

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

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9 72 07 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI, 2024

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI VIỆN VỆ
SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Lê Anh Tuấn

2. GS. TS. Vũ Sinh Nam

Phản biện 1: PGS.TS. Nguyễn Thanh Hương

- Trường Đại học Y tế công cộng

Phản biện 2: TS. Nguyễn Vũ Thượng

- Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

Phản biện 3: PGS.TS. Vũ Phong Túc

- Trường Đại học Y dược Thái Bình

Luận án đã được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi 09 giờ 00, ngày 12 tháng 01 năm 2024

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

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. Nguy cơ lây nhiễm HIV của nhóm nam nghiện chích ma túy cao hơn gấp 35 lần so với quần thể bình thường. 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%). 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 12,3% năm 2021.

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 (đối với người sử dụng ma túy 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. Các dịch vụ y tế cần cung cấp cho người SDMT-HIV bao gồm: điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT), điều trị thuốc kháng vi rút HIV (ARV) và bệnh đồng nhiễm khác đi kèm.

Tại Việt Nam hiện nay mô hình cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV là đến nhận dịch vụ trực tiếp tại các cơ sở điều trị MMT và ARV tại tuyến huyện và tuyến tỉnh. Mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là y tế tuyến xã/phường (TYT) đã 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; 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. Với vai trò chuyên môn nêu trên cùng với việc được đào tạo, tập huấn và có những kỹ năng tư vấn, kết nối với người bệnh và các cơ sở y tế các tuyến tốt, tự tin khi cung cấp dịch vụ, tương tác linh hoạt với người bệnh và các cơ sở y tế sẽ góp phần hiệu quả trong việc tăng khả năng sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến điều trị HIV, nghiện các chất dạng thuốc phiện và các dịch vụ y tế khác cho người SDMT-HIV tại Việt Nam. Hiện nay, các nghiên cứu về nội dung này còn hạn chế.

Đây là cơ hội để nghiên cứu này 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 nghiên cứu

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.

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài

Việc cung cấp đầy đủ các dịch vụ y tế thiết yếu để có mạng lưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên tục và thống nhất cho người SDMT-HIV là hết sức cần thiết. Việc phối hợp giữa các tuyến trong việc cung cấp dịch vụ cho người SDMT-HIV đã chứng minh mang lại hiệu quả tích cực trong việc tăng tuân thủ điều trị cũng như tiếp cận các dịch vụ y tế khác. Mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là trạm y tế xã/phường đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ dự phòng, chăm sóc và điều trị MMT và ARV cũng như các dịch vụ y tế khác. Với vai trò chuyên môn quan trọng cùng với việc được đào tạo, tập huấn và có những kỹ năng tư vấn, kết nối với người bệnh và các cơ sở y tế các tuyến tốt, tự tin khi cung cấp dịch vụ, tương tác linh hoạt với người bệnh và các cơ sở y tế sẽ góp phần hiệu quả trong việc tăng khả năng sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến điều trị HIV, nghiện các chất dạng thuốc phiện và các dịch vụ y tế khác cho người SDMT-HIV tại Việt Nam. Hiện nay, các nghiên cứu về nội dung này còn hạn chế. Do đó, đề tài nghiên cứu can thiệp theo hướng tập trung vào kỹ năng tư vấn của cán bộ trạm y tế xã bao gồm 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 với người SDMT-HIV nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế của người SDMT-HIV.

Kết quả nghiên cứu của đề tài bao gồm thực trạng cung cấp dịch vụ của CBTYT và các yếu tố liên quan; thực trạng sử dụng dịch vụ của người SDMT-HIV và hiệu quả của biện pháp can thiệp trên nhóm đối tượng CBTYT và người SDMT-HIV. Kết quả nghiên cứu này có tính ứng dụng cao, góp phần cung cấp các bằng chứng tin cậy cho công tác xây dựng chính sách và lập kế hoạch nhằm nâng cao hiệu quả của chương trình phòng, chống HIV/AIDS nói chung và tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế của người sử dụng ma túy nhiễm HIV nói riêng. Luận án là cơ sở khoa học để xây dựng các tài liệu nghiên cứu và giảng dạy đại học, sau đại học.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 124 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 37 bảng, 5 hình và 1 sơ đồ và 5 biểu đồ. Mở đầu 2 trang. Tổng quan 40 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 16 trang; kết quả nghiên cứu 34 trang; bàn luận 28 trang; kết luận 3 trang và kiến nghị 1 trang.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1 Tình hình sử dụng ma túy và nhiễm HIV

Theo Văn phòng Liên hợp Quốc về chống Ma túy và Tội phạm (UNODC), năm 2021, ước tính có khoảng 296 triệu người, tương đương với khoảng hơn 5,8%

dân số toàn thế giới trong độ tuổi từ 15 đến 64 đã từng sử dụng ma túy trái phép, năm 2019 có 500.000 người tử vong do SDMT trong đó hơn 1/2 trường hợp tử vong liên quan đến viêm gan C, khoảng 1/4 trường hợp tử vong chủ yếu do sử dụng quá liều. 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%. Đến tháng 12/2020, có trên 235.000 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý, trong đó các cơ sở cai nghiện ma túy trên cả nước đã điều trị, cai nghiện cho 93.724 người (số chuyển sang từ năm 2019 là 38.244 người, người tiếp nhận mới năm 2020 là 55.480 người). Tại Việt Nam, tính đến tháng 9/2023, cả nước có khoảng 249.000 người nhiễm HIV, số người tử vong lũy tích là 113.698 người. HIV/AIDS tại Việt Nam tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ cao bao gồm nhóm NCMT với tỷ lệ từ 2017-2021 lần lượt là 14%, 12,7% và 12,1%.

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

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

Người SDMT-HIV có các vấn đề sức khỏe liên quan đến HIV, nghiện các chất dạng thuốc phiện và thường có các vấn đề sức khỏe khác kèm theo như viêm gan B, C, lao, rối loạn tâm lý, rối loạn giấc ngủ. Viêm gan B chủ yếu lây truyền qua đường máu và đường tình dục, do đó, đồng nhiễm với HIV và viêm gan B khá phổ biến. Theo nghiên cứu của Lucy Platt năm 2019, tỷ lệ đồng nhiễm HIV-viêm gan B trên toàn cầu là 7,6%, tương đương với 2,7 triệu người; tỷ lệ đồng nhiễm HIV-viêm gan C là 2,4%, tỷ lệ này là 4,0% ở nhóm phụ nữ mang thai, 6,4% ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và 82,4% ở nhóm NCMT.

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% người đồng nhiễm lao và HIV. Ngoài ra, người SDMT-HIV còn gặp các vấn đề về rối loạn sức khỏe tâm thần.

1.2.2. Hành vi nguy cơ của người SDMT, 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 phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới 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, MSM (18%) và NCMT (12%).

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

Người SDMT-HIV cần được cung cấp dịch vụ điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone 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...) để cải thiện sức khỏe cá nhân và cộng đồng, giúp người SDMT duy trì việc làm, ổn định cuộc sống lâu dài, tăng sức sản xuất của xã hội và điều trị HIV/AIDS.

Đồng thời, 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. 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. Ngoài ra, các hoạt động can thiệp giảm tác hại cũng cần cung cấp đồng thời cho người SDMT-HIV như: khuyến khích sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục, cung cấp bơm kim tiêm sạch, các hoạt động truyền thông và tiếp cận cộng đồng.

Ngoài ra, để tăng cường tiếp cận sử dụng dịch vụ y tế, người SDMT-HIV cũng cần được cung cấp các dịch vụ liên quan đến truyền thông thay đổi hành vi, tiếp cận cộng đồng, các hoạt động can thiệp giảm tác hại như cung cấp bao cao su, bơm kim tiêm sạch.

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

Để thực hiện được các mục tiêu của "Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030" được ban hành tại Quyết định số 1246/QĐ-TTg ngày 14 tháng 8 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ, cần triển khai đồng bộ các giải pháp. Một trong những giải pháp về điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV là "Lồng ghép dịch vụ điều trị HIV/AIDS vào hệ thống khám bệnh, chữa bệnh. Phân cấp điều trị HIV/AIDS về tuyến y tế cơ sở; mở rộng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại tuyến xã, chăm sóc người bệnh HIV/AIDS tại nhà, tại cộng đồng". 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. TYT triển khai các hoạt động quản lý người bệnh điều trị thuốc kháng HIV bao gồm: 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; Cấp thuốc theo đơn thuốc được ghi trong Giấy chuyển tuyến và Sổ khám bệnh của người bệnh. Trước khi cấp thuốc, cần khám bệnh, sàng lọc lao và đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh. Trường hợp không có dấu hiệu bất thường, người bệnh tuân thủ điều trị tốt, cấp thuốc kháng HIV hàng tháng theo đơn. Ghi rõ tên thuốc, số lượng thuốc đã cấp và hướng dẫn sử dụng thuốc vào Sổ khám bệnh của người bệnh. Trường hợp có dấu hiệu bất thường thì xử trí trong phạm vi chuyên môn. Nếu vượt quá khả năng chuyên môn thì chuyển tuyến theo

quy định; 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.

TYT cũng là một mắt xích quan trọng trong việc phối hợp với các cơ sở điều trị Methadone nhằm tiếp nhận, quản lý và cấp phát thuốc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện. Đồng thời, Trạm Y tế cũng là một trong những đơn vị đóng vai trò quan trọng trong việc tư vấn, hỗ trợ các bệnh đồng nhiễm như viêm gan B, C và cũng cần triển khai các dịch vụ xét nghiệm vi rút viêm gan B, C ngay tại tuyến của mình, đồng thời kết nối cho người bệnh với các dịch vụ chăm sóc và điều trị bệnh đồng nhiễm như viêm gan B, C

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

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ của NVYT tại TYT bao gồm: cơ sở vật chất, trang thiết bị tại nơi làm việc, trình độ, kiến thức thái độ của NVYT và các yếu tố liên quan khác. Nhiều TYT đã được công nhận đạt chuẩn quốc gia nhưng cần nâng cấp sửa chữa để đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe hướng tới sự hài lòng người dân địa phương. Sự hài lòng của người bệnh làm tăng niềm tin mỗi khi sử dụng dịch vụ của TYT, nhờ đó khoảng cách giữa việc cung cấp dịch vụ y tế và nhu cầu sức khỏe được thu hẹp. Điều kiện làm việc cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến động lực, thái độ làm việc của NVYT. Theo nghiên cứu của Trần Thị Lý và cộng sự năm 2021 tại TTYT huyện An Minh, Kiên Giang, điều kiện làm việc bao gồm trang thiết bị, cơ sở vật chất của đơn vị tạo động lực, thái độ làm việc của NVYT chưa cao.

Trình độ chuyên môn của NVYT và số lượng nhân lực tại các TYT cũng là yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ của NVYT. Số lượng nhân lực có trình độ tại các TYT cơ bản chưa đáp ứng theo yêu cầu tại Thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05 tháng 06 năm 2007 của Bộ Nội vụ và Bộ Y tế, về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước cả về chất lượng và số lượng (tối thiểu cần 5 biên chế cho 1 TYT, mỗi trạm cần tối thiểu 1 bác sĩ). Việc thiếu nhân lực tại TYT sẽ dẫn đến tình trạng quá tải đối với NVYT, do đó ảnh hưởng đến chất lượng cung cấp dịch vụ y tế.

Việc không đồng đều về trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, không đủ kiến thức của NVYT ảnh hưởng lớn đến chất lượng dịch vụ cung cấp cho khách hàng. Kết quả nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng và cộng sự năm 2022 cho thấy sự thiếu sót và không đồng đều về kiến thức của CBYT tuyến cơ sở về điều trị thay thế Methadone nói riêng và phương pháp điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS nói chung, chỉ 8/96 cán bộ có kiến thức đúng và đủ (chiếm 8,3%), 36% CBYT có kiến thức chưa đúng về điều trị thay thế Methadone.

Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ của 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. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Thanh Thúy, việc người bệnh tuân thủ điều trị ARV tương đối tốt trong nhóm người bệnh 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). 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 1,16 lần.

Một số người SDMT-HIV lo ngại rằng kết quả sẽ không đảm bảo tính bí mật mà sẽ thông báo cho người thân biết. 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; không tiếp cận dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện là vì có người quen, người nhà nhìn thấy.

Bên cạnh những yếu tố trên, quan hệ giữa người bệnh và cán bộ y tế 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 cán bộ y tế 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 cán bộ y tế 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 cán bộ y tế làm tăng nguy cơ không tuân thủ của người bệnh lên 3 lần (OR=2,75; 95% KTC: 1,05–7,22).

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

Người SDMT-HIV sử dụng song song cả hai dịch vụ điều trị các chất gây nghiện và điều trị HIV. 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.

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 cán bộ y tế. 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. 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, 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.

Một trong những biện pháp đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV tại Việt Nam là 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. Ngoài ra các biện pháp bao gồm: hỗ trợ tiếp cận dịch vụ điều trị ARV và MMT, tư vấn về dự phòng lây truyền HIV, hỗ trợ chăm sóc thể chất, hỗ trợ tâm lý xã hội.

Chương 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Cán bộ trạm y tế xã/phường (CBTYT)
- Người sử dụng ma túy nhiễm HIV (SDMT-HIV)

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Tại Bắc Giang, Hải Dương, Nam Định và Nghệ An.
- Thời gian nghiên cứu từ 2018 đến 2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp cộng đồng có đối chứng ngẫu nhiên theo cụm

2.4. Cỡ mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu cho CBTYT

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

Trong đó:

- n là số 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%)
- σ^2 là phương sai, lựa chọn $\sigma^2 = 1$
- γ (Gamma) là số lượng cá thể trong từng cụm. Mỗi xã lựa chọn 2 đối tượng, ta có $\gamma = 2$
- δ (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 $VIF = 1 + (\gamma - 1) * ICC = 1 + (2 - 1) * 0,03 = 1,03$. Ta có $VIF = 1,03$ nếu số cá thể trong 1 cụm là 2 và ICC là 0,03.

Áp dụng công thức ta tính được số cụm là 54 cụm. Hiệu chỉnh cho việc mất theo dõi đối tượng là 5%. Ta có cỡ mẫu tối thiểu là 60 cụm và mỗi xã gồm 2 CBTYT (Tổng cộng cỡ mẫu tối thiểu là 120 CBTYT).

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, độ lệch chuẩn chung σ là 0,5. Ta có $VIF = 1,09$ nếu mỗi xã có 4 đối tượng và $ICC = 0,03$. Áp dụng công thức trên, tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 196 người. Dự kiến tỷ lệ mất theo dõi đối tượng là 10%, ta có cỡ mẫu dự kiến là 220 người. Thực tế, trong vòng 9 tháng và nghiên cứu đã lựa chọn được 241 người SDMT-HIV tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Lựa chọn 60 xã/phường có số người SDMT-HIV nhiều nhất theo thứ tự từ trên xuống dưới. 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.

- Lựa chọn người SDMT-HIV

- 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

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 Methadone (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: 2 buổi can thiệp chính và các buổi can thiệp nhắc lại.

Can thiệp cho người SDMT-HIV

Hoạt động với nhóm chứng: Tổ chức một cuộc họp cung cấp thông tin cơ bản cho nhóm chứng.

2.7. Quy trình, công cụ đánh giá

Công cụ: CBTYT và người SDMT-HIV được đánh giá qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn

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

2.8. Biến số nghiên cứu

Mục tiêu 1: Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế liên quan đến HIV, ma túy: Số người bệnh, tỷ lệ cung cấp dịch vụ, cách thức trao đổi, yếu tố liên quan đến cung cấp dịch vụ...

Mục tiêu 2: Thực trạng sức khỏe của người SDMT-HIV, Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV và ma túy.

Mục tiêu 3: Biến số/chỉ số của CBTYT và người SDMT – HIV.

2.9. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 16.0. Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính/logistic đơn biến và đa biến và mô hình hồi quy dựa trên phương pháp tiếp cận phương trình ước tính tổng quát.

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

Dự án gốc đã được Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phê duyệt. 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 cho phép

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế cho người SDMT-HIV

Bảng 3.1: Thực trạng cung cấp dịch vụ (n=120)

Dịch vụ	Tỷ lệ %	KTC 95%
Liên quan đến HIV/AIDS		
Xét nghiệm HIV	25,0	17,9 - 33,6
Dự phòng HIV	40,0	31,5 - 49,1
Giới thiệu đến cơ sở điều trị ARV	32,5	24,6 - 41,5
Cấp phát thuốc ARV	19,2	13,0 - 27,3
Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV	51,7	42,6 - 60,5
Liên quan đến sử dụng ma túy		
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
Cấp phát MMT và/hoặc BKT sạch	35,8	27,7 - 44,9
Dịch vụ khác		
Xét nghiệm sàng lọc STI, VGB, C, lao	13,3	8,2 - 20,7
Giới thiệu đến cơ sở điều trị bệnh nhiễm trùng	51,7	42,6 - 60,6
Điều trị các bệnh nhiễm trùng	48,3	42,6 - 60,6
Khám sàng lọc các bệnh tâm thần	38,3	29,9 - 47,4
Tư vấn tâm lý	72,5	63,7 - 79,8

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

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

Cung cấp các 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.

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

3.2.1. 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

Các bệnh đồng nhiễm	n	Tỷ lệ %
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 rối loạn sức khỏe tâm thần (trầm cảm, lo lắng...) chỉ chiếm 5,0% và các 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.

Có 27,0% người SDMT-HIV 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...

Có 27,0% và 22,0% cho rằng tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần làm hạn chế khả năng hoàn thành công việc của bản thân.

3.2.2. 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
Tùng sử dụng bơm kim tiêm chung	84,0	81,1 - 86,9
Các dạng chất gây nghiện sử dụng	Tùng 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

Đặc điểm	Tỷ lệ %	95% KTC
Các chất hít (nito, 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 241 người SDMT-HIV, có 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; Đối với Mathedone (không mua từ phòng khám MMT) có 4,1% số người được hỏi từng sử dụng và hiện tại vẫn 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
Sử dụng đồ uống có cồn		
Hàng 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
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 (24,07%), tiếp sau là 1-2 lần một tuần (20,33%). Số người sử dụng đồ uống có cồn hàng ngày (16,18%) và không sử dụng trong vòng 1 năm qua (16,6%) gần tương đương nhau.

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

Đặc điểm	Tỷ lệ %	KTC 95%
Số lượng bạn tình từ trước đến nay		
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
Gần đây có quan hệ tình dục với		
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
Hành vi mua dâm		
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

Đặc điểm	Tỷ lệ %	KTC 95%
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 chợt 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.

3.2.3. 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

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Từng sử dụng dịch vụ tại TYT (n=241)	25,7	20,3 – 31,7
Cách thức nhận dịch vụ của TYT (n=62)		
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)

Điều trị Methadone	N	Tỷ lệ %	KTC 95%
Đã từng điều trị MMT	55	22,8	19,5 - 26,1
Đang điều trị MMT (n=55)	15	27,3	23,8 - 30,8
Lý do không điều trị (n=186)	226		
Không biết nơi để điều trị	21	9,3	6,1 – 13,9
MMT			
Gặp các vấn đề về hậu cần	18	8,0	5,0 - 12,3
Khó khăn về tài chính	10	4,4	2,4 – 8,1
Tác dụng phụ có thể xảy ra	3	1,3	0,4 – 4,2
Sợ sự kỳ thị ở cơ sở y tế	4	1,8	0,7 – 4,6
Sợ tiết lộ tình trạng SDMT	8	3,5	1,7 – 6,9
Sợ thay đổi thói quen/lối sống	7	3,1	1,4 -6,4
Nghĩ là không cần thiết	74	32,7	26,9 - 39,2
Do điều kiện sức khỏe khác	2	0,9	0,2 - 3,5
Đã cai nghiện thành công	14	6,2	3,7 – 10,2
Lý do khác (Tự điều trị, đến trại cai nghiện)	65	28,8	23,2 – 35,1

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 226 người không điều trị MMT, lý do được cho là không cần thiết chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,7%, theo sau là các lý do khác (tự điều trị hoặc đến trại cai nghiện) chiếm 28,8%. Đáng chú ý là các lý do như không biết nơi để nhận MMT (chiếm 9,3%), vấn đề về tài chính (chiếm 4,4%) và sợ vô tình tiết lộ tình trạng SDMT của người được phỏng vấn (chiếm 3,5%).

Bảng 3.20: Tình hình điều trị ARV của người SDMT-HIV

Điều trị ARV	N	Tỷ lệ %	KTC 95%
Đã từng điều trị ARV	203	84,2	81,4 - 87,1
Đang điều trị ARV (n=203)	180	88,7	86,2 - 91,2
Lý do không điều trị ARV	61		
Các vấn đề hậu cần	8	13,1	6,5 - 24,5
Khó khăn về tài chính, không có BHYT	16	26,2	16,5 - 39,0
Tác dụng phụ có thể xảy ra	8	13,1	6,5 - 24,5
Sợ bị kì thị, tiết lộ tình trạng bệnh	6	9,8	4,4 - 20,6
Sợ thay đổi thói quen	1	1,6	0,2 - 11,3
Nghĩ là không cần thiết	12	19,7	11,3- 31,9
Điều kiện sức khỏe khác	2	3,3	0,7 - 12,6
Lý do khác (bị gián đoạn, mới mắc chưa điều trị)	8	13,2	6,5 - 24,5

Có 88,7% người SDMT-HIV đang điều trị ARV. Trong nhóm không đang điều trị ARV (n=203 người), đa số lý do là khó khăn về tài chính, không có bảo hiểm để chi trả, theo sau là nghĩ rằng mới mắc, sức khỏe vẫn tốt chưa cần thiết điều trị 19,7% và do tác dụng phụ, các vấn đề về hậu cần cùng chiếm 13,1%.

3.3. Hiệu quả can thiệp

3.3.1. Hiệu quả can thiệp đối với CBTYT

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
Nữ (so với Nam)	-4,40	-13,88 - 5,08	0,36
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
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)			

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Cao đẳng	10,08	0,44 – 19,71	0,04
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
Khác	-3,45	-17,10 – 10,20	0,62

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	0,15 – 2,28	0,02
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	-5,80 – -0,19	0,04
Dân tộc Thái (so với Kinh)	3,29	1,83 – 4,76	<0,01
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	-0,64	-3,35 – 2,07	0,65
Trung cấp	-0,36	-3,03 – 2,31	0,79
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	0,63	-2,65 – 3,92	0,71
Y tá/điều dưỡng	-0,68	-3,71 – 2,35	0,66
Khác	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 bệnh 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)

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
Can thiệp (so với Đối chứng)	0,42	-0,54 – 1,38	0,39
Thời điểm (so với Ban đầu)			
Sau 6 tháng	0,51	-0,44 – 1,45	0,30
Sau 12 tháng	1,67	0,74 – 2,60	<0,01
Nữ (so với Nam)	-1,67	-2,73 – -0,61	<0,01
Nhóm tuổi (so với <35 tuổi)			
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	1,09 – 3,44	<0,01
Trình độ (so với Đại học)			
Cao đẳng	-0,65	-2,69 – 1,39	0,53
Trung cấp	-0,30	-2,11 – 1,51	0,74
Bằng cấp (so với Bác sĩ)			
Y sỹ	0,93	-1,26 – 3,12	0,41
Y tá/điều dưỡng	-0,16	-2,12 – 1,78	0,87
Khác	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.

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
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
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

Đặc điểm	Hệ số hồi quy	KTC 95%	p
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
Khác	-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.

3.3.2. 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	1,81	1,13 - 2,90	0,013
Sau 12 tháng	1,98	1,26 - 3,12	0,003
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)	0,47	0,25 - 0,84	0,013
Số năm SD ma túy (so với <6 năm)			
6-10 năm	7,02	2,31 - 21,4	0,001
>10 năm	5,85	1,77 - 19,4	0,004
Đang điều trị ARV (so với Không)	0,39	0,17 - 0,86	0,02

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	1,15	1,01 - 1,31	0,03
Sau 12 tháng	1,14	1,00 - 1,30	0,04
Can thiệp (so với Đối chứng)	0,90	0,70 - 1,15	0,41

Đặc điểm	RR	KTC 95%	p
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 3.33: 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)	0,03	0,01 - 0,07	<0,001
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)	2,66	1,05 - 6,71	0,04
Điều trị Methadone (so với Không)	2,98	1,12 - 7,99	0,03
Can thiệp (so với Nhóm chứng)	1,53	1,01 - 2,33	0,04

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 $p=0,01$. 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.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế của CBTYT

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. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương tại Hải Phòng, 60,7% người bệnh đang điều trị HIV nhận được dịch vụ từ CBTYT. 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. 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 CBYT tại cơ sở điều trị Methadone. Việc cấp phát Methadone tại TYT cho người bệnh đã đạt hiệu quả 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. 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 trong đó chỉ có 35,8% CBYT cấp phát MMT và chương trình cung cấp bơm kim tiêm.

Theo 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. 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.

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 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa được chú trọng (13,3%).

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

Người SDMT-HIV mắc các bệnh đồng nhiễm khác sẽ làm tăng thêm gánh nặng cho gia đình, xã hội cũng như vấn đề kinh tế rất. 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 là cao nhất là 34%, theo sau 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 viêm gan C ở những người sống chung với HIV cao hơn khoảng sáu lần so với những người không nhiễm HIV. Tỷ lệ đồng 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 đồng nhiễm HIV-lao là 53,12%, cao hơn so với tỷ lệ của nghiên cứu. Giải thích cho sự khác biệt này 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. 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). Năm 2018, 10 triệu người phát hiện mắc bệnh lao, khoảng 9% trong số đó sống chung với HIV. 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.

Người SDMT-HIV mắc các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục có 7 người (chiếm 2,9%), tỷ lệ này liên quan tới hành vi quan hệ tình dục của nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ với bạn tình bất chợt là 92%, tỷ lệ sử dụng bao cao su 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 mắc các bệnh lây truyền chủ yếu qua đường tình dục như viêm gan B và HIV/AIDS.

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.

4.2.2. Hành vi nguy cơ 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. 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).

Ngoài tiền sử sử dụng các chất gây nghiện, hành vi sử dụng thuốc lá cũng đáng quan tâm với tỷ lệ sử dụng là 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.

Hành vi quan hệ tình dục không an toàn cũng là một trong những hành vi nguy cơ cao có thể dẫn tới lây truyền HIV/AIDS đặc biệt ở các quần thể có nguy cơ cao. 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 tiêm chích ma túy 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. 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), thấp hơn nghiên cứu của tác giả Dương Công Thành trong đó tỷ lệ quan hệ tình dục với nhiều bạn tình là 20%, cao hơn nghiên cứu tại 9 nước Đông Nam Á với tỷ lệ có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình là 2,5%. 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 năm 2019 tại Thành phố Hồ Chí Minh, Bà Rịa-Vũng Tàu, Bình Dương, Đồng Nai, An Giang, Kiên Giang và Cần Thơ cho thấy tỷ lệ từng dùng chung BKT, dùng chung BKT/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.

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

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 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 tiếp nhận 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. 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 cho thấy những người sử dụng ma túy nhiễm 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. 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.

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. Tỷ lệ tham gia điều trị ARV ở người có HIV trong nghiên cứu này 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 5 quốc gia - Trung Quốc, Việt Nam, Nga, Ukraine và Malaysia là 25% số người được điều trị ARV. 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.

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

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. 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.

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. 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.

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 nói chung tại Trạm Y tế và tỷ lệ sử dụng các dịch vụ liên quan đến HIV và ma túy 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, ARV 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.

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. 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.

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. 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 cán bộ y tế tư vấn giảm thiểu các nguy cơ khác cho bản thân bao gồm việc tham gia MMT thay cho việc TCMT.

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. 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 do người bệnh 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.

KẾT LUẬN

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

Các dịch vụ CBTYT cung cấp bao gồm: xét nghiệm HIV (25%); dự phòng HIV (40%); giới thiệu đến cơ sở điều trị ARV (32,5%); cấp phát thuốc ARV (19,2%); hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV (51,7%); lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm ma túy (20%); giới thiệu đến cơ sở điều trị MMT (41,7%); cấp phát MMT và/hoặc bơm kim tiêm sạch (35,8%); 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%)

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 đồng nhiễm viêm gan C (34,0%), lao (18,6%), viêm gan B (13,2%).
- 84,2% người SDMT-HIV tự nhận tình trạng sức khỏe ở mức bình thường/rất khỏe/khoẻ.

Hành vi nguy cơ của người SDMT-HIV

- Tiêm chích ma túy (85,5%); Từng sử dụng chung bơm kim tiêm (84%); sử dụng nhiều hơn một chất gây nghiện/ngày (23,2%); Hút thuốc (74%), Sử dụng đồ uống có cồn (16,2%); sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục (77,2%).

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

- Tỷ lệ đang điều trị MMT (27,3%); đang điều trị ARV (88,7%).

- Tỷ lệ từng sử dụng dịch vụ tại trạm y tế (25,7%); đến trạm y tế để nhận thuốc ARV hoặc được tư vấn về ARV (16,1%).

3. Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn của cán bộ trạm y tế nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV và ma túy của người SDMT-HIV

- 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).

- Tỷ lệ điều trị MMT, tình trạng sức khỏe tinh thần tại thời điểm sau 6 tháng và 12 tháng tăng so với thời điểm ban đầu ((RR= 7,02 và 5,85) và (hệ số hồi quy=2,18 và 2,62), giảm rào cản tiếp cận dịch vụ y tế tại thời điểm 12 tháng (hệ số hồi quy=1,61).

- 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. Tiếp tục triển khai các can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn, kết nối, tương tác của CBTYT và các cơ sở y tế khác nhằm tăng khả năng sử dụng dịch vụ toàn diện và hiệu quả cho người SDMT-HIV.

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.67-74.
- 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.