

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----

**VŨ THỊ BÍCH HỒNG**

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ  
HIỆU QUẢ CAN THIỆP BẰNG ỨNG DỤNG ZALO Ở NAM QUAN HỆ TÌNH  
DỤC ĐỒNG GIỚI NHIỄM HIV TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA  
BỆNH ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG HIV Ở HÀ NỘI**

**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 Minh Giang
2. TS. Phạm Hồng Thắng

Phản biện 1: .....

.....

Phản biện 2: .....

.....

Phản biện 3: .....

.....

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

Vào hồi.. ...giờ ....., ngày .....tháng .....năm 2024.

*Có thể tìm hiểu luận án tại:*

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

**DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN  
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Vũ Thị Bích Hồng, Nguyễn Đức Khánh, Vũ Minh Anh, Phạm Hồng Thắng, Lê Minh Giang (2023), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 172, số 11 , tr, 232-243
2. Vũ Thị Bích Hồng, Vương Đình Anh Tú, Vũ Minh Anh, Lê Khánh Linh, Trịnh Ngọc Diệp, Phạm Hồng Thắng, Nguyễn Thị Thuý Hạnh, Lê Minh Giang (2023), “Chất lượng cuộc sống của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới đang điều trị ARV tại Hà Nội”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 172, số 11 , tr, 262-277
3. Vũ Thị Bích Hồng, Vũ Minh Anh, Vương Đình Anh Tú, Bùi Trung Thành, Phạm Hồng Thắng, Lê Minh Giang (2024), “Can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV và nâng cao chất lượng cuộc sống của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 174 số 1, tr, 222-233



## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đại dịch HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) và AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn trên toàn cầu, với khoảng 40,4 triệu người sống chung với HIV. Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) là một trong các nhóm bị ảnh hưởng nặng nề trên nhiều quốc gia. Ở Việt Nam, tỷ lệ HIV gia tăng cao trong nhóm MSM trong suốt thập kỷ qua, trong đó, Hà Nội là khu vực đô thị có tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 13,6%. Để hạn chế việc lây truyền HIV và nâng cao chất lượng cuộc sống của nhóm MSM nhiễm HIV, người bệnh cần được chăm sóc và điều trị ngay sau khi được chẩn đoán khẳng định. Đây là quá trình điều trị liên tục, kéo dài suốt đời và đòi hỏi sự tuân thủ điều trị tuyệt đối của người bệnh, do đó việc tuân thủ điều trị như uống thuốc đúng giờ, đúng liều, đúng cách là rất quan trọng. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM dao động trong khoảng rộng từ 48% đến 90%. Nhóm MSM đã phải đối mặt với nhiều rào cản ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị đặc biệt trong năm đầu tiên điều trị ARV.

Nhằm mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM ở Hà Nội và cung cấp các dữ liệu cho đánh giá hiệu quả của can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị thực hiện trên mạng xã hội Zalo, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và hiệu quả can thiệp bằng ứng dụng Zalo ở nam quan hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội”, với các mục tiêu như sau:

### ***Mục tiêu nghiên cứu***

1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nam quan hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội, năm 2022
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng ứng dụng Zalo hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV ở nhóm đối tượng trên.

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

Nghiên cứu đã đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ARV trên nhóm MSM ở một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở Hà Nội năm 2022. Yếu tố lo âu làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu và chất lượng cuộc sống cao làm giảm tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu.

Nghiên cứu đã đánh giá được hiệu quả và tính khả thi của các can thiệp thực hiện trên Zalo tại HIV tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội, và làm cơ sở cho

việc đề xuất áp dụng các can thiệp trên Zalo ở các địa phương khác của Việt Nam.

Một điểm mới khác của nghiên cứu là áp dụng thang đo chất lượng cuộc sống trong đo lường hiệu quả điều trị ở nhóm MSM. Các nghiên cứu đã chứng minh ngoài chỉ số lâm sàng về tình trạng tải lượng vi rút (TLVR) và tình trạng miễn dịch, chỉ số chất lượng cuộc sống có vai trò quan trọng trong tổng thể đánh giá đáp ứng điều trị của người bệnh và góp phần làm giảm các gánh nặng bệnh tật liên quan đến HIV/AIDS. Việc sử dụng chỉ số chất lượng cuộc sống trong đo lường hiệu quả điều trị có thể là cách tiếp cận hiệu quả với chi phí thấp nhằm nâng cao chất lượng điều trị, đặc biệt tại các sở y tế có nguồn lực hạn chế.

Nghiên cứu cũng góp phần nâng cao năng lực chuyên môn và nghiên cứu khoa học cho cán bộ y tế của các đơn vị tham gia trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Kết quả nghiên cứu của đề tài đã 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 cường tuân thủ điều trị ARV ở nam quan hệ tình dục đồng giới.

## **CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án gồm 136 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 30 bảng, 06 hình, 02 biểu đồ. Đặt vấn đề 2 trang. Tổng quan 41 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 22 trang; kết quả nghiên cứu 38 trang; bàn luận 31 trang; kết luận 1 trang và kiến nghị 1 trang.

### **Chương 1.**

#### **TỔNG QUAN**

##### **1.1. TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ MỘT SỐ RÀO CẢN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ**

Theo WHO, tuân thủ điều trị nghĩa là sử dụng thuốc, áp dụng lối sống và chế độ ăn phù hợp với hướng dẫn của nhân viên y tế. Tuân thủ điều trị ARV của người bệnh là yếu tố quyết định thành công hiệu quả điều trị. Việc tuân thủ điều trị cần thiết được đo lường trong thực hành lâm sàng. Để đánh giá tuân thủ điều trị và về cơ bản thì có thể chia thành nhóm phương pháp chủ quan và nhóm phương pháp khách quan. Mỗi phương pháp đều có các ưu nhược điểm riêng. Bộ công cụ đo lường mức độ tuân thủ điều trị lý tưởng cần phải đảm bảo tính nhạy cảm, tính đặc hiệu, dễ sử dụng và có thể tiên đoán được mức độ không tuân thủ điều trị. Tuy nhiên mỗi bộ công cụ lại có những hạn chế nhất định.

Do vậy, không có tiêu chuẩn vàng hay bộ công cụ lý tưởng để đo lường tuân thủ điều trị. Bộ công cụ đa chiều do Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ phát triển, dựa trên sự kết hợp giữa một số câu hỏi CASE index, VAS và một số bộ câu hỏi khác. Bộ công cụ này đã được thẩm định sự nhất quán và tính tin cậy trên một số nước có nguồn lực hạn chế.

Nghiên cứu tổng quan mới nhất năm 2021 cho thấy tỷ lệ người dưới mức tuân thủ điều trị tốt ở nhóm dân số chung là 45%. Việc tuân thủ điều trị là không dễ dàng, nhiều người nhiễm HIV gặp khó khăn trong quá trình điều trị dài ngày. Mặc dù chưa có các nghiên cứu hệ thống về tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nhóm MSM, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị dao động trong khoảng rộng từ 48% đến 90%. Các nghiên cứu cũng chỉ ra có rất nhiều rào cản cá nhân, xã hội và cấu trúc đối với việc tuân thủ ARV.

## **1.2. CÁC LOẠI CAN THIỆP LÀM TĂNG CƯỜNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV**

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV không tốt trong nhóm MSM khá cao, cần tập trung thực hiện can thiệp dựa trên các rào cản ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị. Bên cạnh các hoạt động chăm sóc điều trị chuẩn, các biện pháp can thiệp như chăm sóc điều trị nâng cao, nhắn tin, tập huấn các kỹ năng hành vi, can thiệp đa phương tiện, liệu pháp hành vi nhận thức, người hỗ trợ, hỗ trợ tài chính, can thiệp tuân thủ điều trị trên phương tiện truyền thông mạng xã hội. Các can thiệp trên mạng xã hội có những ưu điểm vượt trội so với các can thiệp truyền thống khác, nó cung cấp các nền tảng dễ tiếp cận và sử dụng cho việc hỗ trợ tuân thủ điều trị. Tính linh hoạt của các can thiệp phương tiện truyền thông mạng xã hội cho phép phân phối nội dung phù hợp cho từng nhu cầu của người dùng và làm giảm bớt một số rào cản xã hội và rào cản về cấu trúc. Các phương tiện truyền thông mạng xã hội có khả năng mở rộng trên nhiều khu vực địa lý khác nhau. Tuy nhiên, có rất ít các nghiên cứu thực hiện can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị trong nhóm MSM nhiễm HIV. Một đánh giá hệ thống năm 2016 về các biện pháp can thiệp dựa trên mạng xã hội cho thấy không có biện pháp can thiệp nào tập trung vào việc hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM. Tương tự, một đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp năm 2017 về tác động của lời nhắc bằng tin nhắn văn bản đối với việc tuân thủ chăm sóc HIV chỉ tìm thấy một can thiệp tập trung vào MSM dương tính với HIV. Ở Việt Nam, chưa có can thiệp thực hiện trên mạng xã hội nhằm hỗ trợ và tăng cường tuân thủ điều trị ARV cho nhóm MSM. Kết quả từ các tổng quan tài liệu sẽ được áp dụng để xây dựng các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho nhóm MSM tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV trong phạm vi của nghiên cứu.

## Chương 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Các MSM nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tại Hà Nội, từ 16 tuổi trở lên được phát hiện nhiễm HIV, hiện sống ở Hà Nội ít nhất 3 tháng và không có kế hoạch chuyển đến nơi khác trong 24 tháng, có thời gian điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú từ 28 đến 365 ngày kể từ ngày điều trị đầu tiên, hoàn thành bản thỏa thuận và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án của các MSM thuộc đối tượng nghiên cứu tại 3 phòng khám

#### 2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Các phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai, Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu:

- Thời gian khảo sát trước can thiệp: tháng 04/2022 - tháng 11/2022.
- Thời gian thực hiện các can thiệp: tháng 12/2022 - tháng 05/2023.
- Thời gian thực hiện sau can thiệp: tháng 06/2023
- Thời gian xử lý và phân tích số liệu: tháng 06/2023 - tháng 12/2023.

### 2.2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo mô hình nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng ngẫu nhiên

#### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu can thiệp được tính toán như sau:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

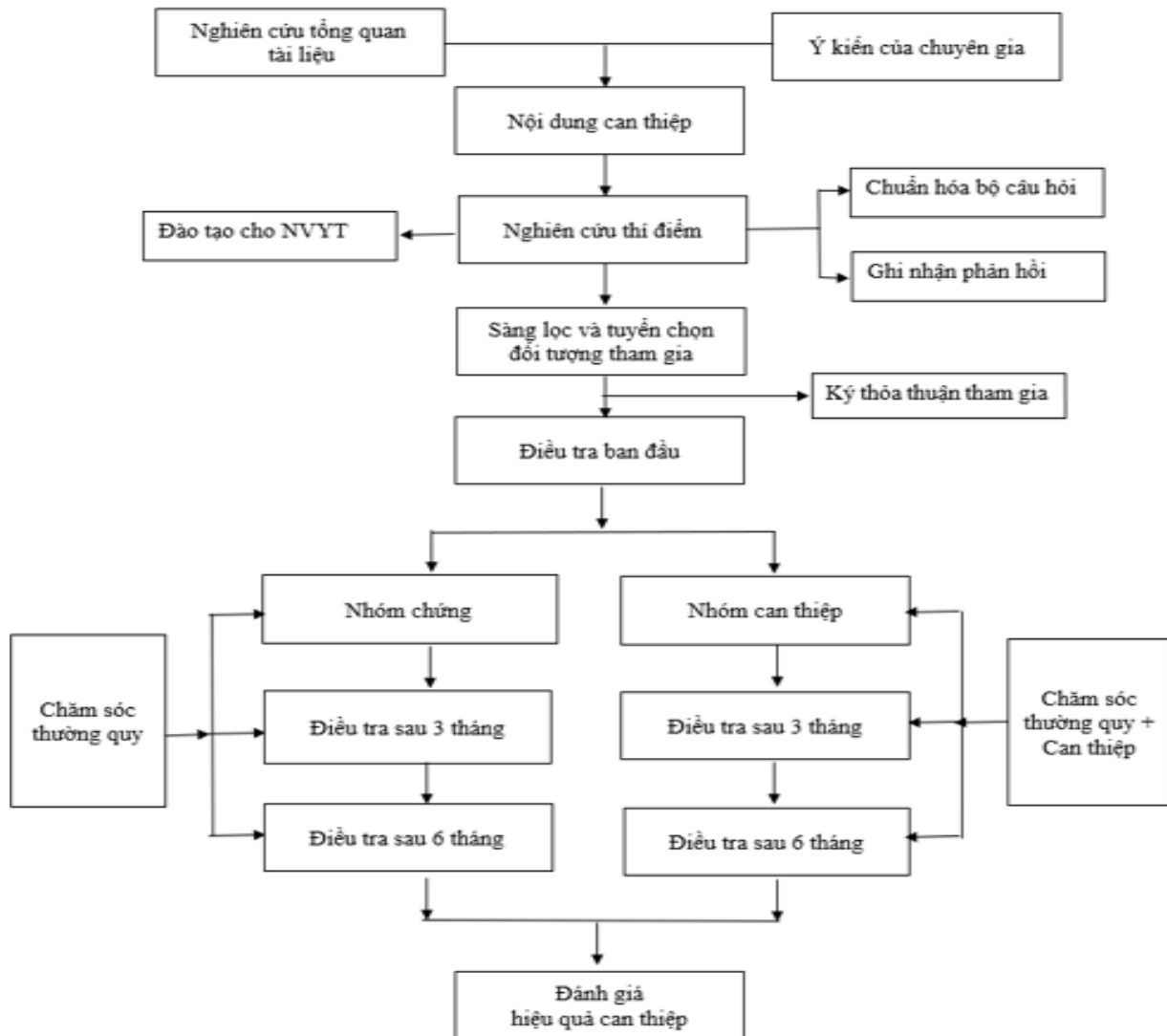
Trong đó: n: cỡ mẫu ước tính. P1: tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt tại thời điểm ban đầu của nhóm chứng và nhóm can thiệp. Với giả định nhóm chứng và nhóm can thiệp có tỷ lệ như nhau và ước tính là 60% theo nghiên cứu của Phan Thị Thu Hương và cộng sự [178]. P2: tỷ lệ mong đợi tuân thủ điều trị tốt sau thời gian can thiệp của nhóm can thiệp là 80%. Giả định rằng nhóm chứng có tỷ lệ tuân thủ tốt không đổi (60%).  $P = (P_2 - P_1) / 2$ .

Chọn mức ý nghĩa  $\alpha =$  Sai lầm loại I (0,05),  $\beta =$  Sai lầm loại II (0,1), lực mẫu là 85%, cỡ mẫu tối thiểu cần có là 95, cộng thêm 5% đối tượng tham gia nghiên cứu bị mất dấu theo dõi, chúng tôi thu được cỡ mẫu cần thiết là 100 cho mỗi nhóm. Do vậy, tổng cộng nghiên cứu sẽ tuyển chọn khoảng 200 người trước can thiệp. Thực tế, Nghiên cứu tuyển chọn được 212 đối tượng tham gia nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp, 201 đối tượng tham gia nghiên cứu ở thời điểm sau 3 tháng can thiệp và 207 người ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện



### 2.2.2. Quy trình nghiên cứu



Hình 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu

**Bước 1: Xây dựng nội dung can thiệp**

**Bước 2: Nghiên cứu thí điểm**

Nghiên cứu thí điểm kéo dài 1 tháng đã được tiến hành với 15 người tham gia để đánh giá tính khả thi, chuẩn hoá quy trình trước khi tiến hành lựa chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu chính thức.

**Bước 3: Thực hiện tuyển chọn đối tượng tham gia nghiên cứu chính thức**

**Bước 4: Điều tra ban đầu**

MSM được đánh giá các đặc điểm về nhân khẩu xã hội học, tình trạng lâm sàng, kỳ thị, mức độ lo âu trầm cảm, mức độ tuân thủ điều trị ARV, chất lượng cuộc sống của người bệnh.

**Bước 5: Phân bổ ngẫu nhiên**

Phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp và nhóm chứng được tiến hành trên module chọn ngẫu

nhiên của phần mềm REDcap. Tỷ lệ phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm chứng và nhóm can thiệp theo tỷ lệ xấp xỉ 1:1 theo cơ sở điều trị, đảm bảo số lượng MSM trên mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng tại mỗi cơ sở điều trị là như nhau.

***Bước 6: Thực hiện các biện pháp can thiệp cho nhóm can thiệp***

Điều dưỡng của phòng khám thực hiện gửi bài truyền thông và các thông điệp tới từng MSM trong nhóm can thiệp qua tài khoản Zalo của nghiên cứu. Tần suất gửi thông điệp ngắn và bài truyền thông xen kẽ nhau là 1 tuần gửi thông điệp ngắn, 1 tuần gửi bài truyền thông. Tổng số có 12 bài truyền thông và 12 thông điệp được gửi tới nhóm can thiệp. Các tài liệu giáo dục đã được quyết định gửi cho những người tham gia vào lúc 10 giờ tối

Hai cuộc điện thoại của nhân viên y tế dành cho nhóm MSM thuộc nhóm can thiệp tại 2 thời điểm: sau 2 tháng và 4 tháng kể từ khi tham gia vào nghiên cứu. Bác sĩ của phòng khám được chỉ định thực hiện cuộc gọi điện thoại tư vấn trong thời gian 3 phút để nhắc nhở về tuân thủ điều trị, giải quyết các vấn đề liên quan đến lo âu, trầm cảm của MSM, hay bất cứ những yêu cầu mong muốn của MSM cần trợ giúp.

***Bước 7: Đánh giá hiệu quả can thiệp***

***Kết quả chính của nghiên cứu:***

Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM nhiễm HIV tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội, năm 2022.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của nhóm MSM ở giai đoạn trước can thiệp

Hiệu quả can thiệp được thể hiện qua nguy cơ đạt mức độ tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu (OR) của nhóm can thiệp so với nhóm chứng được ước tính qua mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường được lặp lại

Kết quả phụ của nghiên cứu:

Sự khác biệt về tải lượng vi rút của nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp.

Hiệu quả can thiệp được thể hiện qua đánh giá sự khác biệt của điểm chất lượng cuộc sống của nhóm chứng và nhóm can thiệp, tại thời điểm sau 3 tháng và sau 6 tháng so với thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu.

**2.2.4 Quản lý và phân tích dữ liệu**

Tần suất thu thập số liệu được thực hiện như bảng sau:

**Bảng 01: Tần suất thu thập số liệu**

<b>Bộ công cụ</b>	<b>Giai đoạn ban đầu</b>	<b>Sau 3 tháng</b>	<b>Sau 6 tháng</b>	<b>Cách thức thu thập số liệu</b>
Thông tin nhân khẩu học, xã hội học, bệnh học	x	x	x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo. NCS: thu thập tại hồ sơ bệnh án tại cơ sở điều trị
Sàng lọc ASSIT (rượu, amphetamin và thuốc phiện)	x		x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám rà soát việc điền phiếu
Lo âu và trầm cảm	x	x	x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo. Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám rà soát việc điền phiếu
Kỳ thị	x	x	x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo. Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám rà soát việc điền phiếu
Chất lượng cuộc sống	x	x	x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo. Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám rà soát việc điền phiếu
Tuân thủ điều trị	x	x	x	Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám
Ý kiến của bệnh nhân		x	x	Đối tượng nghiên cứu tự trả lời
Nhật ký nghiên cứu theo dõi hoạt động gửi bài truyền thông/thông điệp ngắn	x	x	x	Tư vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám. NCS: giám sát theo dõi hoạt động.

Dữ liệu được thu thập trên nền tảng REDCap.

Số liệu được làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA/MP 17.0. Sử dụng các kiểm định  $\chi^2$ , Fisher exact test, t-student, Mann-Whitney để so sánh các tỷ lệ hoặc giá trị trung bình của các biến số.

Phân tích test mở rộng của test Wilcoxon tổng thứ hạng (Wilcoxon rank-sum test) để đánh giá xu hướng của các biến tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống được đo lường lặp lại qua các thời điểm. Hồi quy logistic phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và mức độ tuân thủ điều trị dưới

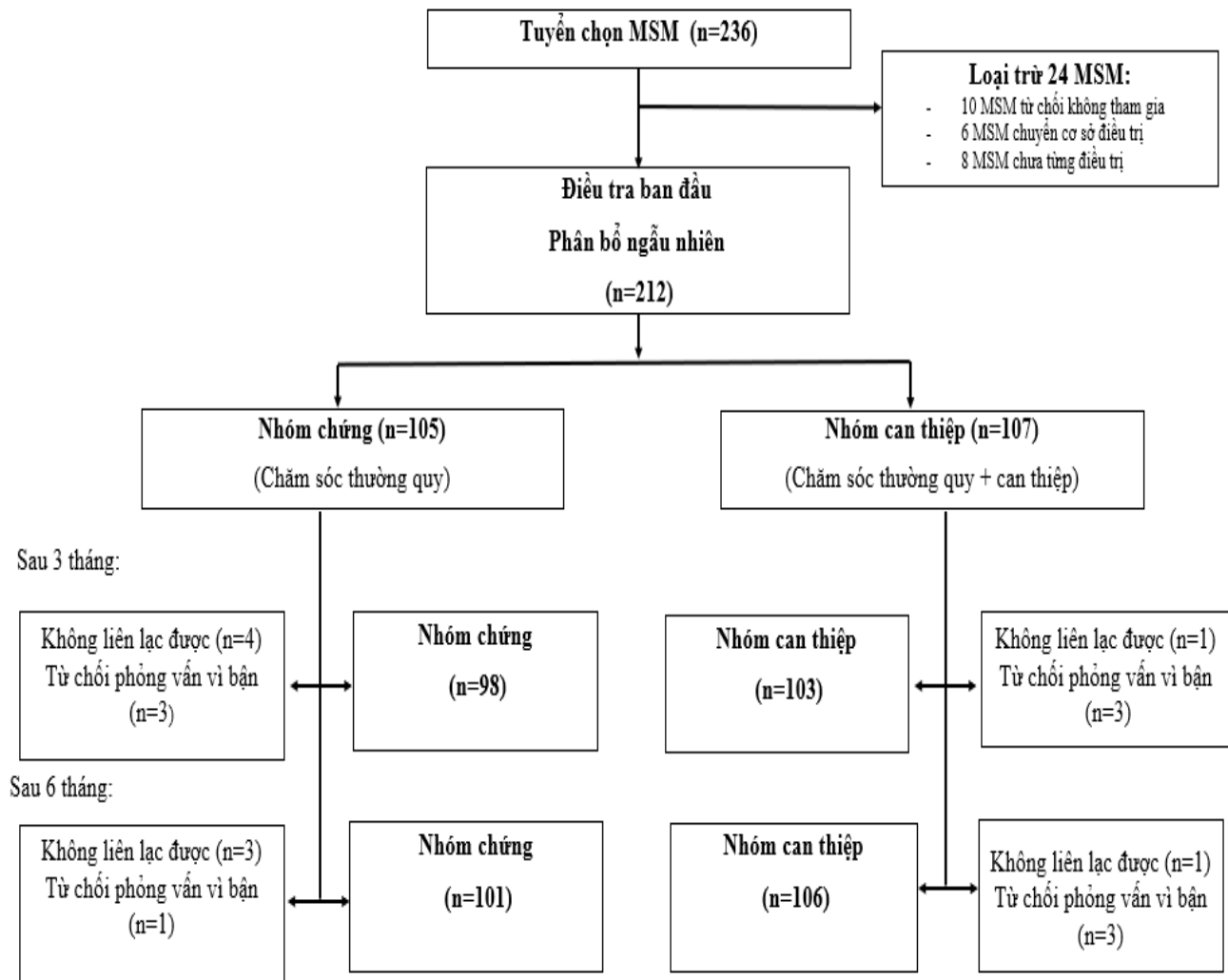
mức tối ưu tại thời điểm trước can thiệp. Mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường được lặp lại ước tính nguy cơ đạt mức độ tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

### 2.2.3 Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương tại Chứng nhận số: HĐĐĐ-04/2021 ngày 17/02/2021 và Trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 729/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 04 tháng 6 năm 2022.

## Chương 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu



**Hình 01: Lưu đồ mẫu nghiên cứu**

**Bảng 3. 1. Đặc điểm nhân khẩu xã hội học**

	<b>Tổng</b> (n = 212) n (%)	<b>Nhóm chứng</b> (n = 105) n (%)	<b>Nhóm can thiệp</b> (n = 107) n (%)	<b>Giá trị p</b>
<b>Nhóm tuổi</b>				
16-24 tuổi	116 (54,7)	61 (58,1)	55 (51,4)	0,328
≥ 25 tuổi	96 (45,3)	44 (41,9)	52 (48,6)	
<b>Thời gian nhiễm HIV</b> đơn vị: năm (TB, ĐLC)	0,3 (0,3)	0,3 (0,3)	0,4 (0,3)	0,173
<b>Thời gian điều trị ARV</b>				0,752
Dưới 3 tháng	94 (44,3)	50 (47,5)	44 (41,1)	
3-6 tháng	54 (25,5)	27 (25,7)	27 (25,2)	
6-12 tháng	64 (30,2)	28 (26,7)	36 (33,6)	
<b>Giai đoạn lâm sàng</b>				0,493
Giai đoạn 1	208 (98,2)	102 (97,1)	106 (99,1)	
Giai đoạn 2	2 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Giai đoạn 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Giai đoạn 4	2 (0,9)	2 (1,9)	0 (0,0)	
<b>Phác đồ điều trị hiện tại</b>				0,929
1a (TLD-Acriptega)	78 (36,8)	39 (37,1)	39 (36,5)	
1f (TLE-Avonza)	112 (52,8)	56 (53,4)	56 (52,3)	
Phác đồ khác	22 (10,4)	10 (9,5)	12 (11,2)	
<b>Mức độ lo âu</b>				0,570
Bình thường	114 (53,8)	57 (54,3)	57 (53,3)	
Mức độ nhẹ	62 (29,2)	27 (25,7)	35 (32,7)	
Mức độ vừa phải	24 (11,3)	14 (13,3)	10 (9,3)	
Mức độ nghiêm trọng	12 (5,7)	7 (6,7)	5 (4,7)	
<b>Tổng điểm chất lượng cuộc sống</b> (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	13,8 (2,0)	13,9 (2,1)	0,734

Nghiên cứu đã tuyển được 212 MSM có độ tuổi trẻ với tuổi trung bình là 25,5. Không có sự khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu xã hội học, hành vi, mức độ lo âu, chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm điểm trước can thiệp.

### 3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị của MSM tại thời điểm trước can thiệp

*Bảng 3.2: Kết quả thang đo đa chiều*

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thIỆP (n = 107) n (%)	Giá trị p
Tuân thủ mức độ thấp	24 (11,3)	12 (11,4)	12 (11,2)	0,591
Tuân thủ mức độ trung bình	92 (43,4)	42 (40,0)	50 (46,7)	
Tuân thủ mức độ cao	96 (45,3)	51 (48,6)	45 (42,1)	

Ở thời điểm ban đầu, tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao là 45,3%, mức độ trung bình là 43,4%, mức độ thấp là 11,3%. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng và nhóm can thiệp.

### 3.3. Kết quả đo tải lượng vi rút

Do nghiên cứu không đủ kinh phí thực hiện xét nghiệm đo tải lượng vi rút (TLVR) tại các mốc theo dõi của nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận kết quả xét nghiệm này trên hồ sơ bệnh án của đối tượng tham gia. Kết quả đo TLVR tại thời điểm sau 6 tháng điều trị của MSM tại các phòng khám được gán là kết quả tại thời điểm trước can thiệp của nghiên cứu. Có 48,6% MSM có tải lượng dưới ngưỡng phát hiện, nồng độ TLVR trung bình được phát hiện là 2.315 bản sao/ml. Kết quả xét nghiệm TLVR không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ % các mức độ cũng như nồng độ TLVR trung bình.

**Bảng 3.3: Kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm trước can thiệp**

	<b>Tổng (n = 212) n (%)</b>	<b>Nhóm chứng (n = 105) n (%)</b>	<b>Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)</b>	<b>Giá trị p</b>
<b>Kết quả TLVR</b>				
Không có dữ liệu	59 (27,8)	31 (29,5)	28 (26,2)	0,833
Dưới ngưỡng phát hiện	103 (48,6)	49 (46,7)	54 (50,5)	
Trên ngưỡng phát hiện	50 (23,6)	25 (23,8)	25 (23,4)	
<b>Kết quả TLVR trong số những MSM trên ngưỡng phát hiện (bản sao/ml)</b>				
Trung bình (ĐLC)	2315,2 (12491,2)	3429,2 (16848,1)	1201,3 (5666,9)	0,574
Trung vị (GTNN – GTLN)	42,9 (20 – 84300)	43,2 (20 – 84300)	42,6 (20 – 28400)	

### 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu được thể hiện qua mô hình hồi quy logistic phân tích đơn biến và đa biến (Bảng 3.4). Kết quả mô hình hồi quy đa biến cho thấy: đối tượng nghiên cứu có tình trạng lo âu ở mức nhẹ có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cao hơn so với MSM có mức độ lo âu bình thường (OR hiệu chỉnh = 2,70; 95% KTC: 1,26 - 5,74). Bên cạnh đó, khả năng mức tuân thủ dưới mức tối ưu ở người có chất lượng cuộc sống cao hơn 1 điểm chỉ bằng 0,86 lần những người có mức chất lượng cuộc sống thấp hơn 1 điểm (OR hiệu chỉnh = 0,86; 95% KTC: 0,74 - 0,99). Nói cách khác, mức độ lo âu tăng ở mức độ nhẹ là yếu tố tác động tiêu cực và chất lượng cuộc sống tăng là các yếu tố có tác động tích cực đến việc tuân thủ điều trị tốt.

**Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu ở nhóm MSM**

	Tuân thủ dưới mức tối ưu		Tuân thủ dưới mức tối ưu	
	OR thô (95% KTC)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (95% KTC)	Giá trị p
<b>Nhóm tuổi</b>				
16 - 24 tuổi	1	0,336	1	0,423
≥ 25 tuổi	1,31 (0,76 – 2,25)		1,31 (0,68 – 2,51)	
<b>Trình độ học vấn</b>				
Dưới PTTH	1	0,189 0,320	1	0,362 0,345
Hoàn thành PTTH	0,55 (0,22 – 1,34)		0,63 (0,23 – 1,70)	
Trên PTTH	0,66 (0,29 – 1,49)		0,64 (0,25 – 1,61)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Độc thân	1	0,071	1	0,299
Kết hôn/Ly hôn/Góa	2,90 (0,91 – 9,22)		1,96 (0,55 – 6,95)	
<b>Sống chung với người thân</b>				
Không	1	0,563	1	0,203
Có	1,18 (0,68 – 2,04)		1,50 (0,80 – 2,82)	
<b>Mắc các bệnh đồng nhiễm</b>				
Không	1	0,378	1	0,235
Có	0,76 (0,41 – 1,40)		0,64 (0,30 – 1,34)	
<b>Gặp tác dụng phụ của thuốc ARV</b>				
Không	1	0,494	1	0,379
Có	0,81 (0,45 – 1,46)		0,73 (0,37 – 1,46)	
<b>Hỗ trợ từ bác sỹ</b>				
Không/Hỗ trợ ít	1	0,385 0,213	1	0,550 0,178
Bình thường	1,67 (0,52 – 5,34)		1,48 (0,41 – 5,39)	
Nhiều/Rất nhiều	1,99 (0,67 – 5,89)		2,26 (0,69 – 7,39)	
<b>Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng</b>				
Không	1	0,235	1	0,208
Có	1,52 (0,76 – 3,02)		1,68 (0,75 – 3,75)	
<b>Tùng sử dụng đồ uống có cồn</b>				
Không	1	0,287	1	0,322
Có	1,37 (0,76 – 2,47)		1,40 (0,72 – 2,71)	
<b>Mức độ lo âu</b>				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	1	<b>0,003</b> 0,182 0,152	1	<b>0,010</b> 0,459 0,114
Mức độ nhẹ (5-9)	2,72 (1,40 – 5,26)		2,70 (1,26 – 5,74)	
Mức độ vừa phải (10-14)	1,85 (0,75 – 4,57)		1,47 (0,53 – 4,10)	
Mức độ nghiêm trọng (≥15)	0,37 (0,09 – 1,44)		0,29 (0,06 – 1,34)	
<b>Kỹ thị liên quan đến HIV</b>	1,01 (0,97 – 1,04)	0,729	0,98 (0,94 – 1,04)	0,603
<b>Chất lượng cuộc sống</b>	0,89 (0,80 – 0,99)	<b>0,038</b>	0,86 (0,74 – 0,99)	<b>0,045</b>



### 3.5. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị

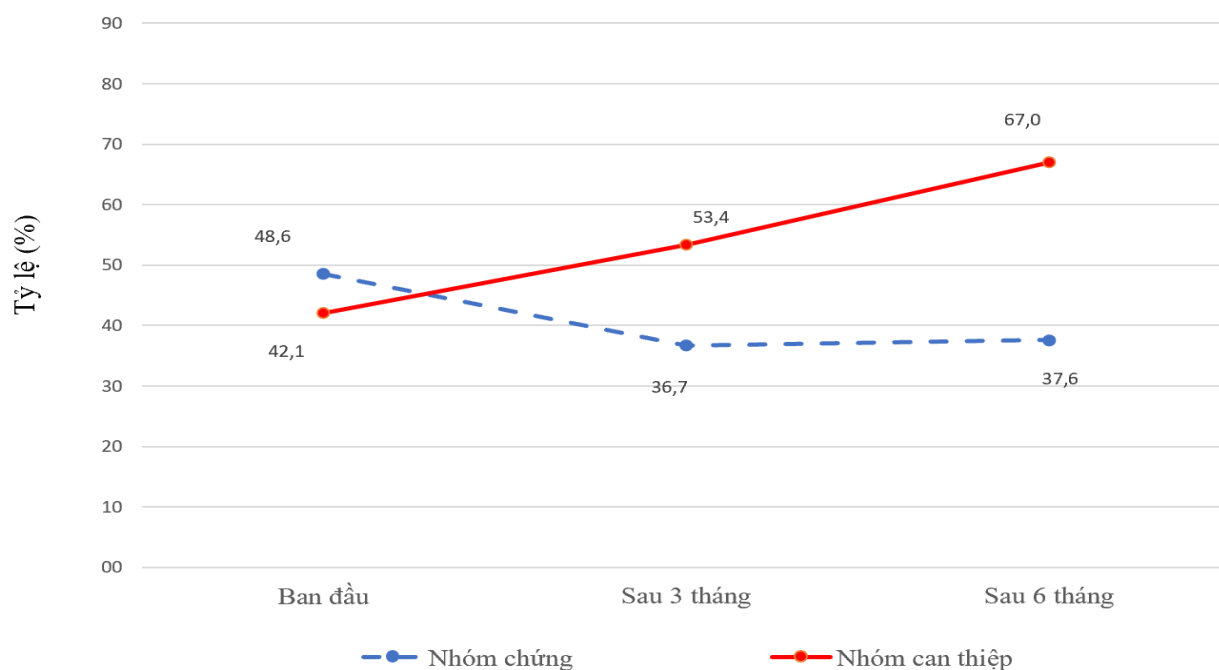
**Bảng 3.5: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua thang đo đa chiều**

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu (n = 212) n (%)	3 tháng (n = 201) n (%)	6 tháng (n = 207) n (%)	
<b>Tổng</b>				
Tuân thủ mức độ thấp	24 (11,3)	40 (19,9)*	44 (21,3)*	0,868
Tuân thủ mức độ trung bình	92 (43,4)	70 (34,8)	54 (26,1)	
Tuân thủ mức độ cao	96 (45,3)	91 (45,3)	109 (52,7)	
<b>Nhóm chứng</b>	<b>n = 105</b>	<b>n = 98</b>	<b>n = 101</b>	
Tuân thủ mức độ thấp	12 (11,4)	28 (28,6)	30 (29,7)	0,010
Tuân thủ mức độ trung bình	42 (40,0)	34 (34,7)	33 (32,7)	
Tuân thủ mức độ cao	51 (48,6)	36 (36,7)	38 (37,6)	
<b>Nhóm can thiệp</b>	<b>n = 107</b>	<b>n = 103</b>	<b>n = 106</b>	
Tuân thủ mức độ thấp	12 (11,2)	12 (11,6)	14 (13,2)	0,003
Tuân thủ mức độ trung bình	50 (46,7)	36 (35,0)	21 (19,8)	
Tuân thủ mức độ cao	45 (42,1)	55 (53,4)	71 (66,9)	

Ghi chú: \* p-value < 0,05 giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm ghi nhận

Ở thời điểm ban đầu, khi chưa thực hiện can thiệp, không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tuy nhiên, tại thời điểm 3 và 6 tháng, đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các mức độ tuân thủ điều trị ARV giữa nhóm chứng và can thiệp (\*: p-value < 0,05). Phân tích xu hướng thay đổi các mức độ tuân thủ điều trị trên từng nhóm đều cho thấy có sự khác biệt qua thời gian, với giá trị p-trend là 0,010 và 0,003 tương ứng với nhóm chứng và can thiệp.

Dưới đây là biểu đồ thể hiện sự thay đổi của tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao của nhóm can thiệp và nhóm chứng qua thời gian.



***Biểu đồ 3.1: Sự thay đổi tuân thủ điều trị mức độ cao (%) theo thời gian***

Nhóm chứng không duy trì được tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao tại mức ban đầu mà có xu hướng bị sụt giảm tại thời điểm 3 và 6 tháng. Trong khi đó, tỷ lệ tuân thủ mức độ cao ở nhóm can thiệp tại thời điểm 3 và 6 tháng cao hơn mức ban đầu

### 3.6. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại

*Bảng 3.6: Mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại*

	Tuân thủ dưới mức tối ưu		Tuân thủ dưới mức tối ưu	
	OR thô (KTC 95%)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
<b>Thời điểm ban đầu:</b>				
Nhóm chứng	1		1	
Nhóm can thiệp	1,39 (0,71 – 2,69)	0,334	1,51 (0,77 – 2,92)	0,224
<b>Nhóm chứng qua thời gian theo dõi</b>				
Ban đầu	1		1	
3 tháng	1,87 (0,99 – 3,53)	0,051	1,70 (0,84 – 3,40)	0,134
6 tháng	1,77 (0,95 – 3,30)	0,094	1,73 (0,85 – 3,51)	0,126
<b>Nhận can thiệp * Thời gian theo dõi</b>				
Can thiệp tại thời điểm 3 tháng	0,30 (0,12 – 0,74)	<b>0,009</b>	0,31 (0,13 – 0,77)	<b>0,012</b>
<b>Nhận can thiệp * Thời gian theo dõi</b>				
Can thiệp tại thời điểm 6 tháng	0,16 (0,06 – 0,39)	<b>&lt;0,001</b>	0,19 (0,07-0,46)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Nhóm tuổi</b>				
16-24 tuổi	1		1	
≥ 25 tuổi	0,95 (0,50 – 1,45)	0,806	1,02 (0,65 – 1,59)	0,927
<b>Sống chung với người thân</b>				
Không	1		1	
Có	1,30 (0,92 – 2,09)	0,121	1,50 (0,97 – 2,29)	0,064
<b>Thời gian uống ARV</b>				
Dưới 3 tháng	1		1	
3-6 tháng	1,52 (0,88 – 2,62)	0,125	1,62 (0,84 – 3,11)	0,144
Trên 6 tháng	0,85 (0,51 – 1,43)	0,551	1,19 (0,60 – 2,35)	0,614
<b>Hỗ trợ từ bác sỹ</b>				
Không/Hỗ trợ ít	1		1	
Bình thường	1,57 (0,65 – 3,79)	0,314	1,60 (0,63 – 4,05)	0,319
Nhiều/Rất nhiều	0,97 (0,42 – 2,24)	0,949	1,24 (0,52 – 2,99)	0,625
<b>Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng</b>				
Không	1		1	
Có	1,07 (0,65 – 1,75)	0,771	1,26 (0,75 -2,10)	0,371
<b>Mức độ lo âu</b>				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	1		1	
Mức độ nhẹ (5-9)	2,06 (1,30 – 3,28)	<b>0,002</b>	1,61 (0,98 – 2,65)	0,062
Mức độ vừa phải (10-14)	1,31 (0,59 – 2,92)	0,294	0,77 (0,32 – 1,84)	0,559
Mức độ nghiêm trọng (≥15)	0,68 (0,22 – 2,06)	0,503	0,40 (0,12 – 1,31)	0,131
<b>Kỳ thị liên quan đến HIV</b>	1,03 (1,00 – 1,06)	<b>0,021</b>	1,01 (0,98 – 1,05)	0,315
<b>Chất lượng cuộc sống</b>	0,79 (0,71 – 0,87)	<b>&lt;0,001</b>	0,81(0,72-0,92)	<b>0,001</b>

Kết quả mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại (MMRM) cho thấy:

- **Tại thời điểm ban đầu:** Không có sự khác biệt về mặt thống kê đối với nguy cơ đạt tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng (OR hiệu chỉnh: 1,51; KTC 95%: 0,77 – 2,92)
- **Trên nhóm chứng tại thời điểm 3 tháng:** Không có sự khác biệt thống kê về nguy cơ đạt tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu tại thời điểm 3 tháng so với thời điểm ban đầu (OR hiệu chỉnh: 1,70; KTC 95%: 0,84 – 3,40)
- **Trên nhóm chứng tại thời điểm 6 tháng:** Không có sự khác biệt thống kê về nguy cơ đạt tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu tại thời điểm 6 tháng so với thời điểm ban đầu (OR hiệu chỉnh: 1,73; KTC 95%: 0,85 – 3,51)
- **Trên nhóm nhận can thiệp tại thời điểm 3 tháng:** Những người nhận can thiệp tại thời điểm 3 tháng có xác suất tuân thủ dưới mức tối ưu giảm đáng kể so với nhóm chứng (OR hiệu chỉnh: 0,31; KTC 95%: 0,13 – 0,77).
- **Trên nhóm nhận can thiệp tại thời điểm 6 tháng:** Sau 6 tháng, những người nhận can thiệp có xác suất tuân thủ dưới mức tối ưu giảm rất mạnh so với nhóm chứng (OR hiệu chỉnh: 0,19; KTC 95%: 0,07-0,46). Điều này chỉ ra rằng sự can thiệp không chỉ có hiệu quả trong ngắn hạn mà còn duy trì hiệu quả lâu dài, với mức độ ý nghĩa thống kê rất cao (giá trị  $p < 0,001$ ).
- **Mức độ lo âu (Bình thường/Mức độ tối thiểu so với Mức độ nhẹ và Mức độ nghiêm trọng):** Người có mức độ lo âu nhẹ có xác suất tuân thủ dưới mức tối ưu cao hơn đáng kể so với người có mức độ lo âu bình thường hoặc tối thiểu (OR thô: 2,06; KTC 95%: 1,30 – 3,28). Tuy nhiên, khi điều chỉnh, mặc dù vẫn có xu hướng như vậy, nhưng kết quả không còn có ý nghĩa thống kê. Mức độ lo âu nghiêm trọng, mặc dù có OR thấp hơn (cho thấy xác suất tuân thủ dưới mức tối ưu thấp hơn), nhưng không có ý nghĩa thống kê.
- **Chất lượng cuộc sống:** Người có chất lượng cuộc sống thấp có khả năng tuân thủ dưới mức tối ưu cao hơn đáng kể so với người có chất lượng cuộc sống cao (OR hiệu chỉnh: 0,81; KTC 95%: 0,72 – 0,92). Kết quả này có ý nghĩa thống kê rất cao, cho thấy chất lượng cuộc sống là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc tuân thủ.

### 3.7. Hiệu quả tăng cường chất lượng cuộc sống

**Bảng 3.7: Điểm chất lượng cuộc sống tại thời điểm ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng**

	Thời điểm			Giá trị P-trend
	Ban đầu (N = 212)	3 tháng (N = 201)	6 tháng (N = 207)	
<b>Tổng</b>	<b>n = 212</b>	<b>n = 199</b>	<b>n = 207</b>	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	14,2 (2,0)	14,5 (2,2)*	<b>0,000</b>
Điểm sức khỏe thể chất (TB, ĐLC)	14,4 (2,5)	14,9 (2,5)	15,1 (2,6)	0,004
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, ĐLC)	13,6 (2,5)	14,0 (2,4)*	14,5 (2,7)*	0,000
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,3 (2,4)	14,9 (2,3)	15,2 (2,4)*	0,000
Điểm quan hệ xã hội (TB, ĐLC)	12,9 (2,5)	13,4 (2,6)*	13,6 (2,9)*	0,008
Điểm môi trường sống (TB, ĐLC)	13,9 (2,4)	14,0 (2,4)	14,4 (2,6)*	0,020
Điểm niềm tin cá nhân (TB, ĐLC)	13,6 (3,3)	13,8 (3,3)	14,1 (3,5)	0,084
<b>Nhóm chứng</b>	<b>n = 105</b>	<b>n = 96</b>	<b>n = 101</b>	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	14,0 (2,0)	14,1 (2,3)	0,196
Điểm sức khỏe thể chất (TB, ĐLC)	14,3 (2,5)	14,8 (2,6)	14,8 (2,6)	0,114
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, ĐLC)	13,5 (2,4)	13,7 (2,5)	13,9 (2,8)	0,236
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,3 (2,4)	14,8 (2,3)	14,8 (2,4)	0,109
Điểm quan hệ xã hội (TB, ĐLC)	12,9 (2,5)	13,0 (2,9)	12,9 (3,1)	0,873
Điểm môi trường sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,5)	13,8 (2,5)	14,0 (2,8)	0,568
Điểm niềm tin cá nhân (TB, ĐLC)	13,5 (3,1)	13,7 (3,2)	13,9 (3,6)	0,313
<b>Nhóm can thiệp</b>	<b>n = 106</b>	<b>n = 103</b>	<b>n = 106</b>	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,9 (2,1)	14,4 (2,0)	14,8 (2,0)	<b>0,000</b>
Điểm sức khỏe thể chất (TB, ĐLC)	14,4 (2,4)	15,0 (2,5)	15,4 (2,5)	<b>0,013</b>
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, ĐLC)	13,8 (2,7)	14,4 (2,3)	15,0 (2,5)	<b>0,000</b>
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,2 (2,4)	15,0 (2,4)	15,6 (2,3)	<b>0,000</b>
Điểm quan hệ xã hội (TB, ĐLC)	12,9 (2,6)	13,7 (2,3)	14,2 (2,6)	<b>0,000</b>
Điểm môi trường sống (TB, ĐLC)	14,0 (2,3)	14,2 (2,7)	14,7 (2,4)	<b>0,009</b>
Điểm niềm tin cá nhân (TB, ĐLC)	13,8 (3,4)	13,9 (3,3)	14,4 (3,4)	0,166

Sau thời gian thực hiện can thiệp, tổng điểm chất lượng cuộc sống của tổng số đối tượng nghiên cứu có xu hướng thay đổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng so với thời điểm ban đầu (giá trị p-trend < 0,001). Trên nhóm chứng, điểm chất lượng cuộc sống trên tất cả các lĩnh vực đều không có sự thay đổi qua thời gian. Ngược lại, trên nhóm can thiệp, điểm chất lượng cuộc sống có xu hướng tăng lên qua thời gian trên hầu hết các lĩnh vực, ngoại trừ lĩnh vực niềm tin cá nhân.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV CỦA MSM TRƯỚC CAN THIỆP**

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức tối ưu trên nhóm MSM ở mức thấp (45,28%) tại thời điểm trước can thiệp. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp này thấp hơn đáng kể so với tuân thủ điều trị theo đánh giá đơn lẻ từng mặt. Phương pháp kết hợp có thể ước tính một cách chặt chẽ hơn mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh. Đây là lần đầu tiên nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị ARV được thực hiện trên nhóm MSM ở Việt Nam được đo lường bằng bộ công cụ đa chiều. So với các nghiên cứu sử dụng cùng một bộ công cụ đánh giá đa chiều, tỷ lệ của nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu trên nhóm dân số chung nhiễm HIV tại các nước châu Phi năm 2007 (56%), Hà Nội năm 2016 (66,2%) và nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 (82,1%). Do các nghiên cứu thực hiện trên các quần thể người nhiễm HIV khác nhau. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng chỉ ra mức độ tuân thủ điều trị ARV ở mức tối ưu trên nhóm MSM cũng dao động rất lớn, từ 30% đến 82%. Tuy nhiên, mỗi nghiên cứu sử dụng các công cụ đo lường khác nhau, thiết lập các ngưỡng tuân thủ điều trị và khoảng thời gian đo lường khác nhau tùy thuộc vào mục đích của nghiên cứu.

#### **4.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV**

Trong mô hình hồi quy logistic, hai yếu tố là lo âu ở mức độ nhẹ và chất lượng cuộc sống là các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tuân thủ điều trị của nhóm MSM. Yếu tố lo âu làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cũng được phát hiện trong một số nghiên cứu ở nhóm MSM ở Trung Quốc. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, các rối loạn tinh thần thường gặp nhất ở thời điểm trước và trong năm đầu của điều trị ARV. Do vậy các biện pháp can thiệp tuân thủ phải được bắt đầu càng sớm càng tốt tại thời điểm kết nối với điều trị để tối đa hóa hiệu quả của chúng. Chất lượng cuộc sống tăng có nguy cơ làm giảm tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu, đồng nghĩa với việc MSM có mức độ tuân thủ điều trị tốt hơn. Điều này tương đồng với những phát hiện trước đây trên nhóm dân số chung đang điều trị ARV và nhóm MSM nói riêng.

#### **4.3. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ**

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở mức độ cao trước can thiệp trên nhóm can thiệp là 42,1% đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp là 66,9%. Tại thời điểm trước can thiệp, nghiên cứu ghi nhận có 45,28% tổng số MSM ở cả hai nhóm đạt mức tuân thủ cao theo thang đa chiều. Tỷ lệ theo thang đánh giá kết hợp này thấp hơn đáng kể so với tuân thủ điều trị theo đánh giá đơn lẻ từng mặt

cho thấy MSM có kiến thức tốt về sử dụng thuốc không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt, MSM báo cáo đã sử dụng hết thuốc trong kỳ cũng không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt.

Nghiên cứu là một thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên đầu tiên ở Việt Nam sử dụng mạng xã hội Zalo để hỗ trợ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống ở MSM nhiễm HIV/AIDS. Mức độ tuân thủ điều trị được cải thiện có ý nghĩa thống kê trên nhóm can thiệp ( $p$ -value < 0,05). Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao sau can thiệp trên nhóm can thiệp được cải thiện so với trước can thiệp, tăng từ 42,1% lên 67,0%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trên nhóm MSM ở Trung Quốc, các can thiệp trên các phương tiện truyền thông mạng xã hội WeCare có tác động tích cực với tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu này, các can thiệp tập trung về nhận thức, kỹ năng, hành vi tuân thủ điều trị chỉ làm tăng mức độ tuân thủ điều trị mức cao lên 24,9%, từ trước can thiệp (42,1%) đến sau can thiệp (67,0%). Các biện pháp can thiệp nhiều tầng nhằm giải quyết các vấn đề về rào cản về cấu trúc và xã hội đối với việc tuân thủ điều trị ARV ở MSM. Ngoài việc tập trung vào các can thiệp ở cấp độ cá nhân cần có những nỗ lực để cải thiện hệ thống và cộng đồng nơi MSM đang sinh sống, đồng thời phát triển các dịch vụ phù hợp để đáp ứng nhu cầu của họ.

Điểm mạnh trong nghiên cứu là phân tích hiệu quả can thiệp có kiểm soát cho giá trị trước can thiệp và sự khác biệt của từng đối tượng tham gia nghiên cứu thông qua mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại. Mô hình này không những có thể mô hình hoá sự thay đổi về kết quả các lần đo trên từng cá thể người bệnh mà còn có thể tính toán những thông số có tác động đến sự thay đổi của từng người bệnh như thời gian theo dõi, tác động can thiệp, tình trạng sống chung với người thân, thời gian uống ARV, sự hỗ trợ từ bác sĩ, việc tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng cũng như mức độ lo âu và chất lượng cuộc sống. Ưu điểm của mô hình này cho phép ước lượng đúng hiệu quả của can thiệp khi số liệu bị thiếu ở các lần phỏng vấn hoặc độ chệch của dữ liệu bởi việc phân bổ ngẫu nhiên. Việc áp dụng mô hình này trong việc phân tích số liệu can thiệp giúp nghiên cứu đưa ra kết quả có tính chính xác cao.

#### **4.4. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ QUA TẢI LƯỢNG VI RÚT**

Nghiên cứu không đo lường trực tiếp TLVR của nhóm MSM tại các thời điểm theo dõi mà sử dụng số liệu thu thập từ bệnh án ở các phòng khám với giả định rằng kết quả đo TLVR sau 6 tháng điều trị được lấy làm số liệu của giai đoạn trước can thiệp, kết quả đo TLVR sau 12 tháng điều trị được lấy làm số liệu của giai đoạn sau can thiệp. Kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ kết quả TLVR trước can thiệp, nhưng đến giai đoạn sau can thiệp có thể quan sát sự khác biệt về tỷ lệ vi rút

dưới ngưỡng phát hiện trên nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tỷ lệ vi rút dưới ngưỡng phát hiện của nhóm can thiệp là 44,9%, cao hơn ở nhóm chứng là 36,3%. Tuy nhiên, cần xem xét thận trọng kết quả này vì số liệu TLVR của người bệnh chưa đầy đủ. Mặc khác, các thuốc ARV hiện nay đã được phát triển, hiệu quả dược lý được tăng cường nên việc quên liều ở một mức độ nhất định vẫn có thể đạt được sự ức chế vi rút học.

#### **4.5. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG**

Chất lượng cuộc sống là một chỉ số đầu ra quan trọng trong đánh giá hiệu quả các can thiệp và chương trình y tế. Nghiên cứu ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm số chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp trong tất cả lĩnh vực về sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, mức độ độc lập, quan hệ xã hội và môi trường sống. Trong khi đó, nhóm chứng không có sự thay đổi về chất lượng cuộc sống qua thời gian. Mặc dù đây không phải là kết quả chính của nghiên cứu, tuy nhiên các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu không những mang lại hiệu quả nhất định trong việc tăng cường mức độ tuân thủ điều trị mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống của nhóm MSM đang điều trị ARV.

### **KẾT LUẬN**

#### **1. THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ**

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức tối ưu trên nhóm MSM tại thời điểm trước can thiệp ở mức thấp (45,28%). Trong khi mức độ lo âu tăng là yếu tố tác động tiêu cực đến việc tuân thủ điều trị tốt, ngược lại chất lượng cuộc sống tăng là yếu tố tác động tích cực. Tình trạng lo âu ở mức nhẹ có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cao hơn so với nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ lo âu bình thường (OR = 2,7, 95% KTC: 1,26 - 5,74). Chất lượng cuộc sống tăng có nguy cơ làm giảm tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu (OR = 0,86, 95% KTC: 0,74 - 0,99).

#### **2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP TĂNG CƯỜNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV**

Trong khi mức độ tuân thủ điều trị ARV của nhóm chứng không được duy trì mà còn có xu hướng giảm qua thời gian, nhóm can thiệp lại có mức độ tuân thủ điều trị ARV được cải thiện đáng kể. Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao của nhóm can thiệp tăng từ 42,1% (thời điểm ban đầu) lên 53,4% (sau 3 tháng) và lên tới 67,0% (sau 6 tháng).



Sau khoảng thời gian thực hiện can thiệp, tổng điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu trên có xu hướng thay đổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng so với thời điểm ban đầu (p-trend value < 0,001).

Trong mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại, không có sự khác biệt về mặt thống kê về nguy cơ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng tại thời điểm 3 tháng (OR hiệu chỉnh = 1,70, KTC 95%: 0,84 – 3,40) và 6 tháng (OR hiệu chỉnh = 1,73; KTC 95%: 0,85 – 3,51) so với thời điểm ban đầu. Nhóm can thiệp có sự khác biệt về nguy cơ đạt tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu so với nhóm chứng tại thời điểm 3 tháng (OR hiệu chỉnh = 0,31, KTC 95%: 0,13 – 0,77) và 6 tháng so (OR hiệu chỉnh = 0,19, KTC 95%: 0,07-0,46). Mô hình cho thấy chất lượng cuộc sống tăng là các yếu tố có tác động tích cực đến việc tuân thủ điều trị tốt.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### **Đối với nghiên cứu:**

Nhóm MSM là nhóm nguy cơ cao không tuân thủ điều trị. Cần bổ sung các dữ liệu cập nhật về thực trạng tuân thủ điều trị của nhóm nguy cơ này. Nên nghiên cứu mở rộng và tiếp tục triển khai thêm ở nhiều địa bàn khác để đánh giá hiệu quả được toàn diện hơn. Đồng thời, cần có các nghiên cứu trên quy mô rộng hơn về khả năng thực thi, tính chấp nhận và tính toán thêm về chi phí - hiệu quả của loại hình can thiệp này.

Để mang lại hiệu quả cao hơn, cần có các biện pháp can thiệp nhiều tầng nhằm giải quyết các vấn đề, các yếu tố tác động về cấu trúc và xã hội đến với việc tuân thủ điều trị ARV ở MSM.

### **Đối với chương trình hỗ trợ tăng cường tuân thủ điều trị cho nhóm MSM:**

Thực hiện sàng lọc, phỏng vấn nhanh MSM đang điều trị ARV tại các cơ sở y tế để xác định người bệnh có nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV cao. Tập trung tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị từ đó xây dựng các can thiệp hỗ trợ nhóm nguy cơ này. Ngoài việc tập trung vào các can thiệp ở cấp độ cá nhân cần có những nỗ lực để cải thiện hệ thống và cộng đồng nơi MSM đang sinh sống, đồng thời phát triển các dịch vụ phù hợp để đáp ứng nhu cầu của họ.

Tăng cường tập huấn cho nhân viên tư vấn tuân thủ điều trị không những tập trung vào kiến thức và kỹ năng tuân thủ điều trị tốt, mà cần lưu ý đến các vấn đề sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống của MSM.