SDMT-HIV (n=241) .....	85
Bảng 3.32: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại trạm y tế của người SDMT-HIV (n=241).....	85
Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy tại trạm y tế của người SDMT-HIV (n=241) .....	87
Bảng 3.34: Hiệu quả can thiệp về chất lượng cuộc sống về tinh thần của người SDMT-HIV (n=241).....	88
Bảng 3.35: Hiệu quả can thiệp về chất lượng cuộc sống về thể chất của người SDMT-HIV (n=241).....	89
Bảng 3.36: Hiệu quả can thiệp về rào cản tiếp cận dịch vụ y tế của người SDMT-HIV (n=241).....	90
Bảng 3.37: Hiệu quả can thiệp về triệu chứng trầm cảm của người SDMT-HIV (n=241).....	91

**DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1: Cách thức trao đổi của CBTYT (n=120).....	63
Biểu đồ 3.2: Nội dung trao đổi giữa CBTYT với người bệnh (n=120) .....	64
Biểu đồ 3.3: Đánh giá có nguy cơ nghề nghiệp của CBTYT (n=120) .....	66
Biểu đồ 3.4: Thay đổi mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120).....	80
Biểu đồ 3.5: Thay đổi về tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác (n=120) .....	82

**DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1: Vai trò của y tế cơ sở trong phòng, chống HIV/AIDS .....	23
Hình 1.2: Khung lý thuyết về yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV tại trạm y tế.....	28
Hình 2.1: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	44
Hình 2.2: Số lượng CBTYT tham gia nghiên cứu qua các vòng (n=120).....	46
Hình 2.3: Số người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu qua các vòng (n=241) .....	47

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Năm 2021, trên toàn cầu ước tính có khoảng hơn 269 triệu người sử dụng ma túy (SDMT), tăng 23% so với thập kỷ trước, trong đó khoảng 13,2 triệu người nghiện chích ma túy, cao hơn 18% so với ước tính trước đó [176]. Nguy cơ lây nhiễm HIV của nhóm nam nghiện chích ma túy cao hơn gấp 35 lần so với quần thể bình thường [175]. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy năm 2021 cao nhất ở khu vực Đông và Nam Phi (21,8%), Đông Âu và Trung Á (7,2%), Châu Á - Thái Bình Dương (6,9%) [174]. Tại Việt Nam, kết quả giám sát trọng điểm cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam nghiện chích ma túy dao động từ 14,2% năm 2017, 13% năm 2019 và tỷ lệ này là 12,3% vào năm 2021 [49].

Người sử dụng ma túy nhiễm HIV (SDMT-HIV) cần được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến việc chăm sóc, điều trị HIV và nghiện các chất dạng thuốc phiện để cải thiện sức khỏe bản thân và cộng đồng nhằm duy trì việc làm, ổn định cuộc sống lâu dài, tăng sức sản xuất của xã hội. Người SDMT-HIV cần điều trị đồng thời cả thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT) và điều trị thuốc kháng vi rút HIV (ARV). Việc điều trị MMT và ARV nhằm giảm sử dụng các chất dạng thuốc phiện bất hợp pháp, giảm tỉ lệ tiêm chích chất dạng thuốc phiện, giảm tác hại do nghiện các chất dạng thuốc phiện gây ra (hoạt động tội phạm, viêm gan B, viêm gan C do sử dụng chung bơm kim tiêm, tử vong do sử dụng quá liều các chất dạng thuốc phiện), giảm đau đớn về thể chất, tinh thần giúp kéo dài cuộc sống và tăng cường chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, người SDMT-HIV thường mắc các bệnh đồng nhiễm khác và gặp các rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện, rối loạn sức khỏe tâm thần... nên cũng cần được điều trị đồng thời các bệnh đồng nhiễm khác đi kèm nếu có [4].

Tại Việt Nam hiện nay mô hình cung cấp dịch vụ y tế chủ yếu cho người SDMT-HIV là đến nhận dịch vụ trực tiếp tại các cơ sở điều trị MMT và ARV, chủ yếu tại tuyến huyện và tuyến tỉnh. Mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là y tế tuyến xã/phường (TYT) thực hiện việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ người HIV đến đăng ký khám và điều trị tại các cơ sở chăm sóc và điều trị MMT, ARV; cung cấp các thông tin về dịch

vụ y tế liên quan và tầm quan trọng và lợi ích của điều trị MMT, ARV kịp thời để người SDMT- HIV tới cơ sở y tế nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị; hỗ trợ cấp phát thuốc và tuân thủ điều trị MMT, ARV; nhắc lịch khám định kỳ tại cơ sở điều trị ARV; triển khai các biện pháp can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV [7], [10]. Các dịch vụ cung cấp tại trạm y tế góp phần quan trọng trong việc hỗ trợ người SDMT-HIV tiếp cận được các dịch vụ y tế cần thiết và tuân thủ điều trị. Mặt khác, cán bộ y tế tuyến xã/phường (CBTYT) có chuyên môn, được đào tạo, tập huấn về các dịch vụ y tế và thường xuyên hỗ trợ cộng đồng, người bệnh và gia đình của họ thông qua các chương trình tiếp cận cộng đồng, qua các nhóm hỗ trợ, vận động và giáo dục sức khỏe. Do đó, CBTYT đóng vai trò quan trọng trong việc tư vấn, kết nối với nhân viên y tế của các cơ sở điều trị ARV và MMT nhằm tăng khả năng sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến ma túy, HIV và các dịch vụ y tế khác cho người SDMT-HIV tại Việt Nam.

Đây là cơ hội để nghiên cứu được thực hiện với mục đích đánh giá hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của CBTYT, từ đó góp phần tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến ma túy, HIV và các dịch vụ y tế khác của người SDMT-HIV tại Việt Nam. Đây là một phần của dự án nghiên cứu “Đánh giá các mô hình lồng ghép cung cấp dịch vụ HIV/AIDS tại Việt Nam”.

### **MỤC TIÊU:**

- 1) Mô tả thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người sử dụng ma túy nhiễm HIV của cán bộ trạm y tế xã ở 4 tỉnh miền Bắc Việt Nam năm 2018;
- 2) Mô tả thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và sử dụng dịch vụ y tế của người sử dụng ma túy nhiễm HIV ở 4 tỉnh miền Bắc Việt Nam năm 2018;
- 3) Đánh giá hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của cán bộ trạm y tế xã nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV và ma túy của người sử dụng ma túy nhiễm HIV ở 4 tỉnh miền Bắc giai đoạn 2018-2020.

## CHƯƠNG I: TỔNG QUAN

### 1.1. Tình hình sử dụng ma túy và nhiễm HIV

#### 1.1.1. Tình hình sử dụng ma túy

Theo Báo cáo thường niên tình hình ma túy thế giới của Văn phòng Liên Hợp Quốc về phòng chống Ma túy và Tội phạm (UNODC) năm 2018, ước tính có khoảng 275 triệu người, tương đương với khoảng hơn 5,6% dân số toàn thế giới trong độ tuổi từ 15 đến 64 đã từng sử dụng ma túy trái phép, năm 2016 có 450.000 người tử vong do SDMT trong đó 167.750 trường hợp chủ yếu do sử dụng quá liều; các trường hợp tử vong còn lại liên quan đến bệnh lây truyền qua đường máu do vi rút như HIV, viêm gan B, viêm gan C do sử dụng bơm kim tiêm không an toàn [177].

SDMT bất hợp pháp gây ra bốn nhóm ảnh hưởng chính đối với sức khỏe: ảnh hưởng cấp tính như sốc quá liều; hậu quả tức thì do SDMT như chấn thương do tai nạn, hành vi bạo lực; tình trạng lệ thuộc ma túy hay còn gọi là nghiện ma túy; ảnh hưởng mãn tính do SDMT thường xuyên như bệnh mạn tính (bệnh mạch vành, xơ gan...), bệnh lây truyền qua đường máu do vi rút như HIV, viêm gan B, viêm gan C và các rối loạn tâm thần. Tệ nạn ma túy đã ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe cộng đồng, sự phát triển của kinh tế, xã hội và đe dọa an ninh quốc gia không chỉ ở những nước đang phát triển mà còn cả những nước phát triển [20].

SDMT ở Việt Nam vẫn đang diễn biến phức tạp với chiều hướng ngày càng gia tăng, số người SDMT ở cộng đồng chiếm tỷ lệ khoảng 65%. Theo báo cáo năm 2015, toàn quốc thống kê được 201.180 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý, đến năm 2018, toàn quốc có 225.099 người nghiện ma túy, trong đó có khoảng hơn 35.000 người đang cai nghiện bắt buộc trong các cơ sở cai nghiện ma túy; gần 80% có sử dụng amphetamine và chất hướng thần mới. Tại một số địa phương, tỷ lệ người nghiện sử dụng amphetamine và chất hướng thần cao như Đồng Nai (87%), Đà Nẵng (85%), Trà Vinh (90,7 %) [9].

Năm 2005, heroin, methamphetamine dạng viên, và ecstasy (thuốc lắc) được báo cáo là những loại ma túy đáng quan tâm nhất tại Việt Nam và xu hướng sử dụng các loại chất này đang tăng lên. Methamphetamine dạng tinh thể (đá) xuất hiện trên

thị trường nội địa vào năm 2007 [52]. SDMT gây ra nhiều hoang tưởng, ảo giác ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi người bệnh. Một số trường hợp có hành vi bạo lực như đập phá đồ đạc, tấn công người khác. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Việt (2012), thời gian sử dụng Amphetamine từ 1-3 năm chiếm 53,1%, thời gian sử dụng trung bình là  $2,8 \pm 0,9$  năm, người bệnh sử dụng lâu nhất là 8 năm. Người bệnh xuất hiện các mức độ hoang tưởng khác nhau sau một thời gian sử dụng và chủ yếu là hoang tưởng truy hại (57,2%), hoang tưởng bị chi phối cũng gặp với tỷ lệ đáng kể (11,7%) [36].

Ngoài ma túy truyền thống thì các loại ma túy khác như cần sa, “cỏ Mỹ” xuất hiện ngày càng nhiều. Độ tuổi sử dụng ma túy dưới 16 chiếm 0,1%; từ 16 đến dưới 30 là 49%; từ 30 tuổi trở lên chiếm 50,9%; hầu hết là nam giới (96%), nữ chiếm 4%. Đa phần người nghiện ma túy ở trong cộng đồng chiếm tỷ lệ 64,5%; số người đang cai nghiện trong các cơ sở khám chữa bệnh, trung tâm cai nghiện (22,4%); số đang trong các trại giam, trại tạm giam, nhà tạm giữ (13,1%). Công tác điều trị nghiện ở nước ta rất được quan tâm, đang được từng bước xã hội hóa và số người được tiếp cận dịch vụ cai nghiện ngày càng tăng. Tuy nhiên tỷ lệ tái nghiện vẫn còn ở mức cao (80%), thậm chí có nơi trên 95% [54].

### ***1.1.2. Tình hình nhiễm HIV***

Từ khi xuất hiện vào cuối 1980 và đầu 1990, HIV/AIDS đã trở thành nạn dịch xuất hiện khắp nơi trên thế giới. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở Châu Á cao, đứng thứ hai chỉ sau Châu Phi. Tính đến năm 2018, thế giới có khoảng 38 triệu người đang chung sống với HIV/AIDS. Trên toàn cầu, các chỉ số đo lường tiến độ của dịch HIV/AIDS chưa đạt các tiêu chuẩn của Chương trình liên hiệp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS). Số ca nhiễm HIV mới hàng năm trên toàn cầu giảm 16% trong năm 2018. Năm 2010, số ca nhiễm là 2,1 triệu người giảm còn 1,7 triệu năm 2018. Số ca nhiễm HIV mới hàng năm đã gia tăng ở Đông Âu và Trung Á (29%), Trung Đông và Bắc Phi (tăng 10%) và Mỹ La tinh (tăng 7%) [173]. Tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV/AIDS ở mọi lứa tuổi trên toàn cầu đã giảm từ 1,7 triệu người năm 2004 còn 770.000 người năm 2018. Kể từ năm 2010, tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV/AIDS đã giảm 33% trong đó

Tây Phi và Nam Phi giảm 29%, Đông Âu, Trung Á, Trung Đông và Bắc Phi giảm 5% trong giai đoạn từ 2010-2018 [173].

Đến nay, vẫn chưa có thuốc điều trị và vắc xin phòng bệnh đặc hiệu, nên các biện pháp có hiệu quả nhằm hạn chế đến mức tối đa tác hại và sự lan truyền của HIV ra cộng đồng là dự phòng với 3 mục tiêu chính: hạn chế tốc độ lây lan HIV, làm chậm quá trình tiến triển bệnh và giảm ảnh hưởng kinh tế, xã hội của HIV/AIDS [102].

Theo UNODC trong hơn 13 triệu người SDMT, có khoảng 1,6 triệu người (từ 1,2 đến 3,9 triệu người) nhiễm HIV, chiếm khoảng 11,5% số người tiêm chích ma túy trên toàn cầu. Theo báo cáo của 63 quốc gia, tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B và viêm gan C trong nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) cũng ở mức cao: Tỷ lệ nhiễm viêm gan C ở nhóm NCMT trên toàn cầu ước tính 51,0%, tỷ lệ nhiễm viêm gan B trong nhóm này là 8,4%, tương ứng với 1,2 triệu người [173].

Tại Việt Nam, tính đến tháng 9/2018, cả nước có 208.750 người nhiễm HIV còn sống, số người tử vong do HIV/AIDS là 104.595, tỷ lệ hiện nhiễm là 226 người/100.000 dân. Ước tính có khoảng 5.500 người từ 15 tuổi nhiễm HIV và 268 trẻ em nhiễm mới HIV trong năm 2018. Số người nhiễm mới là người lớn giảm 64% so với năm 2010. Trong số nhiễm mới HIV, có 36% là phụ nữ lây từ chồng, bạn tình bị nhiễm HIV, 24% là người quan hệ tình dục đồng giới và chuyển giới nữ, 23% là người nghiện chích ma túy, 10% là người mua dâm, 5% là nam giới lây từ vợ, bạn tình bị nhiễm HIV, 2% là phụ nữ bán dâm. Tính đến hết năm 2018, 90% số tỉnh, thành phố, 100% số quận/huyện và trên 96% số xã phường tại Việt Nam báo cáo có người nhiễm HIV/AIDS. Trong tổng số những ca nhiễm HIV được phát hiện, thành phố Hồ Chí Minh có số lượng cao nhất (khoảng 22,3%), Hà Nội (9,9%), Hải Phòng (3,1%), Đồng Nai (3%), Thanh Hóa (2,8%), Thái Nguyên, Nghệ An, An Giang và Quảng Ninh (2,7%) [9]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thượng (2019) trên 200 người NCMT trên 16 tuổi tại một số tỉnh ở Đông Nam Bộ cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 11,9% (KTC 95%: 9,4-14,7). Mô hình phân tích cho thấy xu hướng nhiễm HIV nhiều hơn ở các nhóm: lớn tuổi, có trình độ học vấn thấp, có dùng chung bơm kim tiêm... [44].



HIV/AIDS tại Việt Nam tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ cao: Nhóm NCMT, nhóm nam tình dục đồng giới (MSM) và nhóm phụ nữ bán dâm (PNBD). Nam giới chiếm phần lớn các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện, tính đến hết năm 2018, tỷ lệ nam giới còn sống nhiễm HIV chiếm 70% và nữ chiếm 30%. Theo báo cáo của Cục phòng, chống HIV/AIDS, năm 2010-2015, tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới có xu hướng giảm, tuy nhiên có xu hướng tăng trở lại từ năm 2016. Tỷ lệ người nhiễm HIV là nam giới mới được xét nghiệm phát hiện năm 2019 là 77%. Đường lây chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn (75,8%), qua đường máu (12,1%), mẹ sang con 1,2%, số còn lại không có thông tin về đường lây truyền. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở các nhóm qua các năm như sau [10]:

**Bảng 1.1: Tỷ lệ nhiễm HIV ở các nhóm từ 2015-2018**

	2015	2016	2017	2018
Nghiện chích ma túy	9,3%	9,5%	14%	NA
Phụ nữ bán dâm	2,6%	2,4%	3,7%	3,6%
Nam quan hệ tình dục đồng giới	5,1%	7,4%	12,2%	10,8%

NA: Không thực hiện giám sát trọng điểm HIV ở nhóm này

Một số địa bàn ở vùng sâu, vùng xa cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng do người dân không có đủ kiến thức phòng, chống HIV/AIDS, tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng cao nhưng chưa được xét nghiệm phát hiện [26].

## 1.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV

### 1.2.1. Các vấn đề sức khỏe khác của người SDMT-HIV

Người SDMT-HIV thường có các vấn đề sức khỏe khác kèm theo như viêm gan B, C, lao, rối loạn tâm lý, rối loạn giấc ngủ... [116].

#### Đông nhiễm viêm gan B

Trên toàn cầu hiện có 35 triệu người nhiễm HIV và 248 triệu người nhiễm viêm gan B (HBV) mãn tính. HBV chủ yếu lây truyền qua đường máu và đường tình dục, do đó, đồng nhiễm với HIV và HBV khá phổ biến. Nhiễm HBV mãn tính làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong liên quan đến gan ở những người bệnh nhiễm HIV nhưng không ảnh hưởng đến sự tiến triển thành AIDS. Theo nghiên cứu của Lucy Platt năm 2019,

tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HBsAg trên toàn cầu là 7,6% ở những người nhiễm HIV, tương đương với 2,7 triệu người đồng nhiễm HIV-HBsAg. Gánh nặng lớn nhất về đồng nhiễm HIV-HBsAg ở châu Phi cận Sahara với tỷ lệ 69% tương đương với 1,9 triệu ca. Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt lớn về tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HBsAg trên các nhóm nghiên cứu (MSM, phụ nữ mang thai, nhóm nguy cơ cao khác) (khoảng 6-7%), nhưng tỷ lệ này cao hơn ở nhóm NCMT (11,8%). Tỷ lệ nhiễm HBV ở người có HIV cao hơn 1,4 lần so với người âm tính với HIV [141]. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HBV cao cũng được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu khác [106, 110, 141, 164, 185].

#### Đồng nhiễm viêm gan C

Cũng theo nghiên cứu của Lucy Platt năm 2016 ở những người nhiễm HIV, tỷ lệ đồng nhiễm HIV-viêm gan C (HCV) là 2,4%, tỷ lệ này là 4,0% ở nhóm phụ nữ mang thai, 6,4% ở nhóm MSM và 82,4% ở nhóm NCMT. Tỷ lệ nhiễm HCV ở những người sống chung với HIV cao hơn khoảng sáu lần so với những người không nhiễm HIV [140]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HCV tương đối cao trong các nhóm nguy cơ [106], [155]. Nghiên cứu của Ionita và cộng sự cho thấy rằng người nhiễm HIV là nam, có trình độ học vấn trung học, hoặc người SDMT có nhiều khả năng đồng nhiễm HCV hơn [106].

Trong nhóm NCMT, nghiên cứu của Thomas cho thấy nhiễm HCV có thể gặp phải sau khi tiêm chích ma túy, với 78% người tham gia nghiên cứu dương tính với HCV sau 2 năm tiêm chích. Nghiên cứu của Rebecca J Garte cũng cho thấy rằng tỷ lệ nhiễm HCV trong vòng một năm kể từ khi bắt đầu sử dụng heroin là 57% và 70% nếu người tham gia SDMT. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả nhiễm HCV trong nhóm SDMT khá cao, trên 60% [156, 161] và tỷ lệ này tại miền Bắc Việt Nam là 74,1% [142].

#### Đồng nhiễm lao

Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những người nhiễm HIV, chiếm khoảng 1/3 trường hợp tử vong do AIDS. Do đó, việc điều trị dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là lao rất quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe người bệnh nhiễm HIV/AIDS, từ đó làm tăng tuổi thọ của nhóm đối tượng này.

Yalemzewod Assefa Gelaw và cộng sự đã tiến hành sàng lọc trong số 55.336 người nhiễm HIV từ năm 2011 đến năm 2015 cho thấy có 7,3% đồng nhiễm lao và HIV [91]. Năm 2018, 10 triệu người phát hiện mắc bệnh lao, khoảng 9% trong số đó sống chung với HIV. Khoảng 44% người đang sống chung với cả HIV và mắc lao nhưng không biết về tình trạng sức khỏe của mình và không được điều trị [59]. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV-lao tại các nước châu Phi cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu tổng quan trên thế giới, với 25,8% tại Nigeria và 25,59% tại Etiopia [91, 144, 165].

### Rối loạn sức khỏe tâm thần

Người SDMT có các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) có nguy cơ cao hơn với việc có chất lượng cuộc sống thấp hơn, cố gắng tự tử và tỷ lệ tử vong cao hơn [168]. Các vấn đề SKTT có thể được coi là yếu tố tác động đến việc giảm kết quả điều trị MMT và tăng tỷ lệ các hành vi nguy cơ liên quan đến HIV [113], gây ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị và duy trì điều trị MMT [61]. Do đó, tuyên truyền, tư vấn cho người SDMT về việc điều trị các bệnh đồng nhiễm về tâm thần là nhiệm vụ quan trọng để nâng cao chất lượng cuộc sống của người SDMT, bên cạnh đó tăng cường hiệu quả của các chương trình MMT.

### **1.2.2. Hành vi nguy cơ của người SDMT và người nhiễm HIV**

SDMT là một nguyên nhân lây truyền HIV nghiêm trọng ở hầu hết các quốc gia trên toàn thế giới. Các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV chủ yếu thông qua việc dùng chung bơm kim tiêm và quan hệ tình dục không an toàn. SDMT ước tính chiếm khoảng 10% số ca nhiễm HIV trên toàn thế giới. Tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm PNBD, MSM và NCMT cao hơn đáng kể so với những người trưởng thành trong nhóm quần thể khác, với tỷ lệ nhiễm HIV ước tính khoảng 37% trong số PNBD, 18% trong số MSM và 12% trong số NCMT [138].

Nghiên cứu của Pachau và cộng sự trên những người NCMT ở Ấn Độ cho thấy việc dùng chung bơm kim tiêm là hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV phổ biến nhất ở nhóm này. Ngoài ra, việc bắt đầu tiêm chích sớm, thời gian tiêm chích ma túy dài và tần suất tiêm chích thường xuyên, xăm hình cũng là những hành vi nguy cơ liên quan đến lây nhiễm HIV ở người SDMT. Nhiều quốc gia đã thúc đẩy can thiệp giảm hại

bằng cách thực hiện các chương trình trao đổi bơm kim tiêm. Tuy nhiên việc kiểm soát và hình sự hoá những người SDMT đã hạn chế những người SDMT tiếp cận với chương trình này vì người SDMT sợ bị bắt. Phi hình sự hóa việc sử dụng ma túy sẽ cho phép những người tiêm chích ma túy tiếp cận các chương trình giảm hại, do đó làm giảm lây nhiễm HIV thông qua việc sử dụng bơm kim tiêm vô trùng và chưa qua sử dụng [139].

Kết quả nghiên cứu khác cũng cho thấy hành vi tình dục có nguy cơ liên quan đến lây nhiễm HIV ở người SDMT bao gồm: sử dụng bao cao su không thường xuyên, có nhiều bạn tình, trao đổi tình dục để lấy ma túy và tiền, quan hệ tình dục đồng giới nam, có các triệu chứng nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) và quan hệ tình dục (QHTD) với gái mại dâm [139]. Hành vi nguy cơ của người hành nghề mại dâm: Người hành nghề mại dâm có nhiều bạn tình, thường là trong một thời gian rất ngắn, làm tăng khả năng tiếp xúc của họ với HIV và STI [138]. Bên cạnh đó, khách hàng của PNBD cũng có nguy cơ cao nhiễm HIV vì PNBD thường có nhiều bạn tình và có nguy cơ nhiễm HIV và STI cao.

MSM là một trong những nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao. Điều này là do QHTD qua đường hậu môn không được bảo vệ có khả năng lây truyền cao hơn nhiều so với QHTD qua đường âm đạo. Trong một nghiên cứu trên nhóm MSM nhiễm HIV cho thấy 18% người báo cáo QHTD đường hậu môn không sử dụng BCS với bạn tình không thường xuyên trong tháng qua [138]. Bingman và cộng sự đã báo cáo về hành vi QHTD nguy cơ với bạn tình có nguy cơ nhiễm HIV ở những người đồng tính nam dương tính với HIV tại một phòng khám HIV ngoại trú ở Los Angeles [68] trong đó 37% người tham gia đã QHTD đường hậu môn không sử dụng bao cao su (BCS) với bạn tình âm tính với HIV hoặc không rõ tình trạng HIV trong 6 tháng qua.

*QHTD với bạn tình dương tính với HIV:* Trong một nghiên cứu, 29% người đồng tính nam và song tính dương tính với HIV cho biết họ có QHTD đường hậu môn không sử dụng BCS với bạn tình nhiễm HIV [77]. Tương tự như vậy, Cox và cộng sự phát hiện ra rằng 21% báo cáo có QHTD đường hậu môn không sử dụng

BCS với các bạn tình nhiễm HIV, tỷ lệ QHTD đường hậu môn không sử dụng BCS tương đối cao được ghi nhận trong nghiên cứu tại New York và San Francisco [81].

### ***1.2.3. Dịch vụ y tế cần cung cấp cho người SDMT-HIV***

#### ***Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng Methadone***

Methadone là một chất tổng hợp đồng vận với các chất dạng thuốc phiện, nhưng có chu kỳ bán hủy dài hơn, trên 24 giờ; nó làm chậm lại sự tụt giảm Methadone trong máu, giữ cho người bệnh ở trạng thái không bị chao đảo, không bị khó chịu. Cho phép người bệnh thực hiện được các chức năng hoạt động bình thường, trở lại dần các thích thú đã mất và có thể theo đuổi lại lối sống lành mạnh, kỷ cương, hữu ích, tăng khả năng tái hòa nhập xã hội [2]. Mục đích của điều trị thay thế CDTP nhằm giảm sử dụng các chất dạng thuốc phiện bất hợp pháp, giảm tỉ lệ tiêm chích chất dạng thuốc phiện. Giảm tác hại do nghiện các chất dạng thuốc phiện gây ra (hoạt động tội phạm, lây nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C do sử dụng chung bơm kim tiêm, tử vong do sử dụng quá liều các chất dạng thuốc phiện...). Cải thiện sức khỏe cá nhân và cộng đồng, giúp người nghiện duy trì việc làm, ổn định cuộc sống lâu dài, tăng sức sản xuất của xã hội. Như vậy, việc cung cấp dịch vụ điều trị thay thế CDTP là một trong những dịch vụ y tế quan trọng và cần thiết cho người SDMT-HIV [2].

Theo ước tính có khoảng 61% người NCMT đã được tham gia điều trị thay thế CDTP tại Tây Âu, tỉ lệ này tương đối cao ở Iran 42,6% và tại cộng hòa Czech là 40%. Tuy nhiên, độ bao phủ của chương trình điều trị MMT vẫn còn thấp theo hướng dẫn của các tổ chức quốc tế. Theo ước tính toàn cầu về độ bao phủ của chương trình điều trị thay thế đến cuối năm 2010 cho thấy chỉ có khoảng 6% đến 12% người NCMT được tham gia chương trình điều trị thay thế. Độ bao phủ của Chương trình điều trị MMT vẫn rất thấp tại một số vùng như là vùng cận Sahara của Châu Phi, Châu Mỹ Latinh và Châu Á, như Campuchia, Indonesia, Myanmar [105]. Tại Việt Nam, theo kết quả giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2014, chỉ có 12% người NCMT tham gia nghiên cứu cho biết được điều trị thay thế bằng Methadone trong một tháng qua [4].

Tại Việt Nam, việc điều trị nghiện các CDTP bằng thuốc thay thế thực hiện theo quy định tại Thông tư số 12/2013/TT-BYT ngày 12/4/2013 của Bộ Y tế [29].

Theo báo cáo kết quả phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020 của Bộ Y tế, tính đến tháng 9/2019, cả nước có 52.200 người bệnh đang được điều trị Methadone tại 335 cơ sở điều trị và 227 cơ sở cấp phát thuốc; trong đó số người bệnh điều trị trên 6 tháng là 44.793 người, số người bệnh HIV(+) là 8.046 người, đã có sự gia tăng về số lượng cơ sở cấp phát cũng như cơ sở điều trị so với năm trước đó [10].

Kết quả nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả điều trị thí điểm nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2009-2011” cho thấy tỷ lệ người bệnh sử dụng ma tuý giảm từ 15,5% xuống 12,4% sau 12 tháng sử dụng Methadone, tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế tăng từ 72,4% (trước can thiệp) lên 81,2% sau 24 tháng can thiệp [18].

#### Tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện

Tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT) là một biện pháp can thiệp dự phòng HIV dựa trên nhu cầu của đối tượng tư vấn. VCT cần được cung cấp cho người SDMT để hiểu được nguy cơ nhiễm HIV, biết được kết quả xét nghiệm HIV, tình trạng HIV của mình một cách bí mật, đồng thời cũng tư vấn cho họ về biện pháp tránh bị lây nhiễm HIV cho mình hoặc lây truyền HIV sang người khác, giới thiệu họ đến những cơ sở chăm sóc y tế và tư vấn, điều trị tâm lý thích hợp với họ.

Tại Việt Nam, toàn quốc hiện có 1.300 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, có 138 phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định các trường hợp dương tính tại 63 tỉnh, thành phố. Triển khai tư vấn xét nghiệm HIV cho 2.735.507 lượt người, tổng số người xét nghiệm HIV dương tính trên toàn quốc là 12.613 trường hợp (0,46%) [10].

Kết quả nghiên cứu tại 03 tỉnh miền núi phía Bắc năm 2013 cho thấy chỉ có 15,5% - 70,1% người SDMT có xét nghiệm HIV gần nhất trong vòng 6 tháng qua trong khi hành vi nguy cơ (dùng chung bơm kim tiêm (BKT), thuốc và dụng cụ pha thuốc, dùng lại BKT trong 1 tháng qua) vẫn còn ở mức cao là 62% [46]. Nghiên cứu

cũng cho thấy nhóm sử dụng dịch vụ VCT có nguy cơ sử dụng lại BKT của bạn chích thấp hơn so với nhóm không sử dụng dịch vụ.

Kết quả giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam giai đoạn 2017-2021 được tiến hành tại 20 tỉnh, tỷ lệ người SDMT được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua còn thấp chỉ đạt 50,7% vào năm 2017, 38,6% năm 2019 và 40,8% năm 2021 [49]. Tỷ lệ xét nghiệm HIV thấp cũng là thách thức trong việc tìm kiếm các ca nhiễm HIV mới tại nước ta.

### Điều trị ARV

Người SDMT-HIV cần được chăm sóc và điều trị HIV/AIDS để làm giảm đau đớn về thể chất, tinh thần giúp kéo dài cuộc sống và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV/AIDS.

Vào cuối năm 2012, khoảng 1,6 triệu người nhiễm HIV ở các nước có thu nhập thấp và trung bình đã được tiếp cận với thuốc ARV so với cuối năm 2011 [178]. Đây là năm có số người nhiễm HIV được tiếp cận điều trị ARV cao nhất từ trước đến nay. Trong 10 năm tính từ năm 2002, đã có đến 9,7 triệu người nhiễm HIV được điều trị ARV ở các quốc gia này [178]. Châu Phi là khu vực có số người nhiễm HIV được điều trị ARV cao nhất – khoảng 7,5 triệu. Việc mở rộng tiếp cận điều trị ARV khác nhau giữa các khu vực. Châu Phi vẫn là khu vực dẫn đầu trong việc tăng số người nhiễm HIV được tiếp cận với điều trị ARV. Đông và Nam Phi có số người nhiễm HIV chiếm 50% tổng số người nhiễm HIV trên toàn cầu và có 6,4 triệu người được điều trị ARV vào cuối năm 2012.

HIV/AIDS hiện nay được xem là một bệnh mãn tính thay vì cấp tính do người bệnh ngày càng có cơ hội tiếp cận với dịch vụ điều trị ARV [187]. Phương pháp điều trị này đã được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tử vong, giảm các bệnh nhiễm trùng cơ hội và kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Do đó việc mở rộng điều trị ARV là một trong những giải pháp quan trọng để chấm dứt HIV. Theo kết quả nghiên cứu của Mai Thị Huệ năm 2019, tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị cao (54,5%), nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị đa số ở khu vực miền núi khó khăn về đi lại. Nhóm nữ giới có nhiều khả năng tuân thủ điều trị ARV hơn so với

nam giới do hành vi nguy cơ thụ động (từ chồng) sẽ tạo động lực giúp họ tuân thủ điều trị ARV hơn [30].

Điều trị ARV tại Việt Nam đã được triển khai tại 63 tỉnh/thành phố, với 401 phòng khám điều trị ngoại trú ARV, triển khai cơ sở cấp phát thuốc điều trị ARV tại 562 trạm y tế, trong trại giam. Tính đến hết tháng 9/2017, đã điều trị cho 122.439 người bệnh, tăng gần 6.000 người bệnh so với cuối năm 2016. Triển khai phát thuốc tại TYT xã cho 10.499 người bệnh. Tính đến tháng 9/2019, số người bệnh điều trị ARV đã tăng lên 142.604 người bệnh, trong đó có 12.750 người bệnh mới điều trị [7], [10].

#### Truyền thông thay đổi hành vi

Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy hiệu quả rõ rệt của truyền thông thay đổi hành vi của giới trẻ, những người mua, bán dâm, người NCMT, MSM. Ở các quốc gia mà HIV đã trở thành đại dịch, truyền thông thay đổi hành vi đã làm giảm hoạt động tình dục không an toàn, tăng sử dụng bao cao su, nâng độ tuổi lần đầu tiên quan hệ tình dục, góp phần giảm các ca nhiễm mới HIV trong những năm gần đây. Tỷ lệ nhiễm HIV trong vùng đô thị của Zimbabwe đã giảm từ đỉnh cao nhất năm 1991 gần 6% dân số xuống còn gần 1% dân số năm 2010. Nếu không triển khai các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tỷ lệ nhiễm HIV sẽ còn cao gấp 2 lần mức hiện tại. Theo nghiên cứu của Bello G. và cs. (2011), bằng chứng của thay đổi hành vi làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV ở vùng đô thị của Malawi, truyền thông thay đổi hành vi trong quan hệ tình dục đã làm tỷ lệ nhiễm mới HIV đã giảm từ mức khoảng 4% mỗi năm xuống dưới 1% năm 2010, giảm khoảng 15.000 ca nhiễm mới mỗi năm [64].

Tại Việt Nam, năm 2006, có 35,0% PNMD, 37,6% nam NCMT tại 7 tỉnh/thành phố và 54,9% MSM tại 2 thành phố đã xác định đúng cách phòng tránh HIV lây qua đường tình dục và loại bỏ được quan niệm sai lầm cơ bản về lây truyền HIV. Kết quả điều tra 3 năm sau cho thấy 51,5% PNMD, 49,2% nam NCMT ở 10 tỉnh/thành phố và 60,3% MSM ở 4 thành phố có thể xác định đúng các cách phòng tránh lây nhiễm HIV qua đường tình dục và có thể loại bỏ được các quan niệm sai lầm về lây truyền HIV. Theo số liệu sơ bộ từ điều tra IBBS năm 2009, 47,3% PNMD, 15,4% nam



NCMT và 24% MSM được cung cấp bao cao su/bơm kim tiêm và biết được nơi để làm xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua [55]. Thanh niên là một trong những nhóm đối tượng được ưu tiên của chương trình truyền thông thay đổi hành vi. Kết quả từ nghiên cứu Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam từ tuổi 14-25 năm 2009 cho thấy có 42,5% thanh thiếu niên đã xác định đúng các đường lây truyền HIV và ba quan niệm sai lầm về lây truyền HIV [55]. Kết quả của điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2010-2011 cho thấy 51,5% phụ nữ trong độ tuổi 15-24 đã xác định đúng các đường lây nhiễm HIV và loại bỏ đúng quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV.

### Tiếp cận cộng đồng

Mục đích của tiếp cận cộng đồng là tiếp xúc với nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao (NCMT, PNBD, người mua dâm, MSM...) tại cộng đồng nơi họ sinh sống, tụ tập để cung cấp cho họ các thông tin và các phương tiện nhằm giảm nguy cơ nhiễm HIV có liên quan đến việc dùng chung bơm kim tiêm và quan hệ tình dục không an toàn. Tiếp cận cộng đồng cũng nhằm phòng ngừa các hậu quả về sức khỏe và xã hội khác do việc sử dụng ma túy gây ra. Tiếp cận đối tượng có nguy cơ cao (NCMT, PNBD, MSM) là rất khó. Nhân viên y tế (NVYT) rất khó tiếp cận mà cần phải thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng, chủ yếu là những người sử dụng ma túy, người bán dâm, tình nguyện viên...

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng các dịch vụ như tư vấn và xét nghiệm tự nguyện hoặc điều trị lệ thuộc ma túy, có hiệu quả nhất khi kết hợp với hoạt động tiếp cận cộng đồng [26, 27]. Các chương trình giúp cho người sử dụng ma túy tiếp cận được dịch vụ thông qua việc hỗ trợ phương tiện đi lại, làm tăng việc sử dụng dịch vụ. Các đội lưu động thực hiện tư vấn và xét nghiệm HIV tại chỗ cũng đã làm tăng sử dụng những dịch vụ này [50]. Các mô hình tiếp cận cộng đồng đều làm giảm đáng kể các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV. Tiếp cận cộng đồng thường là bước khởi đầu trong việc xây dựng các chương trình hỗ trợ, điều trị, chăm sóc và dự phòng HIV/AIDS cho những người tiêm chích ma túy.

Kết quả đạt được chương trình tiếp cận cộng đồng tại Việt Nam, năm 2014 có 49/63 tỉnh thực hiện các hoạt động tiếp cận cộng đồng cho người tiêm chích ma túy và bán dâm, 60 tỉnh thực hiện chương trình BKT ở các mức độ khác nhau và 63 tỉnh phân phối miễn phí bao cao su ở 51,4% số xã, 77,7% số huyện. Bộ Y tế, Sở Y tế các tỉnh, thành phố và TTYT huyện đã làm việc với các đồng đảng viên, các nhóm hỗ trợ người có HIV, chính quyền địa phương và công an để cung cấp các dịch vụ giảm hại cho người NCMT, PNBD và MSM. Theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, đến cuối năm 2014, đã có 3.875 đồng đảng viên SDMT (người SDMT trước đây và hiện nay), 2278 đồng đảng viên là PNBD (người bán dâm trước đây, hiện nay và các chủ cơ sở vui chơi giải trí), 145 đồng đảng viên MSM và 11.782 cộng tác viên (chủ yếu là cán bộ cung cấp dịch vụ y tế) tham gia vào chương trình phòng chống HIV/AIDS. Những đồng đảng viên đã được chính quyền địa phương cấp thẻ tuyên truyền viên đồng đảng để chính thức hóa và hỗ trợ các hoạt động của họ và tạo điều kiện thuận lợi cho việc cung cấp các vật dụng giảm hại cho các khách hàng [3].

#### *Can thiệp giảm tác hại*

##### *Khuyến khích sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục*

Nhiều nghiên cứu về hiệu quả của chương trình bao cao su trong dự phòng lây nhiễm HIV đã cho thấy đây là biện pháp hiệu quả với chi phí thấp. Người ta tính rằng, nếu 1.000 bao cao su được bán và sử dụng trên thị trường thì dự phòng cho 3 trường hợp lây nhiễm HIV. Tỷ lệ nhiễm mới HIV tại Thái Lan đã giảm từ 140.000 ca trong năm 1991 xuống còn 10.853 ca vào năm 2010, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm đã giảm xuống còn 1,8% vào năm 2011 [166]. Tại Campuchia, chương trình 100% bao cao su được triển khai vào năm 1998 và hiện nay chương trình này đã được triển khai ở tất cả các tỉnh của Campuchia. Qua điều tra người ta thấy rằng tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm PNBD tại Campuchia tăng từ 15,7% lên 78% và tỷ lệ nhiễm HIV có chiều hướng giảm xuống trong nhóm PNBD. Thái Lan là nước triển khai chương trình bao cao su rất sớm và các báo cáo gần đây cho thấy tỉ lệ nhiễm HIV ở Thái Lan không tăng như các năm trước đây và có xu hướng giảm xuống ở một số nhóm.

Tại Việt Nam, ngay từ năm 1993, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã tài trợ để triển khai thí điểm chương trình can thiệp giảm tác hại tại Quận 1, thành phố Hồ Chí Minh và tại quận Đống Đa, thành phố Hà Nội với các hoạt động chủ yếu là thành lập nhóm giáo dục đồng đẳng và cung cấp bao cao su và kết hợp với truyền thông thay đổi hành vi. Những năm tiếp theo, một số dự án can thiệp giảm tác hại được triển khai thí điểm tại các tỉnh, thành phố với sự hỗ trợ kinh phí của các tổ chức quốc tế. Đến năm 2011, có 28,7 triệu bao cao su đã được phân phát. Đến năm 2014, chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su và phát bao cao su miễn phí đã được thực hiện ở 63/63 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Ở cấp độ quốc gia và cấp tỉnh, đã có sự phối hợp giữa các Bộ ngành trong việc hỗ trợ về cơ chế nhằm tăng sự sẵn có của bao cao su. Tại nhiều tỉnh, với sự hỗ trợ của nhiều chính quyền địa phương, các tổ chức, bao cao su có sẵn miễn phí (thông qua việc mua bán lẻ, tiếp thị xã hội và phân phối miễn phí) tại hơn 80% phòng của khách sạn và nhà nghỉ. Các mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng, bao gồm các chủ cơ sở vui chơi giải trí và người bán dâm hiện tại hay đã giải nghệ, tiếp tục phân phối 65% tổng số bao cao su được phân phối theo chương trình 100% BCS. Tuy nhiên, sử dụng bao cao su trong nhóm MSM và NCMT vẫn còn tương đối thấp. Theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Vân về thực trạng sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm tiêm chích ma túy tại Thái Nguyên năm 2019 cho thấy tỷ lệ không sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây cao (59,7%), chỉ có 14,6% sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với vợ/người yêu ở tất cả các lần [23]. Tỷ lệ sử dụng bao cao su của nhóm MSM tham gia nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế năm 2020 trong tất cả các lần QHTD trong 01 tháng qua tương đối thấp, chiếm 62,0% [43].

#### *Cung cấp bơm kim tiêm sạch*

Sử dụng chung bơm kim tiêm khi SDMT là một trong những yếu tố nguy cơ lây truyền HIV. Theo báo cáo của UNODC, tính đến 2014, SDMT đã được ghi nhận tại 158 quốc gia và vùng lãnh thổ trên toàn cầu. Theo số liệu mới nhất tính đến nay, toàn thế giới có khoảng 275 triệu người sử dụng ma túy [53].

Tính đến năm 2014, có 90 quốc gia và vùng lãnh thổ triển khai chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch ở các mức độ khác nhau, tăng 05 quốc gia so với năm 2012. Năm quốc gia mới triển khai chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch năm 2014 là Cộng hòa Dominican, Colombia, Jordan, Kenya và Senega [104]. Độ bao phủ của chương trình bơm kim tiêm, số lượng bơm kim tiêm được trao đổi mỗi năm khác nhau ở các quốc gia, chỉ có một vài quốc gia như Australia, các nước Tây Âu và Bangladesh, chương trình trao đổi bơm kim tiêm có độ bao phủ cao với số lượng bơm kim tiêm sạch được cung cấp trên 200 cái/1 người tiêm chích ma túy mỗi năm [105]. Tại các nước Tây Âu chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch được triển khai và phân phát tại các cơ sở cố định, hệ thống nhà thuốc, máy bán bơm kim tiêm tự động (Áo, Đan Mạch, Pháp, Đức, Italia và Tây Ban Nha), cho các đồng đảng viên, tiếp cận cộng đồng và xe trao đổi bơm kim tiêm sạch lưu động. Tuy nhiên, chỉ có 02 quốc gia là Na Uy và Luxembourg là có độ bao phủ của chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch đạt mức cao trên 200 bơm kim tiêm sạch/1 người TCMT năm theo hướng dẫn kỹ thuật của WHO, UNODC và UNAIDS [105].

Tại Việt Nam, hoạt động trao đổi bơm kim tiêm được triển khai thí điểm tại tỉnh Lạng Sơn từ tháng 10/2001 đến tháng 02/2005 với việc thành lập các nhóm đồng đảng viên, tổ chức trao đổi bơm kim tiêm, kết hợp với các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi. Kết quả đã tiếp cận được 42.057 lượt người NCMT cung cấp 80.000 bơm kim tiêm sạch. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT đã giảm từ 46% xuống còn 32% sau 2 năm can thiệp. Chương trình trao đổi bơm kim tiêm tại Việt Nam đã được tăng cường, mở rộng nhanh do có sự hỗ trợ mạnh mẽ của hệ thống chính trị ở tất cả các cấp, tăng cường sử dụng hệ thống cung cấp dịch vụ y tế hiện có, huy động rộng rãi sự tham gia của đội ngũ giáo dục viên đồng đảng, các đối tác. Đến năm 2019, hoạt động đã triển khai tại 56 tỉnh, thành phố tiếp cận 117.726 người NCMT nhiễm HIV [10]. Chương trình bơm kim tiêm đã có đóng góp to lớn làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT và số nhiễm HIV mới ở Việt Nam.

### **1.3. Cung cấp dịch vụ y tế liên quan cho người SDMT-HIV tại tuyến xã**

#### ***1.3.1. Vai trò, chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã***

Nghị định số 117/NĐ-CP ngày 8/12/2014 của Chính phủ quy định cụ thể nhiệm vụ của TYT xã/phường/thị trấn, Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYT xã đã nêu cụ thể các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật thực hiện tại TYT xã:

*Về y tế dự phòng:* Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về tiêm chủng vắc xin phòng bệnh; Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch; Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về vệ sinh môi trường, yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tại cộng đồng; phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn; y tế học đường; dinh dưỡng cộng đồng theo quy định của pháp luật; Tham gia kiểm tra, giám sát và triển khai các hoạt động về an toàn thực phẩm trên địa bàn xã theo quy định của pháp luật.

*Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh:* Thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu; Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật; Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh bằng các phương pháp dùng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc; ứng dụng, kế thừa kinh nghiệm, bài thuốc, phương pháp điều trị hiệu quả, bảo tồn cây thuốc quý tại địa phương trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

*Về chăm sóc sức khỏe sinh sản:* Triển khai các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về quản lý thai; hỗ trợ đẻ và đỡ đẻ thường; Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật.

*Về cung ứng thuốc thiết yếu:* Quản lý các nguồn thuốc, vắc xin được giao theo quy định; Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả; Phát triển vườn thuốc nam mẫu phù hợp với điều kiện thực tế ở địa phương.

*Về quản lý sức khỏe cộng đồng:* Triển khai quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân, bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính; Phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường.

*Về truyền thông, giáo dục sức khỏe:* Thực hiện cung cấp các thông tin liên quan đến bệnh, dịch; tiêm chủng; các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và tuyên truyền biện pháp phòng, chống; Tổ chức tuyên truyền, tư vấn, vận động quần chúng cùng tham gia thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân; công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình [6], [12].

*Đối với nhiệm vụ về phòng chống HIV/AIDS,* tại Mục a Khoản 1 Điều 2 của Thông tư đã nêu nhiệm vụ của TYT xã, bao gồm: “Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch”; “Thực hiện cung cấp các thông tin liên quan đến bệnh, dịch; tiêm chủng; các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và tuyên truyền biện pháp phòng, chống” [94].

### ***1.3.2. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV ở TYT***

Để thực hiện được các mục tiêu của "Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030" được ban hành tại Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25 tháng 5 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ, cần triển khai đồng bộ các biện pháp và sự chung tay của cộng đồng. Một trong những giải pháp về phối hợp liên ngành và huy động cộng đồng để góp phần thực hiện chiến lược này là tiếp tục triển khai các phong trào "Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư"; thi đua người tốt, việc tốt, xây dựng lối sống lành mạnh tại cộng đồng dân cư; xây dựng và nhân rộng các mô hình xã, phường, thị trấn, cơ quan, đơn vị điển hình trong công tác phòng, chống HIV/AIDS [11]. TYT đóng vai trò quan trọng trong việc 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 [6].

*Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ chẩn đoán và điều trị HIV*

TYT triển khai các hoạt động hỗ trợ người nhiễm HIV bao gồm: Hỗ trợ người nhiễm HIV đến đăng ký khám và điều trị tại các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV; Giới thiệu những người có hành vi nguy cơ cao tiếp cận với các dịch vụ; Tư vấn và giới thiệu vợ, chồng hoặc bạn tình của người nhiễm HIV và con của họ tiếp cận với dịch vụ; Cung cấp thông tin về tầm quan trọng và lợi ích của điều trị HIV kịp thời để người nhiễm HIV tới cơ sở y tế nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị ngay khi biết tình trạng của mình.

Việc mở rộng dịch vụ xét nghiệm HIV, đảm bảo tính sẵn có của dịch vụ là một trong những nội dung ưu tiên của chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Chương trình tư vấn và xét nghiệm ở Việt Nam được bắt đầu thực hiện từ năm 2007. Hiện nay toàn quốc có trên 1.300 cơ sở y tế triển khai tư vấn và xét nghiệm HIV, có khoảng 3 triệu mẫu xét nghiệm HIV được thực hiện hàng năm trong đó khoảng 28% số mẫu thực hiện qua hệ thống phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện cố định và tư vấn xét nghiệm HIV lưu động. Hệ thống tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện hàng năm phát hiện khoảng 15.000-20.000 lượt HIV dương tính.

Mô hình thí điểm Điều trị 2.0 đã được triển khai nhằm đưa xét nghiệm sàng lọc HIV xuống tuyến xã, do CBTYT thực hiện, với sự tham gia tích cực của y tế thôn bản và những người thuộc các nhóm nguy cơ cao đóng vai trò huy động cộng đồng. Kết quả của mô hình là tăng số người đến TYT xã để làm xét nghiệm HIV, rút ngắn thời gian đi lại, dịch vụ tư vấn và xét nghiệm thuận tiện, người bệnh cảm thấy thân thiện và thoải mái hơn do đã tiếp xúc nhiều với CBTYT, rút ngắn thời gian chẩn đoán và đăng ký điều trị ARV. Mô hình cho thấy nhu cầu rất lớn trong việc phân cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV đến tuyến cơ sở [18].

Dựa trên kết quả của thí điểm Điều trị 2.0, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã xây dựng và triển khai mô hình mô hình cung cấp dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV/AIDS tại 7 tỉnh miền núi là Thái Nguyên, Sơn La, Điện Biên, Yên Bái, Nghệ An, Hòa Bình và Thanh Hóa với sự hỗ trợ của WHO và chương trình PEPFAR. Mô hình này cũng cho phép thực hiện tư vấn và xét nghiệm HIV ở tuyến xã và thực hiện xét nghiệm khẳng định tại tuyến huyện sử dụng 3 test nhanh nhằm rút ngắn thời gian

chờ đợi cho khách hàng và nhanh chóng điều trị nếu được chẩn đoán nhiễm HIV nhiễm HIV, đảm bảo duy trì chất lượng hoạt động xét nghiệm HIV, tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV.

Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4306/QĐ-BYT ngày 19/10/2015 ban hành kế hoạch triển khai thí điểm tư vấn xét nghiệm HIV tại cộng đồng. Ba mô hình được triển khai thí điểm gồm (1) Tư vấn xét nghiệm HIV lưu động do nhân viên y tế được đào tạo thực hiện (2) Tư vấn xét nghiệm HIV thông qua mạng lưới y tế thôn bản (3) Tư vấn xét nghiệm HIV thông qua các tổ chức cộng đồng. Sau 2 năm thực hiện thí điểm cho thấy mô hình này đem lại hiệu quả khá rõ rệt, tỷ lệ người thuộc nhóm đối tượng nguy cơ cao được tiếp cận và tham gia xét nghiệm HIV cao hơn mô hình xét nghiệm HIV tại cơ sở y tế hay tư vấn xét nghiệm HIV lưu động truyền thống trước đây. Ngày 27/4/2018, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 2673/QĐ-BYT hướng dẫn tư vấn xét nghiệm tại cộng đồng. Hướng dẫn này quy định nội dung, tổ chức hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV tại cộng đồng, bao gồm tư vấn xét nghiệm HIV do nhân viên phòng xét nghiệm HIV thực hiện, tư vấn xét nghiệm HIV do những nhân viên không làm trong các phòng xét nghiệm HIV thực hiện, tự xét nghiệm HIV.

#### Hỗ trợ tuân thủ điều trị

HIV/AIDS hiện nay được xem là một bệnh mãn tính thay vì cấp tính do người bệnh ngày càng có cơ hội tiếp cận với dịch vụ điều trị ARV [186]. Phương pháp điều trị này đã được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tử vong, giảm các bệnh nhiễm trùng cơ hội và kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Do đó việc phổ biến rộng điều trị ARV là một trong những giải pháp quan trọng để chấm dứt HIV. Năm 2015, WHO đã sửa đổi hướng dẫn điều trị ARV [183]. Theo đó, người bệnh nên được điều trị ARV không phụ thuộc vào tình trạng CD4. Việt Nam là một trong những quốc gia đầu tiên áp dụng hướng dẫn này. Theo kết quả nghiên cứu của Mai Thị Huệ (2019), tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị cao (54,5%), nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị đa số ở khu vực miền núi khó khăn về đi lại. Nhóm nữ giới có nhiều khả năng tuân thủ điều trị ARV hơn so với nam giới do hành vi nguy cơ thụ động (từ chồng) sẽ tạo động lực giúp họ tuân thủ điều trị ARV hơn.



Điều trị ARV tại Việt Nam đã được triển khai tất cả 63 tỉnh/thành phố, với 401 phòng khám điều trị ngoại trú ARV, triển khai cơ sở cấp phát thuốc điều trị ARV tại 562 trạm y tế, trong trại giam. Tính đến hết tháng 9/2017, đã điều trị cho 122.439 người bệnh, tăng gần 6.000 người bệnh so với cuối năm 2016. Triển khai phát thuốc tại TYT xã cho 10.499 người bệnh. Tính đến tháng 9/2019, số người bệnh điều trị ARV đã tăng lên 142.604 người bệnh, trong đó có 12.750 người bệnh mới điều trị [7], [10].

Thông tư 28/2018/TT-BYT ngày 26/10/2018 của Bộ Y tế cũng quy định về quản lý điều trị người nhiễm HIV, người phơi nhiễm với HIV tại cơ sở y tế trong đó quy định cụ thể việc quản lý người bệnh điều trị ARV tại TYT xã bao gồm: 1) Tiếp nhận người bệnh, kiểm tra đối chiếu thông tin cá nhân trên giấy tờ tùy thân của người bệnh với thông tin trên Giấy chuyển tuyến; 2) Cấp thuốc theo đơn thuốc được ghi trong Giấy chuyển tuyến và Sổ khám bệnh của người bệnh; 3) Nhắc lịch người bệnh đến khám lại định kỳ tại cơ sở điều trị theo lịch hẹn trên Sổ khám bệnh và Giấy chuyển tuyến.

Như vậy, vai trò của TYT nói chung và CBTYT nói riêng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị ARV, uống thuốc theo đúng chỉ định, sử dụng các phương tiện nhắc uống thuốc, đi tái khám và làm xét nghiệm đúng hẹn; Hỗ trợ người bệnh trễ hẹn, bỏ trị quay lại phòng khám đúng hẹn; Hướng dẫn cách cất giữ và bảo quản thuốc tại nhà.

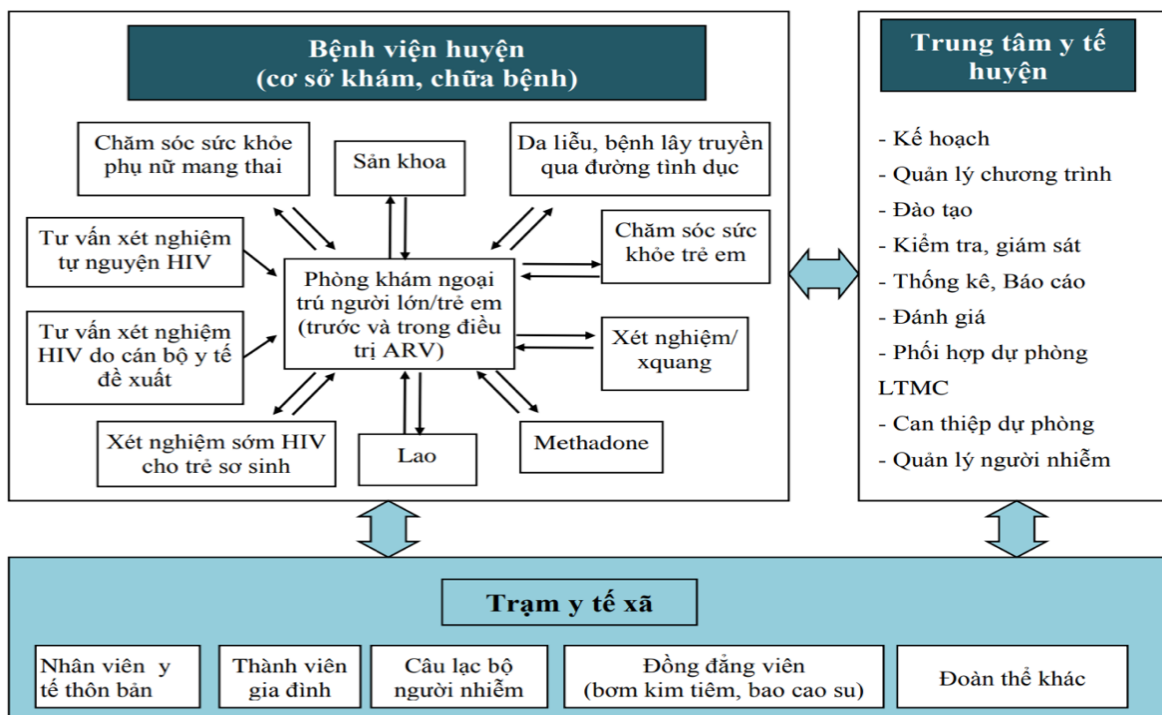
#### Hỗ trợ tâm lý xã hội

Hỗ trợ và động viên tinh thần cho người nhiễm HIV và gia đình của họ. Hỗ trợ người nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội và hoà nhập với cộng đồng. Người bệnh nhiễm HIV thường có cảm xúc mạnh với bệnh vào thời điểm mới được chẩn đoán và giai đoạn cuối đời. Người bệnh thường suy sụp về tinh thần, sợ hãi về bệnh tật, cái chết, cảm giác tội lỗi, bị trừng phạt, tự ti, sợ bị cô lập, lo lắng cho tương lai của gia đình và bản thân, lo mất thu nhập, nghèo đói, con cái mất cơ hội, mất vị thế xã hội. Vì vậy họ rất cần được hỗ trợ tâm lý và tinh thần. Động viên người nhiễm tham gia bảo hiểm y tế để được chi trả điều trị

thông qua bảo hiểm y tế. Tìm nguồn hỗ trợ cho người nhiễm tại cộng đồng: từ bạn bè, gia đình, đồng đảng, câu lạc bộ, các tổ chức xã hội. Hỗ trợ giải quyết các vấn đề về tài chính, nơi ở, lương thực, đi lại, tiền mai táng. Hỗ trợ lập kế hoạch cho tương lai: lập di chúc, lên kế hoạch tương lai cho con cái.

### Hỗ trợ, chuyển gửi dịch vụ

Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành "Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS", trong đó nêu rõ việc tiếp cận trong chăm sóc và điều trị HIV/AIDS trong giai đoạn tới sẽ tập trung vào việc mở rộng điều trị ARV, lồng ghép điều trị HIV/AIDS vào hệ thống y tế chung, ưu tiên hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, chuyển các dịch vụ chẩn đoán, chăm sóc, điều trị, dự phòng và hỗ trợ HIV/AIDS vào hệ thống y tế cơ sở, lồng ghép các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS vào hệ thống y tế sẵn có [5]. Nhân viên y tế chủ động đề xuất làm xét nghiệm HIV tại các cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu, TYT, khoa khám bệnh và bệnh viện.



**Hình 1.1: Vai trò của y tế cơ sở trong phòng, chống HIV/AIDS**

Tư vấn và giới thiệu người nhiễm HIV đến đăng ký chăm sóc, điều trị tại cơ sở điều trị HIV thuận lợi nhất cho người bệnh; Triển khai các biện pháp can thiệp giảm

tác hại dự phòng lây nhiễm HIV; Tiếp nhận, quản lý và cấp phát thuốc ARV và Methadone cho các trường hợp đã điều trị ổn định từ tuyến huyện chuyển về; Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV cho người nhiễm HIV; Định kỳ 6 tháng giới thiệu người bệnh điều trị ARV quay trở lại cơ sở điều trị tuyến huyện để được khám toàn diện và đánh giá đáp ứng với điều trị.

Mối liên hệ giữa các cơ quan quản lý và điều trị HIV/AIDS bao gồm TYT được thể hiện trong sơ đồ nêu trên.

### *Cấp phát thuốc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện*

Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone hoặc buprenorphine là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với người nghiện các chất dạng thuốc phiện, đồng thời góp phần hỗ trợ tuân thủ cho những người điều trị ARV. Người nhiễm HIV đang điều trị methadone cần được chuyển tới cơ sở điều trị HIV để được điều trị ARV kịp thời. Theo nghiên cứu của Hoàng Bình Yên trên 245 người bệnh tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone sau 24 tháng tại xã Thành Sơn và xã Trung Sơn, huyện Quan Hoá, Thanh Hóa (2017), tỷ lệ sử dụng ma túy bất hợp pháp giảm từ 100% còn 13,8% ( $p < 0,05$ ), tỷ lệ người bệnh vẫn duy trì điều trị là gần 80%; không phát hiện thêm trường hợp nhiễm mới HIV [21]. Việc đưa dịch vụ điều trị Methadone về Trạm Y tế xã đã đem lại nhiều kết quả tích cực.

### ***1.3.3. Các yếu tố liên quan đến việc cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV***

Các yếu tố thuộc về người SDMT-HIV bao gồm: các yếu tố xã hội, nhân khẩu học như tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, mức thu nhập... các yếu tố tâm lý xã hội như: tình trạng sức khỏe tâm thần, sử dụng các chất gây nghiện, sự hỗ trợ của người thân và xã hội, kiến thức về HIV, ma túy và điều trị HIV, nghiện các chất dạng thuốc phiện đã được xem xét và đánh giá trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cũng như trên thế giới có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV và MMT.

Việc điều trị ARV của người bệnh phụ thuộc một phần vào yếu tố vùng miền. Người bệnh sống ở vùng núi ít có khả năng tuân thủ điều trị do nhiều nguyên nhân bao gồm những rào cản về vị trí địa lý. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Trần Xuân

Bách và các cộng sự chỉ ra rằng những người sống ở vùng núi có ít khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị ARV hơn [96]. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Thanh Thuý, việc người bệnh tuân thủ điều trị ARV tương đối tốt trong nhóm người bệnh nhận điều trị lồng ghép ARV và điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine, những người bệnh có việc làm thì mức độ tuân thủ điều trị ARV cao hơn 2,20 lần so với nhóm người bệnh không có việc làm (OR=2,20; KTC 95%: 1,16-4,18) [19].

Một nghiên cứu về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc người nhiễm HIV ở Peru cho thấy tuổi có ảnh hưởng tới việc tiếp cận dịch vụ liên quan đến HIV. Trong đó, những người có độ tuổi dưới 35 tiếp cận cao hơn so với người từ 35 tuổi trở lên [153]. Trong khi đó, một nghiên cứu khác ở Los Angeles chỉ ra rằng những người trên 50 tuổi tiếp cận dịch vụ cao hơn những người 18-34 tuổi [109]. Tùy vào văn hóa, xã hội mà những người ở độ tuổi khác nhau có sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV khác nhau.

Nghiên cứu “Tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/AIDS ở nam lao động tự do tại thành phố Hà Nội và một số yếu tố ảnh hưởng” chỉ ra trình độ học vấn có ảnh hưởng tới sự tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/AIDS. Những người có trình độ học vấn cao có khả năng tiếp cận dịch vụ cao hơn những người có trình độ học vấn thấp gấp 1,16 lần [42].

Một số nghiên cứu chỉ ra mức thu nhập có liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ xét nghiệm HIV. Người có thu nhập cao thì khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ càng cao [42]. Nghiên cứu định tính ở Việt Nam cho rằng một số đối tượng không tiếp cận dịch vụ xét nghiệm tự nguyện HIV vì không có tiền (1,4%) “giờ thì cũng nhiều khoản phải chi tiêu, lo cho bằng ấy miệng ăn... khó lắm. Đau ốm nặng thì đương nhiên phải vào viện, si đa thì cũng sợ nhưng xét nghiệm thì chưa nghĩ đến... tiền đâu” [20].

Trong nhóm lao động tự do di biến động, có 29,1% đối tượng cho biết không có nhu cầu nghe biết thêm về HIV/AIDS, có 94,4% đối tượng cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV. Đối tượng chủ quan khi nghĩ mình không phải là đối tượng nguy cơ khi quan hệ tình dục không dùng bao cao su. Đa số biết được tác dụng

của bao cao su nhưng các rào cản văn hoá, đặc điểm giới ... cản trở thực hành của họ để bảo vệ bản thân mình [20]. Điều này đã được chứng minh từ nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến tiếp cận dịch vụ HIV tự nguyện trên nhóm đối tượng phụ nữ mại dâm ở một tỉnh phía Bắc Trung Quốc [180]. Chủ quan của đối tượng là một yếu tố có thể ảnh hưởng tới sự sẵn sàng tham gia xét nghiệm. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự sẵn sàng tham gia có ảnh hưởng tới mức độ sử dụng dịch vụ [180].

Một số đối tượng lo ngại rằng kết quả sẽ không đảm bảo tính bí mật mà sẽ thông báo cho người thân biết [37]. Ngoài sợ bị tiết lộ tình trạng bị nhiễm HIV, một số đối tượng còn sợ bị tiết lộ tình trạng nghề nghiệp, tiết lộ bản thân thuộc nhóm nguy cơ cao, sợ bắt gặp người quen và sợ bị kỳ thị [180]; không tiếp cận dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện là vì có người quen, người nhà nhìn thấy [41].

Bên cạnh những yếu tố trên, về phía đối tượng, sự tiếp cận dịch vụ còn bị ảnh hưởng bởi những yếu tố khác như: Kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV, quan hệ với phụ nữ bán dâm ở nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy trên đối tượng lao động tự do [42]. Mức độ hòa nhập văn hóa, thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế, sử dụng ma túy trong 30 ngày qua [109]. Giới tính bạn tình mà đối tượng quan hệ tình dục, mức độ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục [153].

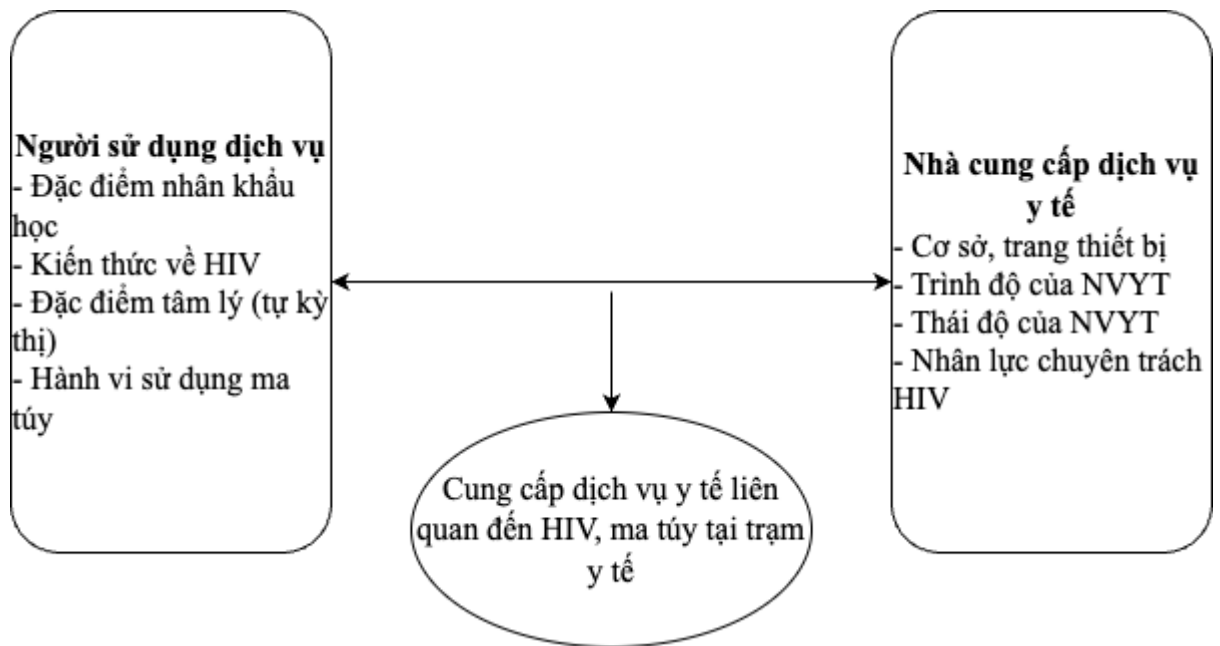
Quan hệ giữa người bệnh và NVYT có thể ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị đó là sự hài lòng của người bệnh nói chung, sự tin tưởng của người bệnh vào phòng khám, sự tin tưởng của người bệnh vào cán bộ điều trị, đánh giá của người bệnh về năng lực chuyên môn của bác sỹ điều trị, sự sẵn lòng của bác sỹ cho người bệnh tham gia vào quá trình ra quyết định điều trị, sự cởi mở, thân thiện và hợp tác giữa các bên, sự đồng cảm giữa NVYT và chất lượng của việc chuyển gửi, giới thiệu từ các dịch vụ khác đến dịch vụ điều trị ARV. Nghiên cứu của Melissa H. Watt cho thấy mối quan hệ không tốt giữa NVYT và người bệnh có tương quan một cách có ý nghĩa với tuân thủ điều trị, trong nghiên cứu này, việc giảm một điểm trong thang bốn điểm về mối quan hệ giữa người bệnh và NVYT làm tăng nguy cơ không tuân thủ của người bệnh lên 3 lần (OR=2,75; 95% KTC: 1,05–7,22) [101].

#### Về phía NVYT.

Một số cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy NVYT không thực hiện tư vấn về dịch vụ xét nghiệm tự nguyện cho nhóm đối tượng phụ nữ mang thai. “Chủ yếu chúng em làm công tác chuyên môn, đâu có thời gian mà tư vấn” (NVYT tại cơ sở khám thai) [41].

Đa số cán bộ tư vấn là những cán bộ vừa làm công việc chuyên môn khám chữa bệnh vừa làm công tác tư vấn. NVYT chưa biết cách tư vấn để đối tượng có thể chấp nhận được, khi đối tượng không thích nghe tư vấn thì họ cũng không tư vấn nữa “Thông thường em chỉ tư vấn tiêm ngừa uốn ván, khám thai định kì cũng có tư vấn xét nghiệm tự nguyện nhưng đa số người ta không thích” (NVYT khám thai) [41]. Nếu được đào tạo kỹ lưỡng về chuyên môn kỹ năng tư vấn thì có thể họ sẽ biết cách giúp cho đối tượng thay đổi thái độ khi nói đến những vấn đề nhạy cảm.

Các cơ sở y tế chưa đủ điều kiện để thành lập phòng tư vấn theo đúng quy định. Không có phòng chờ, các trang thiết bị còn thiếu, chưa đảm bảo tính riêng tư nên hạn chế sự tiếp cận của đối tượng. “Bệnh viện chỉ dành cho khoa em một bàn tư vấn, không có phòng riêng vì ở đây vừa tư vấn, khám thai và sinh nên rất đông người qua lại, cũng không tiện nói nhiều.” (NVYT khoa sản) [41].



**Hình 1.2: Khung lý thuyết về yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV tại trạm y tế**

#### **1.4. Các can thiệp tăng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV**

Những người NCMT thường có nguy cơ cao với việc lây nhiễm HIV, theo báo cáo của UNAIDS họ có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 22 lần những người bình thường [102]. Báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS năm 2016 tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT ở Việt Nam lên đến 9,53% [1]. Vấn đề này đã đặt ra một nhu cầu không nhỏ của những người bệnh sử dụng song song cả hai dịch vụ điều trị các chất gây nghiện và điều trị HIV. Bên cạnh đó, việc sử dụng cả hai dịch vụ này có thể xảy ra các vấn đề liên quan đến tương tác về thuốc cũng như chi phí hiệu quả cho người bệnh và cơ sở điều trị. Chính vì vậy, nhiều mô hình can thiệp cũng như lồng ghép hai dịch vụ điều trị nghiện chất và điều trị HIV đã được triển khai trên thế giới nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ cũng như hiệu quả điều trị.

##### **1.4.1. Các mô hình lồng ghép dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV trên thế giới**

Trên thế giới, mô hình lồng ghép điều trị nghiện chất và HIV đã được triển khai tại nhiều quốc gia với các loại hình chủ yếu như sau:

- Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị chất gây nghiện vào cơ sở điều trị HIV.
- Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị HIV vào cơ sở điều trị MMT.

- Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị nghiện chất và HIV vào một cơ sở khác.

Trong mỗi loại mô hình này, các loại dịch vụ được lồng ghép cũng như mức độ lồng ghép có thể khác nhau. Các cơ sở có thể chỉ đơn thuần cung cấp thêm dịch vụ sàng lọc, đây là hình thức lồng ghép ít nhất và không tốn nhiều nguồn lực và ít phức tạp nhất so với các hình thức khác. Bên cạnh đó, một số cơ sở lồng ghép nhiều hơn về các khía cạnh điều trị như sàng lọc, cấp phát thuốc và tư vấn cho người bệnh về điều trị MMT tại cơ sở điều trị HIV hoặc về điều trị HIV tại cơ sở điều trị MMT. Mức độ lồng ghép nhiều nhất tại các cơ sở này là vừa kết hợp điều trị MMT, điều trị HIV và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như dịch vụ xã hội khác [131]. Tuy nhiên, việc lồng ghép này đòi hỏi nhiều hơn về nguồn lực như nhân sự, kinh phí cũng như cơ sở hạ tầng tại các cơ sở.

**Bảng 1.2: Các loại mô hình lồng ghép dịch vụ**

Loại mô hình	Cơ sở thực hiện	Mức độ lồng ghép: Ít → Nhiều		
Lồng ghép dịch vụ điều trị MMT vào cơ sở điều trị HIV	Cơ sở điều trị HIV	Sàng lọc sử dụng MMT	Điều trị MMT	Điều trị các bệnh đồng nhiễm khác
Lồng ghép dịch vụ điều trị HIV vào cơ sở điều trị MMT	Cơ sở điều trị MMT	Sàng lọc HIV	Điều trị HIV	Điều trị các bệnh đồng nhiễm khác
Lồng ghép dịch vụ điều trị MMT và HIV vào cơ sở khác	TYT, PKĐK, điểm cấp phát thuốc	Sàng lọc sử dụng CGN và HIV	Điều trị nghiện chất, HIV	Điều trị các bệnh đồng nhiễm khác

*Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị MMT vào cơ sở điều trị HIV* được thực hiện tại một cơ sở điều trị HIV có thể cung cấp các dịch vụ điều trị MMT như: sàng lọc, tư vấn, điều trị và các dịch vụ liên quan đến bệnh đồng nhiễm khác [98]. Một số nghiên cứu tại Hoa Kỳ đã cho thấy có sự lồng ghép của dịch vụ sàng lọc cũng như điều trị sử dụng các chất gây nghiện bằng buprenorphine tại các cơ sở điều trị HIV. Ngoài ra, trong mô hình lồng ghép này, việc kết hợp điều trị viêm gan C, các bệnh sức khỏe tâm thần cũng như các dịch vụ chăm sóc y tế khác đã cho thấy kết quả việc



việc tăng sự tin tưởng và tuân thủ điều trị trong nhóm người bệnh [131], [163], [162]. Tuy nhiên, bên cạnh những những kết quả tích cực của các dịch vụ điều trị bệnh đồng nhiễm, hỗ trợ trợ người bệnh hòa nhập xã hội tại một số cơ sở [125], [87], việc hỗ trợ tâm lý xã hội ở các cơ sở khác lại không cho thấy kết quả rõ ràng.

***Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị HIV vào cơ sở điều trị MMT*** cho phép các cơ sở điều trị nghiện chất có thể cung cấp thêm các dịch vụ liên quan đến HIV như xét nghiệm HIV (xét nghiệm sàng lọc/khẳng định HIV, xét nghiệm CD4, tải lượng virut) và tư vấn, điều trị HIV và các bệnh đồng nhiễm. Một số nghiên cứu đã được triển khai đánh giá sự kết hợp của các xét nghiệm HIV tại cơ sở điều trị nghiện chất đã nhận được sự chấp nhận của người bệnh [100]. Trong chương trình Integrated Methadone and Anti-retroviral Therapy (IMAT) được thực hiện tại một số nước Châu Phi, các cơ sở điều trị nghiện chất được trang bị máy xét nghiệm cũng như đào tạo nhân lực để cung cấp các xét nghiệm cho người bệnh. Khi phát hiện có kết quả dương tính, họ sẽ tiến hành giới thiệu người bệnh tới các cơ sở chuyên khoa [79], [100]. Khi thực hiện mô hình này, các cán bộ cung cấp dịch vụ này tại các cơ sở cũng có thái độ tích cực và sẵn sàng thực hiện xét nghiệm nhanh cho người bệnh [78], [149]. Bên cạnh đó, đối với các cơ sở lồng ghép cả dịch vụ điều trị HIV, một nghiên cứu tại Hoa Kỳ cũng chỉ ra những kết quả tích cực về điều trị cho người bệnh. Một nghiên cứu thuần tập tiền cứu từ Tây Ban Nha đã đánh giá hiệu quả tại một trung tâm điều trị nghiện chất ngoại trú, những người bệnh điều trị nghiện chất tích cực trong chương trình đạt được tỷ lệ ức chế virus ngang bằng với những người không sử dụng ma túy [147]. Những nghiên cứu khác tại một số nước khác cũng cho kết quả tương tự về cải thiện việc phát hiện người nhiễm HIV cũng như cấp phát ARV và theo dõi, hỗ trợ người bệnh [57], [171]. Với những cơ sở lồng ghép cả điều trị HIV và những bệnh đồng nhiễm khác, việc lồng ghép này cho thấy khả năng tăng sự tiếp cận ARV cho người bệnh cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của họ [60]. Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả khả quan của mô hình thì vẫn tồn tại những thách thức khi người bệnh hòa nhập cộng đồng.

**Mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị MMT và HIV vào một cơ sở khác:** cả 2 nhóm dịch vụ điều trị MMT và HIV được đưa vào cung cấp tại một cơ sở khác như một điểm cấp phát bơm kim tiêm, phòng khám bệnh STDs, phòng khám đa khoa, cơ sở y tế xã/phường [98]. Kết quả của những nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc triển khai cung cấp dịch vụ tại phòng khám STDs đã giảm việc sử dụng chất gây nghiện ở người bệnh cũng như cải thiện việc nhận các dịch vụ xét nghiệm [66]. Trong khi đó, khi cung cấp dịch vụ ở các điểm lưu động tại Hoa Kỳ lại làm tăng việc tiếp cận với người sử dụng ma túy [70]. Tương tự, một báo cáo tại Tây Ban Nha cho thấy người bệnh thích việc nhận dịch vụ tại các điểm cấp phát di động cũng như dịch vụ cấp phát thuốc tại nhà. Ngoài ra, một nghiên cứu về cung cấp các dịch vụ này tại cơ sở y tế cộng đồng bước đầu cho thấy sự chấp nhận của người bệnh, tuy nhiên mô hình còn gặp phải những hạn chế về việc tư vấn cũng như sự kỳ thị với người bệnh nhiễm HIV [95].

### **Ưu, nhược điểm của các mô hình lồng ghép dịch vụ**

#### ***Ưu điểm***

*Về phía người bệnh,* một số nghiên cứu đã cho thấy những lợi ích của việc lồng ghép điều trị MMT và điều trị ARV cho những người NCMT [60], [80], [179]. Nghiên cứu cắt ngang ở Hoa Kỳ cho thấy sự phối hợp của nhiều dịch vụ, bao gồm cung cấp giới thiệu sử dụng chất gây nghiện và hỗ trợ để giải quyết các nhu cầu xã hội, làm tăng thêm khả năng tiếp cận ARV.

Lồng ghép đã được công nhận là điều cần thiết để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ cho những người sử dụng ma túy và quần thể nguy cơ cao khác [67]. Việc tích hợp MMT và chăm sóc HIV tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe được báo cáo là thuận tiện cho khách hàng [57]. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên sử dụng chiến lược này để cung cấp dịch vụ ARV ở các cơ sở cung cấp dịch vụ MMT cũng cho thấy hiệu quả hơn so với người bệnh tự điều trị ARV do cải thiện được tuân thủ điều trị và giảm tải lượng vi rút HIV [65]. Bằng chứng cho thấy việc kết hợp các dịch vụ điều trị HIV và MMT có thể cải thiện việc tuân thủ và kết quả điều trị HIV [98].

Trong nghiên cứu của Alexis Cooke, người bệnh cảm thấy cấu trúc và thiết kế của can thiệp lồng ghép dịch vụ chăm sóc ARV và MMT đã cải thiện cả việc tiếp nhận và theo dõi chăm sóc HIV và giải quyết các vấn đề bảo mật [79]. Một số người bệnh được lựa chọn dùng thuốc ARV tại nhà, thay vì hàng ngày đến phòng khám điều trị nghiện chất. Những người bệnh có thể dùng ARV tại nhà đánh giá cao sự linh hoạt, cho phép họ uống thuốc với thức ăn, uống chúng và có thể nghỉ ngơi, và có thể tự giải quyết tốt các tác dụng phụ. Sự linh hoạt này cũng làm giảm bớt số lượng người bệnh tại phòng khám. Mô hình này còn nhấn mạnh sự tự quyết của người bệnh, cho phép người bệnh được lựa chọn tự dùng thuốc ở nhà hoặc thông qua chương trình cai nghiện chất [79].

*Về phía NVYT*, nhìn chung, NVYT cho rằng mô hình lồng ghép dịch vụ điều trị ARV và MMT có những lợi ích như: việc tiếp cận các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm cơ bản, điều trị và giới thiệu bác sĩ lâm sàng được thực hiện dễ dàng hơn, các thủ tục khi tiếp cận với mô hình lồng ghép được đơn giản hóa và quy định cụ thể trách nhiệm trong việc cung cấp dịch vụ [79].

*Về phía cơ sở và các nguồn lực khác:*

Các cơ sở điều trị MMT đảm bảo cơ sở hạ tầng cho điều trị ARV ở những người SDMT-HIV, bởi người SDMT-HIV khi nhận MMT hàng ngày tại phòng khám đã thiết lập được mối quan hệ tin cậy với cơ sở [107], [170].

Lồng ghép dịch vụ là giải pháp hữu hiệu khi gánh nặng HIV còn cao và nguồn lực hạn chế, giúp giải quyết các nhu cầu y tế phức tạp, xây dựng dựa trên hệ thống phân phối thuốc và các dịch vụ chăm sóc, chia sẻ cơ sở chăm sóc và tài trợ [151].

### ***Nhược điểm***

*Về phía người bệnh*, một trong những rào cản lớn khi người bệnh sử dụng các dịch vụ lồng ghép điều trị MMT và ARV là sự kỳ thị, tự kỳ thị và sợ tiết lộ tình trạng nhiễm HIV. Nghiên cứu tại 06 phòng khám MMT tại Trung Quốc cho thấy rào cản lớn nhất khi người bệnh tiếp tục nhận dịch vụ ARV tại phòng khám là sự lo sợ tiết lộ thông tin [75]. Bên cạnh đó, các NVYT tại cơ sở điều trị cũng nhận thấy không phải tất cả người bệnh đều muốn nhận dịch vụ lồng ghép tại phòng khám vì có thể vô tình

tiết lộ tình trạng nhiễm cũng như bị kỳ thị từ các người bệnh âm tính với HIV khác và kể cả nhóm NVYT [95], [100]. Ngoài ra, các người bệnh này cũng đã quen với việc nhận dịch vụ từ một phòng khám điều trị HIV ở bên ngoài khác [100]. Một nghiên cứu tại Kenya đã cho thấy chỉ những dấu hiệu nhỏ như thời gian đứng ở cửa lấy thuốc hoặc tiếng động từ các viên thuốc ARV cũng có thể vô tình tiết lộ tình trạng nhiễm của người bệnh, gây ra những lo ngại của họ khi nhận dịch vụ, nhất là khi hai khu vực cung cấp dịch vụ điều trị nghiện chất và điều trị HIV được đặt gần nhau [95]. Chính vì vậy, một số người bệnh mong muốn được điều trị ở những cơ sở khác nhau để tăng cường sự giám sát và bảo mật thông tin.

Khi cung cấp dịch vụ lồng ghép, các cơ sở cũng có thể gặp phải khó khăn về vấn đề hậu cần và hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị. Nghiên cứu thực hiện tại Trung Quốc cho thấy cơ sở gặp khó khăn khi người bệnh thường xuyên thay đổi thông tin gây ảnh hưởng tới các hoạt động theo dõi và hỗ trợ tuân thủ điều trị như gọi điện hoặc nhắn tin nhắc nhở cho người bệnh. Các NVYT cũng cho biết người bệnh thường xuyên yêu cầu giảm thời gian cung cấp dịch vụ MMT và thúc giục họ làm nhanh hơn [123]. Trong khi đó, một số người bệnh khác lại đến nhận thuốc không đúng giờ gây ảnh hưởng tới lịch của những người khác [123]. Ngoài ra, nhóm người bệnh này thường mắc một số bệnh đồng nhiễm như viêm gan B, viêm gan C, lao... cũng như có các vấn đề xã hội phức tạp như sử dụng ma túy bất hợp pháp làm tăng thêm gánh nặng cho cán bộ khi hỗ trợ tuân thủ điều trị. Những quan điểm sai lầm về ARV và tác dụng phụ của ARV trong nhóm người sử dụng ma túy cũng khiến cho NVYT gặp khó khăn khi tiếp cận và tư vấn điều trị [123].

*Về phía NVYT*, việc cung cấp các dịch vụ lồng ghép đặt ra thách thức về việc thiếu được đào tạo, tập huấn cũng như gia tăng khối lượng công việc. Đa số NVYT cho rằng khóa đào tạo ngắn là không đủ để họ cung cấp các dịch vụ liên quan đến ARV. Việc không được đào tạo có hệ thống và kinh nghiệm lâm sàng khiến một số NVYT thấy thiếu thoải mái, tự tin khi cung cấp dịch vụ và tư vấn về ARV cho khách hàng. Ngoài ra, một số cán bộ khác còn lo lắng về tác dụng phụ hoặc khách hàng tử vong trong quá trình điều trị ARV [123].

*Về phía cơ sở và các nguồn lực khác*, chính sách điều trị ARV của quốc gia yêu cầu những người nghiện chích ma túy phải có hộ khẩu thường trú hoặc giấy chứng nhận tạm trú để tiếp cận điều trị miễn phí và xét nghiệm tải lượng CD4 thường xuyên, đặt ra khó khăn cho những người không có giấy tờ hộ khẩu.

Việc phối hợp giữa cơ sở điều trị MMT và các địa điểm điều trị ARV cũng trở thành thách thức khi cung cấp dịch vụ. Những người tham gia báo cáo rằng họ đã giới thiệu một số khách hàng đủ điều kiện đến địa điểm điều trị ARV địa phương. Tuy nhiên, các bác sĩ từ chối vì cho rằng người sử dụng ma túy sẽ không tuân thủ điều trị và cuối cùng sẽ phát triển kháng thuốc: “Tỷ lệ tử vong của người bệnh là một trong những chỉ số đánh giá hiệu suất công việc của bác sĩ, vì vậy họ chỉ muốn tiếp nhận những người bệnh tuân thủ. Những người có tiền sử sử dụng ma túy không tuân thủ, luôn gây rắc rối là một cơn đau đầu lớn đối với họ” [123]. Ngoài ra, việc sử dụng đồng thời ARV và methadone có thể dẫn tới tương tác thuốc dẫn tới việc điều chỉnh liều methadone, do đó cần sự phối hợp chặt chẽ giữa hai bên phòng khám [129].

Việc lồng ghép dịch vụ còn gặp những hạn chế về nguồn lực như thiếu các nguồn lực kỹ thuật, gây khó khăn trong việc theo dõi người bệnh của các bác sĩ lâm sàng. Các nhà cung cấp dịch vụ điều trị nghiện chất cũng cho biết những thách thức liên quan đến lực lượng lao động làm hạn chế khả năng thực hiện tất cả các thủ tục can thiệp. Ngoài ra, một số nhà cung cấp cũng đề cập cụ thể đến việc thiếu không gian cùng làm việc [79].

#### ***1.4.2. Mô hình can thiệp tăng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV tại Việt Nam***

Các mô hình lồng ghép điều trị MMT và ARV đã được áp dụng tại nhiều nơi trên thế giới. Tuy nhiên, tại Việt Nam, mô hình này còn mới mẻ, bước đầu chỉ được thực hiện và đánh giá tại một số địa phương. Một phần trong mô hình này là can thiệp nâng cao kỹ năng tư vấn cho các cán bộ cung cấp dịch vụ, đây là nội dung quan trọng góp phần quyết định cho sự thành công của mô hình.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, địa phương có tỷ lệ người bệnh đang được điều trị HIV cao nhất cả nước, với hơn 42.000 người [17], đã thực hiện mô hình lồng ghép tại hai phòng khám ngoại trú ở quận 6 và Bình Thạnh. Các hoạt động lồng ghép được

triển khai từ tháng 9/2013 và hoàn thiện vào tháng 6/2014. Mô hình sử dụng cơ sở điều trị MMT có sẵn và tiến hành lồng ghép dịch vụ điều trị ARV và tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện. Tại Hà Nội, nghiên cứu của Trần Xuân Bách năm 2015 cho thấy TTYT quận Từ Liêm và Long Biên đã tích hợp cung cấp 4 loại dịch vụ bao gồm điều trị MMT, điều trị ARV, tư vấn và xét nghiệm HIV, chăm sóc sức khỏe tổng quát [169]. Hầu hết các mô hình triển khai tại Việt Nam đều được kết hợp vào phòng khám MMT có sẵn, do người bệnh điều trị MMT đã quen đến cơ sở này để điều trị hàng ngày, điều này không ảnh hưởng đến thói quen hàng ngày của người bệnh, giúp mô hình tối ưu hơn khi trở thành mô hình tích hợp thay vì là mô hình chuyển đổi.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của chương trình lồng ghép điều trị MMT và ARV, tuy nhiên, một số nghiên cứu ban đầu đã cho thấy những kết quả tích cực. Trong nghiên cứu giám sát và đánh giá mô hình lồng ghép được thực hiện thành phố Hồ Chí Minh, Mai Thị Hoài Sơn và cộng sự đã chỉ ra, mô hình kết hợp mang lại hiệu quả trong việc làm tăng tỷ lệ được xét chọn vào điều trị từ 37,8% lên 84,5%. Với người bệnh điều trị MMT có HIV âm tính thì việc tầm soát HIV định kỳ 6 tháng một lần là một chỉ số quan trọng để đánh giá tính hiệu quả của chương trình điều trị MMT. Tỷ lệ này đã gia tăng đáng kể (từ 20,1% đến 55,2%,  $p < 0,001$ ) do mô hình lồng ghép đã giúp người bệnh hạn chế việc chuyển gửi, tăng thời gian được tư vấn tại phòng khám, thuận tiện trong việc xét nghiệm. Nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội cũng cho thấy, lý do chính để người bệnh lựa chọn mô hình tích hợp là sự tiện lợi của việc sử dụng các dịch vụ khác nhau (53,2%) và thuận tiện trong quá trình đi lại (95%) [169]. Người bệnh điều trị MMT có kết quả xét nghiệm dương tính với heroin giảm sau khi được đưa vào chương trình lồng ghép điều trị này cho thấy việc lồng ghép không ảnh hưởng đến kết quả điều trị của chương trình MMT. Tỷ lệ người bệnh bỏ liều thuốc giảm trong giai đoạn chuyển giao từ trước lồng ghép đến sau lồng ghép và tỷ lệ này có xu hướng giảm chậm hơn trong giai đoạn sau lồng ghép. Do vậy chương trình lồng ghép cũng ảnh hưởng tích cực đến tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả chi phí khi áp dụng lồng ghép hai mô hình, được thực hiện tại hai phòng khám ở thành phố Hồ Chí Minh cho

thấy, chi phí hoạt động và chi phí cố định đã giảm đáng kể sau lồng ghép trong khi số người bệnh được điều trị tăng hoặc giữ nguyên. Các chi phí cố định (chi phí nhân sự và chi phí hành chính) giảm bớt chủ yếu thông qua việc lồng ghép các vị trí tại phòng khám [28]. Trong bối cảnh các nguồn kinh phí tài trợ cho chương trình điều trị MMT và HIV đều bị cắt giảm, việc kết hợp 2 chương trình là một biện pháp để nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh. Chiến lược lồng ghép đã mang lại khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc tốt hơn cho người bệnh, giảm bớt các rào cản về di chuyển, chi phí, thời gian và các nguồn lực khác. Về phía nhân viên cung cấp dịch vụ, họ có thể theo dõi tiến trình điều trị và đảm bảo người bệnh nhận được tư vấn và liều lượng thích hợp. Về phía cơ sở thực hiện dịch vụ, lồng ghép giúp giảm nhân viên và không gian thực hiện công việc, giảm chi phí thực hiện từ đó giảm sự phụ thuộc từ các nguồn vốn bên ngoài [93]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Nga, khi thực hiện trên 3 nhóm người bệnh khởi liệu, người bệnh dò liệu và người bệnh duy trì, kết quả cho thấy thời gian sử dụng dịch vụ của người bệnh Methadone tại phòng khám không thay đổi giữa mô hình phòng khám độc lập và mô hình phòng khám lồng ghép.

Bên cạnh những ưu điểm ban đầu, mô hình kết hợp hai dịch vụ điều trị MMT và ARV cũng gặp các khó khăn. Về phía người bệnh, lý do chính được đưa ra khi lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ đơn lẻ là sự bảo mật thông tin (43,5%) và tăng cường yếu tố riêng tư trong khám chữa bệnh (7,7%) [169]. Nghiên cứu của Go và cộng sự cho thấy các rào cản trong việc thực hiện kết hợp hai mô hình điều trị HIV và MMT tại Việt Nam. Các rào cản gồm 2 loại: chính sách và vận hành. Khó khăn trong chính sách bao gồm sự phối hợp cơ cấu dịch vụ và nhân sự tại các phòng khám điều trị MMT và HIV. Nghiên cứu chỉ ra cần có một quy định hoặc khung pháp lý chung để thực hiện chương trình lồng ghép. Các yêu cầu và thủ tục chưa nhất quán giữa 2 dịch vụ điều trị MMT và ARV khiến cho quá trình kết hợp trở nên khó khăn hơn như giá dịch vụ, chứng nhận kết quả, bảo hiểm y tế (bảo hiểm y tế chỉ chi trả cho dịch vụ điều trị HIV mà không chi trả cho dịch vụ điều trị MMT). Thêm vào đó, hai chương trình điều trị do nhiều đơn vị, cơ quan quản lý (tuyến tỉnh và tuyến huyện) từ đó hệ thống

hồ sơ ghi nhận bệnh án của các người bệnh khác nhau gây khó khăn trong việc sát nhập. Nghiên cứu cũng chỉ ra, việc sát nhập có thể làm tăng khối lượng công việc và rủi ro nghề nghiệp cho nhân viên y tế. Về quy trình vận hành, khó khăn gặp phải trong việc đào tạo kỹ thuật nhân sự, báo cáo kết quả và sự hỗ trợ của địa phương. Việc lồng ghép mang lại nhiều thách thức đối mới cho cơ sở và nhân viên cung cấp dịch vụ. Các cơ sở cần có sự mô tả, hướng dẫn xây dựng mô hình kết hợp cùng với đó là tăng cường đào tạo nhân lực. Các lãnh đạo cơ sở cũng gặp khó khăn trong việc đưa giá các chỉ tiêu đánh giá và theo dõi trong quá trình thực hiện mô hình. Về phía địa phương, các cán bộ thực hiện cần sự hỗ trợ về trao đổi học tập, thu hút đầu tư cho sở hạ tầng, thiết bị, nguồn nhân lực và các chính sách để tạo điều kiện cho sát nhập [93].

Tóm lại, các mô hình kết hợp điều trị MMT và ARV tại Việt Nam mới chỉ được thực hiện ở một vài địa điểm tại các thành phố lớn, chưa thể khái quát hóa tính phù hợp cho toàn bộ các địa phương khác. Các mô hình được áp dụng tại các cơ sở ở thành phố có cơ sở vật chất, nguồn lực chất lượng, dồi dào, một phần gia tăng tỷ lệ thành công khi áp dụng mô hình. Vì vậy, cần thực hiện thêm các nghiên cứu tại các địa phương, với sự đánh giá ưu điểm và hạn chế của mô hình.

#### ***Các mô hình can thiệp giảm hại, dự phòng lây nhiễm HIV***

Tại Việt Nam, các mô hình lồng ghép điều trị HIV và các chất gây nghiện chưa được áp dụng nhiều. Các chương trình can thiệp chủ yếu về giảm hại, dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS và các bệnh đồng nhiễm được thực hiện chủ yếu trên nhóm đối tượng nguy cơ cao như người NCMT, PNBD, MSM. Đa số các mô hình can thiệp đều sử dụng phương pháp truyền thông cho đối tượng và nâng cao năng lực của NVYT. Nghiên cứu của Phạm Đức Thọ thực hiện 2011-2012 đã đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng HIV trên nhóm NCMT. Người SDMT đang là một trong những quần thể có nguy cơ nhiễm HIV cao nhất do dùng chung BKT và QHTD không an toàn. Mô hình can thiệp được thực hiện trong nghiên cứu thông qua xây dựng mạng lưới nhân viên tiếp cận cộng đồng và triển khai hoạt động giáo dục đồng đẳng, tiếp cận đối tượng đích. Can thiệp tới nhóm đối tượng đích bao gồm: thực hiện các hoạt



động giáo dục đồng đẳng, phát BKT, BCS, sinh hoạt câu lạc bộ người nhiễm; thông báo các địa chỉ các dịch vụ y tế và xã hội, nơi tiếp nhận và hỗ trợ đối tượng về sức khỏe [48]. Tại Hà Nội, nghiên cứu của Phạm Thị Minh Phương nhằm đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp trên nhóm PNBD vào năm 2005. Các biện pháp can thiệp được thực hiện thông qua các hoạt động của Trung tâm sức khỏe phụ nữ Hà Nội: cung cấp dịch vụ khám, chữa STI thông qua điểm khám cố định tại Trung tâm và các đợt khám lưu động, tư vấn, tuyên truyền về HIV/STI, khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su, cung cấp BCS và BKT [47].

Các chương trình can thiệp đều cho các kết quả tích cực, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/STI và nâng cao kiến thức của người bệnh. Nghiên cứu tại Đắk Lắk đã chỉ ra ba chỉ số về tỷ lệ hiện nhiễm HIV, bệnh lao có AFB (+) và đồng nhiễm HIV/lao sau can thiệp có chiều hướng thấp hơn so với trước can thiệp [48]. Nghiên cứu tại Hà Nội, đánh giá tình trạng sức khỏe về tỷ lệ nhiễm HIV/STI của đối tượng sau can thiệp. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV không thay đổi một cách có ý nghĩa (16,6% so với 18,7%,  $p=0,38$ ), tỷ lệ giang mai cũng không thay đổi một cách có ý nghĩa (0,8% so với 1,2%,  $p=0,76$ ). Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm lậu giảm từ 1,8% xuống 0,3%, ( $p=0,03$ ) và tỷ lệ nhiễm Chlamydia giảm từ 13,4% xuống 3,8% ( $p<0,001$ ) [47]. Đánh giá về hiệu quả can thiệp lên kiến thức của đối tượng, các nghiên cứu đều cho thấy kết quả tích cực về nhiều phương diện kiến thức như tác nhân lây truyền, đường lây, hiểu biết cơ bản về HIV, biết từ 2 dấu hiệu cơ bản của STI,...[48]. Các mô hình can thiệp đã mang lại các thay đổi tích cực với nhóm đối tượng nhiễm HIV, tuy nhiên, xây dựng mô hình can thiệp tổng hợp cần huy động sự tham gia của cộng đồng, tận dụng nguồn lực có thể, phù hợp với hoàn cảnh của địa phương.

Triển khai các hoạt động Truyền thông thay đổi hành vi, bơm kim tiêm sạch, bao cao su và điều trị MMT bằng việc sử dụng nhiều phương thức truyền thông giáo dục cho cộng đồng, ưu tiên các quần thể đích. Kết hợp các hình thức truyền thông trực tiếp như tư vấn cá nhân do đồng đẳng viên hoặc NVYT thực hiện với tư vấn cộng đồng qua tờ rơi, loa đài hoặc các buổi nói chuyện chuyên đề để phổ biến các

thông điệp về nguy cơ lây nhiễm HIV, các biện pháp dự phòng và lợi ích của việc thay đổi hành vi và lợi ích của việc xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị ARV sớm.

***Các biện pháp đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV***

*Nâng cao kỹ năng tư vấn cho CBTYT:* kỹ năng tư vấn của CBTYT đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng dịch vụ. Việc can thiệp nâng cao kỹ năng tư vấn có thể bao gồm các hoạt động: tập huấn nâng cao năng lực, đào tạo các kỹ năng tiếp cận, giao tiếp, tư vấn tạo động lực, thúc đẩy thay đổi hành vi... Ngoài ra, việc tạo một mạng lưới kết nối giữa các cán bộ cũng là một nội dung quan trọng để họ có thể hỗ trợ nhau trong quá trình cung cấp dịch vụ và theo dõi, giới thiệu chuyển gửi người bệnh.

*Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ điều trị ARV và MMT:* Các hoạt động bao gồm hỗ trợ người SDMT-HIV đến đăng ký khám và điều trị tại các cơ sở chăm sóc và điều trị MMT, ARV. Giới thiệu những người có hành vi nguy cơ cao tiếp cận với các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV. Tư vấn và giới thiệu vợ, chồng hoặc bạn tình của người nhiễm HIV và con của họ tiếp cận với dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và điều trị HIV. Cung cấp thông tin về tầm quan trọng và lợi ích của điều trị MMT, ARV kịp thời để người nhiễm HIV tới cơ sở y tế nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị ngay khi biết tình trạng nhiễm HIV của mình.

*Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV:* Tư vấn cho người nhiễm HIV về quan hệ tình dục an toàn, tiêm chích an toàn và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

*Hỗ trợ tuân thủ điều trị:* Hỗ trợ người SDMT-HIV tuân thủ điều trị MMT, ARV, uống thuốc theo đúng chỉ định, sử dụng các phương tiện nhắc uống thuốc, đi tái khám và làm xét nghiệm đúng hẹn; Hỗ trợ người bệnh trễ hẹn, bỏ trị quay lại phòng khám đúng hẹn; Hướng dẫn cách cất giữ và bảo quản thuốc tại nhà.

*Hỗ trợ chăm sóc thể chất:* Hỗ trợ người SDMT-HIV trong việc theo dõi, chăm sóc và xử trí các tác dụng phụ nhẹ của các thuốc điều trị. Hướng dẫn người nhiễm HIV và người chăm sóc cách xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà như đau, sốt, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và nôn, ngứa, ho...Cung cấp kiến thức về vệ sinh và dinh dưỡng cho người nhiễm tại nhà tại cộng đồng.

*Hỗ trợ tâm lý xã hội:* Hỗ trợ và động viên tinh thần cho người SDMT- HIV và gia đình của họ. Hỗ trợ người SDMT-HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội và hoà nhập với cộng đồng. Người bệnh nhiễm HIV thường có cảm xúc mạnh với bệnh vào thời điểm mới được chẩn đoán bệnh và giai đoạn cuối đời. Người bệnh thường suy sụp về tinh thần: sợ hãi về bệnh tật, cái chết, cảm giác tội lỗi, bị trừng phạt, tự ti, sợ bị cô lập, lo lắng cho tương lai của gia đình và bản thân, lo mất thu nhập, nghèo đói, con cái mất cơ hội, mất vị thế xã hội. Vì vậy họ rất cần được hỗ trợ tâm lý và tinh thần. Động viên người nhiễm tham gia bảo hiểm y tế để được chi trả điều trị thông qua bảo hiểm y tế. Tìm nguồn hỗ trợ cho người nhiễm tại cộng đồng: từ bạn bè, gia đình, đồng đảng, câu lạc bộ, các tổ chức xã hội... Hỗ trợ giải quyết các vấn đề về tài chính, nơi ở, lương thực, đi lại, tiền mai táng... Hỗ trợ lập kế hoạch cho tương lai: lập di chúc, lên kế hoạch tương lai cho con cái...

### **1.5. Thông tin về địa bàn nghiên cứu và dự án nghiên cứu gốc**

Dự án nghiên cứu “Đánh giá mô hình phối hợp, lồng ghép dịch vụ điều trị HIV/AIDS và ma túy tại các tuyến ở một số tỉnh tại Việt Nam” được thực hiện tại 4 tỉnh Nam Định, Bắc Giang, Hải Dương và Nghệ An. Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng được phối hợp thực hiện giữa Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương và Trường Đại học tổng hợp California tại Los Angeles. Mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên thực trạng cung cấp dịch vụ ARV/MMT tại Việt Nam và được thí điểm một năm tại tuyến huyện (các phòng khám ARV/MMT) trước khi nhân rộng ra tuyến xã/phường (các trạm y tế). Can thiệp tập trung vào việc tăng cường năng lực cho NVYT tại cộng đồng và tăng cường sự kết nối giữa NVYT cơ sở với các phòng khám trong việc lồng ghép dịch vụ một cách bền vững. Kết quả can thiệp với NVYT xã/phường và người SDMT-HIV được đánh giá ở thời điểm ban đầu và cứ ba tháng một lần sau can thiệp trong vòng một năm. Tính tới thời điểm hiện tại, dự án nghiên cứu đã hoàn thành và có một số kết quả đã được công bố [118-120]. Trong khuôn khổ của dự án, các hoạt động trong nghiên cứu này là một phần trong giai đoạn can thiệp và đánh giá cho các NVYT tại TYT xã/phường và người bệnh SDMT-HIV.

Nam Định nằm ở phía Nam vùng đồng bằng sông Hồng với dân số khoảng 1,85 triệu người, diện tích khoảng 1.668 km<sup>2</sup>, gồm 9 huyện và 1 thành phố [15]. Tính đến tháng 11/2017, dịch HIV đã xuất hiện tại 100% huyện/thành phố với 97% xã/phường có trường hợp nhiễm HIV. Dịch HIV lây truyền chủ yếu qua đường máu (45,8%) và đường tình dục (47,1%) với lũy tích số người nhiễm HIV tại Nam Định là 5.590 người, chủ yếu trong nhóm nghiện chích ma túy (38,8%). Trong đó, số người bệnh AIDS là 3.277 người, số người tử vong do AIDS là 1.432 người. Tính đến 30/9/2017, Nam Định có 1.310 người được điều trị ARV, trong đó có 1.241 người lớn và 69 trẻ em. Toàn tỉnh có 7 cơ sở điều trị ARV cho người lớn, 1 cơ sở điều trị cho trẻ em đặt tại bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định và triển khai cấp phát thuốc ARV tại tuyến xã của 5 trong số 9 huyện với 64 người bệnh được cấp phát thuốc. Đến tháng 9/2017, cả tỉnh có khoảng 4.800 người tiêm chích ma túy, trong đó có 1.900 người bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện được điều trị Methadone tại 8 cơ sở điều trị và 1 cơ sở cấp phát thuốc. Số người bệnh được điều trị từ 6 tháng trở lên khoảng 1.600 người.

Bắc Giang là tỉnh miền núi với địa hình núi chiếm 89% và vùng trung du chiếm 11% diện tích toàn tỉnh với dân số khoảng 1,67 triệu người, với diện tích khoảng 3.895 km<sup>2</sup>, bao gồm 01 thành phố và 09 huyện [13]. Tính đến 31/12/2017, số người bệnh được điều trị ARV toàn tỉnh Bắc Giang là 938 người, gồm 898 người lớn và 40 trẻ em dưới 15 tuổi. Chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Bắc Giang được triển khai từ tháng 9/2013 tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang. Tính đến 31/12/2017, tỉnh Bắc Giang đã tiếp nhận và điều trị cho 1.020 người bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện, trong đó có 76 người bệnh nhiễm HIV.

Hải Dương là tỉnh nằm ở phía Nam đồng bằng sông Hồng, với dân số khoảng 1,80 triệu người, với diện tích khoảng 1.668 km<sup>2</sup>, bao gồm 10 huyện, 01 thị xã và 01 thành phố [14]. Tính đến cuối năm 2017, tỉnh Hải Dương có khoảng 3.700 người sử dụng ma túy, trong đó có 4,67% người nhiễm HIV. Lũy tích số người nhiễm HIV/AIDS là 3.378 người người, trong đó có 1.659 người đã tử vong do AIDS. Hải Dương có 6 cơ sở điều trị ARV cho 1.474 người nhiễm HIV/AIDS, gồm 1.405 người

lớn và 69 trẻ em dưới 15 tuổi. Chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Hải Dương được triển khai từ năm 2010 tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương. Tính đến cuối năm 2017, tỉnh Hải Dương đã tiếp nhận và điều trị cho 782 người bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện tại 8 cơ sở MMT, trong đó có 137 người bệnh nhiễm HIV [7].

Nghệ An là tỉnh có diện tích lớn nhất Việt Nam, thuộc vùng Bắc Trung Bộ, có diện tích 16.482 km<sup>2</sup>, dân số khoảng 3,1 triệu người (tính đến 12/2017). Toàn tỉnh có 1 thành phố, 3 thị xã và 17 huyện, trong đó có 10 huyện miền núi [16]. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của kinh tế và du lịch, các tệ nạn xã hội như buôn bán, sử dụng ma túy, mại dâm ngày càng tăng. Nghệ An được coi là trạm trung chuyển ma túy từ Lào sang Việt Nam để vận chuyển ra các tỉnh trên khắp cả nước. Tính đến 30/04/2017, toàn tỉnh Nghệ An có 12.025 người nhiễm HIV được phát hiện, với gần 83% số người nhiễm HIV có tiền sử tiêm chích ma túy; chủ yếu trong độ tuổi 20-39 tuổi chiếm trên 84,7%. Là một trong 5 tỉnh đầu tiên triển khai thí điểm chương trình “Hướng tới mục tiêu 90-90-90” trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, Nghệ An có 6.520 người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của mình; 5.856 người được chẩn đoán HIV được đưa vào điều trị thuốc ARV, 5.281 người điều trị ARV có tải lượng vi rút đạt dưới ngưỡng ức chế (theo số liệu đến ngày 30/6/2017). Đến hết tháng 10/2017, toàn tỉnh có 6.901 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý, trong đó có 69,9% tham gia các hình thức cai nghiện. Chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Nghệ An được triển khai từ tháng 7/2012 tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An. Tính đến tháng 9/2017, tỉnh Nghệ An đã tiếp nhận và điều trị cho khoảng 1.200 người bệnh nghiện các CDTP tại 12 cơ sở điều trị Methadone và 16 điểm cấp phát thuốc [7].

## CHƯƠNG II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là cán bộ trạm y tế xã/phường (CBTYT) và người sử dụng ma túy nhiễm HIV (SDMT-HIV) với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ cụ thể sau:  
*CBTYT:*

- Là cán bộ làm việc tại các trạm y tế của các xã/phường được lựa chọn.
- Có trực tiếp cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT, người nhiễm HIV.

*Người SDMT-HIV:*

- Sinh sống hoặc làm việc tại các xã được lựa chọn.
- Từ 18 tuổi trở lên.
- Hiện đang hoặc đã từng sử dụng ma túy.
- Nhiễm HIV.
- Đang không tham gia điều trị cả hai hoặc chỉ đang điều trị một trong hai dịch vụ ARV hoặc Methadone.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Không đủ khả năng để trả lời đồng ý tham gia nghiên cứu.

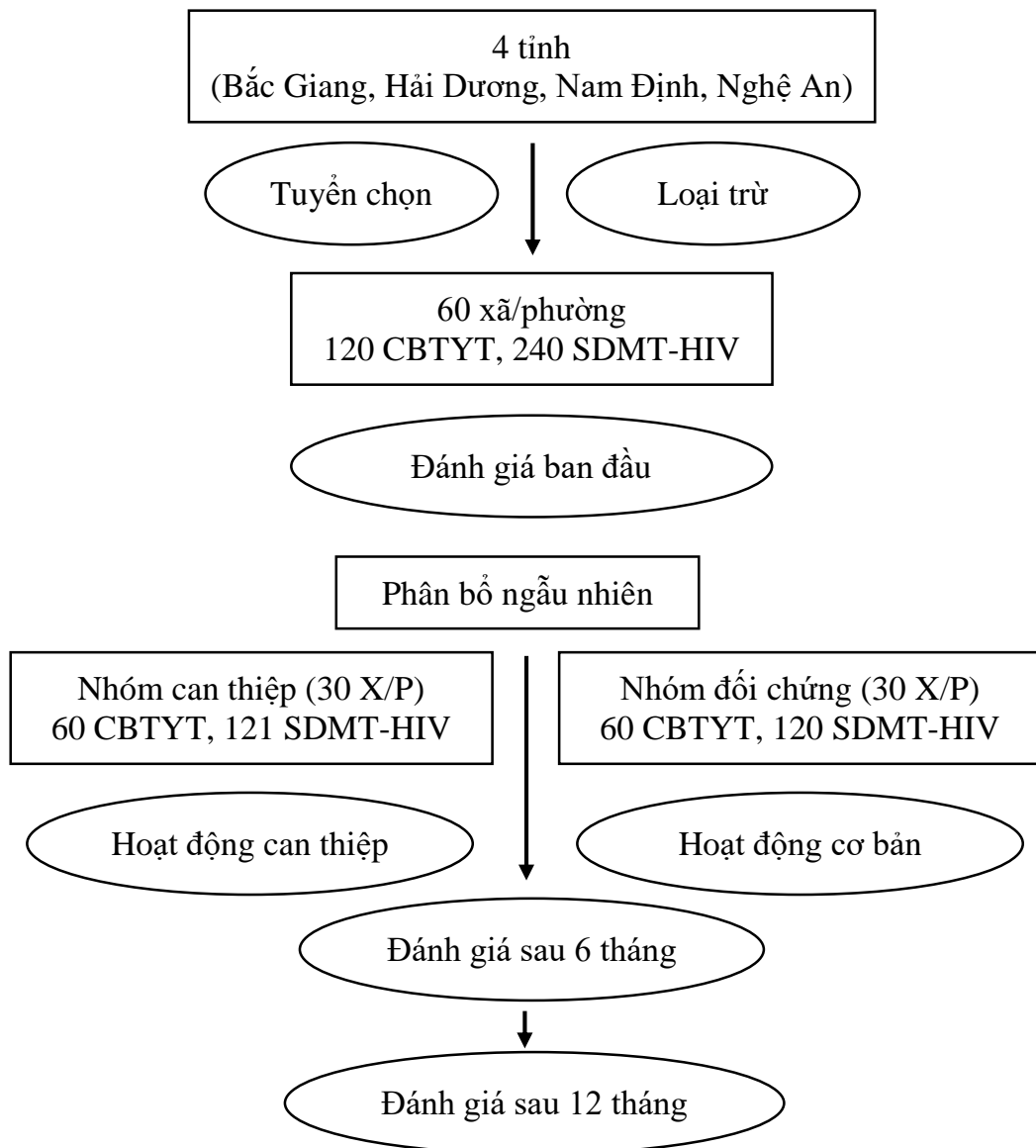
### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở 4 tỉnh miền Bắc là Bắc Giang, Hải Dương, Nam Định và Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu từ 2018 đến 2022, trong đó thời gian triển khai hoạt động thực địa từ 2018 đến 2019.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

**Can thiệp cộng đồng có đối chứng ngẫu nhiên theo cụm**, mô tả cụ thể theo hình sau:



**Hình 2.1: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu**

## 2.4. Cỡ mẫu

Đây là nghiên cứu can thiệp và đo lường kết quả can thiệp cả trên hai nhóm CBTYT và người SDMT-HIV. Do đó áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu so sánh 2 giá trị trung bình cho nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng theo cụm:

### 2.4.1. Cỡ mẫu cho CBTYT

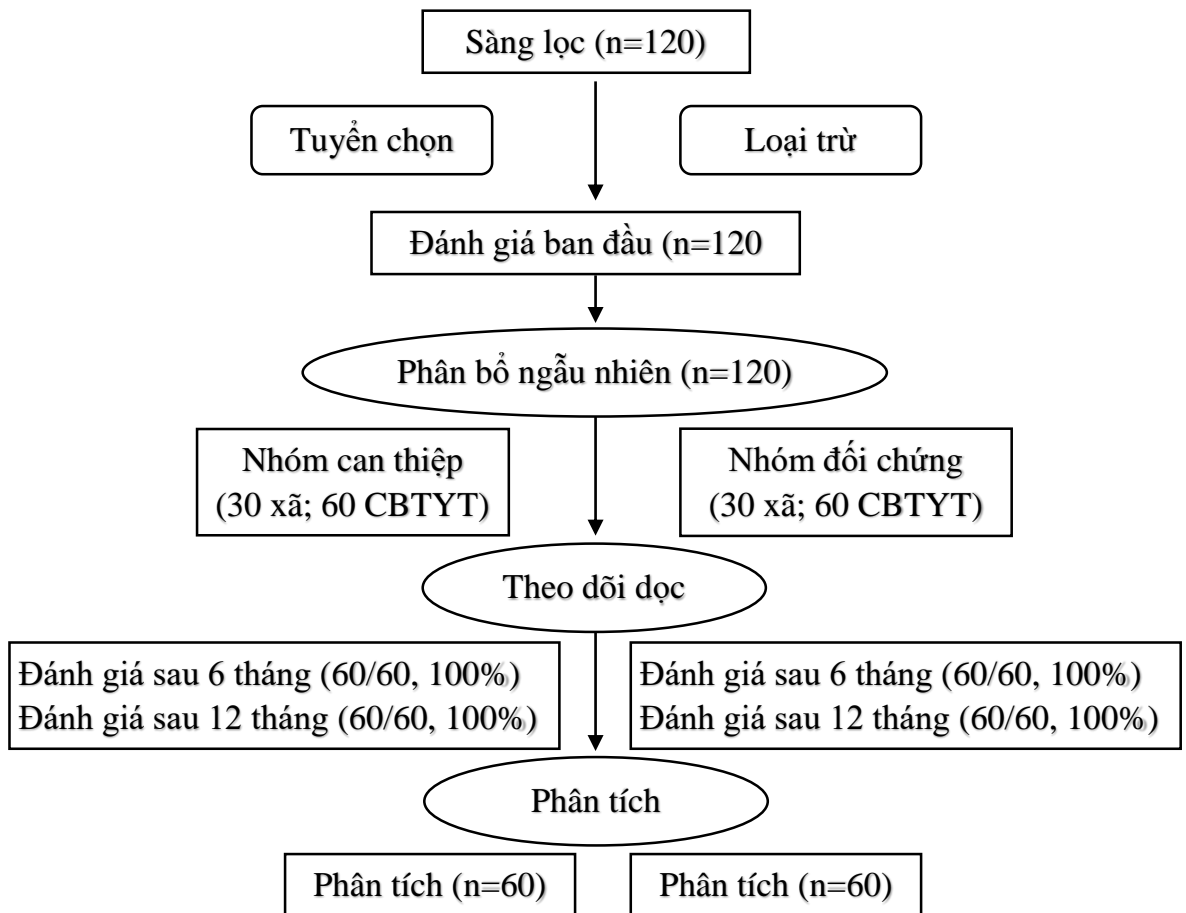
$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha} - z_{1-\beta})^2 VIF}{\gamma\delta^2}$$

Trong đó:

- $n$  là cỡ mẫu cho từng cụm
- $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên xác suất sai lầm loại I ( $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$  nếu xác suất sai lầm loại I = 5% và kiểm định 2 phía).
- $z_{1-\beta}$  là giá trị được tính dựa trên lực thống kê ( $z_{1-\beta} = 0,842$  nếu lực thống kê là 80%)
- $\sigma^2$  là phương sai.
- $\gamma$  (Gamma) là số lượng cụm. Nghiên cứu tại 60 xã, tương đương với 60 cụm
- $\delta$  (Delta) là mức khác biệt về hiệu quả điều trị giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sự khác biệt về hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu thử nghiệm trước là 0,54.
- ICC là hệ số tương quan nội cụm (Intraclass Correlation). ICC được tính dựa trên mô hình hồi quy đa tầng và được hiểu đơn giản là tỷ trọng của sự khác biệt giữa các cụm trong tổng số sự khác biệt giữa các cụm và sự khác biệt nội cụm. Chọn hệ số tương quan nội cụm bằng 0,03.
- VIF là hệ số phóng đại phương sai (Variation inflation factor), được tính bằng công thức  $VIF = 1 + (\gamma - 1) * ICC$ . Ta có  $VIF = 1,57$  nếu số cụm là 60 và ICC là 0,03.

Áp dụng công thức ta tính được cỡ mẫu cho từng nhóm là 60 CBTYT, và mỗi xã gồm 2 CBTYT.

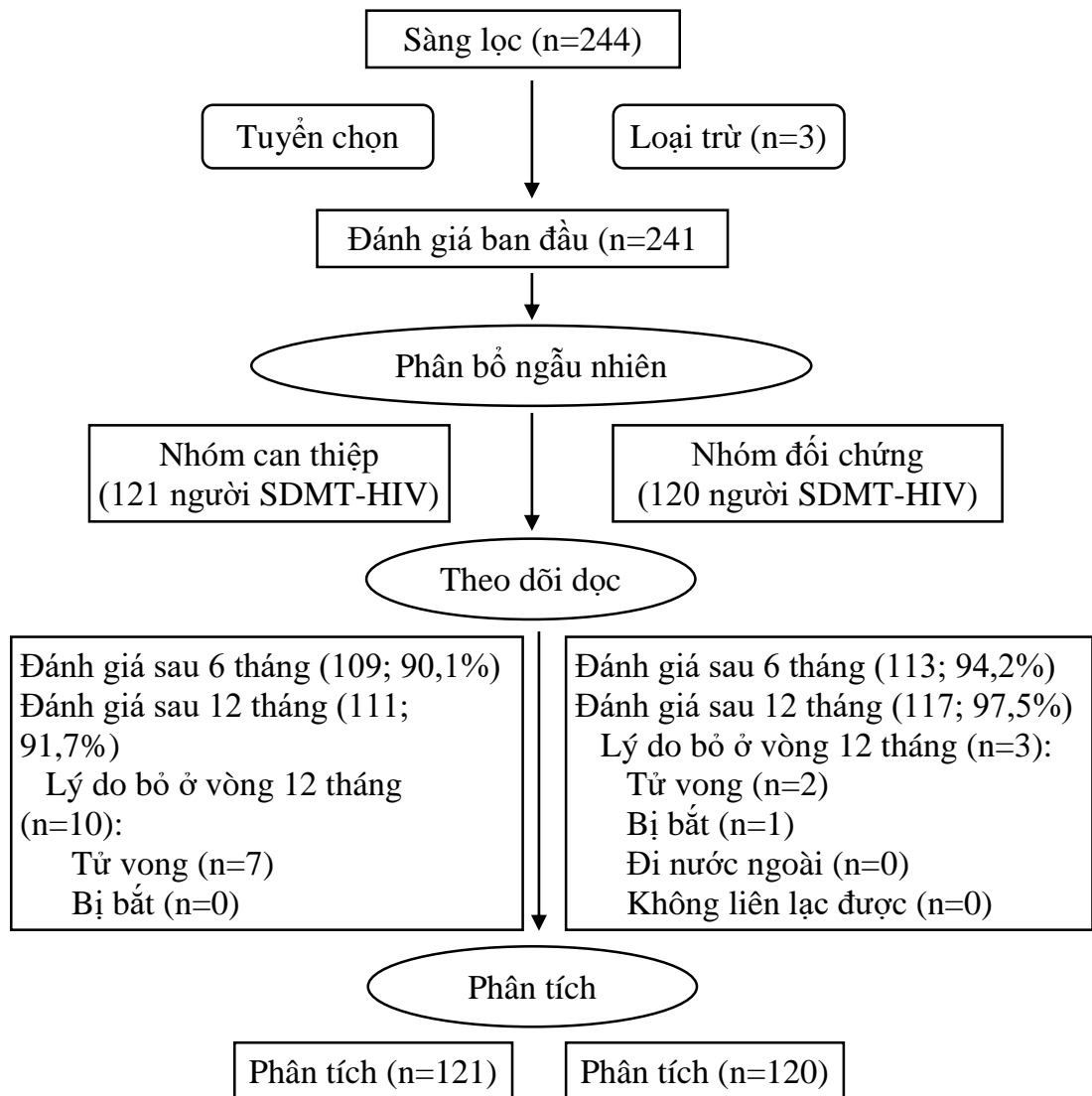




**Hình 2.2: Số lượng CBTYT tham gia nghiên cứu qua các vòng (n=120)**

#### 2.4.2. Cỡ mẫu cho người SDMT-HIV

Áp dụng công thức trên đối với người SDMT-HIV. Trong đó tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế tại thời điểm ban đầu là 25,7%, dự kiến hiệu quả can thiệp giúp tăng 20% tỷ lệ sử dụng dịch vụ. Ta có  $\delta = 20\%$ , chọn  $ICC = 0,03$ , số lượng cụm là 60. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu là 240 người, mỗi nhóm có 120 đối tượng, 1 xã sẽ có 4 người SDMT-HIV. Thực tế, trong vòng 9 tháng và nghiên cứu đã lựa chọn được 241 người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu.



**Hình 2.3: Số người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu qua các vòng (n=241)**  
**2.5. Phương pháp chọn mẫu**

- Lựa chọn 60 xã/phường với tiêu chí có số người SDMT-HIV nhiều nhất theo thứ tự từ trên xuống dưới. Tiêu chuẩn chính để lựa chọn xã/phường là số người SDMT-HIV chưa tham gia điều trị cả hai hoặc một trong hai dịch vụ ARV, Methadone và các yếu tố thực tế khác. Số xã/phường đã được chọn tại 4 tỉnh như sau: Bắc Giang 10 xã/phường, Hải Dương 10 xã/phường, Nam Định 20 xã/phường, Nghệ An 20 xã/phường. Tại mỗi xã/phường được lựa chọn, 2 CBTYT được tiếp cận và lựa chọn với ưu tiên là cán bộ có cung cấp dịch vụ trực tiếp cho người SDMT, người nhiễm HIV.

- Người SDMT-HIV được sàng lọc, tiếp cận, tuyển chọn dựa vào các nguồn thông tin sau: danh sách người SDMT (từ TYT, công an xã), danh sách người nhiễm HIV (từ TYT), danh sách người SDMT đang điều trị Methadone (từ TYT, cơ sở điều trị Methadone), danh sách người nhiễm HIV đang điều trị ARV (từ TYT, cơ sở điều trị ARV). Từ các nguồn thông tin trên, cán bộ nghiên cứu sàng lọc, đối chiếu và tiếp cận để có thêm các thông tin cụ thể theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Những người tham gia tiềm năng cũng được tiếp cận bằng cách thông qua cộng tác viên địa phương, cán bộ TYT, qua sự giới thiệu của bạn bè là những người SDMT, người nhiễm HIV biết về thông tin nghiên cứu và sau khi đã tham gia nghiên cứu giới thiệu thêm bạn bè...Sau khi tuyển chọn đủ CBTYT và người SDMT-HIV, các xã/phường được ghép cặp theo số lượng người SDMT-HIV tuyển chọn được rồi chọn ngẫu nhiên một xã/phường trong cặp vào nhóm can thiệp hoặc đối chứng.

## **2.6. Hoạt động can thiệp/đối chứng**

### *Bước 1: Tuyển chọn và tập huấn cán bộ can thiệp*

Các hoạt động can thiệp do các chuyên gia của trường Đại học California, Los Angeles, cán bộ nghiên cứu của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương và cán bộ của các tỉnh có kinh nghiệm phối hợp thực hiện. Để đảm bảo tính bền vững, nghiên cứu đã chọn NVYT và cán bộ cung cấp dịch vụ tại các tỉnh tham gia. Cán bộ can thiệp được lựa chọn dựa trên tiêu chí về kỹ năng xã hội, kỹ năng giao tiếp, kinh nghiệm hoạt động cộng đồng, bằng cấp chuyên môn về y học và có kiến thức cơ bản về dự phòng, điều trị HIV và ma túy.

Nội dung tập huấn cho cán bộ can thiệp tập trung vào những nội dung: quy trình đảm bảo bí mật thông tin, đạo đức trong nghiên cứu, vai trò của cán bộ can thiệp, các nguyên tắc cơ bản của can thiệp, đề cương can thiệp và hướng dẫn xử trí các tình huống. Cán bộ can thiệp đã được tập huấn bốn giai đoạn: 1) Các khái niệm của can thiệp; 2) Làm quen và thực hành các hình thức thảo luận nhóm, làm quen với nội dung và hình thức của các buổi can thiệp; 3) Quan sát và thực hành các hoạt động can thiệp; 4) Thực hiện một buổi can thiệp hoàn chỉnh với sự giám sát và hỗ trợ của nhóm giảng viên hướng dẫn. Mỗi cán bộ can thiệp được thực hành và rút kinh nghiệm

mỗi chủ đề ít nhất một lần trước khi tiến hành can thiệp thực tế. Nghiên cứu sinh không tham gia vào quá trình can thiệp, chỉ tham gia vào quá trình tổng hợp, phân tích, đánh giá hiệu quả can thiệp trên nhóm CBTYT và người SDMT-HIV.

*Bước 2: Can thiệp cho CBTYT (nhóm can thiệp)*

Cán bộ can thiệp sau khi được tập huấn thực hiện can thiệp cho CBTYT.

*Nội dung:* Hoạt động can thiệp cho CBTYT tập trung vào các nội dung: 1) Kết nối mạng lưới giữa CBTYT với cán bộ của các cơ sở cung cấp dịch vụ ARV và MMT (gọi chung là cơ sở điều trị - CSĐT); 2) Kỹ năng tiếp cận, giao tiếp, tư vấn của CBTYT để hỗ trợ người SDMT-HIV trong quá trình tìm kiếm, tiếp cận và duy trì dịch vụ điều trị; 3) Chuẩn bị và thực hành cho các buổi tiếp xúc cá nhân giữa CBTYT và người SDMT-HIV được phân công.

*Hình thức:* Chương trình can thiệp cho CBTYT bao gồm 2 buổi can thiệp chính và các buổi can thiệp nhắc lại, mỗi buổi can thiệp với khoảng 10-15 CBTYT. Hai buổi can thiệp chính cách nhau 1 tuần, các buổi can thiệp nhắc lại cách nhau 1 tháng ở 3 tháng đầu và cách nhau 3 tháng, duy trì các buổi can thiệp nhắc lại 1 năm. Ở buổi can thiệp chính thứ nhất chỉ có CBTYT tham gia, từ buổi can thiệp chính thứ hai và các buổi nhắc lại có thêm cán bộ cung cấp dịch vụ của các CSĐT ARV và Methadone tham gia cùng.

*Nội dung cụ thể của 2 buổi can thiệp chính:*

Buổi 1 - Tập trung vào kỹ năng để CBTYT giao tiếp với người SDMT-HIV ở cộng đồng và kết nối họ với dịch vụ chăm sóc, điều trị hiệu quả, bao gồm: 1) Khuyến khích CBTYT đóng vai với các tình huống cung cấp dịch vụ chăm sóc, điều trị HIV và ma túy; 2) Hướng dẫn các kỹ năng giao tiếp hiệu quả và sử dụng các công cụ đơn giản, dễ hiểu để tiếp cận người SDMT-HIV và thúc đẩy họ tìm kiếm dịch vụ điều trị; 3) Xác định nhu cầu về dịch vụ của cá nhân người SDMT-HIV; 4) Tận dụng những nguồn lực hiện có tại địa phương để hỗ trợ, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc, điều trị tại cơ sở điều trị Methadone và ARV; và 5) Cung cấp dịch vụ sàng lọc và tư vấn cho các bệnh đồng nhiễm khác. Mỗi CBTYT chia sẻ nhận thức của họ, các thiếu hụt dịch vụ, các giải pháp để kết nối người SDMT-HIV đến với dịch vụ tại cơ sở điều trị. Ứng

dụng Facebook được giới thiệu để tăng tính kết nối và liên lạc giữa các CBTYT và với cán bộ của các cơ sở điều trị ARV, MMT.

Buổi 2 - Kết hợp CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ tại CSĐT ARV, MMT để tăng cường mạng lưới cộng tác. Buổi này tập trung vào chiến lược phối hợp CBTYT với mạng lưới CSĐT để cải thiện môi liên kết dịch vụ cho người SDMT-HIV từ các TYT tại địa phương. Buổi này có cả CBTYT và cán bộ CSĐT (2 cán bộ của mỗi cơ sở ARV và MMT), là cơ hội học hỏi và hiểu lẫn nhau, chia sẻ kinh nghiệm và bài học thu nhận được và xây dựng mạng lưới hỗ trợ bền vững. Cơ chế, vai trò, trách nhiệm và kênh chuyển gửi dịch vụ, tần suất liên lạc giữa cán bộ các cơ sở sao cho hiệu quả cũng được thảo luận chi tiết ở buổi này.

#### *Tổ chức mạng lưới*

Sau 2 buổi can thiệp chính, 4 nhóm Facebook tại 4 tỉnh được thành lập, mỗi nhóm bao gồm CBTYT và cán bộ CSĐT ARV, MMT tham gia, thực hiện các hoạt động trao đổi, liên lạc, chia sẻ thông tin với nhau qua nhóm Facebook này.

#### *Can thiệp cho người SDMT-HIV*

Sau 2 buổi can thiệp chính, mỗi CBTYT ở nhóm can thiệp được phân công tiếp cận 2-3 người SDMT-HIV trong cùng xã/phường để tìm hiểu, tư vấn, thúc đẩy quá trình đăng ký chăm sóc, điều trị ARV, MMT và các dịch vụ y tế khác. CBTYT trao đổi với người SDMT-HIV trực tiếp tại Trạm Y tế hoặc qua điện thoại, mỗi lần khoảng 15-30 phút, áp dụng các kỹ năng, công cụ đã được can thiệp để áp dụng vào các cuộc nói chuyện, tư vấn này.

#### *Can thiệp nhắc lại*

Các buổi can thiệp nhắc lại được thực hiện mỗi tháng 1 lần trong 3 tháng đầu và sau đó cứ 3 tháng một lần, cho đến khi kết thúc nghiên cứu (sau 1 năm). Các buổi can thiệp nhắc lại này để CBTYT: 1) Chia sẻ, phản hồi về trải nghiệm quá trình tham gia trao đổi ở nhóm Facebook; 2) Chia sẻ, phản hồi về các hoạt động tiếp cận, tư vấn cho người SDMT-HIV mà họ đã thực hiện; 3) Tiếp tục bổ sung, phát triển các kỹ năng để giải quyết vấn đề khi tiếp cận, tư vấn cho người bệnh mà họ thấy cần thiết.

#### ***Hoạt động với nhóm chứng***

Các CBTYT thuộc nhóm chứng thực hiện các hoạt động cung cấp dịch vụ hỗ trợ dự phòng, chăm sóc và điều trị MMT và ARV cho người SDMT-HIV thường quy tại TYT. Ngoài ra, cán bộ nghiên cứu tại mỗi tỉnh được tham gia một cuộc họp cung cấp thông tin cơ bản về tầm quan trọng của việc lồng ghép dịch vụ và các thông tin về nguồn lực tại cộng đồng cho CBTYT của nhóm chứng. Mỗi tỉnh tổ chức 1 buổi chung cho các CBTYT.

## **2.7. Quy trình, công cụ đánh giá**

### ***Theo dõi thuận tập người tham gia***

Mã số cá nhân (PID): để quản lý quy trình thu thập số liệu, mã số cá nhân gồm 6 con số được tạo ra theo định dạng sau: số thứ nhất là mã tỉnh (1=Bắc Giang, 2=Hải Dương, 3=Nam Định, 4=Nghệ An); số thứ 2 và 3 là mã xã/phường (01-99 trong từng tỉnh); số thứ 4 là mã nhóm đối tượng nghiên cứu (1=CBTYT, 2=người SDMT-HIV); số thứ 5 là mã thứ tự người tham gia (1-2 cho CBTYT và 1-6 cho người SDMT-HIV ở mỗi xã phường); số thứ 6 là đợt đánh giá (0=trước can thiệp, 2=sau 6 tháng, 4=12 tháng). Ví dụ: 1.03.1.2.2 = Bắc Giang, xã số ba, CBTYT, lần phỏng vấn 6 tháng sau can thiệp.

Phiếu liên lạc: được thiết kế để cán bộ nghiên cứu liên lạc, ghi chép lại các thông tin nhằm có thể liên lạc lại được với người tham gia cho các hoạt động dài hạn (*Phụ lục 1: Phiếu liên lạc với người tham gia*). Thông tin được kiểm tra định kỳ để đảm bảo cập nhật và duy trì người tham gia trong vòng hơn 12 tháng.

### ***Phỏng vấn đánh giá với CBTYT***

Công cụ: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (*Phụ lục 3a: Bộ câu hỏi phỏng vấn CBTYT*), bao gồm thông tin về đặc điểm nhân khẩu; loại dịch vụ và mức độ cung cấp tại TYT; tương tác với người bệnh (sử dụng ma túy, nhiễm HIV); thái độ, hành vi với người SDMT, người nhiễm HIV; tương tác với cán bộ trong mạng lưới cơ sở điều trị MMT, ARV; mức độ hài lòng với công việc tại TYT; những thay đổi so với trước can thiệp. CBTYT tự trả lời bộ câu hỏi bằng máy tính giúp đảm bảo thông tin thu được khách quan, giảm sai số do ảnh hưởng của các yếu tố trong khi

phỏng vấn. Cán bộ phỏng vấn được tập huấn để nắm rõ nội dung câu hỏi và hướng dẫn CBTYT trả lời câu hỏi.

Tần suất: CBTYT được phỏng vấn đánh giá 3 lần, vào thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 6 và 12 tháng.

Quy trình: ngay tại thời điểm tuyển chọn, CBTYT được hỏi về khả năng có thể và đồng ý tham gia trong vòng hơn 12 tháng và hoàn thành đánh giá vào các thời điểm trước, sau 6, và 12 tháng không. Đánh giá trước can thiệp được tiến hành ngay sau khi tuyển chọn. Trước các lần đánh giá tiếp theo, cán bộ nghiên cứu liên hệ với người tham gia để nhắc về thời gian và địa điểm đánh giá. Để giảm tỷ lệ bỏ nghiên cứu/mất theo dõi, cán bộ nghiên cứu thường xuyên liên hệ với người tham gia (là bước rất cần thiết và yêu cầu bắt buộc khi triển khai).

Thời gian và địa điểm: Các cuộc phỏng vấn đánh giá được thực hiện tại nơi riêng tư, thường là tại TYT nơi CBTYT làm việc. Cán bộ đánh giá và CBTYT thống nhất chọn thời điểm thuận lợi trong ngày để hoàn thành cuộc phỏng vấn. Thời gian cho mỗi cuộc phỏng vấn đánh giá khoảng 45-60 phút.

### ***Đánh giá với người SDMT-HIV***

Công cụ: sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn (*Phụ lục 3b: Bộ câu hỏi phỏng vấn người SDMT-HIV*), thu thập thông tin về đặc điểm nhân khẩu; sức khỏe thể chất và tinh thần; sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe; cảm nhận, thái độ với dịch vụ tại TYT; mối quan hệ gia đình, xã hội; hành vi sử dụng chất kích thích (rượu, thuốc lá, ma túy); hành vi tình dục; quá trình tiếp cận, sử dụng dịch vụ điều trị MMT, ARV... Một số thông tin tế nhị hoặc khó nhớ như kết quả xét nghiệm ma túy, HIV, số lượng CD4, tải lượng vi rút, liều điều trị... được thu thập và đối chiếu thêm với bệnh án (nếu có). Người SDMT-HIV tự trả lời bằng máy tính có sự hỗ trợ của cán bộ phỏng vấn giúp cho việc bảo mật thông tin, thu được câu trả lời khách quan, hạn chế sai số do yếu tố xã hội... trong quá trình đánh giá.

Tần suất: người SDMT-HIV được đánh giá 3 lần, vào thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 6 và 12 tháng.

Quy trình: người SDMT-HIV được hỏi ngay tại thời điểm tuyển chọn là họ có thể và đồng ý tham gia trong vòng 12 tháng và hoàn thành đánh giá vào các thời điểm ban đầu, sau 6 và 12 tháng (thời gian hơn 1 năm) hay không. Phỏng vấn đánh giá ban đầu được tiến hành ngay sau khi hoàn thành tuyển chọn. Trước các lần đánh giá tiếp theo, cán bộ nghiên cứu liên hệ với người tham gia để nhắc về thời gian và địa điểm đánh giá. Để hạn chế tỷ lệ bỏ nghiên cứu/mất liên lạc, việc cán bộ nghiên cứu liên lạc thường xuyên với người tham gia là rất cần thiết và là yêu cầu bắt buộc.

Thời gian và địa điểm: Các cuộc phỏng vấn được thực hiện tại nơi riêng tư, thường người SDMT-HIV được mời lên tham gia ở TYT (hoặc một địa điểm khác phù hợp). Người SDMT-HIV và cán bộ nghiên cứu thống nhất thời điểm thuận lợi trong ngày để hoàn thành bộ câu hỏi phỏng vấn. Thời gian cho mỗi cuộc phỏng vấn đánh giá khoảng 45-60 phút.

## **2.8. Biến số nghiên cứu**

### ***Biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu***

Với CBTYT: đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn...); đặc điểm quá trình công tác tại TYT (bằng cấp, thời gian công tác trong ngành y, thời gian công tác tại TYT, được tập huấn về MMT, ARV...).

Với người SDMT-HIV: đặc điểm nhân khẩu (tuổi, tình trạng hôn nhân, số năm đi học, trình độ, nghề nghiệp, có công việc hiện tại, thu nhập...); hành vi hút thuốc, uống rượu, số năm sử dụng heroin.

### ***Biến số cho mục tiêu 1***

Thực trạng cung cấp dịch vụ về HIV, ma túy: Tổng số người bệnh, số lượng người bệnh là người SDMT, là người nhiễm HIV, là người SDMT-HIV; Tỷ lệ có cung cấp dịch vụ và số lượng người bệnh theo từng loại dịch vụ (dịch vụ liên quan đến HIV, dịch vụ liên quan đến ma túy, dịch vụ về bệnh đồng nhiễm, giới thiệu/chuyên gửi...); Số lần, cách thức, phương tiện trao đổi/liên lạc với người bệnh; Nội dung trao đổi với người SDMT-HIV; Nội dung công việc CBTYT cảm thấy tự tin khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT, người nhiễm HIV; Kiến thức và thái độ khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT, người nhiễm HIV.



Yếu tố liên quan đến thực trạng cung cấp dịch vụ của CBTYT: biến phụ thuộc là: Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV (có/không); Cung cấp dịch vụ can thiệp giảm hại (Methadone và/hoặc bơm kim tiêm sạch) (có/không); Tư vấn tâm lý cho người bệnh (có/không). Các biến độc lập là: Giới tính, Nhóm tuổi, Dân tộc, Trình độ, Bằng cấp, thâm niên công tác, được tập huấn về HIV/AIDS và Methadone/nghiện chất.

### ***Biến số cho mục tiêu 2***

Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV: Tình trạng mắc bệnh đồng nhiễm (STI, viêm gan B, viêm gan C, lao, rối loạn sức khỏe tâm thần); Tình trạng sức khỏe (các triệu chứng gặp phải); Nhận định về tình trạng sức khỏe của bản thân; Hạn chế vận động; Cảm nhận về sức khỏe tinh thần.

Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV: Sử dụng thuốc lá, đồ uống có cồn; Sử dụng chất gây nghiện (đã từng, hiện còn sử dụng); Từng tiêm chích ma túy; Sử dụng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy; Số lượng bạn tình; Mua dâm; Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

Thực trạng sử dụng dịch vụ về HIV và ma túy của người SDMT-HIV: Sử dụng dịch vụ tại TYT, cách thức nhận dịch vụ; Điều trị methadone (đã từng điều trị, hiện đang điều trị, liều điều trị, lý do không điều trị methadone); Điều trị HIV (xét nghiệm CD4, xét nghiệm tải lượng vi rút, đã từng điều trị, hiện đang điều trị, tần suất nhận thuốc, lý do không điều trị ARV).

### ***Biến số cho mục tiêu 3***

Biến số/chỉ số của CBTYT:

- + Tổng số người bệnh CBTYT đã cung cấp dịch vụ trong 3 tháng qua (*câu B1*).
- + Số người bệnh là người SDMT, người nhiễm HIV, hoặc người SDMT-HIV mà CBTYT đã cung cấp dịch vụ trong 3 tháng qua (*câu B2+B3+B4*).
- + *Mức độ tương tác giữa CBTYT với người bệnh*: được đo lường dựa vào 10 câu hỏi, thang đo này được áp dụng từ nghiên cứu cung cấp dịch vụ HIV, ma túy trước đây ở châu Á [122]. Câu hỏi ví dụ như: “Anh/Chị có chủ động tư vấn cho người bệnh không?”, “Anh/Chị có nỗ lực hết sức để người bệnh tuân thủ điều trị không?” Mỗi câu hỏi được đánh giá dựa trên 5 mức độ lựa chọn với 1 = “không lần nào” đến 5 =

“tất cả các lần”. Tổng điểm 10-50, điểm càng cao thì mức độ tương tác càng tốt (Cronbach’s alpha = 0,86) (10 câu hỏi phần C).

+ *Mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV*: được đo lường dựa vào công cụ gồm 6 câu hỏi, được xây dựng dựa trên nghiên cứu định tính khám phá nhận thức và kinh nghiệm của cán bộ cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT, người nhiễm HIV [130]. CBTYT được hỏi để đánh giá mức độ tự tin khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT, người nhiễm HIV ở một số khía cạnh, như tiếp cận, tư vấn, thuyết phục tham gia điều trị, hỗ trợ tuân thủ điều trị. Câu trả lời cho mỗi câu hỏi từ 1 = “không tự tin” đến 5 = “rất tự tin”. Tổng điểm 6-30, điểm càng cao mức độ tự tin càng cao (Cronbach’s alpha = 0,90) (6 câu hỏi phần D).

+ *Mức độ tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác*: được áp dụng từ nghiên cứu trước đây [112]. CBTYT được hỏi về tần suất trao đổi với cán bộ của cơ sở y tế khác với 8 khía cạnh, ví dụ như trao đổi các vấn đề liên quan đến công việc, chia sẻ tài liệu chuyên môn, trao đổi về ca bệnh nào đó, chuyển gửi người bệnh. Câu trả lời từ 1 = “không lần nào” đến 5 = “tất cả các lần”. Tổng điểm từ 8-40, điểm càng cao mức độ tương tác càng tốt (Cronbach’s alpha = 0,91) (8 câu hỏi phần H3).

+ *Mức độ hài lòng với công việc của CBTYT*: được đánh giá dựa trên thang đo đánh giá hài lòng với công việc của Bellingham với 17 câu hỏi [63]. Câu hỏi ví dụ như: Anh/Chị mong muốn đi làm vào sáng thứ Hai; Anh/Chị cảm thấy có giá trị và được khẳng định trong công việc; Có sự tương tác tích cực tại nơi làm việc... Thang 5 điểm Likert cho mỗi câu hỏi với 1 = “hoàn toàn đồng ý” đến 5 = “hoàn toàn không đồng ý”. Điểm được đảo ngược lại trước khi tính tổng, từ 17-85, điểm càng cao mức độ hài lòng càng cao (Cronbach’s alpha = 0,91) (17 câu hỏi phần J).

– *Biến số/chỉ số của người SDMT-HIV*:

+ Tỷ lệ tham gia điều trị MMT của người SDMT-HIV (câu hỏi F1).

+ Tỷ lệ tham gia điều trị ARV của người SDMT-HIV (câu hỏi H10).

+ Tỷ lệ sử dụng bất cứ dịch vụ tại trạm y tế của người SDMT-HIV (*11 câu hỏi phần C8*).

+ Tỷ lệ sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV, ma túy tại trạm y tế của người SDMT-HIV (*một số câu ở C8*).

+ *Tình trạng sức khỏe tinh thần và Tình trạng sức khỏe thể chất*: được đo lường dựa trên 12 câu hỏi theo thang điểm SF-12, là công cụ thường được dùng để đo lường chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe [182]. Các câu hỏi được hỏi cho thời gian 4 tuần vừa qua, điểm số được tính trọng số cho thang điểm 100 rồi được tính cho 2 khía cạnh sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất [181]. Điểm càng cao thì tình trạng sức khỏe càng tốt (*9 câu hỏi phần B (b1-b8; b12)*). (Cronbach's alpha = 0,89)

+ *Rào cản tiếp cận dịch vụ y tế*: được đánh giá theo thang điểm (BACE - Barriers to Access to Care Evaluation) gồm 10 câu hỏi [76]. Các câu hỏi như: Không chắc chắn về nơi cần đến khi cần chăm sóc sức khỏe; Nghĩ rằng vấn đề sức khỏe đó sẽ tự ổn; Có các vấn đề về đi lại hoặc di chuyển đến nơi khám bệnh... Người SDMT-HIV trả lời các câu hỏi theo thang điểm Likert 4 mức, 1 = "hoàn toàn không" đến 4 = "rất nhiều". Tổng điểm 10-40, điểm càng cao cho thấy rào cản tiếp cận dịch vụ càng nhiều (Cronbach's alpha = 0,71) (*10 câu hỏi C4 a-j*).

+ *Triệu chứng trầm cảm*: được đo lường theo thang điểm Zung, gồm 10 câu hỏi [188]. Bộ công cụ này cũng đã được đánh giá và áp dụng ở Việt Nam ở nghiên cứu trước đây [117]. Mỗi câu hỏi có thang điểm từ 1 = "không lần nào" đến 4 = "tất cả các lần". Tổng điểm từ 10-40, điểm càng cao thì mức độ trầm cảm càng lớn (Cronbach's alpha = 0,83) (*10 câu hỏi 1a-j*).

## 2.9. Quản lý và phân tích số liệu

*Thu thập số liệu*: Người tham gia (CBTYT và người SDMT-HIV) trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn bằng cách tự sử dụng máy tính để đọc và trả lời, với sự hỗ trợ của cán bộ đánh giá. Sau khi hoàn thành phỏng vấn, số liệu được cán bộ phỏng vấn gửi về máy chủ cho cán bộ quản lý số liệu. Số liệu được kiểm tra tính đầy đủ và logic định kỳ, phản hồi lại với cán bộ thực địa để kịp thời hỏi lại và chỉnh sửa.

*Phân tích số liệu:* Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 16.0. Với mục tiêu 1 và 2 là mô tả thực trạng, các thống kê mô tả như tần suất, tỷ lệ %, giá trị trung bình, trung vị, khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) được tính toán và trình bày. Với các biến định tính, sử dụng  $\chi^2$  để so sánh giữa các nhóm, với biến định lượng, sử dụng t-test để so sánh giữa các nhóm (nhóm can thiệp so với nhóm chứng, tại các thời điểm khác nhau).

Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính/logistic đơn biến và đa biến để phân tích các yếu tố liên quan đến thực trạng cung cấp dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy của CBTYT và phân tích các yếu tố tác động đến hiệu quả can thiệp cả ở nhóm CBTYT và người SDMT-HIV. Do can thiệp có đặc tính cụm, trong đó mỗi người được khảo sát tại 3 thời điểm khác nhau (mỗi người là 1 cụm). Do đó chúng tôi áp dụng mô hình hồi quy dựa trên phương pháp tiếp cận phương trình ước tính tổng quát (GEE - Generalized Estimating Equation) để phân tích. Phương pháp này giúp ước tính các mối tương quan trong 1 cụm (nghĩa là tính đến mối liên quan của biến đầu ra giữa các lần được khảo sát của từng đối tượng nghiên cứu). Hơn thế nữa, còn giúp hiệu chỉnh được các số liệu có sự thay đổi theo thời gian mà không cần giả định về phân bố của số liệu. GEE có thể áp dụng được tất cả các loại biến đầu ra bao gồm: nhị phân, danh mục, định lượng liên tục, số đếm.

Sử dụng phương pháp lùi từng bước (backward – stepwise) để lựa chọn các biến vào mô hình hồi quy đa biến [24]. Cụ thể, các yếu tố liên quan qua phân tích đơn biến có  $p < 0,1$  được đưa vào phân tích ở mô hình đa biến. Mức  $p < 0,1$  ở đây được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu dịch tễ học và được các nhà thống kê khuyến cáo sử dụng [24]. Mô hình ước lượng hệ số hồi quy (cho biến định lượng), tỷ số chênh - OR và tỷ số chênh hiệu chỉnh - aOR (cho biến định tính) và KTC 95%.

Đối với các biến số nhị phân về hiệu quả can thiệp có sự thay đổi theo thời gian (tỷ lệ sử dụng dịch vụ, tỷ lệ điều trị MMT, ARV), chúng tôi sử dụng tỷ số nguy cơ RR để phân tích mối liên quan trong mô hình hồi quy đa biến. Trong mô hình đa biến, sử dụng hồi quy log-binomial để ước tính RR. Tuy nhiên mô hình sẽ không hội tụ (không thể ước lượng được do sai số quá lớn), vì vậy mô hình hồi quy sẽ chuyển sang

dạng hồi quy Poisson có hiệu chỉnh sai số bằng phương pháp Robust để ước tính ra chỉ số RR [74].

### **2.10. Đạo đức trong nghiên cứu**

Cán bộ nghiên cứu (cán bộ can thiệp, phỏng vấn đánh giá, quản lý số liệu) được tập huấn về phương pháp nghiên cứu và đạo đức trong nghiên cứu trước khi triển khai hoạt động. Nghiên cứu sử dụng mã số để quản lý, không thu thập thông tin xác định cá nhân vào các mẫu phiếu nghiên cứu.

Nghiên cứu sử dụng bản cung cấp thông tin (*Phụ lục 2a, 2b: Bản cung cấp thông tin và thỏa thuận tham gia nghiên cứu*), trong đó nói rõ mục đích, quy trình thực hiện, các rủi ro có thể gặp, lợi ích cũng như quyền và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu. Bản cung cấp thông tin nhấn mạnh việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, thông tin được giữ bí mật và việc quyết định có tham gia hay không, hay là ngừng tham gia sẽ không ảnh hưởng đến nghề nghiệp, công việc hiện tại hay dịch vụ mà họ được nhận.

Dự án gốc đã được Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phê duyệt. Đề cương nghiên cứu của đề tài này cũng được Hội đồng đạo đức xem xét và phê duyệt (*Phụ lục 4: Chứng nhận chấp thuận đạo đức của dự án*).

Việc tham gia và được phép sử dụng một phần kết quả của dự án nghiên cứu gốc đã được chủ nhiệm đề tài và cơ quan chủ trì là Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương xem xét và cho phép (*Phụ lục 5: Giấy xác nhận sử dụng số liệu dự án*).

### CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm chung của CBTYT

**Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu của CBTYT**

Đặc điểm	Đối chứng (n=60)	Can thiệp (n=60)	p
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)	
Giới tính			
Nam	33,3	21,7	0,15
Nữ	66,7	78,3	
Nhóm tuổi			
<35 tuổi	30,0	21,7	0,47
35-45 tuổi	25,0	33,3	
>45 tuổi	45,0	45,0	
Dân tộc			
Kinh	78,3	76,7	0,83
Thái	21,7	23,3	

CBTYT tham gia nghiên cứu thuộc nhóm đối chứng và nhóm can thiệp chủ yếu là nữ giới với tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 78,3%, dân tộc Kinh (78,3% và 76,7%) và đa số trong độ tuổi lớn hơn 45 tuổi (45,0%). Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng trước thời điểm tiến hành can thiệp ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.2: Trình độ chuyên môn của CBTYT**

Đặc điểm	Đối chứng (n=60)	Can thiệp (n=60)	p
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)	
Trình độ			
Đại học, sau đại học	23,3	26,7	0,53
Cao đẳng	6,7	11,7	
Trung cấp	70,0	61,6	
Bằng cấp			

Đặc điểm	Đối chứng (n=60)	Can thiệp (n=60)	p
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)	
Bác sỹ	13,3	21,7	0,41
Y sỹ	38,3	43,3	
Điều dưỡng	26,7	21,7	
Y tế công cộng	21,7	13,3	
Tập huấn về nghiện chất			
Có	55,0	61,7	0,46
Không	45,0	38,3	
Tập huấn về HIV/AIDS			
Có	83,3	73,3	0,18
Không	16,7	26,7	
	<b>TB, SD</b>	<b>TB, SD</b>	<b>p</b>
Số năm công tác (năm)	16,6 (8,9)	19,0 (9,1)	0,13

CBTYT tham gia nghiên cứu thuộc nhóm đối chứng và can thiệp hầu hết có trình độ trung cấp với tỷ lệ lần lượt là 70% và 61,6%. Hầu hết CBTYT đều được tập huấn về HIV/AIDS trong đó nhóm đối chứng (83,3%), nhóm can thiệp (73,3%). Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về trình độ, bằng cấp và việc tham gia tập huấn và thời gian công tác trong ngành y tế giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng trước thời điểm tiến hành can thiệp ( $p > 0,05$ ).

### 3.1.2. Đặc điểm chung của người SDMT-HIV

**Bảng 3.3: Đặc điểm nhân khẩu của người SDMT-HIV**

Đặc điểm	Đối chứng (n=120)	Can thiệp (n=121)	p
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi			
<35 tuổi	27,5	23,9	0,98
35-45 tuổi	58,3	62,0	
>45 tuổi	14,2	14,1	
Tình trạng hôn nhân			

<b>Đặc điểm</b>	<b>Đối chứng (n=120)</b>	<b>Can thiệp (n=121)</b>	<b>p</b>
	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
Độc thân/ly hôn/góa	40,9	43,0	0,94
Đã kết hôn/sống chung	59,1	57,0	
<b>Trình độ</b>			
Tiểu học	30,0	36,4	0,24
Trung học	64,2	57,0	
Từ Trung học trở lên	5,8	6,6	
Có công việc hiện tại	80,8	74,4	0,23
<b>Thời gian sử dụng heroin</b>			
Dưới 5 năm	43,3	39,7	0,12
5-10 năm	35,0	32,2	
Trên 10 năm	21,7	28,1	
Hút thuốc lá	74,4	74,2	0,97
Sử dụng đồ uống có cồn	83,5	83,3	0,98

Chủ yếu đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm đều đã kết hôn/sống chung (56,2% và 59,2%) và có công việc (74,4% và 74,2%); đều sử dụng thuốc lá (74,4% và 74,2%) và đồ uống có cồn (83,5% và 83,3%). Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học của người SDMT-HIV giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng ( $p>0,05$ ).

### **3.2. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV**

#### **3.2.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ của CBTYT**

**Bảng 3.4: Thực trạng cung cấp dịch vụ (n=120)**

<b>Dịch vụ</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
<b>Liên quan đến HIV/AIDS</b>		
Xét nghiệm HIV	25,0	17,9 - 33,6
Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV	51,7	42,6 - 60,5
Dự phòng HIV	40,0	31,5 - 49,1
Giới thiệu đến cơ sở điều trị ARV	32,5	24,6 - 41,5

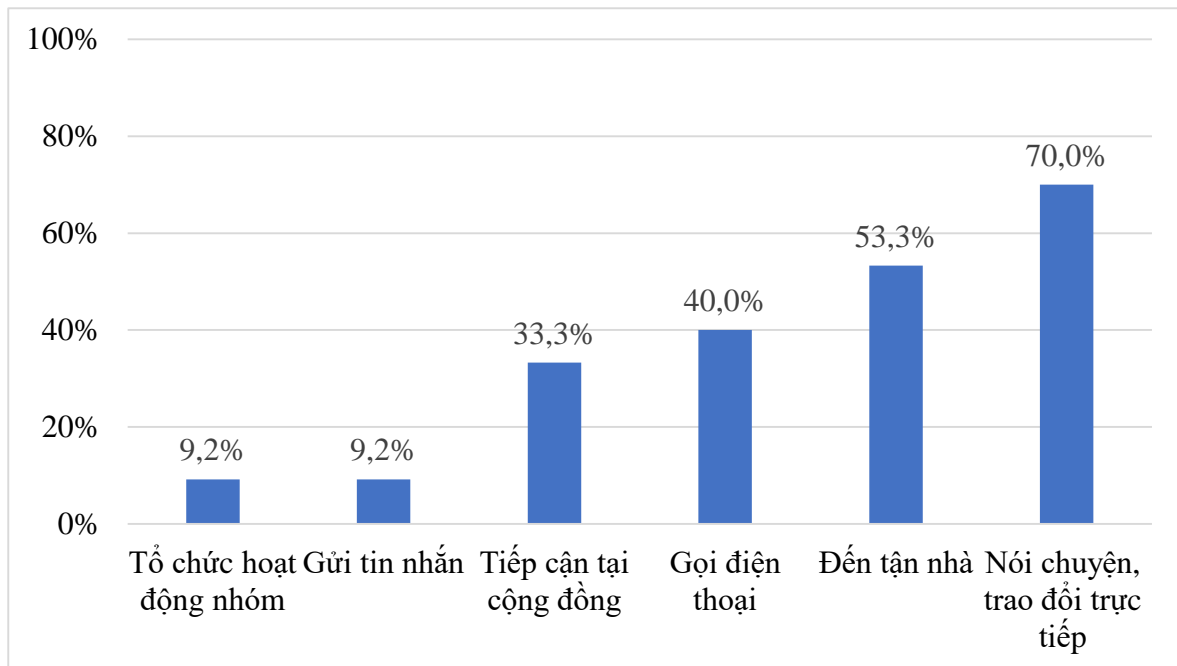


<b>Dịch vụ</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
Cấp phát thuốc ARV	19,2	13,0 - 27,3
<b>Liên quan đến sử dụng ma túy</b>		
Cấp phát MMT và/hoặc bơm kim tiêm sạch	35,8	27,7 - 44,9
Lấy mẫu nước tiểu xét nghiệm ma túy	20,0	13,7 - 28,2
Giới thiệu đến cơ sở điều trị MMT	41,7	33,1 - 50,8
<b>Dịch vụ khác</b>		
Xét nghiệm sàng lọc STI, VGB, C, lao	13,3	8,2 - 20,7
Tư vấn tâm lý	72,5	63,7 - 79,8
Điều trị các bệnh nhiễm trùng	48,3	42,6 - 60,6
Giới thiệu đến cơ sở điều trị bệnh nhiễm trùng	51,7	42,6 - 60,6
Khám sàng lọc các bệnh tâm thần	38,3	29,9 - 47,4

Dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS mà cán bộ TYT đã cung cấp theo kết quả nghiên cứu bao gồm: dịch vụ xét nghiệm HIV (25%) cho người bệnh, hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV (51,7%; 95%KTC: 42,6%-60,5%), hướng dẫn các biện pháp dự phòng HIV (40%), cung cấp thuốc điều trị ARV (19%).

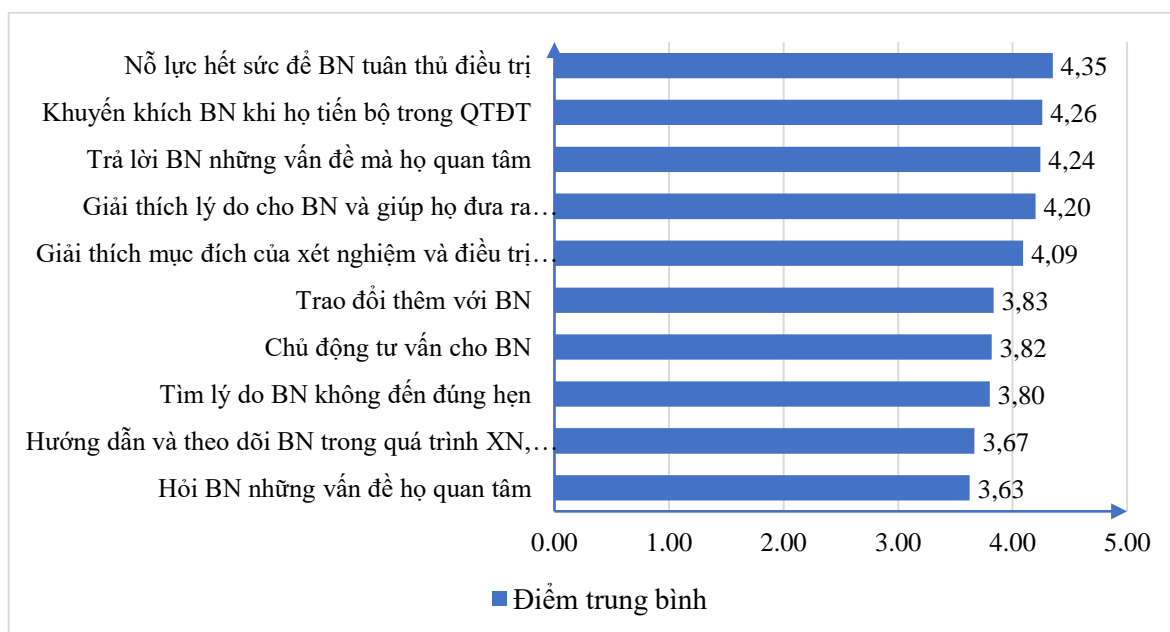
Dịch vụ y tế liên quan đến sử dụng ma túy mà cán bộ TYT trong nghiên cứu đã cung cấp bao gồm: 35,8% CBTYT cung cấp dịch vụ điều trị MMT và/hoặc chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch, 41,7% CBTYT giới thiệu đến cơ sở điều trị MMT, chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch, 20% CBTYT thực hiện việc thu thập mẫu nước tiểu xét nghiệm ma túy.

Dịch vụ y tế khác: 13,3% CBTYT thực hiện xét nghiệm và sàng lọc các bệnh nhiễm trùng khác (VD: các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm gan B, viêm gan C và Lao), 72,5% CBTYT thực hiện tư vấn tâm lý cho người bệnh.



**Biểu đồ 3.1: Cách thức trao đổi của CBTYT (n=120)**

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương thức liên lạc chủ yếu trong 3 tháng qua của CBTYT là nói chuyện trực tiếp (70%) và đến nhà (53,3%). Các cách thức trao đổi khác với người SDMT-HIV bao gồm: gọi điện (40%), tiếp cận cộng đồng (33,3%).



### **Biểu đồ 3.2: Nội dung trao đổi giữa CBTYT với người bệnh (n=120)**

Kết quả nghiên cứu cho thấy những nội dung trao đổi giữa CBTYT và người bệnh bao gồm: hướng dẫn, tư vấn để người bệnh tuân thủ điều trị (4,35 điểm); trả lời người bệnh những vấn đề họ quan tâm (4,24 điểm), khuyến khích người bệnh khi họ tiến độ (4,26 điểm); hỏi người bệnh về vấn đề họ quan tâm là nội dung ít được trao đổi nhất (3,36 điểm).

### **Bảng 3.5: Nội dung công việc CBTYT cảm thấy tự tin (n=120)**

Nội dung	Tỷ lệ tự tin (%)	KTC 95%
Giữ liên lạc với người SDMT-HIV	92,5	86,1 - 96,1
Tư vấn cho người SDMT-HIV	91,7	85,1 - 95,5
Thu hút người SDMT-HIV đến với các dịch vụ	78,3	69,9 - 84,9
Giúp đỡ người SDMT-HIV tuân thủ điều trị	90,8	84,1 - 98,9
Tạo động lực cho người SDMT-HIV có những hành vi tích cực	89,9	83,1 - 92,3
Theo dõi quá trình điều trị và chăm sóc người SDMT-HIV	81,7	73,6 - 87,7

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 92,5% CBTYT tự tin với việc giữ liên lạc với người SDMT-HIV. Các nội dung khác CBTYT cảm thấy tự tin khi cung cấp bao

gồm: tư vấn và giúp đỡ người SDMT-HIV tuân thủ điều trị với tỷ lệ lần lượt là 91,7% và 90,8%.

**Bảng 3.6: Kiến thức về can thiệp giảm hại của CBTYT (n=120)**

Nội dung	Tỷ lệ %	KTC 95%
Nghiện ma túy là bệnh mạn tính	48,4	39,4 - 57,3
Điều trị MMT cho tất cả các chất gây nghiện	46,6	37,8 - 55,7
Người tái nghiện nên tiếp tục duy trì điều trị MMT	85,0	77,3 - 90,4
Giảm hại đồng nghĩa với việc hợp pháp hóa ma túy	69,2	60,2 - 76,9
Cung cấp BKT khuyến khích sử dụng ma túy	90,0	83,1 - 94,3
Người SDMT đều được điều trị MMT	59,2	50,0 - 67,7
Việc giảm các hậu quả có hại của lạm dụng chất gây nghiện là quan trọng	90,8	84,1 - 94,9
Cần khen ngợi người SDMT khi giảm liều/chuyển từ dạng tiêm sang uống	84,9	77,3 - 90,4

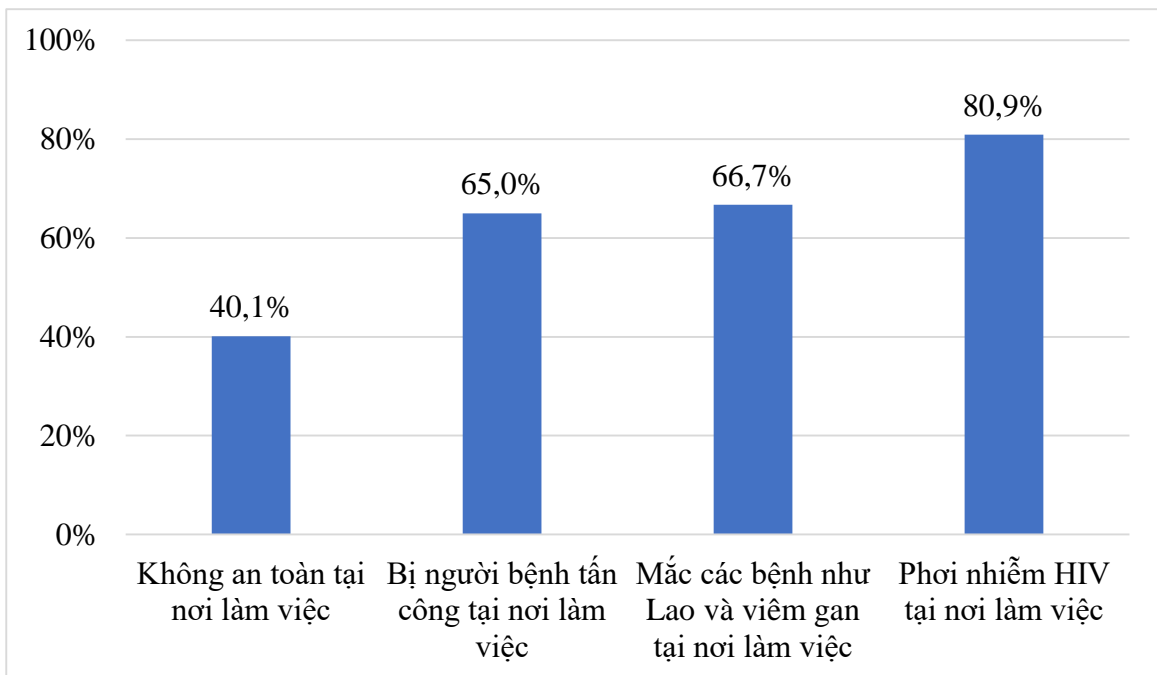
Bảng trên cho thấy những nội dung chuyên môn về SDMT và điều trị MMT, CBTYT đã có kiến thức đúng và đầy đủ bao gồm: Giảm các hậu quả có hại của lạm dụng chất gây nghiện cũng quan trọng như bỏ ma túy (90%), Cung cấp bơm kim tiêm khuyến khích sử dụng ma túy (90%), những người tái nghiện nên tiếp tục duy trì điều trị Methadone (85%). Tuy nhiên một số nội dung kiến thức của CBTYT còn chưa đầy đủ bao gồm: nghiện ma túy là bệnh mạn tính (48,4%) hay điều trị MMT là cho tất cả các chất gây nghiện (46,6%).

**Bảng 3.7: Kiến thức về HIV và điều trị ARV của CBTYT (n=120)**

Nội dung	Tỷ lệ %	KTC 95%
Không tuân thủ điều trị ARV dẫn đến thất bại điều trị	89,2	82,1 - 93,6
Tải lượng vi rút là chỉ số sinh học của chức năng miễn dịch	84,3	76,4 - 89,7
ARV khuyến cáo cho tất cả các đối tượng nhiễm HIV	82,0	73,6 - 87,7
ARV làm giảm khả năng lây truyền HIV sang người khác	73,4	64,6 - 80,5

Nội dung	Tỷ lệ %	KTC 95%
Người HIV dương tính đều dẫn đến bệnh AIDS	60,7	50,0 - 67,7
Chưa nhiễm HIV có thể uống thuốc để ngăn khả năng mắc bệnh	83,5	74,5 - 88,4
Đồng nhiễm viêm gan B mạn tính nên điều trị ARV	87,3	79,2 - 91,7
Không có vắc xin phòng HIV	93,2	86,1 - 96,1

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết CBTYT có những kiến thức đúng và đầy đủ liên quan đến HIV và điều trị ARV; 89,2% CBTYT biết không tuân thủ điều trị ARV dẫn đến thất bại trong việc điều trị và mất các lựa chọn điều trị trong tương lai, 73,4% nhận thức được việc điều trị ARV làm giảm khả năng lây truyền HIV sang người khác, hầu hết CBTYT cho rằng chưa vắc xin phòng HIV (93,2%); Người đồng nhiễm HIV và viêm gan B mạn tính nên điều trị ARV (87%) và người chưa nhiễm HIV có thể uống thuốc để ngăn ngừa khả năng mắc bệnh (82%).



### **Biểu đồ 3.3: Đánh giá có nguy cơ nghề nghiệp của CBTYT (n=120)**

Kết quả cho thấy 80,9% CBTYT cho rằng “có nguy cơ cao phơi nhiễm HIV tại nơi làm việc”, 65% CBTYT cho rằng “có nguy cơ cao bị người bệnh tấn công tại nơi làm việc”, 66,7% cho rằng “có nguy cơ mắc các bệnh khác như lao hay viêm gan B tại nơi làm việc”.

**Bảng 3.8: Nhận thức về người nhiễm HIV của CBTYT**

Nội dung	Tỷ lệ %	KTC 95%
Khó khăn trong cuộc sống là nguyên nhân dẫn đến nhiễm HIV	63,3	54,2 - 71,6
Tính cách cá nhân là nguyên nhân dẫn đến nhiễm HIV	54,2	45,1 - 62,9
Không bức bối với người nhiễm HIV	74,2	65,5 - 81,3
Không thất vọng với người nhiễm HIV	62,5	53,4 - 70,8
Thông cảm tới người nhiễm HIV	93,3	87,1 - 96,6
Quan tâm tới người nhiễm HIV	95,0	89,2 - 97,7
Người nhiễm HIV cần được chăm sóc như người bình thường	95,0	89,2 - 97,7

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết CBTYT đều quan tâm, thông cảm và cho rằng người nhiễm HIV cần được chăm sóc như người bình thường với tỷ lệ lần lượt là 95,0%, 93,3% và 95,0%.

**Bảng 3.9: Nhận thức về người SDMT của CBTYT (n=120)**

Nội dung	Tỷ lệ %	KTC 95%
Khó khăn trong cuộc sống có thể là nguyên nhân dẫn đến SDMT	63,3	54,2 - 71,6
Tính cách cá nhân là nguyên nhân dẫn đến tình trạng SDMT	48,3	39,4 - 57,3
Không bức bối với người SDMT	45,0	36,2 - 54,1
Không thất vọng với người SDMT	34,2	26,1 - 43,2
Thông cảm với người SDMT	73,3	64,6 - 80,6
Quan tâm tới người SDMT	80,0	71,7 - 86,3
Người SDMT cần được sự chăm sóc như người bình thường	81,7	73,6 - 87,7

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết CBTYT đều quan tâm, thông cảm và cho rằng người nhiễm SDMT cần được chăm sóc như người bình thường với tỷ lệ lần lượt là 80,0%, 73,3% và 81,7%. Tuy nhiên, số lượng cán bộ không có cảm giác bức bối và không thất vọng chỉ đạt tỷ lệ lần lượt là 45,0% và 34,2%

### 3.2.2. Các yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ của CBTYT

**Bảng 3.10: Yếu tố liên quan đến hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV của CBTYT**

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	OR (KTC 95%)	p
<b>Giới tính</b>				
Nam	19 (57,6)	14 (42,4)	1	
Nữ	43 (49,4)	44 (50,6)	0,72 (0,3 – 1,6)	0,42
<b>Nhóm tuổi</b>				
> 50 tuổi	33 (40,2)	49 (59,8)	1	
<= 50 tuổi	29 (76,3)	9 (23,7)	<b>4,8 (1,9 - 12,1)</b>	<b>0,001</b>
<b>Dân tộc</b>				
Thái	20 (74,1)	7 (25,9)	1	
Kinh	42 (45,2)	51 (54,8)	<b>3,5 (1,3 – 9,3)</b>	<b>0,008</b>
<b>Trình độ</b>				
Đại học, sau đại học	19 (63,3)	11 (36,7)	1	
Trung cấp, cao đẳng	43 (47,8)	47 (52,2)	0,52 (0,2 – 1,3)	0,14
<b>Bằng cấp</b>				
Bác sỹ	16 (76,2)	5 (23,8)	1	
Y sỹ	26 (53,1)	24 (46,9)	2,8 (0,8 – 9,3)	0,07
Điều dưỡng	17 (40,5)	25 (59,5)	<b>4,7 (1,3 – 16,6)</b>	<b>0,007</b>
Y tế công cộng	3 (37,5)	5 (62,5)	5,3 (0,8 – 36,0)	0,05
<b>Được tập huấn về HIV/điều trị ARV</b>				
Không	6 (28,6)	15 (71,4)	1	
Có	56 (56,6)	43 (43,4)	<b>3,2 (1,1 - 9,4)</b>	<b>0,02</b>
<b>Thâm niên công tác tại TYT</b>				
<=10 năm	9 (27,3)	24 (72,7)	1	
>10 năm	53 (60,9)	34 (39,1)	<b>4,2 (1,6 - 10,5)</b>	<b>0,001</b>

Nghiên cứu tìm thấy các yếu tố liên quan đến hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV của CBTYT bao gồm nhóm tuổi <=50 tuổi, dân tộc kinh, bằng cấp điều dưỡng, thâm niên

trên 10 năm làm việc tại trạm y tế và có tham gia tập huấn về HIV/điều trị ARV (OR lần lượt là 4,8; 3,5; 4,7; 4,2; 3,2 và đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.11: Yếu tố liên quan đến cung cấp MMT và/hoặc BKT của CBTYT**

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	OR (KTC 95%)	p
<b>Giới tính</b>				
Nam	12 (36,4)	21 (63,6)	1	
Nữ	31 (35,6)	56 (64,4)	0,97 (0,4 – 2,2)	0,94
<b>Nhóm tuổi</b>				
> 50 tuổi	25 (30,5)	57 (69,5)	1	
<= 50 tuổi	18 (47,4)	20 (52,63)	2,05 (0,9 - 4,6)	0,07
<b>Dân tộc</b>				
Thái	19 (70,4)	8 (29,6)	1	
Kinh	24 (25,8)	69 (74,2)	<b>6,8 (2,4 – 19,2)</b>	<b>0,001</b>
<b>Trình độ</b>				
Trung cấp, cao đẳng	61 (67,8)	29 (32,2)	1	
Đại học, sau đại học	16 (53,3)	14 (46,7)	0,54 (0,2 – 1,3)	0,15
<b>Bằng cấp</b>				
Bác sỹ	14 (66,7)	7(33,3)	1	
Y sỹ	18 (36,7)	31 (63,3)	<b>3,4 (1,1 – 10,6)</b>	<b>0,02</b>
Điều dưỡng	8 (19,1)	34 (80,9)	<b>8,5 (2,1 – 33,1)</b>	<b>0,0002</b>
Y tế công cộng	3 (37,5)	5 (62,5)	3,3 (0,5 – 19,9)	0,1
<b>Thâm niên công tác tại TYT</b>				
<=10 năm	7 (21,2)	26 (78,8)	1	
>10 năm	36 (41,4)	51 (58,6)	<b>2,6 (1,0 - 6,8)</b>	<b>0,04</b>
<b>Tập huấn về nghiện chất/can thiệp giảm hại</b>				
Không	3 (14,3)	18 (85,7)	1	
Có	40 (40,4)	59 (59,6)	<b>4,1 (1,1 - 15,2)</b>	<b>0,02</b>

Đối với dịch vụ cung cấp dịch vụ điều trị MMT và/hoặc chương trình cung cấp bơm kim tiêm, nghiên cứu tìm thấy các yếu tố liên quan bao gồm dân tộc kinh, bằng cấp (y sỹ, điều dưỡng), thâm niên làm việc trên 10 năm, có tham gia tập huấn về



nghiện chất/can thiệp giảm hại (OR lần lượt là 6,8; 3,4; 8,5; 2,6; 4,1 và đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.12: Yếu tố liên quan đến tư vấn tâm lý cho người bệnh của CBTYT**

Đặc điểm	Có (n, %)	Không (n, %)	OR (KTC 95%)	p
<b>Giới tính</b>				
Nam	26 (78,8)	7 (21,2)	1	
Nữ	61 (70,1)	26 (29,9)	1,6 (0,6 – 4,1)	0,9
<b>Nhóm tuổi</b>				
> 50 tuổi	54 (65,8)	28 (34,2)	1	
<= 50 tuổi	33 (86,8)	5 (13,2)	<b>3,4 (1,2 - 10,0)</b>	<b>0,02</b>
<b>Dân tộc</b>				
Thái	24 (88,9)	3 (11,1)	1	
Kinh	63 (67,7)	30 (32,3)	<b>3,8 (1,0 – 14,1)</b>	<b>0,03</b>
<b>Trình độ</b>				
Đại học, sau đại học	24 (80,0)	6 (20,0)	1	
Trung cấp, cao đẳng	63 (70,0)	27 (30,0)	1,7 (0,6 – 4,7)	0,29
<b>Bằng cấp</b>				
Bác sỹ	18 (85,7)	3 (14,3)	1	
Y sỹ	38 (77,5)	11 (22,4)	1,7 (0,4 – 7,1)	0,4
Điều dưỡng	28 (66,7)	14 (33,3)	3,0 (0,7 – 12,4)	0,1
Y tế công cộng	3 (37,5)	5 (62,5)	<b>10 (1,1 – 89,0)</b>	<b>0,01</b>
<b>Tập huấn về HIV/AIDS và/hoặc nghiện chất</b>				
Không	8 (38,1)	13 (61,9)	1	
Có	79 (79,8)	20 (20,2)	<b>6,4 (2,2 - 18,9)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Thâm niên công tác tại TYT</b>				
<=10 năm	14 (42,4)	19 (57,6)	1	
>10 năm	73 (83,9)	14 (16,1)	<b>7,1 (2,6 - 19,0)</b>	<b>&lt; 0,001</b>

Đối với dịch vụ tư vấn tâm lý, nghiên cứu tìm thấy các yếu tố liên quan bao gồm nhóm tuổi <=50, dân tộc kinh, bằng cấp y tế công cộng, thâm niên làm việc trên

10 năm, có tham gia tập huấn về HIV/AIDS và/hoặc nghiện chất (OR lần lượt là 3,4; 3,8; 10; 7,1; 6,4; và đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

### 3.3. Thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và SDDVYT của người SDMT-HIV

#### 3.3.1. Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV

**Bảng 3.13: Tỷ lệ mắc bệnh đồng nhiễm của người SDMT-HIV (n=241)**

Các bệnh đồng nhiễm	n	Tỷ lệ %
Bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục	7	2,9
Viêm gan B	32	13,2
Viêm gan C	82	34,0
Lao	45	18,6

Trong 241 người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc viêm gan C cao nhất với 34%, mắc lao 18,6%, viêm gan B 13,2%. Tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (lậu, giang mai, chlamydia) là 2,9%.

**Bảng 3.14: Tình trạng sức khỏe và vận động của người SDMT-HIV (n=241)**

Tình trạng sức khỏe	n	Tỷ lệ %
Tự nhận về tình trạng sức khỏe		
Rất khỏe/khỏe	47	19,5
Bình thường	156	64,7
Yếu/rất yếu	38	15,8
Bị hạn chế bởi các hoạt động		
Hoạt động vừa phải (kê bàn, lau nhà...)	40	16,5
Hoạt động nặng (leo cầu thang, khiêng vật nặng...)	65	27,0
Sức khỏe ảnh hưởng đến công việc		
Sức khỏe thể chất làm hạn chế hoàn thành công việc	65	27,0
Sức khỏe tinh thần làm hạn chế hoàn thành công việc	53	22,0

Trong 241 người SDMT-HIV, tự nhận thấy tình trạng sức khỏe ở mức bình thường chiếm đa số với 64,7%, tình trạng rất khỏe/khỏe với 19,5%. 15,8% số người được hỏi cho rằng mình có tình trạng sức khỏe yếu/rất yếu. 27,0% bị hạn chế với các

hoạt động nặng và 16,5% bị hạn chế bởi các hoạt động ở mức độ vừa như kê bàn, lau nhà...

### 3.3.2. Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV

**Bảng 3.15: Sử dụng chất gây nghiện của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	Tỷ lệ %	95% KTC
Sử dụng nhiều hơn một chất gây nghiện/ngày	23,2	19,9 - 26,6
Tiêm chích ma túy	85,5	82,7 - 88,3
Từng sử dụng bơm kim tiêm chung	84,0	81,1 - 86,9
Các dạng chất gây nghiện sử dụng	Từng SD (%)	Đang SD
Hêrôin	99,2	38,6
Amphetamine	15,8	2,9
Cannabis	11,2	1,7
Các thuốc phiện khác	8,3	0,4
Cocain	0,8	0,8
Các chất hít (nitơ, keo, petrol, paint thinner)	0,4	0,4

Nhóm tiêm chích ma túy chiếm tỷ lệ cao là 85,5%. Trong đó, tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung là 84%. Trong đó tỷ lệ dao động ở mức thấp với 95% khoảng tin cậy của tỷ lệ tiêm chích ma túy là 82,7% – 88,3%. Kết quả nghiên cứu cho thấy 99,2% từng sử dụng hêrôin; chỉ có 38,6% hiện vẫn đang sử dụng trong 30 ngày qua; 15,8% từng sử dụng amphetamine (speed, meth, ecstasy, ...), chỉ có 2,9% hiện vẫn đang sử dụng trong 30 ngày qua;

**Bảng 3.16: Tình hình sử dụng chất kích thích của người SDMT-HIV (n=241)**

Loại chất kích thích	Tỷ lệ %	KTC 95%
Hút thuốc	74,0	70,8 - 77,7
Tần suất sử dụng đồ uống có cồn		
Hằng ngày	16,2	13,3 - 19,1
3-4 lần/tuần	12,5	9,8 - 15,1
1-2 lần/tuần	20,3	17,2 - 23,5
2-3 lần/tháng	10,4	8 - 12,8

<b>Loại chất kích thích</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
Ít hơn 2-3 lần/tháng	24,1	20,7 - 27,4
Không sử dụng trong năm qua	16,6	13,7 - 19,5

Có 74% đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc lá, tỷ lệ người sử dụng đồ uống có cồn ít hơn 2-3 lần một tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (24,1%), tiếp sau là 1-2 lần một tuần (20,3%). Số người sử dụng đồ uống có cồn hằng ngày (16,2%) và không sử dụng trong vòng 1 năm qua (16,6%).

**Bảng 3.17: Hành vi quan hệ tình dục của người SDMT-HIV (n=241)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
<b>Số lượng bạn tình từ trước đến nay</b>		
Ít hơn 2 người	30,7	27,1 - 34,3
2-10 người	49,8	45,8 - 53,7
Nhiều hơn 10 người	19,5	16,4 - 22,6
<b>Gần đây có quan hệ tình dục với</b>		
Ít hơn 2 người	87,1	84,5 - 89,8
2-10 người	11,6	9,1 - 14,1
Nhiều hơn 10 người	1,3	0,4 - 2,2
Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục	77,2	73,9 - 80,5
Quan hệ tình dục với bạn tình bất chột	14,6	11,8 - 17,4
Sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình bất chột	92,0	89,9 - 94,1
<b>Hành vi mua dâm</b>		
Mua dâm trong 6 tháng qua	11,1	8,6 - 13,6
Sử dụng bao cao su khi mua dâm	94,7	93,0 - 96,5
Sử dụng rượu khi mua dâm	32,2	28,5 - 35,8
Sử dụng ma túy khi mua dâm	8,2	6,0 - 10,4

Chủ yếu người SDMT-HIV có nhiều bạn tình (>2 người) khoảng 69,3% và sử dụng BCS khi quan hệ tình dục 77,2%. Tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với bạn tình bất chột là 92%.

Chỉ có 11,1% khai báo từng mua dâm trong 6 tháng qua, sử dụng bao cao su khi mua dâm chiếm tỷ lệ 94,7%. Đặc biệt có 32,2% người sử dụng rượu và 8,2% sử dụng ma túy khi mua dâm.

### 3.3.3. *Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV*

**Bảng 3.18: Thực trạng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế của người SDMT-HIV**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>KTC 95%</b>
Từng sử dụng dịch vụ tại TYT (n=241)	25,7	20,3 – 31,7
<b>Cách thức nhận dịch vụ của TYT (n=62)</b>		
Đến trạm y tế	77,4	65,0 - 86,3
Có nói chuyện trực tiếp với CBTYT	61,3	48,3 - 72,8
Có đặt lịch hẹn trước	37,1	25,8 - 50,0
CBTYT đến nhà	6,5	2,4 - 16,4

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 25,7% người SDMT-HIV đã từng sử dụng dịch vụ y tế tại TYT xã. Trong số những người đã sử dụng, cách thức nhận dịch vụ chủ yếu là đến trạm (77,4%), có nói chuyện trực tiếp với CBTYT (61,3%), có đặt lịch hẹn (37,1%). Có 6,5% người SDMT-HIV cho rằng CBTYT đến nhà của người bệnh.

**Bảng 3.19: Tình hình điều trị Methadone của người SDMT-HIV (n=241)**

<b>Điều trị Methadone</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
Đã từng điều trị MMT	22,8	19,5 - 26,1
Đang điều trị MMT	27,3	23,8 - 30,8
<b>Lý do không điều trị MMT (n=186)</b>		
Không biết nơi để điều trị MMT	5,4	3,6 - 7,2
Gặp các vấn đề về hậu cần	7,1	5,0 - 9,1
Khó khăn về tài chính	4,1	2,6 - 5,7
Tác dụng phụ có thể xảy ra	1,2	0,4 - 2,1
Sợ sự kỳ thị ở cơ sở y tế	1,7	0,7 - 2,7
Sợ tiết lộ tình trạng SDMT của bản thân	3,3	1,9 - 4,7
Sợ thay đổi thói quen/lối sống hàng ngày	2,9	1,6 - 4,2
Nghĩ là không cần thiết	29,9	26,3 - 33,5
Do điều kiện sức khỏe khác	0,8	0,1 - 1,5

Trong 241 người, tỷ lệ đã từng điều trị MMT là 22,8% và hiện đang điều trị là 27,3% (95% KTC: 23,8 - 30,8%). Trong số 186 người không điều trị MMT, lý do được cho là không cần thiết chiếm tỷ lệ cao nhất với 29,9%, theo sau là vấn đề hậu cần chiếm 7,1%. Đáng chú ý là các lý do như không biết nơi để nhận MMT (chiếm 5,4%), vấn đề về tài chính (chiếm 4,1%) và sợ vô tình tiết lộ tình trạng SDMT của người được phỏng vấn (chiếm 3,3%).

**Bảng 3.20: Xét nghiệm CD4 và tải lượng vi rút của người SDMT-HIV**

<b>Xét nghiệm</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>KTC 95%</b>
Có xét nghiệm CD4 (n=241)	76,8	73,4 - 80,1
Nơi xét nghiệm CD4 (n=186)		
Cơ sở điều trị ARV	93,5	91,6 - 95,5
Cơ sở điều trị MMT	0,5	0 - 1,1
Tại các bệnh viện	0,5	0 - 1,1
Nơi khác	5,4	3,6 - 7,2
Có xét nghiệm tải lượng vi rút (n=241)	49,4	45,4 - 53,3
Thời gian xét nghiệm tải lượng vi rút (n=119)		
Trong 1 năm qua	32,6	28,9 - 36,3
Trong 1-3 năm	31,5	27,9 - 35,2
Trên 3 năm	35,9	32,1 - 39,7
Nơi xét nghiệm tải lượng vi rút (n=119)		
Cơ sở điều trị ARV	97,5	96,2 - 98,7
Tại các bệnh viện	0,8	0,1 - 1,6
Nơi khác	1,7	0,7 - 2,7

Trong 241 người SDMT-HIV, tỷ lệ có xét nghiệm CD4 là 76,8% (95% KTC: 73,4 - 80,1%). Trong đó, nơi xét nghiệm chiếm đa số là phòng khám ngoại trú ARV (chiếm 93,5%). Tỷ lệ người SDMT-HIV có xét nghiệm tải lượng vi rút là 49,4%. Nơi xét nghiệm chiếm đa số là phòng khám ngoại trú ARV (chiếm 97,5%) và lần cuối cùng xét nghiệm cách đây hơn 3 năm (35,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với trong 1 năm qua (32,6%) và 1-3 năm (31,5%).

**Bảng 3.21: Tình hình điều trị ARV của người SDMT-HIV**

Điều trị ARV	Tỷ lệ %	KTC 95%
Đã từng điều trị ARV (n=241)	84,2	81,4 - 87,1
Đang điều trị ARV (n=241)	88,7	86,2 - 91,2
Lý do không điều trị ARV (n=23)		
Khó khăn về tài chính	8,7	6,5 - 10,9
Tác dụng phụ có thể xảy ra	17,4	14,4 - 20,4
Điều kiện sức khỏe khác	4,3	2,7 - 6,0

Có 88,7% người SDMT-HIV đang điều trị ARV. Trong nhóm không đang điều trị ARV (n=23 người), đa số lý do là cho rằng tác dụng phụ có thể xảy ra của thuốc 17,4%, theo sau là có vấn đề về tài chính 8,7% và do điều kiện sức khỏe khác chiếm 4,3% (95%KTC: 2,7 - 6,0%)

**Bảng 3.22: Thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị ARV (n=180)**

Sử dụng dịch vụ điều trị ARV	Tỷ lệ	KTC 95%
Số lần nhận thuốc ARV (12 lần/năm)	96,1	94,6 - 97,6
Nơi nhận thuốc hoặc nghe tư vấn sử dụng ARV		
Phòng khám ngoại trú ARV	82,8	79,8 - 85,8
Trạm y tế xã/phường	16,1	13,2 - 19,0
Phòng khám tại bệnh viện	0,6	0,0 - 1,1
Nơi khác	0,6	0,0 - 1,1

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu đang điều trị ARV (180 người), số lần nhận thuốc ARV chiếm gần tuyệt đối với 96,1% là 12 lần/năm và nơi nhận thuốc chủ yếu là phòng khám ngoại trú ARV 82,8%. Việc nhận thuốc/nghe tư vấn sử dụng ARV tại TYT chỉ chiếm 16,1%.

### 3.4. Hiệu quả can thiệp

#### 3.4.1. Hiệu quả can thiệp đối với CBTYT

**Bảng 3.23: Hiệu quả can thiệp về số lượng người bệnh (n=120)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)	-84,75	-255,63 - 86,13	0,33

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	28,29	-76,86 – 133,44	0,60
Sau 12 tháng	105,12	-17,02 – 227,25	0,09
Giới tính nữ (so với Nam)			
	122,19	-14,80 – 259,18	0,08
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
Từ 35-45 tuổi	-64,17	-199,77 – 71,44	0,35
Trên 45 tuổi	8,70	-235,30 – 252,70	0,94
Dân tộc Thái (so với Kinh)			
	140,76	-22,39 – 303,92	0,09
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	-108,12	-354,19 – 128,97	0,37
Trung cấp	-141,98	-311,03 – 27,07	0,10
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	66,15	-166,71 – 299,01	0,58
Y tá/điều dưỡng	-37,91	-233,73 – 157,91	0,70
Y tế công cộng	-66,68	-259,90 – 126,54	0,50
Công tác trong ngành y tế (năm)			
	9,92	-2,99 – 22,83	0,13

Sau khi đưa vào mô hình GEE hiệu chỉnh với các yếu tố tác động tiềm ẩn, kết quả không tìm thấy hiệu quả can thiệp cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến tổng số người bệnh đã sử dụng dịch vụ tại TYT trong vòng 3 tháng qua.

**Bảng 3.24: Hiệu quả can thiệp về số người bệnh là người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)			
	-2,87	-20,61 – 14,87	0,75
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	4,00	-2,46 – 10,47	0,23
Sau 12 tháng	5,06	-0,52 – 10,63	0,08
Giới tính nữ (so với Nam)			
	-4,40	-13,88 – 5,08	0,36
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			



Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Từ 35-45 tuổi	2,23	-8,65 – 13,12	0,69
Trên 45 tuổi	1,44	-15,16 – 18,05	0,87
Dân tộc Thái (so với Kinh)	7,46	-0,91 – 15,83	0,08
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	10,08	<b>0,44 – 19,71</b>	<b>0,04</b>
Trung cấp	2,13	-5,30 – 9,55	0,58
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	-2,52	-17,28 – 12,25	0,74
Y tá/điều dưỡng	-6,75	-19,33 – 5,82	0,29
Y tế công cộng	-3,45	-17,10 – 10,20	0,62
Công tác trong ngành y tế (năm)	0,24	-0,48 – 0,96	0,52

Mô hình GEE cho thấy can thiệp chưa cho thấy hiệu quả thay đổi số lượng người bệnh đến TYT để sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV, ma túy. Nhóm CBTYT ở trình độ cao đẳng có số lượng người bệnh là người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV tăng "10 người bệnh" so với nhóm đại học ( $p=0,04$ ).

**Bảng 3.25: Hiệu quả can thiệp về tương tác giữa CBTYT với người bệnh (n=120)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)	-0,70	-2,15 – 0,75	0,34
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	0,03	-1,23 – 1,29	0,96
Sau 12 tháng	1,22	<b>0,15 – 2,28</b>	<b>0,02</b>
Giới tính nữ (so với Nam)	0,26	-0,92 – 1,45	-0,66
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
Từ 35-45 tuổi	-2,53	-4,83 – -0,22	0,03
Trên 45 tuổi	-2,99	<b>-5,80 – -0,19</b>	<b>0,04</b>
Dân tộc Thái (so với Kinh)	3,29	<b>1,83 – 4,76</b>	<b>&lt;0,01</b>
Trình độ (so với Đại học)			

<b>Đặc điểm</b>	<b>Hệ số hồi quy</b>	<b>KTC 95%</b>	<b>p</b>
Cao đẳng	-0,64	-3,35 – 2,07	0,65
Trung cấp	-0,36	-3,03 – 2,31	0,79
<b>Bằng cấp (so với Bác sĩ)</b>			
Y sỹ	0,63	-2,65 – 3,92	0,71
Y tá/điều dưỡng	-0,68	-3,71 – 2,35	0,66
Y tế công cộng	1,21	-2,28 – 4,70	0,50
Công tác trong ngành y tế (năm)	0,12	-0,02 – 0,26	0,09

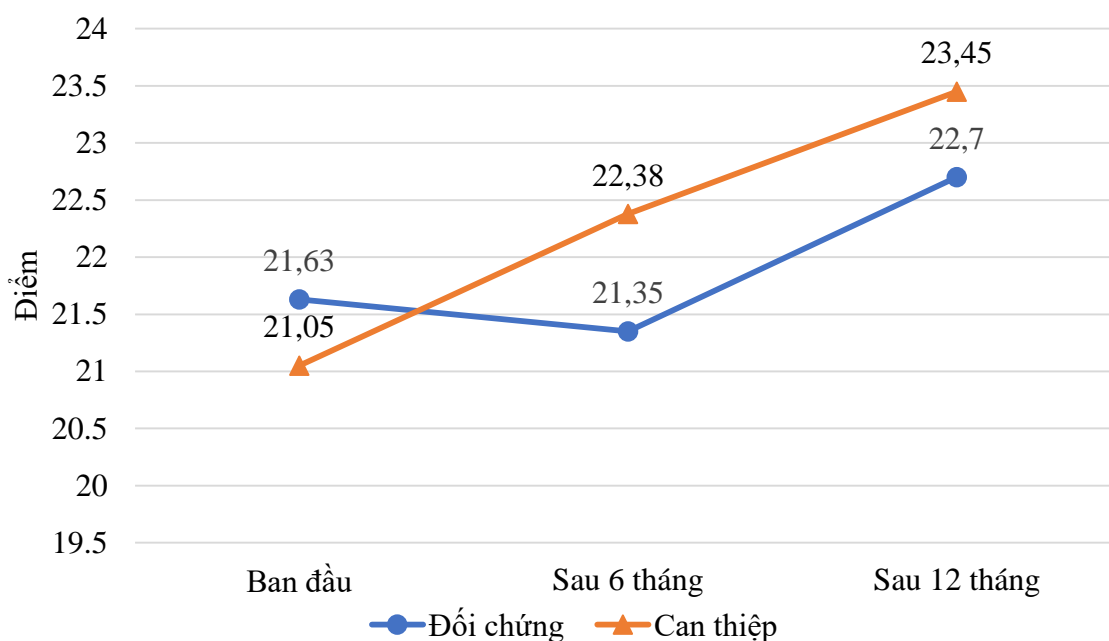
Mức độ tương tác của CBTYT với người bệnh tại thời điểm 12 tháng cao hơn 1,22 điểm so với thời điểm ban đầu ( $p=0,02$ ). Nhóm CBTYT trên 45 tuổi có mức độ tương tác với người bệnh thấp hơn 2,99 điểm so với nhóm dưới 35 tuổi ( $p=0,04$ ). Nhóm CBTYT dân tộc Thái có mức độ tương tác với người SDMT-HIV cao hơn 3,29 điểm so với nhóm dân tộc Kinh ( $p<0,01$ ).

**Bảng 3.26: Hiệu quả can thiệp về mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Hệ số hồi quy</b>	<b>KTC 95%</b>	<b>p</b>
Can thiệp (so với Đối chứng)	0,42	-0,54 – 1,38	0,39
<b>Thời điểm (so với Ban đầu)</b>			
Sau 6 tháng	0,51	-0,44 – 1,45	0,30
Sau 12 tháng	1,67	<b>0,74 – 2,60</b>	<b>&lt;0,01</b>
Giới tính nữ (so với Nam)	-1,67	<b>-2,73 – -0,61</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Nhóm tuổi (so với &lt;35 tuổi)</b>			
Từ 35-45 tuổi	-1,10	-2,67 – 0,47	0,17
Trên 45 tuổi	-1,37	-3,71 – 0,98	0,25
Dân tộc Thái (so với Kinh)	2,26	<b>1,09 – 3,44</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Trình độ (so với Đại học)</b>			
Cao đẳng	-0,65	-2,69 – 1,39	0,53
Trung cấp	-0,30	-2,11 – 1,51	0,74
<b>Bằng cấp (so với Bác sĩ)</b>			
Y sỹ	0,93	-1,26 – 3,12	0,41

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Y tá/điều dưỡng	-0,16	-2,12 – 1,78	0,87
Y tế công cộng	1,45	-0,90 – 3,80	0,22
Công tác trong ngành y tế (năm)	0,09	-0,02 – 0,21	0,11

Nhóm CBTYT tại thời điểm 12 tháng có mức độ tự tin cao hơn ban đầu 1,67 điểm ( $p<0,01$ ). Nhóm CBTYT nữ có mức độ tự tin thấp hơn 1,67 điểm so với nhóm nam ( $p<0,01$ ). Mức độ tự tin của CBTYT dân tộc Thái cao hơn 1,99 điểm so với dân tộc Kinh ( $p<0,01$ ). Tuy nhiên, không tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa nhóm CBTYT can thiệp và đối chứng.



**Biểu đồ 3.4: Thay đổi mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV (n=120)**

Trung bình điểm mức độ tự tin tại thời điểm đánh giá ban đầu của nhóm đối chứng cao hơn nhóm can thiệp (tương ứng 21,63 và 21,05 điểm). Tuy nhiên, ở thời điểm 6 tháng, điểm mức độ tự tin của nhóm đối chứng có xu hướng giảm trong khi nhóm can thiệp có xu hướng tăng lên. Cuối cùng, thời điểm đánh giá sau 12 tháng, điểm tự tin của nhóm can thiệp vẫn có xu hướng tăng và cao hơn so với nhóm đối chứng (tương ứng 23,45 và 22,7 điểm).

**Bảng 3.27: So sánh mức độ tự tin của CBTYT giữa nhóm can thiệp/đối chứng qua các thời điểm (n=120)**

Nhóm/thời điểm đánh giá	p
Can thiệp ban đầu – Đối chứng ban đầu	0,43
Can thiệp 6 tháng – Đối chứng 6 tháng	0,21
Can thiệp 12 tháng – Đối chứng 12 tháng	0,35
Can thiệp 6 tháng – Can thiệp ban đầu	0,10
Đối chứng 6 tháng – Đối chứng ban đầu	0,66
Can thiệp 12 tháng – Can thiệp ban đầu	<b>&lt;0,01</b>
Đối chứng 12 tháng – Đối chứng ban đầu	<b>0,04</b>
Can thiệp 12 tháng – Can thiệp 6 tháng	0,05
Đối chứng 12 tháng – Đối chứng 6 tháng	<b>0,02</b>

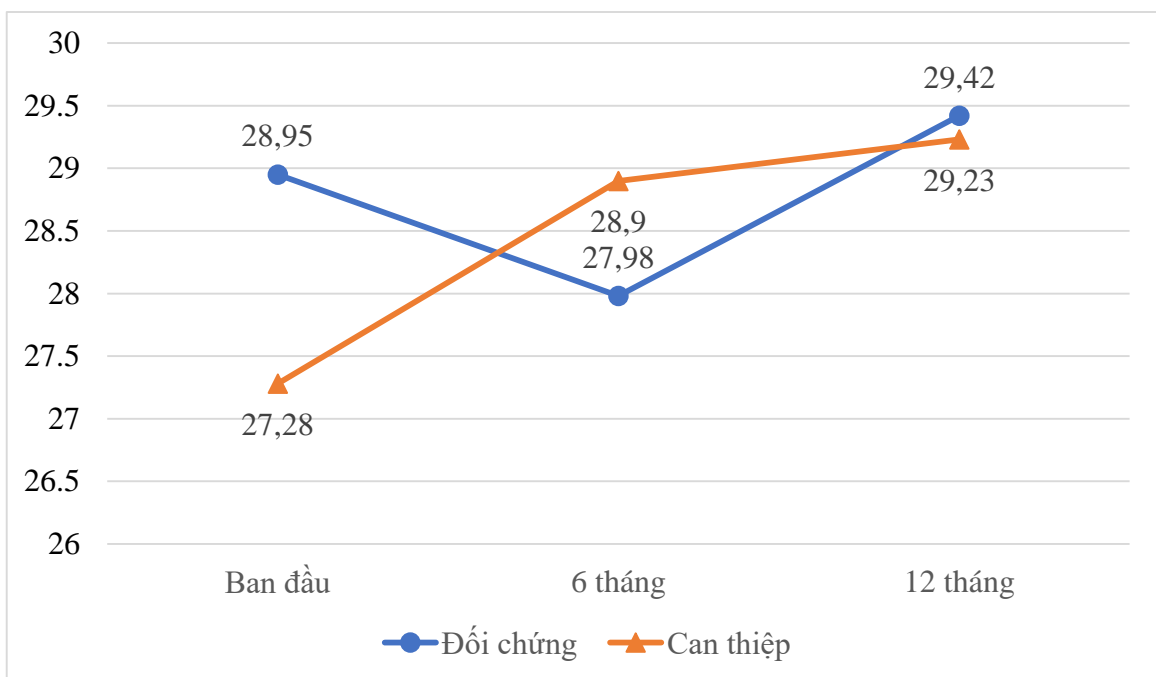
Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tự tin giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng tại cả 3 thời điểm ban đầu, sau 6 tháng và sau 12 tháng (với p lần lượt là 0,43, 0,21 và 0,35). Trong nhóm can thiệp, mặc dù mức độ tự tin của CBTYT nhóm can thiệp tại thời điểm 6 tháng không có sự khác biệt so với thời điểm ban đầu ( $p=0,10$ ) nhưng tại thời điểm 12 tháng lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với thời điểm ban đầu ( $p<0,01$ ). Trong nhóm đối chứng, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tự tin của CBTYT tại thời điểm 6 tháng và ban đầu ( $p=0,66$ ) nhưng có sự khác biệt giữa thời điểm 12 tháng và ban đầu ( $p=0,04$ ).

**Bảng 3.28: Hiệu quả can thiệp về tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác (n=120)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)	-0,53	-2,18 – 1,12	0,53
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	0,32	-0,82 – 1,46	0,59
Sau 12 tháng	1,21	-0,01 – 2,43	0,05
Giới tính nữ (so với Nam)	0,01	-1,65 – 1,62	0,99
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
Từ 35-45 tuổi	-1,24	-3,06 – 0,59	0,18

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Trên 45 tuổi	-1,12	-3,46 – 1,20	0,34
Dân tộc Thái (so với Kinh)	0,44	-1,35 – 2,24	0,63
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	-1,13	-4,16 – 1,53	0,37
Trung cấp	-0,58	-3,01 – 1,85	0,64
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	-0,38	-3,51 – 2,74	0,81
Y tá/điều dưỡng	-1,01	-3,46 – 1,44	0,42
Y tế công cộng	-0,57	-3,63 – 2,48	0,71
Công tác trong ngành y tế (năm)	0,08	-0,03 – 0,20	0,16

Sau khi đưa vào mô hình phân tích GEE, không tìm được yếu tố liên quan đến sự tương tác giữa các CBTYT trong mạng lưới.



**Biểu đồ 3.5: Thay đổi về tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác (n=120)**

Điểm tương tác với CBTYT trong mạng lưới có xu hướng tăng lên theo thời gian ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng. Trong khi điểm tương tác của nhóm đối

chúng tuy có xu hướng giảm ở vòng 6 tháng nhưng sau đó lại tăng mạnh ở vòng 12 tháng, điểm nhóm can thiệp lại có xu hướng tăng mạnh ở vòng 6 tháng và tiếp tục tăng ở vòng 12 tháng.

**Bảng 3.29: Hiệu quả can thiệp về mức độ hài lòng với công việc của CBTYT (n=120)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)	-0,73	-3,23 – 1,77	0,57
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	-0,14	-2,04 – 1,75	0,88
Sau 12 tháng	-1,41	-3,14 – 0,32	0,11
Giới tính nữ (so với Nam)			
	2,59	<b>0,13 – 5,06</b>	<b>0,04</b>
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
Từ 35-45 tuổi	-0,08	-3,24 – 3,08	0,96
Trên 45 tuổi	-1,88	-6,41 – 2,64	0,42
Dân tộc Thái (so với Kinh)			
	1,31	-0,90 – 3,53	0,25
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	3,02	-0,13 – 6,16	0,06
Trung cấp	0,91	-2,45 – 4,27	0,60
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	-1,86	-5,48 – 1,81	0,32
Y tá/điều dưỡng	-2,20	-4,95 – 0,54	0,12
Y tế công cộng	-3,35	-6,88 – 0,19	0,06
Công tác trong ngành y tế (năm)			
	0,05	-0,15 – 0,26	0,62

Mô hình GEE cho thấy không có hiệu quả can thiệp tăng mức độ hài lòng với công việc của CBTYT. Nhóm CBTYT nữ có mức độ hài lòng với công việc cao hơn 2,59 điểm so với nhóm cán bộ nam giới (p=0,04).

### 3.4.2. Hiệu quả can thiệp ở nhóm SDMT-HIV

**Bảng 3.30: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ điều trị MMT của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	RR	KTC 95%	p
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	<b>1,81</b>	<b>1,13 - 2,90</b>	<b>0,013</b>
Sau 12 tháng	<b>1,98</b>	<b>1,26 - 3,12</b>	<b>0,003</b>
Can thiệp (so với Đối chứng)	0,84	0,43 - 1,61	0,605
Tuổi (so với <35 tuổi)	1,55	0,56 - 4,28	0,402
Tình trạng hôn nhân (so với một mình)	0,83	0,34 - 2,02	0,696
Tình trạng công việc (so với Không)	1,45	0,78 - 2,71	0,235
Mắc bệnh đồng nhiễm (so với Không)	0,69	0,42 - 1,12	0,141
Sử dụng thuốc lá (so với Không)	1,87	0,89 - 3,94	0,097
Sử dụng rượu bia (so với Không)	<b>0,47</b>	<b>0,25 - 0,84</b>	<b>0,013</b>
Số năm SD ma túy (so với <6 năm)			
6-10 năm	<b>7,02</b>	<b>2,31 - 21,4</b>	<b>0,001</b>
>10 năm	<b>5,85</b>	<b>1,77 - 19,4</b>	<b>0,004</b>
Đang điều trị ARV (so với Không)	<b>0,39</b>	<b>0,17 - 0,86</b>	<b>0,02</b>

Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến sử dụng phương pháp tiếp cận GEE cho thấy can thiệp không làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị MMT. Yếu tố làm tăng tỷ lệ sử dụng MMT là thời gian đánh giá 6 tháng (RR: 1,81; KTC 95%: 1,13 - 2,90), 12 tháng (RR: 1,98 ; KTC 95%: 1,26 - 3,12) và sử dụng ma túy 6-10 năm (RR: 7,02 ; KTC 95%: 2,31 - 21,4), trên 10 năm (RR: 5,85 ; KTC 95%: 1,77 - 19,4). Yếu tố làm giảm tỷ lệ sử dụng MMT là đang điều trị ARV (RR: 0,39 ; KTC 95%: 0,17 - 0,86).

**Bảng 3.31: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ điều trị ARV của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	RR	KTC 95%	p
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	<b>1,15</b>	<b>1,01 - 1,31</b>	<b>0,03</b>
Sau 12 tháng	<b>1,14</b>	<b>1,00 - 1,30</b>	<b>0,04</b>
Can thiệp (so với Đối chứng)	0,90	0,70 - 1,15	0,41
Tuổi (so với <35 tuổi)	1,08	0,78 - 1,50	0,62
Tình trạng hôn nhân (so với một mình)	1,18	0,92 - 1,5	0,17
Tình trạng công việc (so với Không)	1,11	0,90 - 1,39	0,30
Mắc bệnh đồng nhiễm (so với Không)	1,09	0,90 - 1,32	0,36
Sử dụng thuốc lá (so với Không)	0,97	0,80 - 1,16	0,73
Sử dụng rượu bia (so với Không)	1,06	0,83 - 1,36	0,62
Số năm nhiễm HIV (so với < 6 năm)			
6-10 năm	0,94	0,77 - 1,16	0,61
> 10 năm	0,88	0,69 - 1,17	0,30
Đang điều trị MMT (so với Không)	0,68	0,46 - 1,01	0,06

Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến sử dụng phương pháp tiếp cận GEE cho thấy can thiệp không làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị ARV. Yếu tố làm tăng tỷ lệ điều trị ARV là thời điểm theo dõi sau 12 tháng (RR: 1,14; KTC 95%: 1,00 - 1,30)

**Bảng 3.32: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại trạm y tế của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	RR	KTC 95%	p
Dân tộc thiểu số (so với Kinh)	<b>0,08</b>	<b>0,04 - 0,14</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Tuổi (năm)	1,0	0,97 - 1,02	0,76
Thất nghiệp (so với Có công việc)	0,88	0,5 - 1,4	0,71
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	1,19	0,72 - 1,76	0,74
Ly hôn/ly thân/góa	0,56	0,15 - 2,09	0,19



<b>Đặc điểm</b>	<b>RR</b>	<b>KTC 95%</b>	<b>p</b>
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	0,89	0,59 - 1,33	0,55
Trên THPT	1,95	0,54 - 6,95	0,30
Tổng điểm Rào cản tiếp cận HIV (điểm)			
	0,98	0,91 - 1,06	0,6
Thời điểm theo dõi (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	<b>0,47</b>	<b>0,22 - 1,01</b>	<b>0,05</b>
Sau 12 tháng	0,60	0,29 - 1,25	0,17
Số năm nhiễm HIV (so với < 6 năm)			
Từ 6-10 năm	1,02	0,67 - 1,55	0,91
Trên 10 năm	1,32	0,62 - 2,84	0,46
Số năm sử dụng heroin (so với < 6 năm)			
Từ 6-10 năm	1,03	0,75 - 1,42	0,85
Trên 10 năm	1,13	0,78 - 1,63	0,5
Điều trị ARV (so với Không)	<b>2,18</b>	<b>1,06 - 4,49</b>	<b>0,034</b>
Điều trị Methadone (so với Không)	<b>3,35</b>	<b>1,36 - 8,22</b>	<b>0,008</b>
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	<b>1,48</b>	<b>1,05 - 2,09</b>	<b>0,026</b>

*THPT: trung học phổ thông*

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp có hiệu quả trong việc tăng khả năng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế (điều trị, xét nghiệm, tư vấn, cấp phát thuốc ARV). Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm can thiệp có khả năng sử dụng dịch vụ chung cao gấp 1,48 lần so với nhóm chứng, hiệu quả có ý nghĩa thống kê với KTC 95% không chứa giá trị 1 và  $p < 0,05$ . Ngoài ra còn có các đặc điểm làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế bao gồm điều trị ARV, điều trị MMT. Dân tộc thiểu số là yếu tố rào cản hạn chế khả năng sử dụng dịch vụ.

**Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy tại trạm y tế của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	RR	KTC 95%	p
Dân tộc thiểu số (so với Kinh)	<b>0,03</b>	<b>0,01 - 0,07</b>	<b>&lt;0,001</b>
Tuổi (năm)	1,01	0,98 - 1,04	0,34
Thất nghiệp (so với Có công việc)	0,67	0,38 - 1,19	0,18
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	0,99	0,63 - 1,56	0,97
Ly hôn/ly thân/góa	0,46	0,12 - 1,76	0,25
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	1,06	0,67 - 1,70	0,78
Trên THPT	2,31	0,62 - 8,53	0,20
Tổng điểm Rào cản tiếp cận HIV (điểm)	0,96	0,87 - 1,05	0,43
Thời điểm theo dõi (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	0,63	0,15 - 2,74	0,54
Sau 12 tháng	0,72	0,17 - 3,17	0,67
Số năm nhiễm HIV (so với < 6 năm)			
Từ 6-10 năm	1,06	0,65 - 1,74	0,80
Trên 10 năm	0,66	0,42 - 1,07	0,06
Số năm sử dụng heroin (so với < 6 năm)			
Từ 6-10 năm	1,05	0,73 - 1,49	0,80
Trên 10 năm	0,65	0,41 - 1,02	0,06
Điều trị ARV (so với Không)	<b>2,66</b>	<b>1,05 - 6,71</b>	<b>0,04</b>
Điều trị Methadone (so với Không)	<b>2,98</b>	<b>1,12 - 7,99</b>	<b>0,03</b>
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	<b>1,53</b>	<b>1,01 - 2,33</b>	<b>0,04</b>

Sau khi chạy mô hình hồi quy GEE ước tính hiệu quả và có hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu tiềm ẩn (đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm về HIV), mô hình cho thấy can thiệp có hiệu quả trong việc tăng khả năng sử dụng dịch vụ liên quan tới HIV và ma túy. Cụ thể, nhóm can thiệp có khả năng sử dụng dịch vụ cao gấp 1,53 lần so với

nhóm chứng, hiệu quả có ý nghĩa thống kê với KTC 95% không chứa giá trị 1 và  $p=0,04$ . Ngoài ra, điều trị ARV và Methadone đều có ý nghĩa thống kê trong việc tăng khả năng sử dụng dịch vụ khi so sánh với nhóm không điều trị, với lần lượt OR là 2,66 và 2,98. Không tìm thấy ý nghĩa thống kê với các đặc điểm nhân khẩu học như giới tính, tình trạng hôn nhân, tuổi, trình trạng công việc.

**Bảng 3.34: Hiệu quả can thiệp về chất lượng cuộc sống về tinh thần của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Dân tộc thiểu số (so với Kinh)	<b>2,21</b>	<b>0,18 - 4,24</b>	<b>0,03</b>
Tuổi (năm)	-0,03	-0,16 - 0,10	0,63
Thất nghiệp (so với Có công việc)	<b>2,19</b>	<b>0,74 - 3,64</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	<b>2,59</b>	<b>0,91 - 4,27</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Ly hôn/ly thân/góa	<b>3,60</b>	<b>1,19 - 6,01</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	0,06	-1,59 - 1,72	0,94
Trên THPT	2,86	-0,27 - 5,99	0,07
Thời điểm theo dõi (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	<b>2,18</b>	<b>0,33 - 4,03</b>	<b>0,02</b>
Sau 12 tháng	<b>2,62</b>	<b>0,78 - 4,47</b>	<b>0,01</b>
Số năm nhiễm HIV (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	-0,72	-2,18 - 0,73	0,33
Trên 10 năm	-0,84	-2,45 - 0,77	0,31
Số năm sử dụng heroin (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	0,17	-1,84 - 2,18	0,87
Trên 10 năm	-0,65	-2,75 - 1,44	0,54
Điều trị ARV (so với Không)	<b>2,66</b>	<b>0,85 - 4,47</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Điều trị MMT (so với Không)	0,98	-1,33 - 3,29	0,40
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	0,35	-1,04 - 1,73	0,63

Kết quả nghiên cứu cho thấy chưa chứng minh được hiệu quả trong việc tăng điểm chất lượng cuộc sống về tinh thần cho đối tượng. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm can thiệp giúp tăng 0,35 điểm chất lượng cuộc sống về tinh thần so với nhóm chứng, tuy nhiên hiệu quả không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Các yếu tố làm tăng điểm chất lượng cuộc sống bao gồm: điều trị ARV, tình trạng hôn nhân, dân tộc thiểu số.

**Bảng 3.35: Hiệu quả can thiệp về chất lượng cuộc sống về thể chất của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	95% KTC	P
Dân tộc thiểu số (so với Kinh)	0,82	-1,20 - 2,85	0,43
Tuổi (năm)	-0,05	-0,18 - 0,08	0,42
Thất nghiệp (so với Có công việc)	<b>2,86</b>	<b>1,52 - 4,20</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	<b>1,70</b>	<b>0,06 - 3,34</b>	<b>0,04</b>
Ly hôn/ly thân/góa	1,80	-0,56 - 4,15	0,13
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	-0,68	-2,32 - 0,97	0,42
Trên THPT	1,17	-1,93 - 4,27	0,46
Thời điểm đánh giá (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	-0,13	-1,77 - 1,50	0,87
Sau 12 tháng	0,45	-1,18 - 2,08	0,59
Số năm nhiễm HIV (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	-0,95	-2,33 - 0,43	0,18
Trên 10 năm	-0,88	-2,41 - 0,64	0,26
Số năm sử dụng heroin (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	0,72	-1,07 - 2,51	0,43
Trên 10 năm	0,19	-1,67 - 2,06	0,84
Điều trị ARV (so với Không)	<b>3,15</b>	<b>1,45 - 4,85</b>	<b>&lt;0,001</b>
Điều trị MMT (so với Không)	0,59	-1,57 - 2,74	0,59
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	-0,54	-1,94 - 0,85	0,44

Kết quả cho thấy chưa chứng minh được hiệu quả trong việc tăng điểm chất lượng cuộc sống về thể chất cho người SDMT-HIV. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm can thiệp làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về thể chất, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Các yếu tố làm tăng điểm chất lượng cuộc sống bao gồm: điều trị ARV, tình trạng hôn nhân là kết hôn và tình trạng công việc.

**Bảng 3.36: Hiệu quả can thiệp về rào cản tiếp cận dịch vụ y tế của người SDMT-HIV (n=241)**

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	95% KTC	p
Điểm trầm cảm Zung	<b>0,19</b>	<b>0,13 - 0,25</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Dân tộc thiểu số (so với Dân tộc Kinh)	<b>2,63</b>	<b>1,74 - 3,52</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Tuổi (năm)	0,01	-0,04 - 0,07	0,68
Thất nghiệp (so với Có công việc)	-0,25	-0,86 - 0,36	0,43
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	-0,33	-1,06 - 0,39	0,37
Ly hôn/ly thân/góa	<b>-1,17</b>	<b>-2,21 - -0,13</b>	<b>0,03</b>
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	0,52	-0,20 - 1,24	0,15
Trên THPT	0,66	-0,70 - 2,03	0,34
Thời điểm đánh giá (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	-1,19	-1,95 - -0,44	<b>&lt; 0,001</b>
Sau 12 tháng	<b>-1,61</b>	<b>-2,37 - -0,85</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Số năm sử dụng heroin (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	-0,05	-0,66 - 0,57	0,88
Trên 10 năm	-0,39	-1,07 - 0,29	0,26
Số năm nhiễm HIV (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	-0,52	-1,35 - 0,30	0,21
Trên 10 năm	0,59	-0,27 - 1,46	0,18
Điều trị ARV (so với Không)	<b>-2,46</b>	<b>-3,22 - -1,69</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Điều trị MMT (so với Không)	0,20	-0,78 - 1,17	0,69
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	0,47	-0,14 - 1,07	0,13

Mô hình sử dụng GEE để hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp chưa chứng minh được hiệu quả trong giảm các rào cản liên quan tới sử dụng dịch vụ HIV (đo lường theo thang BACE) cho đối tượng. Tuy nhiên, điều trị ARV cho thấy hiệu quả khi giảm rào cản sử dụng dịch vụ của đối tượng nghiên cứu, giảm trung bình 2,46 điểm so với nhóm không điều trị ( $p < 0,05$ ). Dân tộc thiểu số và điểm trầm cảm là các yếu tố nguy cơ làm tăng rào cản của đối tượng.

**Bảng 3.37: Hiệu quả can thiệp về triệu chứng trầm cảm của người SDMT-HIV (n=241)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Hệ số hồi quy</b>	<b>95% KTC</b>	<b>p</b>
Dân tộc thiểu số (so với Kinh)	-0,87	-1,95 - 0,20	0,11
Tuổi (năm)	-0,02	-0,09 - 0,05	0,62
Thất nghiệp (so với Có công việc)	<b>-1,41</b>	<b>-2,20 - -0,62</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Tình trạng hôn nhân (so với Độc thân)			
Đã kết hôn, sống chung	-0,29	-1,18 - 0,61	0,53
Ly hôn/ly thân/góa	1,03	-0,26 - 2,32	0,12
Trình độ học vấn (so với Dưới THPT)			
THPT	-0,28	-1,16 - 0,59	0,52
Trên THPT	<b>1,77</b>	<b>0,11 - 3,43</b>	<b>0,04</b>
Thời điểm đánh giá (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	-0,85	-1,89 - 0,19	0,11
Sau 12 tháng	-0,71	-1,74 - 0,33	0,18
Số năm nhiễm HIV (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	0,04	-0,75 - 0,82	0,92
Trên 10 năm	0,02	-0,85 - 0,89	0,97
Số năm sử dụng heroin (so với <6 năm)			
Từ 6-10 năm	-0,10	-1,22 - 1,02	0,86
Trên 10 năm	0,81	-0,36 - 1,99	0,17
Điều trị ARV (so với Không)	-0,98	-1,96 - 0,01	0,05
Điều trị MMT (so với Không)	<b>-1,46</b>	<b>-2,72 - 0,20</b>	<b>0,02</b>
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	0,51	-0,22 - 1,24	0,17

Mô hình sử dụng GEE để hiệu chỉnh cho các đặc điểm nhân khẩu học, kết quả cho thấy can thiệp chưa chứng minh được hiệu quả trong giảm các triệu chứng trầm cảm (thang điểm Zung) cho người SDMT-HIV. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm can thiệp làm tăng 0,51 điểm mức độ trầm cảm so với nhóm chứng, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Ngoài ra, điều trị MMT cũng giúp giảm điểm trầm cảm của đối tượng nghiên cứu, giảm trung bình 1,46 điểm so với nhóm không điều trị ( $p < 0,05$ ).

## CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế của CBTYT và các yếu tố liên quan

#### 4.1.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế về HIV, ma túy của CBTYT

CBTYT đóng vai trò quan trọng trong việc 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. Việc duy trì người bệnh trong quá trình điều trị lâu dài là điều kiện tiên quyết để đảm bảo sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Trong một số nghiên cứu trước đây, tỷ lệ mất dấu người bệnh chiếm tỷ lệ tương đối cao (25,9%) sau 1 năm, sau 4 năm tỷ lệ này tăng lên là 41,9% [111]. Việc mất dấu do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể do cơ sở điều trị không đủ nguồn lực, do bản thân người bệnh. Kết quả nghiên cứu của Miriam (2020) cho thấy người bệnh có xu hướng chọn các mô hình điều trị tại các cơ sở y tế hơn là các mô hình dựa vào cộng đồng [143]. Do đó, việc đưa các dịch vụ điều trị ARV và MMT vào cơ sở khám chữa bệnh ban đầu như TYT sẽ dễ dàng trong việc quản lý và theo dõi người bệnh hơn. Bên cạnh đó, việc sử dụng cơ sở y tế ban đầu để triển khai các dịch vụ điều trị ARV và MMT là cần thiết để đạt được mức độ bao phủ cao hơn [114]. CBTYT có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ tiếp cận các dịch vụ y tế. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương tại Hải Phòng, 60,7% người bệnh đang điều trị HIV nhận được dịch vụ từ NVYT [38]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS được cung cấp tại TYT bao gồm: 25% CBTYT đã cung cấp các dịch vụ xét nghiệm HIV, 51,7% CBTYT hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV, 48% cung cấp dịch vụ dự phòng HIV, giới thiệu đến các phòng khám ngoại trú, 19,2% cung cấp thuốc điều trị ARV. Dịch vụ liên quan đến sử dụng ma túy được CBTYT cung cấp bao gồm: cung cấp MMT hoặc bơm kim tiêm sạch, lấy mẫu nước tiểu xét nghiệm ma túy và các dịch vụ khác bao gồm xét nghiệm sàng lọc STI, viêm gan B, C, Lao, tư vấn tâm lý cho người bệnh, điều trị các bệnh nhiễm trùng, khám sàng lọc người bệnh tâm thần.

Đã có nhiều nghiên cứu về việc tuân thủ điều trị của người bệnh, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang (2019) tại Sơn La, có 59,7% người bệnh được



đánh giá là tuân thủ điều trị trên 95% [39]. Việc tuân thủ điều trị của người bệnh ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, do vậy khi cung cấp dịch vụ, NVYT chưa thật sự tự tin về việc người bệnh sẽ tuân thủ điều trị tuyệt đối. Số lượt người bệnh đến nhận dịch vụ tư vấn, hỗ trợ tại trạm y tế còn thấp, do người bệnh có thể đến trực tiếp các cơ sở cung cấp dịch vụ ARV, MMT, nơi họ được quản lý và được cấp phát thuốc. TYT không phải là nơi quản lý và cấp thuốc nhưng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ, tư vấn để họ duy trì, tuân thủ điều trị một cách hiệu quả.

Tại Việt Nam, từ khi chương trình Methadone được triển khai, rất nhiều nghiên cứu trong lĩnh vực này đã được tiến hành từ cấp Trung ương đến địa phương. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hải (2019), 89,2% người bệnh mong muốn được can thiệp bởi các NVYT tại cơ sở điều trị MMT [35]. Việc cấp phát Methadone tại TYT cho người bệnh đã đạt liều duy trì không những giảm khoảng cách địa lý và chi phí đi lại cho người bệnh mà còn giải quyết việc thiếu nhân lực y tế ở các cơ sở điều trị. Theo khảo sát của Lê Anh Tuấn và cộng sự cho thấy 73,3% người bệnh mong muốn uống MMT tại TYT [25]. Mặc dù các nghiên cứu trước đây đã chứng minh nhu cầu của người bệnh mong muốn nhận điều trị MMT tại TYT khá cao, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc cung cấp dịch vụ điều trị MMT và chương trình cung cấp bơm kim tiêm chưa được chú trọng. Chỉ có 35,8% NVYT tư vấn dịch vụ điều trị MMT và chương trình cung cấp bơm kim tiêm. Các dịch vụ liên quan khác như xét nghiệm và sàng lọc các bệnh nhiễm trùng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm gan B, viêm gan C và Lao cũng chưa được chú trọng (13,3%). Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy các triệu chứng trầm cảm có thể tăng lên khi nhiễm HIV tiến triển thành AIDS, do đó việc cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý cho người bệnh là hoàn toàn thiết yếu [126]. Trầm cảm là một trong những căn bệnh tâm lý mà người nhiễm HIV thường gặp phải. Đây là một rối loạn sức khỏe tâm thần rất phổ biến, được đặc trưng bởi tâm trạng buồn bã, suy nghĩ bi quan, kém tập trung và các triệu chứng sinh học (do kém ăn và khó ngủ). Nếu không được phát hiện, điều trị sớm, trầm cảm có thể dẫn đến việc người bệnh tự làm hại bản thân và có ý nghĩ tự tử. Trầm cảm có thể khiến cho người bệnh nhiễm HIV không tuân theo việc điều trị, bỏ lỡ các

buổi tái khám hay quên uống thuốc. Theo nghiên cứu của Ngô Văn Mạnh và cộng sự năm 2019 tại Thái Bình, tỷ lệ người bệnh bị kỳ thị, phân biệt đối xử từ gia đình, cộng đồng hay tự chính họ thấy xấu hổ có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn gấp 4 lần so với những người bệnh không gặp phải những vấn đề về kỳ thị hay phân biệt đối xử này với  $OR=4$ ;  $95\%CI: 2,6-6,2$  [31]. Vì vậy việc cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý cho người bệnh cần được chú trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dịch vụ tư vấn tâm lý được các CBTYT chú trọng hơn, 72,5% tỷ lệ NVYT có tư vấn tâm lý cho người bệnh.

Phương thức liên lạc với người bệnh chủ yếu là gặp trực tiếp (70%), việc tổ chức hoạt động nhóm và gửi tin nhắn chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,2%). Do đặc thù đối tượng hành vi nguy cơ cao lây nhiễm hoặc đã nhiễm HIV/AIDS rất khó tiếp cận, thường giấu danh tính do sợ bị kỳ thị, phân biệt đối xử... nên việc tổ chức hoạt động nhóm và gửi tin nhắn sẽ không đảm bảo tính riêng tư, vì vậy hình thức này ít được sử dụng hơn so với việc gặp và cung cấp dịch vụ trực tiếp. Bên cạnh đó, việc gặp và nói chuyện trực tiếp sẽ giúp xây dựng niềm tin giữa người bệnh và NVYT trực tiếp quản lý.

Một trong những thành công của việc đảm bảo theo dõi tuân thủ điều trị (TTĐT) của người bệnh là cần đảm bảo môi trường làm việc cho nhân viên y tế để thu hút và giúp NVYT gắn bó với công việc. Việc thực hiện các biện pháp phòng, tránh, tập huấn về bệnh và các nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên y tế (NVYT) tại TYT là cần thiết. Về môi trường làm việc, sau khi đưa các dịch vụ để cung cấp cho người bệnh HIV và người nghiện chích ma túy vào các chương trình của TYT đồng nghĩa với việc nguy cơ phơi nhiễm của các NVYT sẽ tăng cao. Theo kết quả nghiên cứu, 36,7% NVYT hoàn toàn đồng ý với việc NVYT có nguy cơ cao phơi nhiễm HIV tại nơi làm việc, 50% đồng ý rằng NVYT có nguy cơ cao bị người bệnh tấn công tại nơi làm việc. Tuy nhiên, chỉ có 9,2% NVYT cảm thấy không an toàn tại nơi làm việc. Điều này cho thấy, tuy có nhiều lo ngại về nguy cơ, nhưng NVYT cảm thấy môi trường làm việc khá an toàn do đã được tập huấn về các nguy cơ lây nhiễm, cách phòng chống nhiễm bệnh; tập huấn về cách giao tiếp với người bệnh. Kết quả này tương

đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Huệ tại Sơn La năm 2020 (33% nhân viên có thái độ an toàn đối với môi trường làm việc) [56]. Khi được hỏi về nguy cơ mắc các bệnh như Lao, viêm gan tại nơi làm việc, đa số các NVYT đồng ý với việc có nguy cơ cao mắc các bệnh như Lao, viêm gan tại nơi làm việc (44,2%).

Theo kết quả nghiên cứu, có 78,3% NVYT được tập huấn liên quan đến HIV/AIDS, 58,3% NVYT được tập huấn liên quan đến nghiện chất. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nội dung nhân viên y tế tự tin nhất khi “tư vấn cho người bệnh nhiễm HIV và/hoặc SDMT” (chiếm 16,7%), tiếp theo là dịch vụ “giúp đỡ người bệnh nhiễm HIV và/hoặc SDMT tuân thủ điều trị” (48,3% nhân viên y tế tự tin, 14,2% nhân viên y tế rất tự tin với dịch vụ này). Dịch vụ nhân viên y tế không tự tin nhất là “theo dõi quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh nhiễm HIV và/hoặc SDMT” (5,8%). Việc theo dõi quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh nhiễm HIV, SDMT khó thực hiện do hiện nay người bệnh vẫn được điều trị và theo dõi tại các phòng khám ngoại trú, nên các cán bộ y tế chưa tự tin trong việc có thể theo dõi được người bệnh trong quá trình điều trị.

Kiến thức về việc giảm tác hại của NVYT tương đối cao. 70% NVYT đồng ý với việc “Những người tái nghiện nên tiếp tục duy trì điều trị Methadone”, 68,3% đồng ý với việc “Giảm các hậu quả có hại của lạm dụng chất gây nghiện cũng quan trọng như bỏ ma túy”. 60,8% NVYT không đồng ý với nhận định “Chương trình cung cấp bơm kim tiêm khuyến khích sử dụng ma túy”. Về vắc xin dự phòng HIV, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 8% NVYT cho rằng đã có vắc xin phòng bệnh hiệu quả. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Phương Thảo năm 2014 (6,7% NVYT cho rằng đã có vắc xin phòng HIV) [51] và trong nghiên cứu của Jasintha Mtengezo năm 2016 (84,5% nhân viên y tế cho rằng đã có vắc xin phòng HIV) [133]. Vắc xin HIV đang trong quá trình nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng, chưa được phê duyệt để sử dụng rộng rãi, do vậy, kết quả thu được có thể là nhầm lẫn của NVYT. Tỷ lệ NVYT có kiến thức tốt về việc giảm tác hại của NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của B. Khosravanifard (53,3% đối tượng nghiên cứu cho kết quả chưa đạt khi được hỏi về các nội dung liên quan

đến HIV/AIDS [108]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Muziwalo Violet Mulaudzi năm 2017, điều dưỡng có kiến thức chưa đầy đủ về HIV/AIDS, cứ 4 điều dưỡng thì có 1 người có thái độ tiêu cực và 1/5 điều dưỡng có khả năng ứng phó thấp với việc chăm sóc người bệnh HIV/AIDS [134].

#### **4.1.2. Các yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ của CBTYT**

Điều dưỡng thường thực hiện theo dõi và chăm sóc điều trị người bệnh trực tiếp, thường xuyên. Do vậy, điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị ARV, cũng như cung cấp MMT và/hoặc bơm kim tiêm cao hơn so với bác sỹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các điều dưỡng có xu hướng hỗ trợ người bệnh tốt hơn trong việc tuân thủ điều trị ARV (OR=4,7,p<0,05). Nghiên cứu của Fabienne Shumbusho năm 2009 và I Sanne năm 2010 cũng cho thấy kết quả tương tự trong đó y tá và điều dưỡng hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV cao hơn [152],[148]. Điều này có thể lý giải do người bệnh có xu hướng tin tưởng, biết ơn, đánh giá cao việc y tá, điều dưỡng quan tâm đến cuộc sống của họ và tuân thủ sự điều phối, sắp xếp của y tá và điều dưỡng [71].

Việc tham gia các khóa đào tạo, tập huấn nhằm nâng cao năng lực của các CBTYT trong việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS và nghiện chất. Kết quả các nghiên cứu trước đây cho thấy việc tập huấn, đào tạo cho NVYT đã nâng cao đáng kể năng lực của các NVYT trong việc cung cấp các dịch vụ y tế nói chung và dịch vụ HIV/AIDS, nghiện chất nói riêng. Trong một nghiên cứu của Philip G. Bashook (2010), NVYT có tham gia các khóa tập huấn, đào tạo (ngắn hạn hoặc dài hạn) về HIV có khả năng tăng đáng kể việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS và nghiện chất. Có 54% đối tượng nghiên cứu đã thay đổi hành vi sau khi tham gia tập huấn, trong đó 73% đối tượng nghiên cứu có thay đổi liên quan đến cung cấp dịch vụ y tế và hệ thống chăm sóc sức khỏe [62]. Nghiên cứu của Charles Msisuka chỉ ra rằng tỷ lệ thành công của các xét nghiệm sàng lọc HIV thực hiện bởi các nhân viên y tế được đào tạo tương đối cao đến 99,2%. Việc đào tạo có hiệu quả cao trong việc nâng cao kỹ năng và kiến thức của NVYT [132]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy một số yếu tố thuận lợi liên quan đến việc tham gia tập huấn và việc cung

cấp dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS. Những người có tham gia tập huấn có tỷ lệ hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV cao gấp 3,2 lần (KTC 95%: 1,1-9,4;  $p < 0,05$ ) so với các cán bộ không được hoặc không tham gia tập huấn; những người có tham gia tập huấn có tỷ lệ cung cấp dịch vụ điều trị MMT và/hoặc chương trình cung cấp bơm kim tiêm cao gấp 4,1 lần (KTC 95%: 1,1-15,2;  $p < 0,05$ ) các cán bộ không được hoặc không tham gia tập huấn; những người có tham gia tập huấn có tỷ lệ tư vấn dịch vụ tâm lý cao gấp 6,4 lần (KTC 95%: 2,2-18,9;  $p < 0,05$ ) so với các cán bộ không được hoặc không tham gia tập huấn.

Những người có thâm niên làm việc lâu năm cũng có nhiều kinh nghiệm trong việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS hoặc nghiện chất. Theo nghiên cứu của Kriengkrai Srithanaviboonchai (2020), những người có kinh nghiệm làm việc lâu năm, đặc biệt là liên quan đến chăm sóc người có HIV, sẽ ít có thái độ kỳ thị hơn và thường có nhiều kinh nghiệm trong việc hỗ trợ người bệnh thực hiện các dịch vụ y tế [157]. Theo một nghiên cứu khác, của Muziwal Violet Mulaudzi năm 2011 chỉ ra rằng điều dưỡng viên có hơn 10 năm kinh nghiệm làm việc có thái độ tích cực hơn đáng kể ( $t=2,16$ ;  $p < 0,05$ ) và khả năng ứng phó ( $t=2,35$ ;  $p < 0,05$ ) so với điều dưỡng viên có ít hơn 10 năm kinh nghiệm [134]. Như vậy, có thể lấy mốc 10 năm làm việc để so sánh thâm niên làm việc và thái độ của NVYT đối với người bệnh HIV và nghiện chích ma túy. Việc xây dựng lòng tin với người bệnh bao gồm thái độ không kỳ thị sẽ giúp nâng cao việc tuân thủ điều trị của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy một số yếu tố thuận lợi liên quan đến việc cung cấp dịch vụ của NVYT bao gồm thâm niên làm việc. Những cán bộ có thâm niên làm việc trên 10 năm có tỷ lệ nhắc nhở tuân thủ điều trị ARV cao gấp 4,2 lần (KTC 95%: 1,6-10,5;  $p < 0,05$ ) so với các NVYT có thâm niên làm việc dưới 10 năm; những NVYT có thâm niên làm việc trên 10 năm có tỷ lệ cung cấp dịch vụ điều trị MMT và/hoặc chương trình cung cấp bơm kim tiêm cao gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,0-6,8;  $p < 0,05$ ) so với các NVYT có thâm niên làm việc dưới 10 năm; những NVYT có thâm niên trên 10 năm có tỷ lệ cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý cao gấp 7,1 lần (KTC 95%: 2,6-19,0;  $p < 0,05$ ) so với nhóm cán bộ có thâm niên làm việc dưới 10 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

khác với nghiên cứu của B. Khosravanifard trên nhóm đối tượng nghiên cứu bác sỹ răng hàm mặt năm 2012, cho thấy các nha sỹ có kinh nghiệm nhiều hơn (lớn tuổi hơn) không muốn điều trị cho người bệnh AIDS chiếm tỷ lệ cao hơn (OR=3,12; 95% CI: 1,08-10,0) và những người đã học tại các trường đại học nước ngoài cũng ít sẵn sàng hơn, điều này có ý nghĩa thống kê (OR=2,8; KTC 95%: 0,96-8,16). Ngược lại, các nha sỹ với dưới 10 năm kinh nghiệm làm việc (OR=4,96; KTC 95%: 2,30-10,7) và các nha sỹ có bằng cấp khác ngoài nha khoa (OR=3,97; KTC 95%: 1,24-12,8) là có nhiều khả năng đồng ý điều trị cho người bệnh AIDS hơn [108]. Sự khác biệt này có thể do đặc thù, tính chất công việc của 02 nghiên cứu khác nhau. Công việc của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của B. Khosravanifard có tỷ lệ phơi nhiễm cao hơn nhiều lần (khả năng nhiễm virus từ máu, dịch nhầy của người bệnh cao) so với công việc tư vấn của NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi.

Đối với người nhiễm HIV, việc có mối quan hệ tích cực và cởi mở với nhân viên y tế là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc họ thoải mái trao đổi về HIV, nghiện chất. Các nghiên cứu trước đây cho thấy những người cung cấp dịch vụ thân thiện thì việc dễ dàng tiếp cận với người bệnh. Tuổi càng cao thì việc phân biệt đối xử, chấp nhận người bệnh HIV, chấp nhận người sử dụng ma túy và sợ hãi đối với nhóm đối tượng ngày càng giảm [115]. Nghiên cứu tìm được mối liên quan giữa độ tuổi và việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS, nghiện chất và tư vấn tâm lý cho người bệnh. Nhóm NVYT có độ tuổi trên 50 tuổi có tỷ lệ nhắc nhở tuân thủ điều trị ARV cao hơn (OR=4,8; KTC 95%: 1,9-12,1;  $p < 0,05$ ) so với nhóm có độ tuổi dưới 50; nhóm NVYT có độ tuổi trên 50 tuổi có tỷ lệ cung cấp dịch vụ điều trị MMT và/hoặc chương trình cung cấp bơm kim tiêm cao hơn (OR=2,05; KTC 95%: 0,9-4,6;  $p > 0,05$ ); nhóm NVYT có độ tuổi trên 50 tuổi có tỷ lệ cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý cao hơn (OR=3,4; KTC 95%: 1,2-10,0;  $p < 0,05$ ) so với nhóm cán bộ có độ tuổi dưới 50 tuổi.

Một số nghiên cứu trước đây tìm thấy mối liên quan giữa việc cung cấp dịch vụ HIV với giới tính, nghề nghiệp. Trong nghiên cứu của Temitayo O Famoroti, nam giới tỏ ra thoải mái, dễ đồng cảm hơn nữ giới khi tiếp xúc với người bệnh HIV/AIDS

( $p=0,003$ ) [90]. Đối với nghề nghiệp, một nghiên cứu của Ấn Độ kết luận rằng NVYT có nhiều kiến thức hơn về HIV/AIDS ít có thành kiến hơn đối với người nhiễm HIV/AIDS và bác sĩ ít có thành kiến hơn khi so sánh với y tá về thái độ của họ đối với người nhiễm HIV/AIDS. Nghiên cứu này cũng cho thấy 68% NVYT có thái độ phán xét khi họ tin rằng HIV lây lan do hành vi vô đạo đức như lãng nhăng, ngoại tình và lạm dụng ma túy [127]. Nghiên cứu của Temitayo O Famoroti chỉ ra có mối liên quan giữa kiến thức và mức độ thoải mái ( $\rho=0,229$ ;  $p<0,001$ ), cũng như kiến thức và thái độ ( $\rho=0,139$ ;  $p=0,011$ ) tương ứng đối với người nhiễm HIV [90]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy các mối liên quan giữa việc cung cấp dịch vụ HIV và nghiện chất đối với các yếu tố nêu trên.

## **4.2. Thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và sử dụng dịch vụ của SDMT-HIV**

### **4.2.1. Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sử dụng chất gây nghiện chiếm tỷ lệ cao nhất là hê-rô-in với 99,2%. Tỷ lệ này phù hợp với các số liệu được báo cáo với tỷ lệ sử dụng các chất gây nghiện truyền thống cao trên thế giới cũng như tình hình ở Việt Nam. Số liệu tại Việt Nam năm 2006 cho thấy hê-rô-in vẫn là loại ma túy được sử dụng nhiều nhất và xu hướng sử dụng tiếp tục tăng. Methamphetamine và Ecstasy xếp thứ hai và ba. Từ năm 2003-2006, Methamphetamine dạng viên là loại Amphetamine (ATS) được sử dụng phổ biến nhất ở Việt Nam. Methamphetamine dạng tinh thể (đá) xuất hiện trên thị trường nội địa vào năm 2007 [19]. Những năm gần đây, các loại ma túy mới bắt đầu du nhập vào nước ta và có xu hướng tăng lên cả về số lượng cũng như tỷ lệ với các loại ma túy truyền thống. Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sử dụng ma túy dạng amphetamine là 2,9% và từng sử dụng là 15,8%; trong đó thời gian trung bình sử dụng là 2 năm (cao nhất là 4,5 năm). Mặt khác, tỷ lệ sử dụng các loại ma túy tự nhiên cũng chiếm 12% (11,8% cho ma túy dạng cannabis và 0,8% dạng cocain). Xu hướng chuyển dịch từ sử dụng các chất ma túy truyền thống sang các loại ma túy khác như “cần sa” và “cỏ Mỹ” ngày càng tăng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của UNODC “Các chất kích thích dạng Amphetamine ở Việt Nam”

năm 2012 [19]. Số năm trung bình sử dụng cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Việt năm 2012 là từ  $2,8 \pm 0,9$  năm [20].

Ngoài tiền sử sử dụng các chất gây nghiện, hành vi sử dụng thuốc lá cũng đáng quan tâm với tỷ lệ 74%. Mặt khác, tỷ lệ sử dụng rượu bia và đồ uống có cồn là 83,4% từng sử dụng trong 1 năm qua. Nhiều nghiên cứu trên nhóm người bệnh HIV/AIDS khác tỷ lệ sử dụng thuốc lá là 35,3% và rượu, bia chiếm 49,2%. Giải thích sự khác biệt này là do nhóm nghiên cứu tại Trà Vinh trên 66,4% nam khác với tỷ lệ giới tính của nghiên cứu chúng tôi là 99,2% nam và 0,8% nữ [32].

Người SDMT-HIV mắc các bệnh đồng nhiễm khác sẽ làm tăng thêm gánh nặng cho gia đình, xã hội cũng như gây ra áp lực về vấn đề kinh tế [33]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thực trạng sức khỏe các bệnh hiện mắc của người SDMT-HIV với tỷ lệ nhiễm viêm gan C cao nhất là 34%, tiếp theo là bệnh lao với 19% và viêm gan B đứng thứ ba với 13%. Kết quả nghiên cứu của Lucy Platt và cộng sự năm 2016 cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV ở những người HIV cao hơn khoảng sáu lần so với những người không nhiễm HIV [35]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HCV tương đối cao trong các nhóm nguy cơ [30], [39]. Nghiên cứu của Ionita và cộng sự cho thấy rằng người nhiễm HIV là nam, có trình độ học vấn trung học, hoặc người SDMT có nhiều khả năng đồng nhiễm HCV hơn [30]. Giải thích cho tỷ lệ cao này, WHO đưa ra đường lây truyền chính của HCV là qua đường máu khi sử dụng thiết bị y tế không được tiệt trùng đầy đủ và tái sử dụng đặc biệt là kim tiêm. Với tỷ lệ TCMT lên tới 85,5% và sử dụng chung bơm kim tiêm chung 84%, không chỉ lây truyền HIV mà đặc biệt còn lây truyền HCV qua đường máu. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng nguyên nhân chính của đồng nhiễm HCV-HIV là do dùng chung bơm kim tiêm (5,9 lần, khoảng tin cậy 95% [1,1 – 31,7]) [97].

Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những người nhiễm HIV, chiếm khoảng 1/3 trường hợp tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm lao của nghiên cứu chúng tôi chiếm 19%. So sánh với nghiên cứu của Seid G và cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ người nhiễm lao đồng nhiễm HIV là 53,12%, cao hơn so với tỷ lệ của nghiên cứu [150]. Sự khác biệt trong các nghiên cứu này có thể là do đối tượng nghiên



cứu của Seid G thuộc các nước Châu Phi Hạ Saharan, nơi có tỷ lệ mắc bệnh lao cao nhất trên thế giới [184]. So sánh với nghiên cứu của Trịnh Quang Minh năm 2016 đồng nhiễm HIV và Lao tại Việt Nam, kết quả cho thấy tỷ lệ người nhiễm lao có mắc HIV lần lượt là 58,9% và 72,5% (2011 và 2014) [172]. Năm 2018, 10 triệu người phát hiện mắc bệnh lao, khoảng 9% trong số đó sống chung với HIV. Khoảng 44% người đang sống chung với cả HIV và mắc lao nhưng không biết về tình trạng sức khỏe của mình và không được điều trị [68].

Tỷ lệ viêm gan B trong nghiên cứu có tỷ lệ 13%, cao hơn tỷ lệ này tại nghiên cứu của Lucy Platt năm 2019 trong đó tỷ lệ nhiễm viêm gan B đồng nhiễm HIV trên toàn cầu là 7,6% ở những người nhiễm HIV, tương đương với 2,7 triệu người đồng nhiễm HIV-HBsAg. Tỷ lệ nhiễm HBV ở người có HIV cao hơn 1,4 lần so với người âm tính với HIV.

Ngoài các bệnh hiện mắc chiếm đa số trên, có 07 đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (chiếm 2,9%), tỷ lệ này có thể do hành vi quan hệ tình dục của nhóm nghiên cứu với tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ với bạn tình bất chợt là 92% và khi mua dâm là 94,7%. Tầm quan trọng của việc sử dụng bao cao su và hành vi quan hệ tình dục lành mạnh đã được nêu ra trong nhiều y văn. Việc truyền thông, can thiệp sẽ làm giảm tỷ lệ không chỉ các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục mà còn các bệnh lây truyền chủ yếu qua đường tình dục khác như viêm gan B và HIV/AIDS. Tỷ lệ rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo lắng chiếm 5%. So sánh với nghiên cứu của Tiffany E Gooden MPH và cộng sự về sức khỏe tâm thần của người sống chung với HIV ở Anh có 15,4% tỷ lệ trầm cảm, 7,2% lo lắng về bệnh tật và 1,6% có mắc các vấn đề tâm thần nặng. Người nhiễm HIV có nguy cơ mắc bệnh tâm thần kết hợp với trầm cảm, lo lắng và bệnh tâm thần cao hơn so với người không nhiễm HIV [94]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng vấn đề về sức khỏe tâm thần ảnh hưởng tới công việc của đối tượng nghiên cứu (chiếm 23,2%), và làm hạn chế trong công việc hơn (22%). Các vấn đề sức khỏe tâm thần có thể được coi là yếu tố tác động đến việc giảm kết quả điều trị MMT và tăng tỷ lệ các hành vi nguy cơ liên quan đến HIV [32], gây ảnh hưởng đến việc tuân

thủ điều trị và duy trì điều trị MMT [23]. Do đó, tuyên truyền, tư vấn cho người SDMT về việc điều trị các bệnh đồng nhiễm về tâm thần là nhiệm vụ quan trọng để nâng cao chất lượng cuộc sống của người SDMT, bên cạnh đó tăng cường hiệu quả của các chương trình MMT.

Tình trạng sức khỏe của người sử dụng ma túy nhiễm HIV của nhóm nghiên cứu chiếm đa số 84,2% là bình thường/khỏe/rất khỏe. Trái lại, có 15,7% trả lời rằng thấy sức khỏe yếu/rất yếu. Kết quả phù hợp với các kết quả về tình trạng sức khỏe tâm thần và thể chất của người được phỏng vấn. Ngoài về tình trạng sức khỏe thể chất được đánh giá một cách khách quan, số lượng người báo cáo gặp vấn đề sức khỏe tâm thần (5%).

#### **4.2.2. Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV**

Hành vi quan hệ tình dục không an toàn là một trong những hành vi nguy cơ cao có thể dẫn tới lây truyền HIV/AIDS đặc biệt ở các quần thể nguy cơ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 32,8% số người không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Hải Vân, tiến hành trên 318 đối tượng TCMT tại thành phố Thái Nguyên trong đó tỷ lệ không sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất chiếm tỷ lệ cao (59,7%).

Tỷ lệ của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Keshab trên 6 nước Đông Nam Á bao gồm cả Việt Nam: cho thấy 43% trong số 3827 người nhiễm HIV không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với bạn tình của họ [83]. Trong đó Việt Nam có 55,2% số người được hỏi, thông tin rằng họ không sử dụng bao cao su với bạn tình thường ngày. Những lí do giải thích cho việc không sử dụng bao cao su ở nhóm NCMT bao gồm: giảm khoái cảm khi quan hệ tình dục, ảnh hưởng của chất gây nghiện, không có điều kiện kinh tế, bao cao su không sẵn có khi QHTD, không nhận thức được lợi ích của BCS [84].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khoảng 12,9% số người được hỏi có quan hệ với nhiều bạn tình (từ 2 người trở lên). Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Dương Công Thành trong đó tỷ lệ quan hệ tình dục với nhiều bạn tình là 20% [167], cao hơn nghiên cứu tại 9 nước Đông Nam Á với tỷ lệ là 2,5%. Nghiên

cứu của tác giả Christina cho thấy, trong số 216 nam NCMT có hoạt động tình dục, 33,3% đã quan hệ tình dục với nhiều bạn tình. Sự khác biệt này có thể là do bối cảnh và quần thể dân số khác nhau. Tác giả Christina cho thấy các yếu tố liên quan với hoạt động tình dục có nguy cơ cao là không tự tiêm chích và dùng chung bơm kim tiêm trong 12 tháng. Quan hệ tình dục với nhiều bạn tình là hành vi nguy cơ cao, không chỉ đối với HIV mà còn làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Vì vậy cần có biện pháp can thiệp hiệu quả để tăng nhận thức và thực hành trong việc thực hành tình dục an toàn trên nhóm SDMT-HIV.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Thượng trên 1.601 người TCMT tuổi từ 16 trở lên tại 7 tỉnh triển khai giám sát trọng điểm của khu vực phía Nam năm 2019 bao gồm TP. Hồ Chí Minh, Bà Rịa-Vũng Tàu, Bình Dương, Đồng Nai, An Giang, Kiên Giang và Cần Thơ [45] cho thấy tỷ lệ từng dùng chung BKT, dùng chung BKT trong 6 tháng qua và 1 tháng qua lần lượt là 34,2%, 14,7% và 9,2%. Các tỷ lệ trên đều thấp hơn chúng tôi, với tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung là 84%. Điều này có thể giải thích do chúng tôi khảo sát với khoảng thời gian dài.

Ngoài ra tác giả Nguyễn Vũ Thượng còn chỉ ra các yếu tố nguy cơ ở nhóm này bao gồm: tuổi tiêm chích ma túy (TCMT) lần đầu trên 15, số lần tiêm chích ma túy trong tháng trên 30 lần, sử dụng bao cao su (BCS) không thường xuyên với vợ (so với người không bao giờ sử dụng BCS), có quan hệ tình dục (QHTD) với phụ nữ mại dâm (PNMD). Tại khảo sát của tác giả Hoàng Thị Hải Vân, cho thấy tỷ lệ người tiêm chích ma túy đã từng dùng chung bơm kim tiêm tại Thái Nguyên khá cao (43,4%) [22]. Tác giả chỉ ra rằng các yếu tố tình trạng hôn nhân, xét nghiệm HIV, điều trị ARV, nhận được bơm kim tiêm sạch có liên quan tới hành vi dùng chung bơm kim tiêm của những người tiêm chích ma túy. Kết quả nghiên cứu trên cao hơn nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm đối tượng SDMT -HIV. Do đó cần tăng cường cung cấp và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các nhóm SDMT-HIV nói riêng và các đối tượng nguy cơ cao nói chung.

Về hành vi sử dụng rượu bia, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người SDMT-HIV có sử dụng đồ uống có cồn ít hơn 2-3 lần/tháng có tỷ lệ là 24,07%. Số người sử

dụng đồ uống có cồn hàng ngày đạt mức cao 16,2%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Li Li trong đó khoảng 30% và 46% số người tham gia lần lượt là những người uống rượu thường xuyên và không thường xuyên. Khoảng 61% những người thường xuyên uống rượu cho biết họ có quan hệ tình dục sau khi sử dụng rượu [121].

Về hành vi sử dụng chất gây nghiện. Nghiên cứu của chúng tôi thấy chất gây nghiện hay sử dụng nhất của người SDMT-HIV là hê-rô-in, chiếm tỷ lệ 99,2%. Các chất hay sử dụng thường xuyên khác lần lượt là các chất ma túy dạng amphetamine (15,8%), thuốc an thần hoặc thuốc ngủ (6,6%), methadone (4,1%). Các tỷ lệ này đều thấp hơn nghiên cứu trên đối tượng SDMT đang điều trị Methadone của tác giả Đinh Thúy Quỳnh trong đó người bệnh trong quá trình điều trị Methadone có SDMT trong vòng một tháng qua là 32,6% và các chất hay sử dụng là Heroin: 21,3%, ma túy đá: 8,7%, các loại ma túy khác: 2,6%), tần suất sử dụng từ 2 - 3 lần/tháng là 64,4%.

#### ***4.2.3. Thực trạng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV***

Người SDMT-HIV là nhóm đối tượng đặc biệt do phải đối mặt đồng thời với nhiễm HIV và các rối loạn lạm dụng chất gây nghiện, do vậy việc can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tiếp nhận và tuân thủ điều trị cần thực hiện lâu dài với nhiều phương pháp khác nhau. Trong khi sử dụng chất gây nghiện cần duy trì điều trị hàng ngày thì điều trị ARV là quá trình điều trị bệnh suốt đời. Tỷ lệ người SDMT-HIV đang điều trị ARV và MMT tương ứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,7% và 27,3%. Trong số các lý do không điều trị MMT (ngoài các lý do khác chiếm đa số 43,6%), lý do được cho là không cần thiết chiếm tỷ lệ cao nhất với 29,9%, theo sau là vấn đề hậu cần chiếm 7,1%. Đáng chú ý là các lý do như không biết nơi để nhận MMT (chiếm 5,4%), vấn đề về tài chính (chiếm 4,1%) và sợ vô tình tiết lộ tình trạng sử dụng ma túy của người được phỏng vấn (chiếm 3,3%). Ngược lại trong nhóm đối tượng nghiên cứu không điều trị ARV (n = 23 người), đa số lý do không tham gia điều trị ARV (ngoài lý do khác chiếm 69,6%); tác dụng phụ có thể xảy ra của thuốc cao nhất 17,4%, theo sau là vấn đề về tài chính chiếm 8,7% và do điều kiện sức khỏe khác chiếm 4,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị ARV cao hơn đáng kể so với tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị MMT. Các nghiên cứu trước đây cũng đưa ra kết quả tương tự, đối với nhóm người SDMT-HIV, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV cao hơn so với tuân thủ MMT. Nghiên cứu ở Đài Loan cho thấy tỷ lệ duy trì tuân thủ điều trị MMT giảm dần theo thời gian, ở giai đoạn 6 tháng sau điều trị, tỷ lệ tham gia giảm từ 58,3% xuống 20,3%. Tỷ lệ này tiếp tục giảm xuống chỉ còn 14,3% sau 1 năm điều trị [72]. Việc điều trị MMT không phải là suốt đời như ARV, người nghiện ma túy cũng có thể tự điều trị. Đây cũng là lý do chính mà người SDMT-HIV trong nghiên cứu của chúng tôi đưa ra khi họ không tham gia điều trị MMT. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng những người SDMT-HIV tuân thủ MMT thấp hơn so với các nhóm khác. Theo kết quả nghiên cứu của Mai Thị Huệ (2019), tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị cao (54,5%), nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị đa số ở khu vực miền núi khó khăn về đi lại [30]. Ngoài ra, các lý do khác là không biết nhận MMT ở đâu, khó khăn về di chuyển, địa điểm sinh sống và tài chính. Người bệnh khó duy trì MMT hơn vì quá trình điều trị đòi hỏi người bệnh phải đến nhận thuốc hàng ngày tại cơ sở y tế. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng người SDMT-HIV tuân thủ MMT thấp hơn so với các nhóm khác [40]. Tuy nhiên, có nghiên cứu cho thấy chẩn đoán nhiễm HIV có thể thúc đẩy người bệnh tham gia điều trị lạm dụng chất gây nghiện. Những người tiêm chích ma túy xét nghiệm dương tính với HIV có nhiều khả năng được điều trị hơn những người xét nghiệm âm tính. Trái ngược với tỷ lệ điều trị Methadone thấp, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ duy trì điều trị ARV ở nhóm SDMT-HIV đạt mức cao hơn. Nghiên cứu tổng quan hệ thống với hơn 14 nghìn trường hợp nhiễm HIV trong đó có 76% TCMT cho thấy, tỷ lệ duy trì điều trị ARV là 60%. Tác giả cũng đưa ra kết quả nhóm có sử dụng ma túy cho thấy sự tuân thủ thấp hơn và kết quả điều trị kém hơn so với nhóm không sử dụng ma túy [128]. Điều trị ARV được người bệnh thực hiện tại nhà, hàng ngày, điều này giảm rủi ro bỏ liều do phải đến cơ sở y tế mỗi ngày như điều trị MMT. Thêm vào đó, người bệnh có thể nhận ra các dấu hiệu sức khỏe tích cực trong quá trình tuân thủ điều trị ARV như tăng cân, các triệu chứng bệnh liên quan đến HIV có từ trước được cải thiện, giảm tần suất mắc và mức

độ nặng của các nhiễm trùng cơ hội. Trong khi đó, duy trì quyết tâm lâu dài và tránh khỏi sự tái lạm dụng chất gây nghiện là những rào cản lớn cho đối tượng trong quá trình điều trị MMT. Do vậy, các mô hình y tế cần tập trung nâng cao tỷ lệ tham gia và tuân thủ điều trị Methadone của người SDMT-HIV bằng việc tư vấn các lợi ích mang lại của quá trình điều trị, cùng với đó là sự theo dõi sát sao, động viên, khuyến khích người bệnh tham gia và duy trì điều trị. Điều này cũng là thách thức lớn trong quá trình tư vấn cho người bệnh của các NVYT, do vậy, các can thiệp nâng cao kỹ năng tư vấn cho NVYT cần được thực hiện và đánh giá lâu dài, để thấy rõ được hiệu quả làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị MMT và ARV ở nhóm người SDMT-HIV.

So với ước tính có khoảng 61% người nghiện chích ma túy đã được tham gia điều trị thay thế CDTP tại Tây Âu, 42,6% ở Iran và 40%, tại cộng hòa Czech tỷ lệ điều trị MMT của nghiên cứu thấp hơn nhiều. Độ bao phủ của chương trình điều trị thay thế nghiện CDTP vẫn còn thấp theo hướng dẫn của các tổ chức quốc tế. Theo ước tính toàn cầu về độ bao phủ của chương trình điều trị thay thế đến cuối năm 2010 cho thấy chỉ có khoảng 6% đến 12% người nghiện chích ma túy được tham gia chương trình điều trị thay thế. Độ bao phủ của Chương trình điều trị thay thế nghiện CDTP vẫn rất thấp tại một số vùng như là vùng cận Sahara của Châu Phi, Châu Mỹ Latinh và Châu Á. Tại một số nước có tỷ lệ nghiện chích ma túy đã được ghi nhận là nguyên nhân chính gây lây nhiễm HIV/AIDS, độ bao phủ của chương trình điều trị thay thế là rất thấp dưới 3% số người nghiện chích ma túy như Campuchia, Indonesia, Myanmar [79]. Tại Việt Nam, theo kết quả giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2014, chỉ có 12% người NCMT tham gia nghiên cứu cho biết được điều trị thay thế bằng Methadone trong 1 tháng qua [146]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn các nghiên cứu tương đương tại Việt Nam, cụ thể có xu hướng tích cực hơn so với nghiên cứu năm 2010 do mô hình điều trị Methadone ở Việt Nam đã hoạt động rất hiệu quả trong thời gian qua, kết hợp với truyền thông giáo dục sức khỏe tới từng xã, phường; các phòng khám ngoại trú cấp phát thuốc tận nơi cho người có nhu cầu sử dụng và điều trị MMT. Theo Báo cáo về kết quả phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm

2020 của Bộ Y tế, tính đến tháng 9/2019, cả nước có 52.200 người bệnh đang được điều trị. Như vậy chưa đến 1/3 số người nghiện các chất dạng thuốc phiện được điều trị bằng Methadone [124] tại 335 cơ sở điều trị và 227 cơ sở cấp phát thuốc; trong đó số người bệnh điều trị trên 6 tháng là 44.793 người, số người bệnh HIV (+) là 8.046 người, đã có sự gia tăng về số lượng cơ sở cấp phát cũng như cơ sở điều trị so với năm trước đó [58].

Tỷ lệ tham gia điều trị ARV ở người có HIV tương đương với báo cáo tháng 10/2021, tại Việt Nam, 76% người chẩn đoán nhiễm HIV đã được điều trị ARV. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với một nghiên cứu năm 2010, tại các quốc gia Trung Quốc, Việt Nam, Nga, Ukraine và Malaysia cho thấy người TCMT chiếm 67% tổng số trường hợp nhiễm HIV ở các quốc gia này, nhưng chỉ có 25% số người được điều trị ARV. Điều trị ARV tại Việt Nam đã được triển khai tất cả 63 tỉnh/thành phố, với 401 phòng khám điều trị ngoại trú ARV, triển khai cơ sở cấp phát thuốc điều trị ARV tại 562 TYT trong trại giam. Tại Việt Nam, toàn quốc hiện có 1.300 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, có 138 phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định các trường hợp dương tính tại 63 tỉnh, thành phố. Triển khai tư vấn xét nghiệm HIV cho 2.735.507 lượt người, tổng số người xét nghiệm HIV dương tính trên toàn quốc là 12.613 trường hợp (0,46%) [58]. Tính đến hết tháng 9 năm 2017, đã điều trị cho 122.439 người bệnh, tăng gần 6.000 người bệnh so với cuối năm 2016. Triển khai phát thuốc tại TYT cho 10.499 người bệnh. Tính đến tháng 9/2019, số người bệnh điều trị ARV đã tăng lên 142.604 người bệnh, trong đó có 12.750 người bệnh mới điều trị [52].

### **4.3. Hiệu quả can thiệp đối với CBTYT và người SDMT-HIV**

#### **4.3.1. Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của CBTYT**

Nhóm CBTYT tham gia nghiên cứu trong nhóm can thiệp và đối chứng không có sự khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu học tại thời điểm đánh giá ban đầu, do đó giữa hai nhóm có những sự tương đồng nhất định để tiến hành nghiên cứu can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp giữa hai nhóm. Nhóm CBTYT với đặc điểm chủ yếu là nữ giới (72,5%), dân tộc Kinh (77,5%) và chủ yếu đã công tác lâu trong ngành với

số năm công tác là 17,8 năm, những đặc điểm này khá tương đồng với những nghiên cứu can thiệp trên nhóm CBTYT trước đó [124].

Để đánh giá về kỹ năng tư vấn của CBTYT, nghiên cứu đã sử dụng các biến số về mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ, mức độ tương tác giữa CBTYT và người bệnh, mức độ tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác, mức độ hài lòng với công việc của CBTYT. Bên cạnh đó, mức độ cải thiện về kỹ năng tư vấn của CBTYT cũng thể hiện một phần qua sự thay đổi về số lượng người bệnh được cán bộ đó cung cấp dịch vụ.

Số lượng người bệnh nhận dịch vụ tại TYT không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa các lần đánh giá và giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng. Tuy nhiên, số lượng người bệnh nhận dịch vụ tại TYT lại có xu hướng tăng lên qua các vòng đánh giá. Xu hướng thay đổi theo chiều hướng tích cực này có phần tương đồng với hiệu quả của các mô hình can thiệp đã được triển khai tại Việt Nam về tăng việc tuân thủ điều trị và giảm các hành vi nguy cơ [169]. Việc không tìm được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng có thể do nguyên nhân về dân số và số lượng người có nhu cầu sử dụng dịch vụ MMT/ARV ở các xã khác nhau và thường không thay đổi nhiều theo thời gian ngắn. Việc này dẫn đến khi những cán bộ được can thiệp và không được can thiệp có sự thay đổi về thái độ và kỹ năng cung cấp dịch vụ thì số lượng người bệnh nhận dịch vụ không có sự thay đổi nhiều, đủ để thấy rõ sự khác biệt giữa hai nhóm.

Trên thế giới đã có những can thiệp lồng ghép mô hình điều trị ARV và MMT tương tự cho thấy hiệu quả làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ của người bệnh. Mô hình lồng ghép IMAT tại Tanzania đã đưa dịch vụ điều trị HIV vào cơ sở điều trị nghiện chất, cuối can thiệp, đã có 96% người bệnh HIV được tiếp cận với chương trình và tỷ lệ người bệnh nhiễm HIV được đưa vào điều trị đã tăng lên từ 71% lên 98% sau khi kết thúc can thiệp. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh được giới thiệu và được nhận các dịch vụ liên quan đến HIV cũng khá cao, dao động từ 80-90% [100]. Một mô hình khác tại Virginia năm 2019 đã đưa dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần và điều trị chất gây nghiện vào các phòng khám điều trị ngoại trú HIV cũng cho thấy những



kết quả tích cực tương tự, kết quả chỉ ra sự sẵn có của các dịch vụ tư vấn sử dụng chất gây nghiện tại chỗ làm tăng khả năng khách hàng sẽ tiếp cận các dịch vụ này [86]. Các yếu tố hỗ trợ tiếp cận dịch vụ của người bệnh bao gồm sự quen thuộc với cơ sở y tế và sự hiểu biết về hoàn cảnh và tâm lý của khách hàng để nhà cung cấp có thể quản lý dịch vụ chăm sóc khách hàng và lấy khách hàng làm trung tâm hiệu quả và xây dựng mối quan hệ tin cậy. Các NVYT được đào tạo sẽ giúp khách hàng vượt qua các rào cản khi tham gia dịch vụ chăm sóc và thể hiện sự đồng cảm cũng được coi là những người hỗ trợ bắt đầu và duy trì sự tham gia của dịch vụ [145]. Ngoài ra, việc liên hệ, nhắc nhở tuân thủ của NVYT cũng tạo điều kiện cho người bệnh tiếp tục tương tác và tăng cường chia sẻ kiến thức với NVYT, từ đó gia tăng việc sử dụng dịch vụ [154].

Các ví dụ khác về mô hình tích hợp bao gồm các dịch vụ sàng lọc cũng như điều trị cũng như việc lồng ghép xét nghiệm HIV vào các chương trình điều trị sử dụng chất gây nghiện, bao gồm cả chương trình MMT, đã được chứng minh là khả thi, được người bệnh chấp nhận và hiệu quả [154]. Những người tham gia các chương trình điều trị ma túy dựa vào cộng đồng có nhiều khả năng nhận được kết quả xét nghiệm HIV hơn nếu xét nghiệm được tiến hành tại chỗ so với những người được giới thiệu xét nghiệm bên ngoài ( $p < 0,001$ ,  $aRR=4,52$ ,  $KTC\ 97,5\%: 3,57-5,72$ ) [154]. Trong một nghiên cứu thí điểm về người SDMT-HIV tham gia chương trình tiếp cận bơm kim tiêm và không tham gia điều trị bằng thuốc hoặc HIV lúc ban đầu ( $n=13$ ), điều trị HIV tại chỗ đã giúp 54% người tham gia đạt được mức ức chế vi-rút ở thời điểm 6 và 12 tháng, tương ứng [160].

Một nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam khi tích hợp dịch vụ Methadone vào cơ sở điều trị HIV đã cho thấy lý do chính khiến người bệnh thích sử dụng mô hình tích hợp bao gồm việc sử dụng các dịch vụ khác thuận tiện hơn (53,2%), chất lượng chăm sóc tốt hơn (38,2%), ít phải truy cập các dịch vụ khác nhau hơn (29,5%), đồng thời bảo mật hơn (43,5%) và chăm sóc tốt hơn (22,9%) là những lý do chính để lựa chọn mô hình độc lập. Về phân cấp dịch vụ MMT cấp xã, người dân ưa chuộng mô hình này chủ yếu do giảm chi phí đi lại (95,0%), trong khi lý do không

lựa chọn mô hình chính là có nhiều quyền riêng tư hơn (7,7 %) [169]. Tại Việt Nam từ quan điểm của người bệnh, sự thuận tiện trong việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau tại một địa điểm, ít lần thăm khám hơn, chăm sóc tốt hơn thông qua sự quan tâm nhiều hơn của nhân viên y tế và giảm chi phí đi lại là những lý do chính khiến người bệnh lựa chọn mô hình tích hợp [169].

Mô hình tích hợp điều trị nghiện chất và HIV tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ người bệnh đủ điều kiện điều trị ARV bắt đầu điều trị ở cả hai cơ sở 3 dịch vụ tăng lên rõ rệt, từ 44,4% trước khi tích hợp lên 68,9% sau khi tích hợp ( $p < 0,05$ ) và ở các cơ sở 2 dịch vụ là 74,8%. trước khi tích hợp đến 91,6% sau khi tích hợp ( $p < 0,05$ ). Trong số những người bệnh trước điều trị ARV được chăm sóc ngoại trú, tỷ lệ mất theo dõi không thay đổi đáng kể ở cả hai hoặc ba địa điểm cung cấp dịch vụ. Tương tự, chúng tôi không quan sát thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong trước và sau khi tích hợp giữa các người bệnh trước điều trị ARV. Trong số người bệnh điều trị ARV, tỷ lệ mất theo dõi và tử vong đều thấp trước khi tích hợp ở tất cả các địa điểm và không thay đổi đáng kể sau khi tích hợp [103]. Mặc dù cũng có rất ít thông tin liên quan đến chất lượng chăm sóc trong một hệ thống tích hợp so với các dịch vụ không tích hợp, Sullivan và cộng sự phát hiện ra rằng việc tích hợp buprenorphine để điều trị nghiện CDTP vào chăm sóc lâm sàng HIV hiện có là khả thi và dẫn đến việc giảm sử dụng CDTP của người bệnh và duy trì hoặc cải thiện các dấu hiệu sinh học đối với HIV [158]. Các nghiên cứu khác đã gợi ý rằng việc lồng ghép điều trị ARV vào các dịch vụ điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện mang lại tỷ lệ duy trì điều trị ARV và tỷ lệ tử vong tương đương [159].

Mức độ tự tin của CBTYT có xu hướng tăng theo thời gian ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng. Điểm mức độ tự tin ở nhóm can thiệp có xu hướng tăng cao hơn so với nhóm đối chứng ở cả thời điểm đánh giá sau 6 tháng và 12 tháng, tuy nhiên chỉ có sự thay đổi ở thời điểm 12 tháng có ý nghĩa thống kê. Điểm tự tin của nhóm can thiệp tại thời điểm 12 tháng cao hơn thời điểm ban đầu 2,40 điểm ( $p < 0,01$ ) trong khi ở nhóm can thiệp là 1,07 ( $p = 0,04$ ). Điều này cho thấy can thiệp có khả năng đã tác động làm tăng sự tự tin ở nhóm CBTYT can thiệp. Tuy nhiên, khi đưa vào mô

hình hồi quy thì sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng lại không có ý nghĩa thống kê. Do mức độ tự tin, đặc biệt là trên nhóm cán bộ cung cấp dịch vụ ARV/MMT, là một yếu tố khó đánh giá và dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: kinh nghiệm, điều kiện đào tạo, tác dụng phụ của thuốc, khối lượng công việc, sự phối hợp với các cán bộ khác, thiếu nguồn lực và các chính sách hỗ trợ [129], [124]. Vì vậy, cần có những nghiên cứu đánh giá sâu hơn với thời gian lâu hơn để thấy rõ sự hiệu quả của can thiệp. Bằng chứng từ một can thiệp khác ở Congo cho thấy khi cán bộ được đào tạo và thay đổi thái độ thì họ tích cực và có động lực tham gia vào các dịch vụ liên quan đến HIV hơn [85]. Nghiên cứu tại Việt Nam năm 2022 đã chỉ ra sự kỳ thị của các NVYT chủ yếu đối với những người sử dụng ma túy và có quan điểm rằng việc sử dụng chất gây nghiện làm suy giảm đạo đức của một con người. Các dịch vụ tích hợp HIV và điều trị chất gây nghiện có thể tăng cường khả năng tiếp cận và đóng vai trò là cầu nối tới các cơ sở điều trị nghiện chất [73].

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy khía cạnh sự tương tác giữa CBTYT và người bệnh có xu hướng tăng lên theo thời gian, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự tương tác ở thời điểm 12 tháng và ban đầu. Ngoài ra, nhóm người bệnh trên 45 tuổi cũng có sự tương tác với CBTYT thấp hơn so với những người trẻ dưới 35 tuổi, nguyên nhân có thể do nhóm trẻ tuổi dễ giao tiếp cũng như chia sẻ hơn với các NVYT. Không chỉ riêng sự tương tác giữa CBTYT với người bệnh và sự tương tác giữa CBTYT với các cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở khác cũng có xu hướng tăng theo thời gian can thiệp. Mặc dù kết quả nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê nhưng kết quả cũng cho thấy phần nào hiệu quả của can thiệp, có thể do thời gian theo dõi của nghiên cứu chưa đủ dài để thấy rõ ràng sự khác biệt.

#### **4.3.2. Hiệu quả can thiệp tăng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV**

Phân tích mô hình hồi quy đa biến theo phương pháp GEE cho thấy can thiệp không tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ MMT ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng. Lý giải cho điều này là do việc điều trị và tuân thủ điều trị MMT phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, thời gian TCMT và tham gia điều trị MMT, thái độ của người bệnh, sự hỗ trợ của gia đình và các yếu tố về tính

sẵn có của dịch vụ y tế. Nghiên cứu về việc tham gia điều trị MMT và các yếu tố liên quan trên nhóm nam nghiện chích ma túy tại 3 tỉnh vùng Đông Nam Bộ năm 2021 cũng cho thấy lý do phổ biến làm cho người NCMT trong nghiên cứu không tham gia điều trị MMT là ngại uống thuốc hàng ngày, không đủ phê và sợ công an [34].

Một số yếu tố làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ MMT là thời gian đánh giá sau 6 tháng, sau 12 tháng, thời gian sử dụng ma túy từ trên 6 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu tại hai tiểu bang Oregon và Washington của Hoa Kỳ và nghiên cứu ở Bangkok Thái Lan: người chích ma túy càng lâu càng có xu hướng tham gia MMT nhiều hơn người chích trong thời gian ngắn [82, 88]. Nghiên cứu về việc tham gia điều trị MMT và các yếu tố liên quan trên nhóm nam nghiện chích ma túy tại 3 tỉnh vùng Đông Nam Bộ năm 2021 cho thấy thời gian TCMT trên 5 năm có xu hướng tham gia điều trị MMT cao hơn [34]. Điều này có thể do họ tiếp cận nhiều thông tin về MMT hơn, qua đó biết được lợi ích của MMT nên tham gia điều trị nhiều hơn. Lợi ích của việc điều trị MMT được minh chứng rõ ràng trong các nghiên cứu. Metzger DS và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu trong 18 tháng về nhóm người SDMT có HIV âm tính tham gia điều trị MMT và không điều trị MMT, kết quả cho thấy sau 18 tháng, tỷ lệ có HIV dương tính trong nhóm người bệnh điều trị Methadone là 3,5% và tỷ lệ này ở nhóm không được điều trị Methadone là 22%. Kết quả nghiên cứu tại Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh trong giai đoạn thí điểm tại 6 cơ sở điều trị Methadone hoạt động từ tháng 4/2008 cho thấy, sau 3 và 6 tháng theo dõi việc sử dụng heroin và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV giảm đi đáng kể [8]. Đánh giá thang điểm chất lượng sống của WHO tăng lên: về thể chất (81 so với 69), tâm lý (69 so với 56) và xã hội (56 so với 50), tỉ lệ người tham gia điều trị có việc làm tăng từ 55% lên 66% ( $p=0,028$ ). Chi phí ước tính của chương trình methadone là 15.000-20.000 VNĐ/người bệnh/ngày. Tuy nhiên, tất cả 06 cơ sở điều trị tham gia nghiên cứu này đều cung cấp dịch vụ miễn phí [8]. Về mặt nhận thức, thái độ của người bệnh cũng có sự chuyển đổi sau khi được can thiệp điều trị MMT. Trong một nghiên cứu của Nguyễn Anh Quang (2013), cho thấy tỷ lệ đối tượng thay đổi nhận thức lợi ích khi tham gia chương trình MMT đã tăng lên khá nhiều (từ 57,3%

lên 91,5%) [33]. Người điều trị ngày càng có thái độ hợp tác và tin tưởng hơn vào phương pháp điều trị này, một phần là vì hiệu quả mà điều trị bằng MMT đã mang lại, phần khác chính là nhờ những thay đổi trong thái độ của nhân viên y tế và quy trình điều trị. Người bệnh hài lòng hơn với quy trình xét nghiệm, thời gian nộp đơn và quy trình tiếp đón người bệnh. Thêm vào đó là sự hài lòng về thời gian tiếp đón người bệnh (tăng từ 2,5% lên 3,5%), về thái độ làm việc của bác sỹ tăng từ 2,7% lên 3,3% [33].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đang điều trị ARV là yếu tố làm giảm tỷ lệ sử dụng MMT, khác biệt với kết quả của nghiên cứu của Nguyễn Duy Phúc và cộng sự năm 2021 trong đó từng xét nghiệm HIV và từng tham gia điều trị ARV cũng có xu hướng làm tăng tham gia MMT [34]. Cán bộ tư vấn HIV bên cạnh tư vấn các vấn đề liên quan đến xét nghiệm HIV thì họ cũng dành thời gian tư vấn giảm thiểu hành vi nguy cơ ở người NCMT, cụ thể là việc sử dụng BCS khi QHTD, dùng riêng BKT và tiến đến loại bỏ dần việc TCMT thông qua việc tham gia chương trình MMT. Tương tự, trong quá trình điều trị ARV, người nhiễm HIV cũng có thể được NVYT tư vấn giảm thiểu các nguy cơ khác cho bản thân bao gồm việc tham gia MMT thay cho việc TCMT.

Tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị ARV tăng theo thời gian, dao động từ 70-90% ở cả hai nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tỷ lệ tham gia điều trị ARV cao hơn MMT một phần do quá trình điều trị ARV có thể duy trì tại nhà, không phải đến cơ sở y tế hàng ngày, thuận tiện hơn cho người bệnh, nâng cao tỷ lệ tham gia và khả năng tuân thủ điều trị. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tăng tỷ lệ điều trị ARV bao gồm việc sống chung với người khác (so với một mình). Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy vai trò của gia đình trong việc hỗ trợ người SDMT-HIV tham gia và tuân thủ điều trị ARV [92]. Số năm được chẩn đoán nhiễm HIV có ảnh hưởng đến tỷ lệ tham gia điều trị ARV của người bệnh. Với nhóm người có số năm sống chung với HIV từ 6-10 năm hoặc trên 10 năm có tỷ lệ tham gia cao hơn từ 1,3-2,2 lần. Người nhiễm HIV trong thời gian dài ý thức được tầm quan trọng của việc sử dụng dịch vụ điều trị ARV với người bệnh và những người xung quanh. Nghiên cứu của chúng tôi chưa

tìm thấy can thiệp ảnh hưởng làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị ARV ở nhóm người SDMT-HIV do nghiên cứu được thực hiện trong một thời gian ngắn, chưa thể đánh giá được tính lâu dài của các biện pháp can thiệp đến tỷ lệ sử dụng ARV.

Tại Việt Nam, các chiến lược lồng ghép điều trị Methadone và ARV đã mang lại khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc tốt hơn cho người SDMT-HIV, giảm bớt các rào cản về di chuyển, chi phí, thời gian và các nguồn lực khác, đặc biệt khi đưa dịch vụ điều trị về trạm y tế sẽ mang lại nhiều lợi ích cho cả người bệnh cũng như các cán bộ. Việc trạm y tế cung cấp các dịch vụ này sẽ mang lại lợi ích, minh chứng là nhóm can thiệp có tỷ lệ sử dụng dịch vụ cao gấp 1,48 lần so với nhóm chứng ( $p=0,04$ ). Những người bệnh có điều trị ARV/MMT cũng có khả năng sử dụng dịch vụ tại TYT cao hơn những người bệnh không điều trị, do đây là những dịch vụ cần nhận đều đặn định kỳ, nếu được cung cấp tại trạm sẽ thuận tiện hơn nhiều, đối tượng giảm thiểu được các rào cản về mặt thời gian, vị trí địa lý, chi phí di chuyển khi tích hợp dịch vụ điều trị MMT và ARV tại cùng một cơ sở. Bên cạnh đó, các nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của chương trình lồng ghép điều trị MMT và ARV tập trung nâng cao kỹ năng tư vấn cho NVYT. Điều này mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh cũng như cán bộ và cơ sở cung cấp dịch vụ. Họ có thể theo dõi tiến trình điều trị và đảm bảo người bệnh nhận được tư vấn và liều lượng thích hợp, điều này đóng vai trò quan trọng trong việc tham gia và duy trì sử dụng dịch vụ của người bệnh. Về phía cơ sở thực hiện dịch vụ, lồng ghép giúp giảm nhân viên và không gian thực hiện công việc, giảm chi phí thực hiện từ đó giảm sự phụ thuộc từ các nguồn vốn bên ngoài [137]. Các cán bộ tư vấn thực hiện các biện pháp khác nhau nhằm đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV.

Nghiên cứu của Phạm Đức Thọ thực hiện năm 2011-2012 đã đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng HIV trên nhóm nghiện chích ma túy. Người SDMT đang là một trong những quần thể có nguy cơ nhiễm HIV cao nhất do dùng chung bơm kim tiêm (BKT) và quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn. Mô hình can thiệp được thực hiện trong nghiên cứu thông qua xây dựng mạng lưới nhân viên tiếp cận cộng đồng và triển khai hoạt động giáo dục đồng đẳng, tiếp cận đối tượng đích. Tổ chức các hoạt

động truyền thông: tài liệu truyền thông các loại, thảo luận nhóm. Can thiệp tới nhóm đối tượng đích bao gồm: thực hiện các hoạt động giáo dục đồng đẳng, phát BKT, bao cao su (BCS), sinh hoạt câu lạc bộ người nhiễm; thông báo các địa chỉ các dịch vụ y tế và xã hội, nơi tiếp nhận và hỗ trợ đối tượng về sức khỏe [69]. Tại Hà Nội, nghiên cứu của Phạm Thị Minh Phương nhằm đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp trên nhóm phụ nữ bán dâm vào năm 2005. Các biện pháp can thiệp được thực hiện thông qua các hoạt động của Trung tâm sức khỏe phụ nữ Hà Nội: cung cấp dịch vụ khám, chữa nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục thông qua điễm khám cố định tại Trung tâm và các đợt khám lưu động, tư vấn, tuyên truyền về HIV/STI, khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su, cung cấp BCS và BKT [99]. Đánh giá về tỷ lệ sử dụng các dịch vụ liên quan đến HIV của người bệnh, nghiên cứu cũng chỉ ra nhóm can thiệp sau 12 tháng có tỷ lệ sử dụng cao gấp 1,53 lần so với nhóm chứng ( $p=0,04$ ).

Nghiên cứu của Miller và đồng nghiệp đã thử nghiệm biện pháp tích hợp cung cấp dịch vụ MMT và ARV ở ba quốc gia có tỷ lệ sử dụng ma túy và HIV cao. Các nhà nghiên cứu đã tuyển chọn tổng cộng 502 nam giới và phụ nữ đã tiêm chích ma túy và đang sống chung với HIV ở Indonesia, Ukraine và Việt Nam. Khoảng 1/4 số người tham gia thử nghiệm được can thiệp tích hợp sử dụng dịch vụ điều trị MMT, ARV và số còn lại nhận được tiêu chuẩn chăm sóc tại quốc gia của họ. Sau 1 năm, 72% những người được can thiệp lồng ghép đang điều trị bằng thuốc kháng vi-rút HIV và 41% không phát hiện thấy HIV trong máu, so với 43% và 24% tương ứng ở những người tham gia chăm sóc tiêu chuẩn. Những người tham gia nhóm can thiệp tích hợp cũng có nhiều khả năng được điều trị bằng thuốc hỗ trợ hơn cho chứng rối loạn sử dụng chất kích thích của họ. Ngoài ra, tỷ lệ tử vong ở nhóm người được chăm sóc tiêu chuẩn nhiễm HIV là 15%, trong khi ở nhóm nhận can thiệp tích hợp chỉ là 7%, chênh lệch tỷ lệ tử vong là 53 phần trăm [136].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng được thực hiện dựa trên nguyên lý tích hợp điều trị MMT và ARV nhằm thúc đẩy khả năng tham gia và duy trì điều trị ở nhóm người SDMT-HIV. Nghiên cứu đã cho thấy sự gia tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ MMT và ARV

ở cả 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp, tuy nhiên chưa ghi nhận ảnh hưởng của can thiệp nâng cao năng lực của NVYT đến tỷ lệ sử dụng dịch vụ MMT và ARV ở người SDMT-HIV.

Kết quả từ mô hình sử dụng GEE cho thấy can thiệp chưa chứng minh được hiệu quả trong giảm các rào cản liên quan tới sử dụng dịch vụ HIV (đo lường theo thang BACE) cho đối tượng và không có sự khác biệt giữa điểm rào cản ở 2 nhóm sau can thiệp. Điều này có thể giải thích bằng hiệu ứng tâm lý do việc đo lường cùng một bộ câu hỏi nhiều lần. Hiệu ứng này đã được chứng minh trong nghiên cứu của tác giả Falletti, nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc đánh giá lặp lại với cùng một bộ câu hỏi thường dẫn đến cải thiện kết quả trả lời của đối tượng và làm mờ đi sự thay đổi giữa nhóm can thiệp và đối chứng [89]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã đánh giá rào cản sử dụng dịch vụ của đối tượng 3 tháng 1 lần, việc này đã làm cho đối tượng quen với câu hỏi và có xu hướng cải thiện kết quả trả lời câu hỏi. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy những người đã điều trị ARV ở thời điểm ban đầu cho thấy hiệu quả khi giảm rào cản sử dụng dịch vụ của đối tượng nghiên cứu. Do đó, các nghiên cứu can thiệp trong tương lai để thúc đẩy việc cung cấp dịch vụ nên chú ý đến tiền sử điều trị ARV của SDMT-HIV nhằm nâng cao và cải thiện hiệu quả can thiệp.

Hiệu quả can thiệp còn đánh giá trên khía cạnh sức khỏe tinh thần của người SDMT-HIV, tuy không tìm thấy sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp nhưng có thể thấy được sức khỏe tinh thần của người SDMT-HIV có xu hướng tăng lên theo thời gian, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại cả thời điểm sau 6 và 12 tháng. Khi tham gia can thiệp, sự tương tác giữa CBTYT và người SDMT-HIV và giữa chính giữa những người SDMT-HIV tăng lên, điều này có thể tác động tích cực lên sức khỏe tinh thần của họ.

Nghiên cứu này chưa chứng minh được hiệu quả can thiệp đối với chất lượng cuộc sống tinh thần, thể chất và giảm triệu chứng trầm cảm ở đối tượng SDMT-HIV. Nhiều nguyên nhân góp phần giải thích cho điều này. Đây là nghiên cứu nhằm mục tiêu chính là can thiệp để tăng việc sử dụng dịch vụ y tế ở đối tượng SDMT-HIV và giảm rào cản, tăng sự tự tin của NVYT trong việc cung cấp dịch vụ. Do đó, khía cạnh



tin thần của đối tượng nghiên cứu chưa được chú trọng. Nguyên nhân khác có thể do tình trạng hôn nhân của đối tượng, người SDMT-HIV trong nghiên cứu này có tỷ lệ độc thân cao (hơn 40%). Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng sự giúp đỡ của gia đình là yếu tố hỗ trợ quan trọng trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần của người SDMT-HIV[135]. Ngoài ra, các trạm y tế hiện nay chưa cung cấp được các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe tinh thần đối với người SDMT-HIV, đây là yếu tố góp phần khiến cho hiệu quả can thiệp nhằm tăng việc sử dụng dịch vụ tại trạm y tế tới đối tượng này bị hạn chế.

#### **4.4. Ưu điểm, hạn chế của đề tài**

Đây là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng và được đánh giá qua ba vòng: ban đầu, sau 6 tháng và 12 tháng nên hiệu quả can thiệp được đo lường một cách khách quan và giảm được một số yếu tố nhiễu trong từng giai đoạn của quá trình thực hiện. Can thiệp được thực hiện trực tiếp trên nhóm CBTYT nhằm tăng khả năng cung cấp dịch vụ cho nhóm người SDMT-HIV nên việc đánh giá được thực hiện trên cả hai nhóm để thấy một cách rõ nét hiệu quả can thiệp dựa trên số lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ cũng như các biến số về thái độ, hành vi trên cả hai nhóm đối tượng nghiên cứu. Ngoài thực hiện hai buổi can thiệp chính sau vòng đánh giá ban đầu, các buổi can thiệp nhắc lại được thực hiện định kỳ để đảm bảo chất lượng hoạt động cũng như cung cấp thêm các kỹ năng cung cấp dịch vụ và cập nhật và hỗ trợ các CBTYT khi thực hiện các việc can thiệp cho người SDMT-HIV. Ngoài ra, nghiên cứu dựa vào nguồn lực sẵn có của các tỉnh để triển khai như sở cung cấp dịch vụ ARV/MMT, TYT và các NVYT tại các cơ sở này để tiếp cận, can thiệp và theo dõi nên có thể dễ dàng mời người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu cũng như duy trì tỷ lệ tham gia nghiên cứu của nhóm đối tượng nhạy cảm này ở mức cao ở tất cả các vòng đánh giá (92%). Bên cạnh đó, khi các CBTYT thực hiện các hoạt động cung cấp dịch vụ cũng như can thiệp cho người SDMT-HIV, họ có thể dễ dàng nhận được sự trợ giúp của các cán bộ tại cơ sở cung cấp dịch vụ ARV/MMT, các cán bộ đã tạo thành một mạng lưới tại mỗi tỉnh để sẵn sàng hỗ trợ nhau và chia sẻ thông tin trong công việc. Việc sử dụng nguồn lực của chính địa phương để tiến

hành can thiệp còn có vai trò giúp các tỉnh có thể dễ dàng duy trì hiệu quả can thiệp sau khi hoạt động nghiên cứu kết thúc.

Bên cạnh những ưu điểm kể trên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế trong quá trình triển khai như cỡ mẫu của nghiên cứu khá nhỏ, do đây là một nghiên cứu can thiệp theo dõi trong thời gian dài và còn hạn chế về nguồn lực nên chưa thể triển khai trên quy mô lớn. Một số biến số của nghiên cứu đánh giá về thái độ cũng như sức khoẻ tâm thần dựa trên việc tự chấm điểm nên cả hai nhóm đối tượng vẫn còn gặp một số khó khăn để đo lường và việc đánh giá dự hoàn toàn trên chủ quan của đối tượng. Để khắc phục, nhóm cán bộ thực hiện đánh giá đã được tập huấn để có thể hiểu rõ và giải thích một cách dễ hiểu cũng như thống nhất về cách sử dụng các thang đo chấm điểm trong bộ câu hỏi để hướng dẫn cho người trả lời phỏng vấn. Ngoài ra, một số phản đánh giá về số lượng cung cấp/ sử dụng dịch vụ trong vòng 3 tháng vừa qua nên dễ gặp phải sai số nhớ lại trong cả nhóm CBTYT và người SDMT-HIV.

Về phía CBTYT, do đối tượng người bệnh nhận dịch vụ là người SDMT-HIV là một quần thể khó tiếp cận và cung cấp dịch vụ nên CBTYT cần nhiều thời gian và kỹ năng để có thể tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ cho họ. Tại một số TYT không thực hiện hoạt động cung cấp ARV/MMT trực tiếp, các CBTYT cần nhiều thời gian để làm quen cũng như tiếp thu các thông tin mới về dịch vụ ARV/MMT và nâng cao kỹ năng khi cung cấp dịch vụ. Bên cạnh đó, trình độ học vấn cũng như chuyên môn, kinh nghiệm khác nhau của các CBTYT cũng là một rào cản khi tiếp nhận can thiệp cũng như cung cấp can thiệp cho người SDMT-HIV. Do đó, các cán bộ can thiệp cũng như các CBTYT trong cùng mạng lưới đã dành nhiều thời gian hơn để hỗ trợ, hướng dẫn cho các cán bộ còn thiếu kinh nghiệm. Can thiệp được thực hiện trong một khoảng thời gian khá dài nên không tránh khỏi một số trường hợp CBTYT luân chuyển công tác hay nghỉ dài ngày. Một số xã/phường tham gia can thiệp nằm ở khu vực miền núi, khó khăn để tiếp cận nên các CBTYT còn gặp khó khăn để tiếp cận cũng như cung cấp dịch vụ cho người SDMT-HIV.

Đối với người SDMT-HIV, số lượng người SDMT-HIV chưa tham gia điều trị ARV và Methadone không nhiều và thường khó tiếp cận nên nghiên cứu đã chọn

toàn bộ người SDMT-HIV tiếp cận được tại thời điểm nghiên cứu, điều này có thể dẫn đến sai số đánh giá trước và sau can thiệp và hạn chế tính tổng quát của nghiên cứu. Bên cạnh đó, do đây là một nhóm đối tượng nhạy cảm và khó theo dấu nên nghiên cứu gặp nhiều khó khăn để tiếp cận và can thiệp cũng như đánh giá hiệu quả trên một số đối tượng, đặc biệt là trong vòng đánh giá sau 6 tháng và 12 tháng. Để giảm thiểu tối đa việc mất theo dõi trên nhóm người SDMT-HIV, nghiên cứu đã huy động sự tham gia và phối hợp chặt chẽ với nhóm cán bộ tại các cơ sở cung cấp dịch vụ ARV/MMT, CBTYT, cộng tác viên y tế, các nhóm đồng đẳng cũng như các tổ chức liên quan. Trên thực tế một số người SDMT-HIV có trình độ học vấn không cao nên còn gặp nhiều khó khăn để tiếp nhận can thiệp cũng như thực hiện trả lời các câu hỏi phỏng vấn đánh giá, các cán bộ tham gia nghiên cứu đã sử dụng các từ ngữ dễ hiểu cũng như các công cụ trực quan để có thể giải thích một cách đơn giản và dễ hiểu để có thể hỗ trợ nhóm đối tượng này. Mặc dù nghiên cứu đã duy trì được tỷ lệ người SDMT-HIV tham gia ở mức khá cao (92%) nhưng không tránh khỏi một số trường hợp được đánh giá sớm hoặc muộn hơn so với thời gian thực hiện hoạt động theo kế hoạch.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV của CBTYT.**

#### ***Thực trạng cung cấp dịch vụ của CBTYT***

- Các dịch vụ cho người SDMT-HIV mà CBTYT cung cấp bao gồm: cấp phát thuốc ARV (19,2%), xét nghiệm HIV (25%); giới thiệu đến cơ sở điều trị ARV (32,5%), hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV (51,7%); cấp phát MMT và/hoặc bơm kim tiêm sạch (35,8%); lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm ma túy (20%); giới thiệu đến cơ sở điều trị MMT (41,7%); các dịch vụ liên quan khác: xét nghiệm sàng lọc STI, VGB, VGC, lao (13,3%); điều trị bệnh nhiễm trùng (48,3%); khám sàng lọc bệnh tâm thần (38,3%).

- Cách thức trao đổi giữa CBTYT và người SDMT-HIV: trao đổi trực tiếp (70%), đến tận nhà (53,3%).

#### ***Các yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ của CBTYT***

- Thâm niên công tác tại TYT (>10 năm), có được tập huấn về HIV/ma túy và nhóm tuổi (<=50 tuổi), bằng cấp (điều dưỡng) ... là những yếu tố liên quan đến tình trạng có cung cấp dịch vụ, hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV, cung cấp MMT và/hoặc BKT sạch, tư vấn tâm lý cho người bệnh của CBTYT (khả năng cung cấp dịch vụ cao hơn).

### **Mục tiêu 2: Thực trạng sức khỏe, hành vi nguy cơ và sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV**

#### ***Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV***

- Tỷ lệ mắc một số bệnh đồng nhiễm của người SDMT-HIV: viêm gan C (34,0%), lao (18,6%), viêm gan B (13,2%).

- Về sức khỏe và vận động: 64,7% người SDMT-HIV tự đánh giá tình trạng sức khỏe của bản thân bình thường, 15,8% tự nhận tình trạng sức khỏe ở mức yếu/rất yếu; 27% bị hạn chế bởi các hoạt động nặng; khoảng 22-27% cho rằng tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần ảnh hưởng đến công việc.

#### ***Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV***

- Tỷ lệ từng tiêm chích ma túy có sử dụng chung bơm kim tiêm là 84%;
- Tỷ lệ sử dụng nhiều hơn 1 chất gây nghiện/ngày là 23,2%;

- 74% có hút thuốc và 16,6% sử dụng đồ uống có cồn hàng ngày.

- Trên 50% người SDMT-HIV có nhiều bạn tình; 8% không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với bạn tình bất chột; 5,3% không sử dụng bao cao su khi mua dâm; 32,2% sử dụng rượu và 8,2% sử dụng ma túy khi mua dâm.

### ***Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV***

- Tỷ lệ người SDMT-HIV đang điều trị MMT rất thấp (27,3%). Lý do gồm: nghĩ là không cần thiết (29,9%), gặp các vấn đề hậu cần (7,1%), không biết nơi để điều trị MMT (5,4%), khó khăn về tài chính (4,1%) và sợ vô tình tiết lộ tình trạng sử dụng ma túy của bản thân (3,3%).

- Tỷ lệ người SDMT-HIV đang điều trị ARV tương đối cao (88,7%). Các lý do gồm: sợ tác dụng phụ có thể xảy ra (17,4%), khó khăn về tài chính (8,7%) và do các điều kiện sức khỏe khác (4,3%).

- Tỷ lệ người SDMT-HIV đã từng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế thấp (25,7%), trong đó đến trực tiếp tại trạm (77,4). Chỉ có 16,1% người SDMT-HIV đến trạm y tế để nhận thuốc ARV hoặc được tư vấn về ARV.

### **Mục tiêu 3: Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của CBTYT nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV và ma túy của người SDMT-HIV**

#### ***Hiệu quả can thiệp ở nhóm CBTYT***

- Mức độ tương tác giữa CBTYT với người bệnh tại thời điểm 12 tháng tăng so với thời điểm ban đầu (hệ số hồi quy=1,22;  $p=0,02$ ); Mức độ tự tin của CBTYT khi cung cấp dịch vụ cho người SDMT và/hoặc người nhiễm HIV tăng so với thời điểm ban đầu (hệ số hồi quy=1,67;  $p<0,01$ ).

- Không thấy rõ hiệu quả về thay đổi số lượng người bệnh chung, số lượng người bệnh sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV, ma túy mà CBTYT đã cung cấp; tương tác của CBTYT với cán bộ cung cấp dịch vụ ở cơ sở y tế khác; mức độ hài lòng với công việc của CBTYT tại các thời điểm.

#### ***Hiệu quả can thiệp ở nhóm người SDMT-HIV***

- Can thiệp cho thấy có hiệu quả (thay đổi có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng) tăng tỷ lệ sử dụng các dịch vụ tại trạm y tế ( $RR=1,48$ ;

$p=0,02$ ); tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy tại trạm y tế ( $RR=1,53$ ;  $p=0,04$ ).

- Can thiệp có hiệu quả tại thời điểm sau 6 tháng và 12 tháng (có ý nghĩa thống kê) tăng tỷ lệ điều trị Methadone ( $RR= 7,02$  và  $5,85$ ); tăng tình trạng sức khỏe tinh thần (hệ số hồi quy= $2,18$  và  $2,62$ ); giảm rào cản tiếp cận dịch vụ y tế (hệ số hồi quy= $1,61$  ở thời điểm 12 tháng).

- Không thấy rõ hiệu quả (có ý nghĩa thống kê) ở người SDMT-HIV nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng về thay đổi tỷ lệ điều trị Methadone; tỷ lệ điều trị ARV; tình trạng sức khỏe tinh thần; chất lượng cuộc sống về thể chất; rào cản tiếp cận dịch vụ y tế và triệu chứng trầm cảm.

## **KHUYẾN NGHỊ**

Dựa vào kết quả cụ thể của nghiên cứu, chúng tôi đưa một số đề xuất sau đây:

1. Trạm y tế xã cần xây dựng kế hoạch thúc đẩy việc cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV toàn diện và hiệu quả; tăng cường đào tạo, tập huấn cho cán bộ trạm y tế xã về khả năng kết nối với cán bộ của cơ sở cung cấp dịch vụ ARV và MMT; kỹ năng tiếp cận, giao tiếp tư vấn cho người SDMT-HIV nhằm tăng khả năng tìm kiếm sử dụng dịch vụ y tế và tuân thủ điều trị của người SDMT-HIV;
2. Tăng cường triển khai các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi về các yếu tố nguy cơ, sự cần thiết sử dụng các dịch vụ y tế liên quan và triển khai các hoạt động can thiệp giảm tác hại cho người SDMT- HIV;
3. Nhân rộng mô hình cấp phát thuốc ARV, Methadone tại trạm y tế xã; lồng ghép dịch vụ điều trị HIV và thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện vào hệ thống cơ sở y tế, đặc biệt là y tế cơ sở (tuyến huyện và tuyến xã).

## CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

- 1) Hà Thị Cẩm Vân, Nguyễn Thị Phương Tiệp, Vũ Sinh Nam, Lê Anh Tuấn. *Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người sử dụng ma túy nhiễm HIV của cán bộ trạm y tế xã và một số yếu tố liên quan tại một số tỉnh năm 2018*. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 32, số 3 Phụ bản - 2022: tr.80-87.
- 2) Hà Thị Cẩm Vân, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Nguyễn Việt Hoàng, Bùi Thanh Thúy, Vũ Sinh Nam, Lê Anh Tuấn. *Thực trạng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã của người sử dụng ma túy nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan ở 4 tỉnh Việt Nam năm 2018*. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 32, số 3 Phụ bản - 2022: tr.88-95.
- 3) Hà Thị Cẩm Vân, Bùi Thanh Thúy, Vũ Sinh Nam, Lê Anh Tuấn. *Antiretroviral, Methadone treatment status and related factors among people living 60 with HIV who use drugs in four Vietnamese Northern provinces in 2018*. Vietnam Journal of Preventive Medicine, Volume 31, Issue 10 - 2021: p.60-67.
- 4) Hà Thị Cẩm Vân, Trần Hoàng Mỹ Liên, Bùi Thanh Thúy, Vũ Kim Duy, Vũ Sinh Nam, Lê Anh Tuấn. *Hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng tư vấn của cán bộ trạm y tế xã nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy ở 4 tỉnh miền Bắc, 2018-2019*. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 33, số 1 - 2023: tr.86-93.
- 5) Hà Thị Cẩm Vân, Bùi Thanh Thúy, Trần Hoàng Mỹ Liên, Vũ Sinh Nam, Lê Anh Tuấn. *Hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng của cán bộ y tế nhằm tăng tỷ lệ sử dụng các dịch vụ điều trị Methadone và ARV ở người sử dụng ma túy nhiễm HIV ở 4 tỉnh miền Bắc năm 2018-2019*. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 32, số 8 - 2022: tr.52-60.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế, "Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018".
2. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone.*, Nhà xuất bản Y học., Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo đánh giá công tác phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2014, định hướng kế hoạch giai đoạn 2016-2020.*
4. Bộ Y tế (2015), *Kết quả giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2014.*
5. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 về việc ban hành "Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS".*
6. Bộ Y tế (2015), *Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn.*
7. Bộ Y tế (2018), *Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2017, và nhiệm vụ công tác trọng tâm 2018.*
8. Bộ Y tế (2018), *Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng methadone.*
9. Bộ Y tế (2019), " Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2018 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2019".
10. Bộ Y tế (2019), "Báo cáo Kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020".
11. Chính phủ (2012), *Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25 tháng 5 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020, tầm nhìn đến năm 2030.*
12. Chính phủ (2014), *Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 của Chính phủ quy định về Y tế xã, phường, thị trấn.*
13. Cổng thông tin điện tử tỉnh Bắc Giang (2021), *Tổng quan về Bắc Giang*, [Truy cập ngày 10/6/2023], Available from: <https://bacgiang.gov.vn/chi-tiet-tong->

[quan-ve-bac-giang/-/asset\\_publisher/dZDYQandSWgo/content/tong-quan-ve-bac-gia-1](https://quan-ve-bac-giang/-/asset_publisher/dZDYQandSWgo/content/tong-quan-ve-bac-gia-1).

14. Cổng thông tin điện tử tỉnh Hải Dương (2018), *Tổng quan về tỉnh Hải Dương*, [Truy cập ngày 10/6/2023], Available from: <https://haiduong.gov.vn/gioi-thieu/Trang/tong-quan-ve-hai-duong.aspx>.
15. Cổng thông tin điện tử tỉnh Nam Định (2021), *Tổng quan tỉnh Nam Định*, [Truy cập ngày 10/6/2023], Available from: <https://namdinh.gov.vn/portal/Pages/2021-4-26/Tong-quan-ve-Nam-Dinh-9wrrwj.aspx>.
16. Cổng thông tin điện tử tỉnh Nghệ An (2018), *Giới thiệu tổng quan về tỉnh Nghệ An*, [Truy cập ngày 10/6/2023], Available from: <https://nghean.gov.vn/tiem-nang-xu-nghe/gioi-thieu-tong-quan-ve-tinh-nghe-an-224798>.
17. Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế (2019), *Báo cáo Tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2018 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2019*, Bộ Y tế.
18. Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế (2019), *Đánh giá chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*.
19. Đinh Thị Thanh Thuý và Vũ Minh Anh (2019), "Tuân thủ điều trị ARV trên bệnh nhân HIV có điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng buprenorphine/naloxone ở Hà Nội", *Tạp chí y học Việt Nam*. 498(2), p. 54–58.
20. Đỗ Thu Thủy và Trần Như Nguyên (2012), "Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế dự phòng lây nhiễm HIV của người lao động tự do di biến động và một số yếu tố liên quan tại Hà Nội năm 2012", *Đại học Y Hà Nội*.
21. Hoàng Bình Yên, Phạm Hoàng Anh, Hồ Thị Hiền và cs (2017), "Kết quả điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại tuyến xã miền núi tỉnh Thanh Hóa, 2017", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 31(3), p. 138-145.
22. Hoàng Thị Hải Vân, Trần Ngọc Ánh, Phạm Phương Mai và cs (2022), "Đặc điểm nhóm tiêm chích ma túy và một số yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng

- chung bom kim tiêm tại Thái Nguyên năm 2019", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 32(8), p. 29-37.
23. Hoàng Thị Hải Vân, Trần Ngọc Ánh, Phạm Phương Mai và cs (2022), "Thực trạng sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm tiêm chích ma túy tại Thái Nguyên năm 2019", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 32(8), p. 20-28.
  24. Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt, Kim Bảo Giang và cs (2012), "Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến với STATA", *Phương pháp phân tích số liệu và trình bày kết quả nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, p. 83-85.
  25. Lê Anh Tuấn và Kiều Thị Thanh Hà (2021), "Lê Anh Tuấn, Kiều Thị Thanh Hà. Lựa chọn cơ sở dịch vụ và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân điều trị Methadone tại cơ sở y tế tư nhân ở Việt Nam năm 2018", *Tạp chí y học dự phòng*. 31(6), p. 73-80.
  26. Lê Mạnh Hùng, Phạm Đức Mạnh, Nguyễn Anh Tuấn và cs (2021), "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", *Tạp chí y học việt nam*. 501(2), p. 82 - 85.
  27. Lê Mạnh Hùng, Phạm Đức Mạnh, Nguyễn Anh Tuấn và cs (2023), "Thực trạng sử dụng dịch vụ liên quan đến ma túy và hiv/aids tại trạm y tế xã của người sử dụng ma túy tại tỉnh phú thọ", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 524(1), p. 107-111.
  28. Lê Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Thị Thúy Nga, Tiêu Thị Thu Vân và cs (2015), "Chi phí hoạt động của mô hình lồng ghép phòng khám điều trị ARV và Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí y tế công cộng*. 38, p. 32-36.
  29. Lê Trường Sơn, Hoàng Bình Yên, Phạm Hoàng Anh và cs (2017), *Kết quả điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại tuyến xã miền núi tỉnh Thanh Hóa, 2017*, Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

30. Mai Thị Huệ (2020), "Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam", *Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa*. 4(1).
31. Ngô Văn Mạnh và Bùi Thị Huyền Diệu (2021), "Một số yếu tố liên quan đến thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị arvtại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh thái bình", *Tạp chí y học việt nam*. 507(2), p. 45-50.
32. Ngọc Linh Thạch và Văn Phúc Hà (2022), "Khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan tại Trà Vinh năm 2020-2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 516(1), p. 230-236.
33. Nguyễn Anh Quang (2015), "Đánh giá hiệu quả chương trình điều trị nghiện thay thế bằng thuốc methadone tại thành phố Hà Nội giai đoạn 2011-2013", *Báo cáo nghiên cứu đề tài cấp cơ sở 2015*.
34. Nguyễn Duy Phúc, Nguyễn Vũ Thượng, Khuu Văn Nghĩa và cs (2022), "Tham gia điều trị bằng thuốc thay thế Methadone và các yếu tố liên quan trên nhóm nam nghiện chích ma túy tại 3 tỉnh Vùng Đông Nam Bộ năm 2021", *Tạp chí Y học dự phòng*. 32(4), p. 183-190.
35. Nguyễn Hồng Hải (2019), *Kiến thức, thực hành và mong muốn điều trị ma túy tổng hợp ở bệnh nhân điều trị mathadone có sử dụng ma túy tổng hợp tại HÀ NỘI năm 2018*. , Luận văn thạc sĩ Đại học Y Hà nội.
36. Nguyễn Kim Việt, Trần Hữu Bình, Lê Công Thiện và cs (2013), "Đặc điểm lâm sàng hoang tưởng liên quan sử dụng chất dạng Amphetamine", *Tạp chí Y học Thực Hành*. 10, p. 19-21.
37. Nguyễn Thị Hải Nam, Đỗ Mai Hoa, Phạm Đức Mạnh và cs (2013), "Thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV trong thời kỳ mang thai của phụ nữ mới sinh con tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2013", *Tạp chí Y học Thực Hành*. 878(8), p. 107 - 110.
38. Nguyễn Thị Hương (2014), *Tiếp cận dịch vụ y tế và xã hội trên bệnh nhân sau năm năm triển khai điều trị methadone tại Hải phòng*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường đại học Y hà nội.

39. Nguyễn Thị Huyền Trang (2020), "Tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện Mường La, sơn la năm 2019 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Y học dự phòng*. 8(30), p. 109-115.
40. Nguyễn Thị Thắm và Phạm Văn Hán (2014), Tuân thủ điều trị và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân được điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại cơ sở điều trị Methadone Lê Chân, Hải Phòng, *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học - Công nghệ tuổi trẻ các trường Đại học, Cao đẳng Y – Dược Việt Nam lần thứ XVIII*.
41. Nguyễn thị Thanh Hương, Phan Thị Hồng Loan, Phan Thanh Tùng và cs (2013), "Kiến thức, thái độ HIV/AIDS và những rào cản trong tiếp cận, sử dụng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện trong phòng lây truyền mẹ con ở phụ nữ mang thai tại thành phố Vị Thanh, Hậu Giang, năm 2013", *Tạp chí Y học Thực Hành*. 878(8).
42. Nguyễn Văn Huy (2012), "Tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/AIDS ở lao động tự do tại thành phố Hà Nội và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 79(2), p. 1-9.
43. Nguyễn Văn Mỹ, Trần Nguyễn Phương Trà, Nguyễn Lê Tâm và cs (2022), "Thực trạng sử dụng bao cao su và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 32(8), p. 116-124.
44. Nguyễn Vũ Thượng, và Nguyễn Duy Phúc (2019), "Nhiễm HIV và các yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại vùng Đông Nam Bộ năm 2019", *Tạp chí Y học dự phòng*. 30(3), p. 120-127.
45. Nguyễn Vũ Thượng và Khuru Văn Nghĩa (2020), "Thực trạng dùng chung bơm kim tiêm và một số yếu tố liên quan ở người nghiện chích ma túy tại khu vực phía Nam năm 2019. ", *Tạp Chí Y học Dự phòng*. 30(1), p. 42–53.

46. Phạm Đức Mạnh (2015), "Tác động của dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện tới hành vi tiêm chích trong nhóm nghiện chích ma túy tại Bắc Kạn, Hòa Bình, Tuyên Quang.", *Tạp chí Y học dự phòng* 170(10), p. 230-235.
47. Phạm Thị Minh Phương (2013), *Thực trạng nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở phụ nữ bán dâm 4 quận Hà Nội và hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án tiến sỹ y học - Viện Vệ sinh Dịch Tễ Trung Ương.
48. Phạm Thọ Dược (2014), *Thực trạng nhiễm HIV, bệnh lao AFB (+) và đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng ở nhóm nghiện chích ma túy tại tỉnh Đắk Lắk*, Luận án tiến sỹ y học - Viện Vệ sinh Dịch Tễ Trung Ương.
49. Phan Thị Thu Hương, Phạm Hồng Thắng, Nguyễn Thị Thanh Hà và cs (2022), "Xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở nhóm nam nghiện chích ma túy tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi, giai đoạn 2017-2021", *Tạp chí Y học dự phòng*. 32(8), p. 100-114.
50. Tổ Chức Y Tế Thế Giới (2009), ""Hướng dẫn xét nghiệm và tư vấn hiv ở các cơ sở dịch vụ dành cho người tiêm chích ma túy"".
51. Trần Thị Phương Thảo (2015), *Thực trạng kiến thức về phòng chống HIV/AIDS của cán bộ y tế xã tại một số TYT thuộc 3 huyện Kim bãng, Duy Tiên và Bình Lục ,Hà Nam năm 2014.*, Luận văn y tế công cộng. , Đại học Y hà nội.
52. UNODC (2012), *Các chất kích thích dạng Amphetamine ở Việt Nam*.
53. UNODC (2020), "Báo cáo thường niên tình hình ma túy thế giới của Cơ quan phòng chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp Quốc".
54. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm (2010), "Báo cáo Quốc gia lần thứ tư thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS. Hà Nội."
55. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm (2010), *Báo cáo Quốc gia lần thứ tư thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS. Hà Nội*.

56. Vũ Thị Huệ, Tống Thị Thảo, Nguyễn Hữu Thắng (2021), "Thái độ an toàn của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Thảo Nguyên, tỉnh Sơn La năm 2020 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí nghiên cứu y học*. 144(8), p. 378-386.

### **Tài liệu Tiếng Anh**

57. Achmad Y.M., Istiqomah A.N., Iskandar S., et al. (2009), "Integration of methadone maintenance treatment and HIV care for injecting drug users: a cohort study in Bandung, Indonesia", *Acta Medica Indonesiana*. 41 Suppl 1, p. 23-27.
58. Andia J. (2013), Integration of HIV high-impact prevention services among injection drug users in the Bronx: The development of 'one roof' health prevention model for IDUs, *141st APHA Annual Meeting (November 2- November 6, 2013)*, APHA.
59. Avert (2020), *GLOBAL HIV AND AIDS STATISTICS*.
60. Bachiredy C., Soule M.C., Izenberg J.M., et al. (2014), "Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine", *Drug and Alcohol Dependence*. 134, p. 106-114.
61. Baharudin A., Mislán N., Ibrahim N., et al. (2013), "Depression in male patients on methadone maintenance therapy", *Asia Pac Psychiatry*. 5 Suppl 1, p. 67-73.
62. Bashook P.G., Linsk N.L., Jacob B.-A., et al. (2010), "Outcomes of AIDS Education and Training Center HIV/AIDS skill-building workshops on provider practices", *AIDS Education & Prevention*. 22(1), p. 49-60.
63. Bellingham R. (2004), " Bellingham, R. (2004). Job Satisfaction Survey. WELCOA Absolute Advantage Vol. 3 (5), 28-31.", *WELCOA Absolute Advantage*. 3(5), p. 28 - 31.
64. Bello G. S.B., Hallett T.B., et al. (2011), "Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. ", *Sex Trans Infect*, . 187 (4), 296-300.

65. Berg K.M., Litwin A., Li X., et al. (2011), "Directly observed antiretroviral therapy improves adherence and viral load in drug users attending methadone maintenance clinics: a randomized controlled trial", *Drug and Alcohol Dependence*. 113(2-3), p. 192-199.
66. Bernstein E., Heeren T., Winter M., et al. (2012), "Long-term follow-up after voluntary human immunodeficiency virus/sexually transmitted infection counseling, point-of-service testing, and referral to substance abuse treatment from the emergency department", *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 19(4), p. 386-395.
67. Beyrer C., Baral S., Kerrigan D., et al. (2011), "Expanding the space: inclusion of most-at-risk populations in HIV prevention, treatment, and care services", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 57 Suppl 2, p. S96-99.
68. Bingman C.R., Marks G., Crepaz N. (2001), "Attributions about one's HIV infection and unsafe sex in seropositive men who have sex with men", *AIDS and Behavior*. 5, p. 283-289.
69. Blankenship K.M., Friedman S.R., Dworkin S., et al. (2006), "Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research", *Journal of Urban Health*. 83, p. 59-72.
70. Burr C.K., Storm D.S., Hoyt M.J., et al. (2014), "Integrating Health and Prevention Services in Syringe Access Programs: A Strategy to Address Unmet Needs in a High-Risk Population", *Public Health Reports*. 129(Suppl 1), p. 26-32.
71. Campbell C., Scott K., Madanhire C., et al. (2011), "A 'good hospital': nurse and patient perceptions of good clinical care for HIV-positive people on antiretroviral treatment in rural Zimbabwe—a mixed-methods qualitative study", *International journal of nursing studies*. 48(2), p. 175-183.



72. Chao E., Hung C.-C., Lin C.-P., et al. (2020), "Adherence among HIV-positive injection drug users undergoing methadone treatment in Taiwan", *BMC psychiatry*. 20(1), p. 1-8.
73. Chavis N.S., Klein P.W., Cohen S.M., et al. (2020), "The Health Resources and Services Administration (HRSA) Ryan White HIV/AIDS program's response to the opioid epidemic", *The Journal of Infectious Diseases*. 222(Supplement\_5), p. S477-S485.
74. Chen W., Qian L., Shi J., et al. (2018), "Comparing performance between log-binomial and robust Poisson regression models for estimating risk ratios under model misspecification", *BMC medical research methodology*. 18(1), p. 1-12.
75. Chunqing Lin a., \* Xiaobin Cao,b and Li Lia (2014), "Integrating antiretroviral therapy in methadone maintenance therapy clinics: Service provider perceptions". 25(6): 1066–1070.
76. Clement S., Brohan E., Jeffery D., et al. (2012), "Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health", *BMC psychiatry*. 12, p. 1-11.
77. Colfax G.N., Guzman R., Wheeler S., et al. (2004), "Beliefs about HIV reinfection (superinfection) and sexual behavior among a diverse sample of HIV-positive men who have sex with men", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 36(4), p. 990-992.
78. Connors E.E., Hagedorn H.J., Butler J.N., et al. (2012), "Evaluating the implementation of nurse-initiated HIV rapid testing in three Veterans Health Administration substance use disorder clinics", *International journal of STD & AIDS*. 23(11), p. 799-805.
79. Cooke A., Saleem H., Hassan S., et al. (2019), "Patient and provider perspectives on implementation barriers and facilitators of an integrated opioid treatment and HIV care intervention", *Addiction Science & Clinical Practice*. 14, p. 3.

80. Cooperman N.A., Heo M., Berg K.M., et al. (2012), "Impact of adherence counseling dose on antiretroviral adherence and HIV viral load among HIV-infected methadone maintained drug users", *AIDS care*. 24(7), p. 828-835.
81. Cox J., Beauchemin J., Allard R. (2004), "HIV status of sexual partners is more important than antiretroviral treatment related perceptions for risk taking by HIV positive MSM in Montreal, Canada", *Sexually transmitted infections*. 80(6), p. 518-523.
82. Deck D., Carlson M.J. (2004), "Access to publicly funded methadone maintenance treatment in two western states", *The journal of behavioral health services & research*. 31, p. 164-177.
83. Deuba K., Kohlbrenner V., Koirala S., et al. (2018), "Condom use behaviour among people living with HIV: a seven-country community-based participatory research in the Asia-Pacific region", *Sex Transm Infect*. 94(3), p. 200-205.
84. Do K., Minichiello V., Hussain R. (2012), "HIV risks among injecting drug users in Vietnam: a review of the research evidence", *Curr HIV Res*. 10(6), p. 479-86.
85. Driessche K.V., Sabue M., Dufour W., et al. (2009), "Training health care workers to promote HIV services for patients with tuberculosis in the Democratic Republic of Congo", *Human resources for health*. 7, p. 1-9.
86. Duffy M., Ghosh A., Geltman A., et al. (2022), "Coordinating systems of care for HIV and opioid use disorder: a systematic review of enablers and barriers to integrated service access, and systems and tools required for implementation", *Medical Care Research and Review*. 79(5), p. 618-639.
87. Egan J.E., Netherland J., Gass J., et al. (2011), "Patient perspectives on buprenorphine/naloxone treatment in the context of HIV care", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 56 Suppl 1, p. S46-53.

88. Fairbairn N., Hayashi K., Kaplan K., et al. (2012), "Factors associated with methadone treatment among injection drug users in Bangkok, Thailand", *Journal of substance abuse treatment*. 43(1), p. 108-113.
89. Falleti M.G., Maruff P., Collie A., et al. (2006), "Practice effects associated with the repeated assessment of cognitive function using the CogState battery at 10-minute, one week and one month test-retest intervals", *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 28(7), p. 1095-1112.
90. Famoroti T.O., Fernandes L., Chima S.C. (2013), "Stigmatization of people living with HIV/AIDS by healthcare workers at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa: a cross-sectional descriptive study", *BMC medical ethics*. 14, p. 1-10.
91. Gelaw Y.A., Assefa Y., Soares Magalhaes R.J., et al. (2020), "TB and HIV Epidemiology and Collaborative Service: Evidence from Ethiopia, 2011-2015", *HIV AIDS (Auckl)*. 12, p. 839-847.
92. Go V.F., Latkin C., Le Minh N., et al. (2016), "Variations in the role of social support on disclosure among newly diagnosed HIV-infected people who inject drugs in Vietnam", *AIDS and Behavior*. 20, p. 155-164.
93. Go V.F., Morales G.J., Mai N.T., et al. (2016), "Finding what works: identification of implementation strategies for the integration of methadone maintenance therapy and HIV services in Vietnam", *Implementation Science : IS*. 11, p. 54.
94. Gooden T.E., Gardner M., Wang J., et al. (2022), "The risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study", *The Lancet HIV*. 9(3), p. e172-e181.
95. Guise A., Ndimbii J., Igonya E.K., et al. (2019), "Integrated and differentiated methadone and HIV care for people who use drugs: a qualitative study in Kenya with implications for implementation science", *Health Policy and Planning*. 34(2), p. 110-119.

96. H.J. T.X.B.a. (2016), "Impact of Socioeconomic Inequality on Access, Adherence, and Outcomes of Antiretroviral Treatment Services for People Living with HIV/AIDS in Vietnam. ", *PLoS One*, . 11(12):e0168687.
97. Hagan H., Thiede H., Weiss N.S., et al. (2001), "Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C", *American journal of public health*. 91(1), p. 42.
98. Haldane V., Cervero-Liceras F., Chuah F.L., et al. (2017), "Integrating HIV and substance use services: a systematic review", *Journal of the International AIDS Society*. 20(1), p. 21585.
99. Hall H.I., Frazier E.L., Rhodes P., et al. (2013), "Differences in human immunodeficiency virus care and treatment among subpopulations in the United States", *JAMA internal medicine*. 173(14), p. 1337-1344.
100. Hassan S., Cooke A., Saleem H., et al. (2019), "Evaluating the Integrated Methadone and Anti-Retroviral Therapy Strategy in Tanzania Using the RE-AIM Framework", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(5), p. E728.
101. Heestermans T., Browne J.L., Aitken S.C., et al. (2016), "Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review", *BMJ global health*. 1(4), p. e000125.
102. HIV/AIDS J.U.N.P.o. (2012), *Global report UNAIDS report on the global AIDS epidemic: 2012.*, UNAIDS, Geneva.
103. Hung V., Nguyen S., Tieu V., et al. (2016), "Evaluation of the integrated clinic model for HIV/AIDS services in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 2013–2014", *Public Health Action*. 6(4), p. 255-260.
104. International H.R. (2014), "The Global State of Harm Reduction 2014".
105. International. H.R. (2012), "The Global State of Harm Reduction 2012 Towards an integrated response".
106. Ionita G., Malviya A., Rajbhandari R., et al. (2017), "Seroprevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus co-infection among people living with

HIV/AIDS visiting antiretroviral therapy centres in Nepal: a first nationally representative study", *Int J Infect Dis.* 60, p. 64-69.

107. Karina M Berg 1 A.L., Xuan Li, Moonseong Heo, Julia H Arnsten (2011), "Directly observed antiretroviral therapy improves adherence and viral load in drug users attending methadone maintenance clinics: a randomized controlled trial. ", *Drug Alcohol Depend.* . 2011,113(2-3):192-9.
108. Khosravanifard B., Rakhshan V., Ghasemi M., et al. (2012), "Tehran dentists' self-reported knowledge and attitudes towards HIV/AIDS and observed willingness to treat simulated HIV-positive patients", *Eastern Mediterranean Health Journal.* 18(9).
109. Kinsler J.J., Lee S.-J., Sayles J.N., et al. (2009), "The impact of acculturation on utilization of HIV prevention services and access to care among an at-risk Hispanic population", *Journal of health care for the poor and underserved.* 20(4), p. 996.
110. Konopnicki D., Mocroft A., de Wit S., et al. (2005), "Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort", *Aids.* 19(6), p. 593-601.
111. Koole O., Tsui S., Wabwire-Mangen F., et al. (2014), "Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia", *Tropical medicine & international health.* 19(12), p. 1397-1410.
112. Lages C., Lages C.R., Lages L.F. (2005), "The RELQUAL scale: a measure of relationship quality in export market ventures", *Journal of business research.* 58(8), p. 1040-1048.
113. Lai H.M., Cleary M., Sitharthan T., et al. (2015), "Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis", *Drug Alcohol Depend.* 154, p. 1-13.

114. Lambdin B.H., Micek M.A., Sherr K., et al. (2013), "Integration of HIV care and treatment in primary health care centers and patient retention in central Mozambique: a retrospective cohort study", *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 62(5), p. e146.
115. Ledda C., Cicciù F., Puglisi B., et al. (2017), "Attitude of health care workers (HCWs) toward patients affected by HIV/AIDS and drug users: a cross-sectional study", *International journal of environmental research and public health*. 14(3), p. 284.
116. Lee S.J., Li L., Lin C., et al. (2015), "Challenges facing HIV-positive persons who use drugs and their families in Vietnam", *AIDS Care*. 27(3), p. 283-7.
117. Li L., Hien N.T., Liang L.-J., et al. (2014), "Correlated outcomes of a pilot intervention for people injecting drugs and their family members in Vietnam", *Drug and alcohol dependence*. 134, p. 348-354.
118. Li L., Lin C., Liang L.-J., et al. (2022), "Community capacity building for HIV and addiction service integration: an intervention trial in Vietnam", *AIDS and Behavior*, p. 1-9.
119. Li L., Lin C., Liang L.-J., et al. (2022), "A community approach to promote healthcare services for people living with HIV who use drugs in Vietnam", *International journal of STD & AIDS*. 33(2), p. 164-172.
120. Li L., Lin C., Pham L.Q., et al. (2023), "Networking community health workers for service integration: role of social media", *AIDS care*. 35(7), p. 1030-1036.
121. Li L., Luo S., Lan C.W., et al. (2017), "Alcohol Use, HIV Treatment Adherence, and Sexual Risk Among People with a History of Injecting Drug Use in Vietnam", *AIDS Behav*. 21(Suppl 2), p. 167-173.
122. Li L., Wu Z., Liang L.J., et al. (2013), "An intervention targeting service providers and clients for methadone maintenance treatment in China: a cluster-randomized trial", *Addiction*. 108(2), p. 356-366.

123. Lin C., Cao X., Li L. (2014), "Integrating antiretroviral therapy in methadone maintenance therapy clinics: service provider perceptions", *The International Journal on Drug Policy*. 25(6), p. 1066-1070.
124. Lin C., Tuan N.A., Li L. (2018), "Commune Health Workers' Methadone Maintenance Treatment (MMT) Knowledge and Perceived Difficulties Providing Decentralized MMT Services in Vietnam", *Subst Use Misuse*. 53(2), p. 194-199.
125. Linda Weiss J.N., James E Egan, (2011), "Integration of buprenorphine/naloxone treatment into HIV clinical care: lessons from the BHIVES collaborative", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Mar 1;56 Suppl 1:S68-75. doi: 10.1097/QAI.0b013e31820a8226.
126. Lyketsos C.G., Treisman G.J. (2001), *Mood disorders in HIV infection*, Slack Incorporated Thorofare, NJ, p. 45-49.
127. Mahendra V.S., Gilborn L., Bharat S., et al. (2007), "Understanding and measuring AIDS-related settings: A developing country perspective", *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 4(2), p. 616-625.
128. Malta M., Magnanini M.M., Strathdee S.A., et al. (2010), "Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis", *AIDS and Behavior*. 14, p. 731-747.
129. Marcelo F. Batkis M.D., Glenn J. Treisman, M.D., Ph.D., and Andrew F. Angelino, M.D., D.F.A.P.A (2010), "Integrated Opioid Use Disorder and HIV Treatment: Rationale, Clinical Guidelines for Addiction Treatment, and Review of Interactions of Antiretroviral Agents and Opioid Agonist Therapies". 24(1).
130. McLaughlin D., McKenna H., Leslie J., et al. (2006), "Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13(6), p. 682-686.

131. McNeil R., Dilley L.B., Guirguis-Younger M., et al. (2014), "Impact of supervised drug consumption services on access to and engagement with care at a palliative and supportive care facility for people living with HIV/AIDS: a qualitative study", *Journal of the International AIDS Society*. 17, p. 18855.
132. Msisuka C., Nozaki I., Kakimoto K., et al. (2011), "An evaluation of a refresher training intervention for HIV lay counsellors in Chongwe District, Zambia", *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 8(4), p. 204-209.
133. Mtengezo J., Lee H., Ngoma J., et al. (2016), "Knowledge and attitudes toward HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among health-care workers in Malawi", *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 3(4), p. 344-351.
134. Mulaudzi M.V., Pengpid S., Peltzer K. (2011), "Nurses' knowledge, attitudes, and coping related to HIV and AIDS in a rural hospital in South Africa", *Studies on Ethno-Medicine*. 5(1), p. 25-32.
135. Nguyen M.X., Go V.F., Bui Q.X., et al. (2019), "Perceived need, barriers to and facilitators of mental health care among HIV-infected PWID in Hanoi, Vietnam: a qualitative study", *Harm reduction journal*. 16, p. 1-9.
136. NIDA (2018), *Integrated Intervention Benefits People Who Inject Drugs and Have HIV*. Retrieved from <https://nida.nih.gov/news-events/nida-notes/2018/11/integrated-intervention-benefits-people-who-inject-drugs-have-hiv> on 2023, February 13.
137. Organization W.H. (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*, WHO Regional Office for the Western Pacific.
138. Organization W.H. (2011), "Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV".



139. Pachua L.N., Tannous C., Dhami M.V., et al. (2022), "HIV among people who inject drugs in India: a systematic review", *BMC Public Health*. 22(1), p. 1-17.
140. Platt L., Easterbrook P., Gower E., et al. (2016), "Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis", *Lancet Infect Dis*. 16(7), p. 797-808.
141. Platt L., French C.E., McGowan C.R., et al. (2020), "Prevalence and burden of HBV co-infection among people living with HIV: A global systematic review and meta-analysis", *J Viral Hepat*. 27(3), p. 294-315.
142. Quan V.M., Go V.F., Nam le V., et al. (2009), "Risks for HIV, HBV, and HCV infections among male injection drug users in northern Vietnam: a case-control study", *AIDS Care*. 21(1), p. 7-16.
143. Rabkin M., Strauss M., Mantell J.E., et al. (2020), "Optimizing differentiated treatment models for people living with HIV in urban Zimbabwe: findings from a mixed methods study", *Plos one*. 15(1), p. e0228148.
144. Reward E.E., Ike A.C., Muo S.O., et al. (2020), "Coinfection of Tuberculosis and HIV in Nigeria: A Systematic Review and Meta-analysis", *AIDS Rev*. 23(2), p. 82-90.
145. Saberi P., Dawson Rose C., Wootton A.R., et al. (2020), "Use of technology for delivery of mental health and substance use services to youth living with HIV: a mixed-methods perspective", *Aids Care*. 32(8), p. 931-939.
146. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2000), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. 1, lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
147. Sánchez G.V., Llibre J.M., Torrens M., et al. (2012), "Effectiveness of antiretroviral therapy in HIV-1-infected active drug users attended in a drug abuse outpatient treatment facility providing a multidisciplinary care strategy", *Current HIV research*. 10(4), p. 356-363.

148. Sanne I., Orrell C., Fox M.P., et al. (2010), "Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRA-SA): a randomised non-inferiority trial", *The Lancet*. 376(9734), p. 33-40.
149. Seewald R., Bruce R.D., Elam R., et al. (2013), "Effectiveness and feasibility study of routine HIV rapid testing in an urban methadone maintenance treatment program", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 39(4), p. 247-251.
150. Seid G., Alemu A., Dagne B., et al. (2022), "Tuberculosis in household contacts of tuberculosis patients in sub-Saharan African countries: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, p. 100337.
151. Shigayeva A., Coker R.J. (2015), "Communicable disease control programmes and health systems: an analytical approach to sustainability", *Health Policy and Planning*. 30(3), p. 368-385.
152. Shumbusho F., van Griensven J., Lowrance D., et al. (2009), "Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda", *PLoS medicine*. 6(10), p. e1000163.
153. Silva-Santisteban A., Segura E.R., Sandoval C., et al. (2013), "Determinants of unequal HIV care access among people living with HIV in Peru", *Globalization and health*. 9(1), p. 1-9.
154. Simeone C., Shapiro B., Lum P.J. (2017), "Integrated HIV care is associated with improved engagement in treatment in an urban methadone clinic", *Addiction science & clinical practice*. 12(1), p. 1-6.
155. Solomon S.S., Mehta S.H., Srikrishnan A.K., et al. (2015), "Burden of hepatitis C virus disease and access to hepatitis C virus services in people who inject drugs in India: a cross-sectional study", *Lancet Infect Dis*. 15(1), p. 36-45.
156. Solomon S.S., Srikrishnan A.K., Mehta S.H., et al. (2008), "High prevalence of HIV, HIV/hepatitis C virus coinfection, and risk behaviors among injection

- drug users in Chennai, India: a cause for concern", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 49(3), p. 327-32.
157. Srithanaviboonchai K., Khemngern P., Chuayen J., et al. (2021), "Increased Work Experience Associated with Less Stigmatizing Attitudes towards People Living with HIV among Thai Healthcare Personnel", *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 18(18), p. 9830.
  158. Sullivan L.E., Barry D., Moore B.A., et al. (2006), "A trial of integrated buprenorphine/naloxone and HIV clinical care", *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America.* 43 Suppl 4, p. S184-190.
  159. Suthar A.B., Rutherford G.W., Horvath T., et al. (2014), "Improving antiretroviral therapy scale-up and effectiveness through service integration and decentralization", *Aids.* 28, p. S175-S185.
  160. Sylla L., Bruce R.D., Kamarulzaman A., et al. (2007), "Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services", *International Journal of Drug Policy.* 18(4), p. 306-312.
  161. Tan Y., Wei Q.H., Chen L.J., et al. (2008), "Molecular epidemiology of HCV monoinfection and HIV/HCV coinfection in injection drug users in Liuzhou, Southern China", *PLoS One.* 3(10), p. e3608.
  162. Taylor L.E. (2005), "Delivering care to injection drug users coinfecting with HIV and hepatitis C virus", *Clin Infect Dis.* 2005 Apr 15;40 Suppl 5:S355-61. doi: 10.1086/427453.
  163. Taylor L.E., Maynard M.A., Friedmann P.D., et al. (2012), "Buprenorphine for Human Immunodeficiency Virus/Hepatitis C Virus–coinfected Patients", *Journal of addiction medicine.* 6(3), p. 179-185.
  164. Tengan F.M., Abdala E., Nascimento M., et al. (2017), "Prevalence of hepatitis B in people living with HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis", *BMC infectious diseases.* 17(1), p. 587-587.

165. Tesfaye B., Alebel A., Gebrie A., et al. (2018), "The twin epidemics: Prevalence of TB/HIV co-infection and its associated factors in Ethiopia; A systematic review and meta-analysis", *PLoS One*. 13(10), p. e0203986.
166. Thailand. N.A.C. (2012), "Thailand AIDS Response Progress Report 2012, Reporting period: 2010-2011."
167. Thanh D.C., Hien N.T., Tuan N.A., et al. (2009), "HIV risk behaviours and determinants among people living with HIV/AIDS in Vietnam", *AIDS Behav.* 13(6), p. 1151-9.
168. Tran B.X., Nguyen L.H., Nong V.M., et al. (2016), "Behavioral and quality-of-life outcomes in different service models for methadone maintenance treatment in Vietnam", *Harm Reduct J.* 13, p. 4.
169. Tran B.X., Nguyen L.H., Phan H.T.T., et al. (2015), "Preference of methadone maintenance patients for the integrative and decentralized service delivery models in Vietnam", *Harm Reduction Journal*. 12, p. 29.
170. Tran B.X., Ohinmaa A., Duong A.T., et al. (2012), "Cost-effectiveness of integrating methadone maintenance and antiretroviral treatment for HIV-positive drug users in Vietnam's injection-driven HIV epidemics", *Drug and Alcohol Dependence*. 125(3), p. 260-266.
171. Tran O.C., Bruce R.D., Masao F., et al. (2015), "Implementation and Operational Research: Linkage to Care Among Methadone Clients Living With HIV in Dar es Salaam, Tanzania", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 69(2), p. e43-e48.
172. Trinh Q., Nguyen H., Do T., et al. (2016), "Tuberculosis and HIV co-infection in Vietnam", *International Journal of Infectious Diseases*. 46, p. 56-60.
173. UNAIDS (2019), *UNAIDS data report*
174. UNAIDS (2022), *UNAIDS data report*.
175. UNAIDS (2023), "Fact sheet—latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic", *Geneva: UNAIDS*. 1, p. 1980-2015.

176. United Nation Office on Drugs and Crime (2023), *UNODC World Drug Report 2023 warns of converging crises as illicit drug markets continue to expand*.
177. UNODC (2018), "Executive Summary Conclusions and policy Implication ", *World Drug Report*.
178. W.A. B.J.R.M. (2009), "Barrier to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow up study to understand attrition from the antiretroviral program".
179. Wang W., Liu W., Chen T., et al. (2017), "[Factors influencing antiretroviral therapy adherence among HIV-infected people on antiretroviral therapy in Ili Kazakh Autonomous Prefecture]", *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]*. 51(2), p. 160-164.
180. Wang Y., Li B., Pan J., et al. (2011), "Factors associated with utilization of a free HIV VCT clinic by female sex workers in Jinan City, Northern China", *AIDS and Behavior*. 15, p. 702-710.
181. Ware J.E., Keller S.D., Kosinski M. (1995), *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*, Health Institute, New England Medical Center.
182. Ware Jr J.E., Kosinski M., Keller S.D. (1996), "A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity", *Medical care*, p. 220-233.
183. WHO (2015), "Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV, World Health Organization, Geneva."
184. Worldbank (2020), Tuberculosis treatment success rate (% of new cases).
185. Xie J., Han Y., Qiu Z., et al. (2016), "Prevalence of hepatitis B and C viruses in HIV-positive patients in China: a cross-sectional study", *Journal of the International AIDS Society*. 19(1), p. 20659-20659.

186. Yang Y. L.F.M., và Wojnar D (2016), "Culturally Embedded Risk Factors for Cambodian Husband-Wife HIV Transmission: From Women's Point of View", *J Nurs Scholarsh.* 48(2), 154–162.
187. Yang Y. L.F.M., và Wojnar D (2016), "Culturally Embedded Risk Factors for Cambodian Husband-Wife HIV Transmission: From Women's Point of View.", *J Nurs Scholarsh.* 48(2), 154–162.
188. Zung W.W. (1965), "A self-rating depression scale", *Archives of general psychiatry.* 12(1), p. 63-70.

## **PHỤ LỤC**

Phụ lục 1: Phiếu liên lạc với người tham gia

Phụ lục 2a: Bản cung cấp thông tin và thỏa thuận\_CBTYT

Phụ lục 2b: Bản cung cấp thông tin và thỏa thuận\_SDMT-HIV

Phụ lục 3a: Bộ câu hỏi phỏng vấn\_CBTYT

Phụ lục 3b: Bộ câu hỏi phỏng vấn\_SDMT-HIV

Phụ lục 4: Chứng nhận chấp thuận đạo đức của dự án

Phụ lục 5: Giấy xác nhận sử dụng số liệu dự án