

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2024

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**

Ngành : Y tế công cộng

Mã số : 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS. Lê Minh Giang

2. TS. Phạm Hồng Thắng

HÀ NỘI – 2024

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Thị Bích Hồng, nghiên cứu sinh khóa 39 Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, ngành Y tế Công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Lê Minh Giang và TS. Phạm Hồng Thắng.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2024

Người viết cam đoan

Vũ Thị Bích Hồng

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin bày tỏ lời cảm ơn tới PGS.TS. Lê Minh Giang, Viện trưởng Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng - trường Đại học Y Hà Nội; TS. Phạm Hồng Thắng, Trưởng khoa HIV/AIDS - Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, là những người thầy trực tiếp hướng dẫn, đã tận tình giúp đỡ, truyền đạt kiến thức trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Bộ môn Y tế Công cộng, phòng Đào tạo Sau đại học đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi nhất trong suốt quá trình học tập và hoàn thiện luận án.

Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành đến các bác sĩ, điều dưỡng của 3 phòng khám ngoại trú điều trị ARV tại Trung tâm y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm y tế quận Hoàng Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tôi cũng hết sức cảm ơn sự hợp tác và tham gia của những người nhiễm HIV trong quá trình triển khai nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám đốc và các đồng nghiệp tại Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học - Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu. Xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo và các cán bộ Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về lạm dụng chất và HIV - trường Đại học Y Hà Nội đã tư vấn, giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu.

Trân trọng cảm ơn các Thầy/Cô trong các Hội đồng đạo đức, Hội đồng khoa học chấm luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức và hoàn thiện luận án đạt chất lượng tốt hơn.

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

Hà Nội, ngày 12 tháng 08 năm 2024

Vũ Thị Bích Hồng

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	viii
DANH MỤC BẢNG.....	ix
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	xi
DANH MỤC HÌNH.....	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. HIV và tình hình lây nhiễm HIV trên nhóm MSM	3
1.2. Khái niệm và vai trò của tuân thủ điều trị ARV.....	5
1.2.1. Tổng quan về thuốc ARV	5
1.2.2. Khái niệm tuân thủ điều trị.....	6
1.2.3. Vai trò của tuân thủ điều trị.....	7
1.3. Các biện pháp đo lường và đánh giá tuân thủ điều trị.....	8
1.3.1. Phương pháp giám sát khách quan.....	8
1.3.2. Phương pháp giám sát chủ quan	11
1.4. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố ảnh hưởng tuân thủ điều trị ở nhóm MSM	14
1.4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV	14
1.4.2. Các yếu tố ở cấp độ cá nhân.....	15
1.4.3. Các yếu tố liên quan đến phác đồ điều trị	17
1.4.4. Các yếu tố ở cấp độ cấu trúc	18
1.4.5. Một số yếu tố ở cấp độ xã hội	19
1.4.6. Kết hợp các yếu tố.....	21
1.5. Các loại can thiệp làm tăng cường tuân thủ điều trị ARV	22
1.6. Can thiệp tuân thủ điều trị bằng các ứng dụng trên phương tiện truyền thông mạng xã hội	29

1.6.1. Khái niệm phương tiện truyền thông mạng xã hội.....	29
1.6.2. Một số can thiệp sử dụng phương tiện truyền thông mạng xã hội.....	30
1.7. So sánh các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị	34
1.8. Thông tin về việc theo dõi và đánh giá tuân thủ điều trị tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội.....	38
1.9. Khung lý thuyết, câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu.....	42
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	44
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	44
2.2. Thời gian, địa điểm	44
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	45
2.4. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu.....	45
2.5. Quy trình nghiên cứu.....	46
2.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu	55
2.6.1. Công cụ	55
2.6.2. Quản lý và phân tích dữ liệu	59
2.6.3. Bộ chỉ số đánh giá hiệu quả của can thiệp	63
2.6.4. Sai số và các biện pháp khống chế sai số trong nghiên cứu	64
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....	64
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	65
3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu.....	65
3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu xã hội học.....	66
3.1.2. Tiền sử bệnh.....	68
3.1.3. Tình trạng điều trị ARV	69
3.1.4. Tiết lộ tình trạng HIV.....	70
3.1.5. Hỗ trợ từ gia đình và xã hội	71
3.1.6. Mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, amphetamine, chất dạng thuốc phiện	73
3.1.7. Sức khỏe tinh thần.....	74
3.1.8. Kỳ thị của nhóm MSM đang điều trị ARV	75

3.1.9. Chất lượng cuộc sống của nhóm MSM.....	76
3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị của MSM tại thời điểm trước can thiệp.....	77
3.2.1. Kết quả phần 1 thang đo đa chiều	77
3.2.2. Kết quả phần 2 thang đo đa chiều	78
3.2.3. Kết quả phần 3 thang đo đa chiều	78
3.2.4. Kết quả phần 4 thang đo đa chiều	79
3.2.5 Kết quả tuân thủ điều trị theo thang đo đa chiều.....	80
3.2.6. Kết quả đo tải lượng vi rút	81
3.2.7. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tại thời điểm trước can thiệp	82
3.3. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị	84
3.3.1. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 1 thang đo đa chiều	84
3.3.2. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 2 thang đo đa chiều	85
3.3.3. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 3 thang đo đa chiều	86
3.3.4. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 4 thang đo đa chiều	87
3.3.5. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua các phần của thang đo đa chiều	87
3.3.6. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua kết quả tải lượng vi rút	90
3.3.7. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại.....	92
3.4. Hiệu quả tăng cường chất lượng cuộc sống	97
3.5. Đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp	99
3.5.1. Một số chỉ số đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp	99
3.5.2. Chủ đề bài truyền thông được bệnh nhân quan tâm.....	100
3.5.3. Mức độ hữu ích của bài truyền thông, thông điệp ngắn do MSM đánh giá.....	101
3.5.4. Mức độ hài lòng của MSM về dịch vụ của các cơ sở y tế	101
Chương 4. BÀN LUẬN	103
4.1. Một số đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu	103
4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học	103
4.1.2. Phác đồ điều trị ARV và tác dụng phụ của thuốc	104
4.1.3. Thời gian điều trị ARV	105

4.1.4. Tình hình sử dụng bảo hiểm y tế trong quá trình điều trị ARV	106
4.1.5. Các hỗ trợ xã hội MSM nhận được từ bạn bè, gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV	106
4.1.6. Sức khoẻ tinh thần.....	107
4.2. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM tại thời điểm trước can thiệp	108
4.2.1. Thực trạng tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn	108
4.2.2. Thực trạng tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS)	108
4.2.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng thuốc	109
4.2.4. Thực trạng tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ	110
4.2.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều.....	110
4.2.6. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị ARV	111
4.3. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM trong nghiên cứu can thiệp	115
4.3.1. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn.....	115
4.3.2. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS).....	116
4.3.3. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV	116
4.3.4. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên thuốc trong kỳ	117
4.3.5. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều	118
4.3.6. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng phương pháp đo tải lượng vi rút	120
4.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống của MSM	121
4.5. Một số chỉ số quá trình trong hoạt động can thiệp	124
4.5.1. Các hoạt động can thiệp trên Zalo.....	124
4.5.2. Chủ đề bài truyền thông được đối tượng tham gia nghiên cứu quan tâm ..	127
4.6. Đánh giá về tính phù hợp và khả năng duy trì của hoạt động can thiệp thực hiện trong nghiên cứu.....	127
4.7. Hạn chế của nghiên cứu	129

4.8. Điểm mới về khoa học, giá trị thực tiễn và bài học kinh nghiệm	131
4.8.1. Điểm mới về khoa học, giá trị thực tiễn.....	131
4.8.2. Bài học kinh nghiệm rút ra từ quá trình nghiên cứu	131
KẾT LUẬN	134
KHUYẾN NGHỊ.....	135
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN	
QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ARV	: Antiretroviral - Thuốc kháng virus
ATS	: Amphetamine type stimulant (Chất kích thích dạng amphetamine)
ĐLC	: Độ lệch chuẩn
GTLN	: Giá trị lớn nhất
GTNN	: Giá trị nhỏ nhất
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người)
KTC	: Khoảng tin cậy
NCS	: Nghiên cứu sinh
MSM	: Men who have sex with men – Nam quan hệ tình dục đồng giới
OR	: Odd ratio – Tỷ suất chênh
QHTD	: Quan hệ tình dục
TB	: Trung bình
TLVR	: Tải lượng vi rút
UNAIDS	: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình Liên hợp quốc về HIV/AIDS)
VAS	: Visual Analog Scale – Thang đo trực quan
WHO	: World Health Organization – Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1:	Phân bố số lượng MSM trong các nhóm và các phòng khám.....	49
Bảng 2.2:	Lịch thực hiện các can thiệp	49
Bảng 2.3:	Chủ đề các bài truyền thông	51
Bảng 2.4:	Chủ đề các thông điệp	52
Bảng 2.5:	Các câu hỏi phỏng vấn đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 1 của bộ công cụ đánh giá đa chiều	56
Bảng 2.6:	Các câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 3 của công cụ đánh giá đa chiều.....	57
Bảng 2.7:	Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị theo phương pháp kết hợp sử dụng bộ công cụ đa chiều	58
Bảng 2.8:	Tần suất thu thập dữ liệu	59
Bảng 3.1:	Đặc điểm nhân khẩu xã hội học của đối tượng nghiên cứu.....	66
Bảng 3.2:	Đặc điểm về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	68
Bảng 3.3:	Tình trạng điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu.....	69
Bảng 3.4:	Tiết lộ tình trạng HIV của đối tượng nghiên cứu	70
Bảng 3.5:	Mức độ hỗ trợ của bạn tình/vợ chồng, bố mẹ/gia đình, bạn bè, nhân viên y tế	71
Bảng 3.6:	Mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, amphetamine, chất dạng thuốc phiện	73
Bảng 3.7:	Điểm và mức độ lo âu của đối tượng nghiên cứu.....	74
Bảng 3.8:	Điểm và mức độ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu.....	74
Bảng 3.9:	Điểm kỳ thị của đối tượng nghiên cứu	75
Bảng 3.10:	Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu	76
Bảng 3.11:	Kết quả phần 1 thang đo đa chiều	77
Bảng 3.12:	Kết quả phần 2 thang đo đa chiều	78
Bảng 3.13:	Kết quả phần 3 thang đo đa chiều	79
Bảng 3.14:	Kết quả phần 4 thang đo đa chiều	80

Bảng 3.15:	Kết quả thang đo đa chiều	80
Bảng 3.16:	Kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm trước can thiệp	81
Bảng 3.17:	Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu ở nhóm MSM.....	82
Bảng 3.18:	Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 1 thang đo đa chiều	84
Bảng 3.19:	Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 2 thang đo đa chiều	85
Bảng 3.20:	Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 3 thang đo đa chiều	86
Bảng 3.21:	Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 4 thang đo đa chiều	87
Bảng 3.22:	Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua thang đo đa chiều	88
Bảng 3.23:	Kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm sau can thiệp	90
Bảng 3.24:	So sánh kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp.....	91
Bảng 3.25:	Mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại	92
Bảng 3.26:	Điểm chất lượng cuộc sống tại thời điểm ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng	97
Bảng 3.27:	Một số chỉ số đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp	99
Bảng 3.28:	Chủ đề bài truyền thông được MSM quan tâm	100
Bảng 3.29:	Mức độ hữu ích của các bài truyền thông, thông điệp ngắn.....	101
Bảng 3.30:	Mức độ hài lòng của MSM về dịch vụ của các cơ sở y tế.....	101

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Sự thay đổi tuân thủ điều trị mức độ cao (%) theo thời gian	89
Biểu đồ 3.2.	Biến thiên hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng và nhóm can thiệp	96

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1:	Mô hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị dạng đơn lẻ hoặc kết hợp	35
Hình 1.2:	Hiệu quả của các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn	36
Hình 1.3:	Khung lý thuyết của nghiên cứu	43
Hình 2.1:	Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	46
Hình 2.2:	Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS.....	57
Hình 3.1:	Lưu đồ mẫu nghiên cứu	65

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 tính đến 13/07/2023 [176]. Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) là một trong các nhóm bị ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ nhiễm mới, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các gánh nặng bệnh tật liên quan trong nhóm MSM trên tất cả các quốc gia đều ở mức cao [174]. Ở Việt Nam, tỷ lệ HIV gia tăng cao trong nhóm MSM trong suốt thập kỷ qua với tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM vào năm 2022 là 12,1% [164]. Trong đó, Hà Nội là khu vực đô thị có tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 13,6%, cao hơn tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình của quốc gia [163].

Để hạn chế việc lây truyền HIV và nâng cao chất lượng cuộc sống của người có HIV, tất cả người có HIV đều cần được chăm sóc và điều trị ngay sau khi được chẩn đoán khẳng định [5]. Việc điều trị sớm và tuân thủ điều trị nghiêm ngặt giúp giảm tải lượng vi rút xuống dưới 200 bản sao/mL máu, người nhiễm HIV sẽ không còn khả năng lây truyền HIV cho người khác qua đường tình dục. Mặc dù việc điều trị ARV không giúp người bệnh khỏi hoàn toàn HIV/AIDS nhưng có thể ức chế tối ưu sự nhân lên của HIV, cho phép hệ miễn dịch phục hồi từ đó phòng ngừa các bệnh nhiễm trùng cơ hội, kéo dài và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. 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 [6]. Tuy vậy, việc tuân thủ điều trị là không dễ dàng, nhiều bệnh nhân gặp khó khăn trong quá trình điều trị dài ngày. 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% [161], [159], [157]. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM. Nhóm nguy cơ này phải đối mặt với nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị không những ở

mức độ cá nhân, cấp độ cấu trúc – xã hội và có thể chịu tác động của nhiều yếu tố cùng một lúc [157]. Trong năm đầu tiên điều trị ARV, nhóm MSM gặp rất nhiều thách thức liên quan đến việc điều trị như: thiếu kỹ năng tuân thủ điều trị, thiếu thông tin, kiến thức, lo ngại tác dụng phụ của thuốc, thay đổi thói quen hàng ngày, hay gặp những rối loạn về sức khỏe tinh thần như lo âu, trầm cảm, và có chất lượng cuộc sống thấp [156]. Vì vậy, việc tăng cường tuân thủ điều trị ARV ở nhóm này cần được quan tâm nhiều hơn.

Đồng thời, cùng với sự phát triển của công nghệ thông tin, phương tiện truyền thông mạng xã hội đã trở thành phương pháp tiếp cận có tính thích ứng và dễ tiếp cận đối với các hoạt động y tế, đặc biệt ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [153]. Ở nước ta, Zalo – một ứng dụng mạng xã hội sẵn có, phổ biến, thuận tiện, bảo mật cao, với những tính năng hấp dẫn cần được nghiên cứu để triển khai thí điểm, là cơ sở để tối ưu hoá và mở rộng triển khai can thiệp ở nhiều địa bàn khác nhau. Tuy nhiên, các can thiệp trên mạng xã hội nói chung và Zalo nói riêng nhằm cải thiện sự tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM vẫn chưa được áp dụng ở Việt Nam. Xuất phát từ thực tế trên, câu hỏi đặt ra là: Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM mới điều trị trong năm đầu tiên như thế nào? Hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị trên Zalo cho nhóm MSM như thế nào? Sau khi triển khai thí điểm, có thể áp dụng các can thiệp này tại các cơ sở y tế khác không? Để trả lời cho các câu hỏi nghiên cứu trên, 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:

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.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. HIV và tình hình lây nhiễm HIV trên nhóm MSM

Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (*Human Immunodeficiency Virus HIV*) được phân loại vào chi Lentivirus trong họ Retroviridae, phân họ Orthoretrovirinae [87]. Nguồn gốc của HIV có thể bắt nguồn từ quá trình lây nhiễm từ động vật sang người với vi rút suy giảm miễn dịch Simian (SIV) từ các loài linh trưởng châu Phi. Trường hợp lây truyền HIV đầu tiên được xác định là xảy ra ở Cộng hòa Dân chủ Congo vào đầu những năm 1920 [17]. HIV gồm 2 nhóm chính là HIV-1 và HIV-2. Hai nhóm này khác nhau về kháng nguyên, trọng lượng phân tử của các thành phần cấu trúc, thời gian ủ bệnh, tỷ lệ lây nhiễm và tiến triển của bệnh khác nhau. HIV-1 có mặt trên toàn thế giới và là tác nhân gây dịch AIDS, trong khi HIV-2 tập trung chủ yếu ở Tây Phi, hiếm gặp ở nơi khác.

Năm 1981, trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được mô tả qua nghiên cứu hàng loạt các các bệnh nhiễm trùng không rõ nguyên nhân trong nhóm MSM ở Hoa Kỳ [152]. HIV/AIDS từ đó đã phát triển thành đại dịch toàn cầu ảnh hưởng đến nhiều nhóm dân cư khác nhau. Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tính đến 13/07/2023, với khoảng 40,4 triệu (32,9–51,3 triệu) người sống chung với HIV. Trong đó, riêng năm 2022, có 1,3 triệu (1,0 triệu – 1,7 triệu) ca nhiễm mới HIV được phát hiện, 630.000 người tử vong liên quan đến HIV, có 76% tổng số người sống chung với HIV nhận được điều trị liệu pháp kháng vi rút [176]. Quan hệ tình dục (QHTD) giữa nam và nam là một con đường quan trọng của nhiễm HIV-1. Trong thập kỷ qua, đã có sự lo ngại gia tăng về các trường hợp nhiễm HIV mới được phát hiện và đang hồi sinh ở nhóm MSM trên toàn thế giới. Trong khi tỷ lệ nhiễm HIV ở người trưởng thành thấp và giảm ở hầu hết các quốc gia, nhóm MSM tiếp tục bị ảnh hưởng không cân xứng bởi nhiễm HIV [151]. Trên toàn cầu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình ở người trưởng thành (15 – 49 tuổi) là 0,7%, tuy nhiên tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 7,5% [174]. Theo số liệu của UNAIDS

2023, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM cao nhất ở phía Đông và Nam châu Phi (12,9%), tiếp theo ở khu vực Caribe (11,8%), sau đó đến khu vực châu Mỹ La Tinh (9,5%), khu vực phía Tây và Trung Phi (8,0%) [174]. Các khu vực có tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM thấp hơn ở Trung Đông và Bắc Phi (6,6%), khu vực Tây-Trung châu Âu và Bắc Mỹ (5,5%), châu Á và châu Đại Dương (4,7%), Đông Âu và Trung Á (4,3%) [174].

Theo ước tính của các chuyên gia, cả nước hiện có tới khoảng 249.000 người nhiễm HIV đang sống trong cộng đồng. Trong năm 2023, cả nước ghi nhận 13.445 trường hợp phát hiện mới HIV dương tính, 1.623 trường hợp tử vong [150]. Số người nhiễm HIV đang còn sống là 234.220 trường hợp; tổng số người nhiễm HIV tử vong lũy tích là 114.195 trường hợp. Trong số xét nghiệm phát hiện mới HIV năm 2023: 84,28% là nam giới và lây nhiễm qua đường tình dục là 80,8% [150]. Về phân bố số ca xét nghiệm phát hiện mới theo địa bàn cả nước thì cao nhất là tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long (33%) và thành phố Hồ Chí Minh (23,5%), khu vực Đông Nam Bộ là 21%, khu vực miền Núi phía Bắc chiếm 9%, khu vực Bắc Trung Bộ, Nam Trung Bộ và đồng bằng sông Hồng mỗi khu vực chiếm 4% đến 7%, khu vực Tây Nguyên thấp nhất (3%) [150].

Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tăng lên một cách đáng lo ngại, từ 6,7% năm 2014 lên 12,47% vào năm 2022 [150]. Một số địa phương, tỷ lệ người nhiễm HIV là MSM chiếm đến 50-70% tổng số các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện [150]. Hà Nội là một trong hai thành phố lớn có số lượng người nhiễm HIV cao nhất cả nước và đang ghi nhận tỷ lệ nhiễm mới HIV ở nhóm MSM lên đến 48,1%, cao nhất trong các nhóm nguy cơ [13].

Dịch HIV/AIDS có xu hướng giảm chững lại, số người nhiễm HIV phát hiện mới từ nhóm nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm và vợ, chồng của nhóm này có xu hướng giảm, tuy nhiên nhóm người nhiễm HIV phát hiện trong nhóm nam giới trẻ tuổi từ 15-30 tuổi đang gia tăng nhanh, đặc biệt nhóm MSM trẻ. Dịch đang lây lan nhanh ở các tỉnh khu vực phía nam và các thành phố lớn nơi tập trung nhiều khu

công nghiệp và các trung tâm giáo dục. Cảnh báo nguy cơ lây nhiễm HIV khó kiểm soát trong nhóm MSM do các yếu tố liên quan như: sự di cư biến động giữa các tỉnh, thành phố, hành vi quan hệ tình dục không an toàn và chưa có biện pháp can thiệp hiệu quả.

1.2. Khái niệm và vai trò của tuân thủ điều trị ARV

1.2.1. Tổng quan về thuốc ARV

Thế giới lần đầu phát hiện ra trường hợp nhiễm HIV vào năm 1981 và việc tìm kiếm các loại thuốc kháng vi rút để điều trị cho người nhiễm HIV đã được các nghiên cứu thử nghiệm ngay sau đó. Sự ra đời của thuốc ARV để điều trị bệnh nhân AIDS vào những năm 1990 đã mang lại hy vọng mới cho những người bị lây nhiễm HIV. Trước năm 1996, liệu pháp đơn trị liệu (ví dụ AZT hay Azidothymidine) là phương pháp điều trị được lựa chọn để can thiệp vào quá trình sản xuất DNA liên quan đến HIV cần thiết cho quá trình sao chép tế bào [148]. Tuy nhiên, do HIV có chu kỳ vòng đời cực kỳ ngắn (khoảng 10 tỷ hạt được tạo ra và phá hủy hàng ngày), do vậy quá trình sao chép cũng như đột biến của vi rút diễn ra nhanh chóng. Do đó, trong khi liệu pháp đơn trị liệu có thể tạm thời làm chậm quá trình nhân lên của vi rút, lợi ích lâm sàng chỉ tồn tại trong thời gian ngắn và phương pháp điều trị này nhanh chóng trở nên không hiệu quả do khả năng kháng thuốc phát triển sau nhiều tuần hoặc nhiều tháng.

Các hướng dẫn điều trị quốc tế hiện nay chỉ ra rằng phương pháp điều trị tối ưu đối với HIV bao gồm sự kết hợp bao gồm nhiều loại thuốc ARV khác nhau, tấn công vi rút theo những cách khác nhau. Các loại được sử dụng phổ biến nhất là từ năm nhóm: nhóm thuốc ức chế enzym sao chép ngược tương tự nucleosid và nucleotid (NRTI), nhóm thuốc ức chế enzym sao chép ngược không có cấu trúc nucleoside (NNRTI), nhóm thuốc ức chế protease (PI), nhóm ức chế enzym tích hợp (INSTI), và nhóm thuốc ức chế xâm nhập và hoà màng (EI & FI). Sự kết hợp này, được gọi là ART, có hiệu quả cao trong việc ngăn chặn sự nhân lên của HIV ở cả giai đoạn sớm và muộn trong chu kỳ sao chép của vi rút. Ngày nay, nhiều loại thuốc ARV thường được kết hợp trong một viên duy nhất, đảm bảo bệnh nhân luôn dùng nhiều loại thuốc cùng nhau.

Với người đã được chẩn đoán nhiễm HIV, sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị tốt sẽ có tác dụng gồm: ức chế tối đa, lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể và phục hồi hệ thống miễn dịch, giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV; dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích); dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Khi người bệnh điều trị ARV đạt tải lượng HIV < 200 bản sao/mL và tuân thủ điều trị sẽ không làm lây truyền HIV cho bạn tình qua đường tình dục (K=K, Không phát hiện = Không lây truyền).

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã có hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS theo quyết định số 5968/QĐ-BYT với nguyên tắc điều trị: điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV; thực hiện phối hợp đúng cách ít nhất 3 loại thuốc ARV; và đảm bảo tuân thủ điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời [6]. Quyết định này cũng nêu rõ tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV: (1) Tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng, số lượng tế bào CD4; (2) Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm NAT lần một dương tính hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có biểu hiện bệnh HIV tiến triển. Thời điểm điều trị ARV càng sớm càng tốt ngay khi người nhiễm HIV có kết quả xét nghiệm HIV dương tính, được đánh giá tình trạng lâm sàng và sẵn sàng điều trị ARV [6].

1.2.2. Khái niệm 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 [88]. Tuân thủ điều trị theo định nghĩa này có thể được hiểu theo nghĩa đơn giản hơn đó là dùng đúng thuốc; đúng liều; đúng giờ; đúng đường dùng; đúng cách. Tuân thủ điều trị là tổng hòa hành vi của một người như dùng thuốc, tuân theo chế độ ăn, thay đổi cách sống, thể hiện sự đồng thuận đối với các khuyến cáo từ nhân viên y tế. Đây là định nghĩa được WHO đưa ra đối với các bệnh đòi hỏi quá trình điều trị kéo dài [88]. Về mặt lý thuyết, tuân thủ điều trị ARV được hiểu là “việc người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của bác sĩ, đến khám và làm xét nghiệm theo

lịch hẹn” nhưng trên thực tế, các nghiên cứu sử dụng định nghĩa “không nhớ hoặc thiếu liều” trong một khoảng thời gian nhất định, thường là một tuần trước đó. Một số nghiên cứu áp dụng cách tính mức độ sử dụng thuốc theo phần trăm số liều hoặc số ngày dùng thuốc trên tổng số liều hoặc số ngày thuốc được kê. Một số nghiên cứu định nghĩa tuân thủ điều trị là sử dụng trên 95% số thuốc được kê trong kỳ đánh giá [147]. Tuy vậy không có định nghĩa về tuân thủ điều trị ARV nào được thống nhất trên quy mô toàn cầu.

Theo hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế theo quyết định số 5968/QĐ-BYT, đánh giá tuân thủ điều trị bao gồm đánh giá uống thuốc đúng theo chỉ định, tái khám và xét nghiệm đúng hẹn [6]. Trong đó uống thuốc theo đúng chỉ định được hiểu là người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của thầy thuốc. Đánh giá sự tuân thủ điều trị theo hướng dẫn này cần thực hiện trong tất cả các lần người bệnh đến tái khám dựa trên đếm số thuốc còn lại, tự báo cáo của người bệnh, sổ tự ghi, báo cáo của người hỗ trợ điều trị, kết quả xét nghiệm tải lượng HIV [6].

1.2.3. Vai trò của tuân thủ điều trị

Sự tuân thủ điều trị ARV của người bệnh là yếu tố quyết định thành công hiệu quả điều trị. Việc giáo dục nhận thức và kỹ năng duy trì tuân thủ điều trị thuốc ARV cho người nhiễm HIV luôn ở vị trí trung tâm của mọi hoạt động hỗ trợ và triển khai tại cơ sở y tế và cộng đồng. Tuân thủ điều trị tốt có tác dụng: ức chế sự nhân lên của HIV, cải thiện tình trạng lâm sàng và miễn dịch; giảm nguy cơ xuất hiện HIV kháng thuốc ARV và thất bại điều trị; giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác, cải thiện sức khỏe tổng thể, chất lượng cuộc sống, cũng như giảm nguy cơ lây truyền HIV [21]. Ngược lại, tuân thủ điều trị không tốt là nguyên nhân chính của thất bại điều trị. Đạt tuân thủ điều trị ARV là một yếu tố quan trọng quyết định thời gian sống lâu dài của người nhiễm HIV. Sự mất kiểm soát vi rút học do không tuân thủ điều trị ARV có thể dẫn tới kháng thuốc và mất các lựa chọn điều trị trong tương lai, thậm chí gây tử vong cho người bệnh. Các đột biến kháng thuốc có thể truyền từ người này sang người khác thông qua các hành vi có nguy

cơ cao, dẫn tới hậu quả là hạn chế các lựa chọn điều trị [21]. Do vậy, việc tuân thủ điều trị cần thiết được đo lường trong thực hành lâm sàng.

1.3. Các biện pháp đo lường và đánh giá tuân thủ điều trị

Có nhiều cách khác nhau 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. Các công cụ được sử dụng để đo lường tuân thủ điều trị phải đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản về độ tin cậy và tính hợp lý chấp nhận được. Đánh giá định lượng mức độ tuân thủ điều trị bằng việc sử dụng bộ công cụ đảm bảo tính tin cậy cũng gặp những thách thức đáng kể trong quản lý bệnh tật. Bộ công cụ đo lường mức độ tuân thủ điều trị lý tưởng cần phải đảm bảo độ nhạy, độ đặc hiệu, dễ sử dụng và có thể tiên đoán được mức độ không tuân thủ điều trị [145]. Việc đo lường tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV là một thách thức lớn vì tính chất chủ quan và hành vi riêng tư uống thuốc của họ [144]. Những thách thức này không chỉ bị ảnh hưởng bởi hành vi của người nhiễm HIV mà còn bởi hệ thống y tế, kinh tế xã hội.

1.3.1. Phương pháp giám sát khách quan

- **Đếm thuốc:** có thể thực hiện tại thời điểm tái khám hoặc tại thời điểm bất kỳ thông qua các buổi tới thăm người bệnh đang điều trị ARV tại nhà. Mức độ tuân thủ được đánh giá dựa trên số thuốc còn dư, số thuốc đã lĩnh và liều hàng ngày. Điểm yếu của phương pháp là kết quả thu được có thể bị ảnh hưởng khi họ không uống thuốc mà bỏ thuốc đi hoặc mất thuốc; gây bất tiện cho họ do phải mang theo hộp thuốc mỗi lần tái khám; tạo tâm lý không thoải mái cho người nhiễm HIV; yêu cầu nhân lực, chi phí đi lại nếu thực hiện các buổi tới thăm nhà; và không đánh giá được thời điểm và cách sử dụng thuốc của người đang điều trị. Phương pháp này thể có hiệu quả cao trong cho từng cá nhân nhưng với điều kiện là cần có cam kết bền vững để việc chăm sóc không bị gián đoạn và dịch vụ này cần phải được cung cấp miễn phí cho người nhiễm HIV. Một số ý kiến cho rằng đếm thuốc đòi hỏi chi phí quá lớn, có thể khó thực hiện bởi sự kỳ thị, làm xáo trộn sự riêng tư của người đang dùng thuốc và không phù hợp với các bệnh cần phải điều trị lâu dài như nhiễm HIV.

Việc đếm số thuốc thừa được sử dụng như một công cụ đo lường sự tuân thủ đã gây ra nhiều tranh cãi, đơn giản là vì người nhiễm HIV có thể bỏ toàn bộ thuốc thừa đi một cách dễ dàng. Trong một số nghiên cứu, tác giả cho thấy một số lượng thuốc thừa là một chỉ số tốt cho việc tuân thủ điều trị và đáp ứng với thuốc ARV [24]. Tuy nhiên, trong một số nghiên cứu khác, việc đếm số thuốc được chứng minh là không có ý nghĩa và nó làm cho người đang dùng thuốc có những hành động không trung thực khi nói về việc sử dụng thuốc [25].

- **Giám sát điện tử:** đây là phương pháp sử dụng thiết bị theo dõi điện tử trên nắp hộp thuốc. Thiết bị điện tử chứa dụng cụ cho phép tự động ghi lại mỗi lần bật nắp. Nó ngày càng được sử dụng trong ngành công nghiệp bao bì thuốc và được cho đáng tin cậy trong việc ghi lại lịch sử dùng thuốc của người bệnh ngoại trú. Công cụ điện tử này chứa vi mạch có thể được tích hợp vào bao bì sản phẩm có thể bao gồm nắp chai thuốc, gói thuốc và thậm chí cả thuốc với dạng bào chế là các ống xịt phun sương. Ưu điểm của phương pháp này đã được minh chứng trong một số nghiên cứu đó là nó tương quan tốt với kết quả đáp ứng vi rút của người đang điều trị ARV [86]. Số lần và thời điểm người nhiễm HIV mở nắp hộp thuốc có thể được ghi lại, và ước tính tỷ lệ tuân thủ so với liều dùng được hướng dẫn. Ưu điểm của phương pháp này có thể tự động báo cáo khoảng cách giữa các liều, số lần mở lọ thuốc và uống thuốc. Tuy nhiên, phương pháp này có thể không chính xác khi họ mở nắp hộp thuốc với mục đích khác (đếm số thuốc còn lại, không uống thuốc nhưng vẫn mở nắp, hoặc trường hợp thiết bị theo dõi bị hỏng). Phương pháp này cũng đòi hỏi chi phí lớn khi hộp thuốc phải được gắn thiết bị theo dõi.

- **Giám sát nồng độ thuốc ARV trong máu, nước bọt hoặc nước tiểu:** đây được coi là biện pháp trực tiếp và khách quan để đánh giá sự tuân thủ dùng thuốc, có thể được sử dụng tại các cơ sở điều trị ARV và trong các nghiên cứu. Nồng độ thuốc trong máu có liên quan chặt chẽ với thất bại điều trị [88]. Mặc dù là một biện pháp khách quan, phương pháp này có một số nhược điểm. Một trong những nhược điểm chính là các xét nghiệm chỉ phản ánh sự hấp thụ của thuốc trong một khoảng thời gian nhất định và kết quả có thể thay đổi tùy theo các yếu tố như tương tác

thuốc hoặc với các loại thực phẩm nhất định. Tuy nhiên, hạn chế chính của phương pháp này là chi phí cao, không thể triển khai trên quy mô lớn, người bệnh phải đến các cơ sở y tế hàng ngày.

- **Đánh giá dựa vào tải lượng vi rút (TLVR) trong máu:** phương pháp này được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá vấn đề tuân thủ điều trị ARV thông qua chỉ số TLVR. Điều này có liên quan đến hiệu quả lâm sàng và ngăn ngừa lây truyền HIV. Khi mới điều trị, người nhiễm HIV được yêu cầu đạt mức độ tuân thủ điều trị ARV cao (thường lấy ngưỡng $\geq 95\%$) thì mới có thể duy trì tải lượng vi rút không phát hiện được (với ngưỡng tải lượng HIV-RNA < 200 bản sao/mL máu) [27]. Tiêu chuẩn tuân thủ điều trị bằng thuốc ARV gần như hoàn hảo ($\geq 95\%$), thường được cho là cần thiết để ức chế HIV. Tuy nhiên, với các loại thuốc ARV mới hơn, hiệu quả hơn, thời gian đạt ngưỡng ức chế vi rút có thể ngắn hơn sau khi điều trị, tác dụng phụ ít. Thuốc ARV hiện nay đã được phát triển, hiệu quả dược lý được tăng cường, thì việc quên liều với mức độ tuân thủ khoảng 80 – 85% vẫn có thể đạt được sự ức chế vi rút học [141], [29], [27]. Nghiên cứu mới nhất khi xem xét mối liên quan giữa tỷ lệ vi rút dưới ngưỡng ức chế với mức độ tuân thủ điều trị cho thấy không có sự khác nhau giữa tỷ lệ vi rút đạt ngưỡng ức chế với những người có mức độ tuân thủ điều trị từ 80% đến $< 85\%$ hoặc 85% đến $< 90\%$ và những người có mức độ tuân thủ điều trị $\geq 90\%$ [29]. Ngoài ra, mức độ tuân thủ ước tính tổng thể cần thiết để đạt được sự ức chế vi rút là 82% và thay đổi theo loại phác đồ. Các phác đồ điều trị dựa trên chất ức chế men phiên mã ngược (NRTI) và thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside (NNRTI) đạt được mức ức chế vi rút là 90% với mức độ tuân thủ điều trị tương ứng là 75% và 78%. Do đó, tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế là biến số đại diện không hoàn hảo cho khả năng tuân thủ điều trị cao ở người nhiễm HIV. Tải lượng vi rút trong máu không chỉ bị tác động bởi mức độ tuân thủ của người đang điều trị mà còn bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố khác. Một người nhiễm HIV tuân thủ tốt vẫn có thể có tải lượng vi rút cao do kháng thuốc, hoặc tương tác thuốc hoặc thuốc kém hấp thu. Mặt khác, do tuân thủ điều trị kém không lập tức dẫn tới thất bại về vi rút học hay miễn dịch học nên phương pháp này ít khi có thể phát hiện sự tuân thủ kém của họ tại thời điểm xét nghiệm [88].

1.3.2. Phương pháp giám sát chủ quan

Nhóm phương pháp chủ quan là phương pháp đánh giá tuân thủ dựa vào thông tin do người nhiễm HIV cung cấp. Đây là phương pháp đơn giản, dễ dàng áp dụng trong thực tế lâm sàng cũng như trong các nghiên cứu. Phương pháp này yêu cầu người nhiễm HIV tự báo cáo về việc tuân thủ của mình thông qua bộ câu hỏi hoặc phỏng vấn. Phương pháp này có ưu điểm là chi phí thấp, linh hoạt, mất ít thời gian, cần ít nhân viên, tạo mối quan hệ thân thiện giữa nhân viên y tế và người bệnh, giúp cán bộ y tế có thể lắng nghe và thảo luận về những nguyên nhân và những khó khăn, trở ngại liên quan đến quên liều và đề xuất các giải pháp khả thi.

Nhược điểm của phương pháp có thể cho kết quả thiếu chính xác về mức độ tuân thủ, tuy nhiên phương pháp này vẫn đóng một vai trò nhất định trong quá trình theo dõi điều trị của người nhiễm HIV trên lâm sàng và vẫn được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu.

Một số bộ câu hỏi phỏng vấn:

Trên thế giới đã có một số bộ câu hỏi được xây dựng để áp dụng trong nghiên cứu cũng như trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên chưa có bộ câu hỏi nào được coi là bộ công cụ mẫu để đánh giá tuân thủ điều trị. Các bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị thường có cấu trúc gồm 2 phần chính: phần câu hỏi về tuân thủ của người nhiễm HIV và phần câu hỏi về một số yếu tố có thể ảnh hưởng tới sự tuân thủ.

Phần câu hỏi về tuân thủ: Phần này được các nghiên cứu kế thừa từ một số bộ câu hỏi sẵn có. Một số công cụ thường gặp trong các nghiên cứu về tuân thủ điều trị ARV gồm: Visual Analog Scale (VAS), Case Adherence Index Questionnaire (CASE), Swiss HIV Cohort Study Adherence Questionnaire (SHCS-AQ), Adult AIDS Clinical Trial Group instrument (AACTG).

-VAS: là phương pháp đánh giá tuân thủ đơn giản dựa trên thang điểm từ 0-100%. Nội dung phần này cán bộ nghiên cứu sẽ hỏi người nhiễm HIV về mức độ tuân thủ điều trị của họ ở mức nào trong 4 ngày qua theo thang điểm VAS [79], [78]. VAS là một công cụ đơn giản để phát hiện sự tuân thủ và có tiềm năng sử dụng trong các điều kiện nguồn lực hạn chế. Độ tin cậy và hiệu lực của VAS đã được chứng minh trong nghiên cứu trước đây [140].

- **Bộ câu hỏi AACTG:** bộ câu hỏi này được xây dựng bởi Adult AIDS Clinical Trials Group để áp dụng trong các thử nghiệm lâm sàng về điều trị ARV. Tuy nhiên, hiện nay nhiều nhà khoa học đã áp dụng công cụ đánh giá trong bộ câu hỏi này để áp dụng vào các nghiên cứu dịch tễ [77], [79]. Công cụ này đánh giá việc sử dụng thuốc của người nhiễm HIV trong khoảng thời gian 4 ngày, bao gồm các câu hỏi về số lần họ đã bỏ thuốc trong từng ngày, đối với từng thuốc (một lần uống thuốc không đầy đủ như hướng dẫn cũng được tính là bỏ thuốc) [77].

- **Bộ câu hỏi SHCS-AQ:** bộ câu hỏi này bắt nguồn từ một nghiên cứu thuần tập lớn tiến hành tại Thụy Sĩ (Swiss HIV Cohort Study) [76]. Nghiên cứu này đã sử dụng 2 câu hỏi trắc nghiệm: “anh/chị có thường xuyên bỏ lỡ một lần uống thuốc trong vòng 4 tuần qua không? Các lựa chọn bao gồm: hàng ngày, nhiều hơn 1 lần/tuần, 1 lần/tuần, 2 tuần một lần, 1 lần/tháng, không bao giờ” và “Trong vòng 4 tuần qua, anh/chị có lần nào uống muộn quá 24 giờ không?” [76].

- **Bộ câu hỏi CASE index:** gồm 3 câu hỏi: “Anh/chị có thường xuyên gặp khó khăn trong việc uống thuốc đúng giờ hay không? Các lựa chọn bao gồm: Không bao giờ/hiếm khi/phần lớn thời gian/luôn luôn”, “Trung bình bao nhiêu ngày trong một tuần anh/chị lỡ mất ít nhất một lần uống thuốc? Các lựa chọn gồm: hàng ngày, 4-6 ngày/tuần, 2-3 ngày/tuần, 1 lần/tuần, ít hơn 1 lần/tuần, không bao giờ”; “Lần cuối anh/chị bỏ lỡ một lần uống thuốc là bao giờ? Trong tuần trước, 1-2 tuần trước, 3-4 tuần trước, 1-3 tháng trước, hơn 3 tháng trước, chưa bao giờ”. Mỗi đáp án lựa chọn sẽ tương ứng với một số điểm. Sau khi người nhiễm HIV trả lời 3 câu hỏi, điểm số ở mỗi câu sẽ được cộng lại và đánh giá: >10 điểm – tuân thủ tốt, ≤ 10 điểm – tuân thủ kém [138]

Các bộ câu hỏi đều đưa ra những câu hỏi có cấu trúc giống nhau. Điểm khác biệt giữa các bộ câu hỏi này nằm ở thời gian hồi cứu. Các nghiên cứu có thể áp dụng thời gian hồi cứu ngắn như 1, 3, 4, 7 ngày, hoặc thời gian hồi cứu dài như 1 tháng [36]. Thời gian hồi cứu ngắn được cho rằng sẽ làm giảm sai số nhớ lại của người nhiễm HIV, nhưng một nghiên cứu khác cho rằng việc đếm số thuốc trong vòng 14 ngày gần đây cho kết quả chính xác hơn trong 3 và 7 ngày [37]. Theo quyết định 5968/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 31 tháng 12 năm 2021 về Hướng

dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, thời gian hồi cứu để đánh giá việc tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV là 1 tháng [6]. Một số nghiên cứu đã tiến hành so sánh các bộ công cụ này, kết quả cho thấy khả năng đánh giá của chúng tương đương nhau, không có bộ công cụ nào có hiệu quả vượt trội [38], [135].

Một điểm khác biệt giữa các nghiên cứu về tuân thủ là cách định nghĩa một liều thuốc được uống “đúng giờ”. CASE index định nghĩa “đúng giờ” là không sớm hay muộn hơn 2 giờ so với lịch uống thuốc được nhân viên y tế hướng dẫn. Các bộ công cụ còn lại không đưa ra tiêu chuẩn về mặt thời gian cho việc uống thuốc.

Phương pháp đo lường tuân thủ điều trị do người nhiễm HIV tự báo cáo được sử dụng phổ biến trong việc đánh giá sự tuân thủ trong thử nghiệm lâm sàng và trong các phòng khám thường quy. Phương pháp này cũng được xác nhận có tương quan đến đáp ứng vi rút của người bệnh [75], [38]. Tuy nhiên, cũng có bằng chứng cho thấy việc người nhiễm HIV tự báo cáo không hoàn toàn chính xác và họ có thể báo cáo sự tuân thủ điều trị cao hơn thực tế ngay cả khi các câu hỏi của cán bộ y tế được hỏi theo cách không phán xét [41]. Mặt khác, phương pháp này được đánh giá có tính dễ bị tổn thương cao và dễ bị phụ thuộc vào mối quan hệ giữa người phỏng vấn và người nhiễm HIV. Việc người nhiễm HIV thường báo cáo tuân thủ điều trị cao hơn là do xu hướng muốn làm hài lòng người phỏng vấn.

Phần câu hỏi về một số yếu tố có thể ảnh hưởng tới tuân thủ: Các bộ câu hỏi thường phối hợp thu thập các thông tin để đánh giá về sự tuân thủ điều trị và thông tin để phát hiện các yếu tố có thể ảnh hưởng tới hành vi tuân thủ của người nhiễm HIV. Một số yếu tố thường được đánh giá, bao gồm: các yếu tố cá nhân, sử dụng rượu, ma túy, chất gây nghiện; kiến thức về điều trị ARV, hỗ trợ của gia đình, hòa nhập với xã hội.

Theo Quyết định 5456/QĐ-BYT do Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS vào ngày 20 tháng 11 năm 2019, hướng dẫn nhân viên y tế sử dụng phụ lục 13: Phiếu tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị dành cho người bệnh đang điều trị ARV có tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml máu. Mẫu phiếu này đã đề cập rất chi tiết các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, các giải pháp tăng cường tuân thủ điều trị của nhân viên y tế và người bệnh tự đề xuất giải pháp tăng cường tuân thủ điều trị cho chính mình [8]. Mẫu phiếu này giúp nhân viên y tế theo dõi các

trường hợp người bệnh tuân thủ điều trị kém, có nhiều ý nghĩa trong thực hành lâm sàng tại các phòng khám. Theo hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế theo quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021, ngoài việc nhân viên y tế cần tìm hiểu lý do khi người bệnh không tuân thủ điều trị, quyết định này cũng hướng dẫn cần thực hiện sàng lọc và đánh giá sơ bộ tình trạng lo âu, trầm cảm của bệnh nhân để thực hiện các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị phù hợp.

Như vậy, có rất nhiều bộ công cụ đo lường tuân thủ điều trị được áp dụng. Mặc dù độ tin cậy và tính chính xác của các bộ công cụ đã được kiểm chứng, 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 (USAID) phát triển, dựa trên sự kết hợp giữa một số câu hỏi CASE index, VAS và từ một số bộ câu hỏi của các nghiên cứu khác. Bộ công cụ này được thẩm định sự nhất quán và tính tin cậy trên một số nước có nguồn lực hạn chế [132].

1.4. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố ảnh hưởng tuân thủ điều trị ở nhóm MSM

1.4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV

Một phân tích tổng hợp trên 43 nghiên cứu trên 26 quốc gia (năm 2016) cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tốt cho người nhiễm HIV là 63% (với ngưỡng tuân thủ điều trị dao động xung quanh 95%) [21]. 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% [129], thấp hơn nhiều so với mục tiêu 95% mà UNAIDS, WHO, và Quỹ toàn cầu đã đề ra cho năm 2025 (95% những người được điều trị ARV có tỷ lệ ức chế vi rút). 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 riêng lẻ cũng đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị dao động trong khoảng rộng từ 48% đến 90% [161], [159], [157]. Nghiên cứu trên 175 MSM ở Indonesia cho thấy chỉ có 48% MSM tuân thủ điều trị tốt [159], trong khi đó 60% MSM ở

Costal Kenya tuân thủ điều trị trên mức 95% [127]. Ở Texas, Hoa kỳ có 76 % MSM đang điều trị ARV đạt ngưỡng tuân thủ điều trị tối ưu, 65% MSM đạt ngưỡng ức chế vi rút [127]. Ở Texas, Hoa kỳ có 76 % MSM đang điều trị ARV đạt ngưỡng tuân thủ điều trị tối ưu, 65% MSM đạt ngưỡng ức chế vi rút (< 200 bản sao/ml) [161]. Nghiên cứu ở trên nhóm MSM người La tinh và da màu ở Hoa Kỳ giai đoạn năm 2015-2019 cho thấy có 77,3% số MSM có mức độ tuân thủ điều trị trên 85% [126]. Nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy có khoảng 80% - 90% MSM tuân thủ điều trị tốt [157]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu mới chỉ công bố về thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở nhóm dân số chung, chưa có nghiên cứu nào công bố về dữ liệu thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM. Do vậy, việc tìm hiểu về thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở nhóm nguy cơ này là cần thiết, là cơ sở cho việc so sánh, tìm hiểu sự khác biệt của nhóm MSM so với với nhóm nguy cơ khác, để từ đó đề xuất các đáp ứng của y tế công cộng phù hợp với đối tượng đích này.

Đồng thời, các nghiên cứu cũng chỉ ra có rất nhiều các yếu tố ở cấp độ cá nhân, xã hội và cấu trúc đối với việc tuân thủ ARV tối ưu trên nhóm MSM.

1.4.2. Các yếu tố ở cấp độ cá nhân

Các yếu tố xã hội, nhân khẩu học: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, mức thu nhập, tình trạng biết đọc, biết viết, tình trạng nơi ở, có hay không có bảo hiểm y tế, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV và các yếu tố tâm lý xã hội như: tình trạng sức khỏe tinh thần, sử dụng các chất gây nghiện, sự hỗ trợ của người thân và xã hội, kiến thức về HIV và điều trị HIV đã được xem xét và đánh giá có nhiều tác động đến việc tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM [126], [124], [68]. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy các MSM trẻ tuổi hơn và những người có thu nhập cá nhân ở mức nghèo hoặc dưới mức nghèo ít có khả năng tuân thủ điều trị ARV ở mức cao so với MSM nhiều tuổi và có mức thu nhập cao [126].

Một số yếu tố thuộc về tình trạng sức khỏe của người nhiễm HIV cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của tác giả Luane da Silva Oliveira và cộng sự ở Brazil (năm 2018) cho thấy các người nhiễm HIV có CD4 cao tuân thủ kém hơn một chút so với các người nhiễm HIV có CD4 thấp hơn [122]. Khi tình

trạng sức khỏe được cải thiện sau khi sử dụng ARV, họ tăng cân và quay trở lại làm việc bình thường được xem là yếu tố tích cực thúc đẩy tuân thủ điều trị tốt được ghi nhận trong một số nghiên cứu đơn lẻ và nghiên cứu tổng quan tài liệu [68]. Tuy vậy, cũng có các nghiên cứu khác cho thấy tình trạng sức khỏe tốt lên làm cho người nhiễm HIV chủ quan, nghĩ là mình đã khỏi bệnh và dừng việc uống thuốc [68]. Các nghiên cứu cho thấy CD4 là một yếu tố tiên lượng chưa rõ ràng cho việc tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của tác giả Luane da Silva Oliveira và cộng sự ở Brazil (năm 2018) cho thấy người nhiễm HIV có CD4 cao tuân thủ kém hơn một chút so với các người nhiễm HIV có CD4 thấp hơn [122]. Điều này có thể là do những người có CD4 cao chủ quan với việc điều trị và nghĩ rằng tình trạng sức khỏe của mình đã tốt. Ngược lại, nghiên cứu trên nhóm MSM ở Hàng Châu – Trung Quốc cho thấy nhóm MSM có CD4 cao tuân thủ điều trị ARV tốt hơn so với MSM có CD4 thấp [67].

Bạo lực và thương tích

Các vấn đề về bạo lực và thương tích ảnh hưởng không tương xứng đến MSM sống chung với HIV và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Mức độ bạo lực cao trong cộng đồng có liên quan đến tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV thấp hơn đáng kể [66]. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy ở những người có HIV từng bị bạo lực nghiêm trọng hoặc chấn thương. Nghiên cứu của tác giả Brown và các đồng nghiệp (năm 2019), những người đàn ông đã từng có bất kỳ chấn thương nào có khả năng tuân thủ ARV thấp hơn 58%; những người từng trải qua bạo lực nghiêm trọng hoặc chấn thương liên quan đến tử vong ít có khả năng tuân thủ điều trị ARV hơn 63% [65].

Lo âu và Trầm cảm

Rối loạn sức khỏe tinh thần có thể làm gián đoạn khả năng tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV. Trầm cảm và lo âu là mối quan tâm đặc biệt của những người sống chung với HIV đang điều trị ARV. Tỷ lệ trầm cảm ở những người sống chung với HIV ước tính là 40% [121]. Tình trạng lo âu cũng phổ biến, chiếm 28% như đã báo cáo trong một phân tích tổng hợp khác [121]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người sống chung với HIV có khả năng bị trầm cảm và/hoặc lo lắng hơn so với những người âm tính với HIV [120]. Do đó, trầm cảm và lo âu ở nhóm

MSM nhiễm HIV xuất phát từ việc là người đồng tính và nhiễm HIV. Trầm cảm là một trong vấn đề sức khỏe tinh thần được báo cáo phổ biến nhất trong nhóm MSM nhiễm HIV [120]. Trầm cảm là cảm giác vô dụng, vô vọng, đánh giá thấp năng lực bản thân, mất hứng thú, có thể tác động đối với các hành vi tự chăm sóc bản thân và tuân thủ điều trị ARV. Một đánh giá hệ thống cho thấy tỷ lệ đạt được tuân thủ ARV tối ưu thấp hơn ở những người tự báo cáo bị trầm cảm khi so sánh với những người tự báo cáo không bị trầm cảm [63].

1.4.3. Các yếu tố liên quan đến phác đồ điều trị

Các yếu tố thuộc về phác đồ điều trị có thể có liên quan đến tuân thủ điều trị được khảo sát trong các nghiên cứu bao gồm: tác dụng phụ của thuốc, số lượng viên thuốc trong phác đồ, sự phức tạp của phác đồ (số lần dùng thuốc trong ngày, cách dùng thuốc kèm theo hoặc không kèm theo các loại thức ăn nhất định), loại thuốc kháng retrovirus cụ thể, phác đồ các viên rời rạc hay viên cố định liều.

Nghiên cứu tổng quan hệ thống (năm 2019) cho thấy phác đồ sử dụng một viên thuốc có liên quan đến tuân thủ điều trị cao hơn so với phác đồ sử dụng nhiều viên thuốc [56]. Khả năng đạt được tuân thủ điều trị ở mức $\geq 95\%$ ở nhóm người sử dụng phác đồ một viên thuốc cao hơn 63% (KTC 95% = 1,52 – 1,74; $p < 0,001$) so với nhóm người sử dụng phác đồ nhiều viên thuốc.

Ngoài ra, tác dụng phụ của thuốc ARV cũng có nhiều ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV. Tác dụng phụ của thuốc thường xảy ra trong vòng 3 tháng hoặc 6 tháng đầu kể từ khi điều trị, nhưng không phải tất cả những người dùng ARV sẽ gặp tác dụng phụ sau khi dùng thuốc. Tác dụng phụ của thuốc có thể gây nên những tác động có thể quan sát được (thay đổi ngoại hình, cân nặng, dị ứng da, xuất hiện các đốm đen trên da, rụng tóc), hoặc những thay đổi về tinh thần (cảm thấy mình luôn bị ốm, ảo tưởng, nghĩ đến cái chết khi uống thuốc). Những tác động này góp phần vào việc tuân thủ điều trị kém [57]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác chỉ ra rằng thời gian điều trị và thời gian mắc bệnh càng lâu có thể giảm mức độ tuân thủ điều trị [58].

1.4.4. Các yếu tố ở cấp độ cấu trúc

MSM thiếu những thông tin về các cơ sở điều trị, loại hình dịch vụ y tế sẵn có [119]. Nỗi sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử làm cho MSM không muốn tìm kiếm các thông tin về dịch vụ y tế [60]. Ngay cả trên một số quốc gia không hình sự hoá việc QHTD đồng giới nhưng nhiều định kiến với MSM vẫn còn phổ biến [60]. Ở một số quốc gia kém phát triển, thay vì việc tìm đến nhân viên y tế để tư vấn, MSM phải tự dùng thuốc hoặc tự tìm kiếm các thông tin điều trị trên Internet [61].

Quan hệ giữa người nhiễm HIV với cán bộ y tế có tác động đến tuân thủ điều trị ARV. Sự hài lòng của người nhiễm HIV nói chung, sự tin tưởng của họ vào phòng khám, sự tin tưởng vào cán bộ điều trị, đánh giá về năng lực chuyên môn của bác sỹ điều trị, sự sẵn lòng của bác sỹ, 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 [118], [55].

MSM không có thẻ bảo hiểm, thu nhập thấp, không có nhà ở cũng là các yếu tố cấu trúc ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị ARV ở MSM [161]. Các MSM da màu và vô gia cư có mức độ tuân thủ điều trị thấp hơn so với các MSM da trắng và có nhà ở [126], [124, 161].

Sự tham gia chi trả dịch vụ y tế bởi Bảo hiểm y tế Việt Nam: Việc dịch chuyển chi trả các dịch vụ y tế liên quan điều trị ARV từ nguồn tài trợ sang bảo hiểm y tế cũng là những thách thức đến việc tuân thủ điều trị ARV của những người nhiễm HIV nói chung và nhóm MSM nói riêng. Bảo hiểm y tế xã hội Việt Nam được thành lập năm 1992, và trở thành phương thức chi trả công chính thức cho y tế ở nước ta. Chính phủ Việt Nam trợ cấp (từ 100% đến 30%) cho các nhóm dễ bị tổn thương (ví dụ: người già trên 80 tuổi, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo và người dân tộc thiểu số) dựa trên nguồn thu từ thuế. Người tham gia bảo hiểm có thể được chi trả từ 80% đến 100% chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm chi phí khám và điều trị y tế tại các cơ sở được quản lý [4]. Kể từ năm 2016, những người sống chung với HIV có bảo hiểm y tế có thể tiếp cận các dịch vụ HIV/AIDS quan trọng (ví dụ: xét nghiệm HIV, điều trị ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội, xét nghiệm đếm tế bào CD4, điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV), bảo hiểm y tế sẽ chi trả tối đa 20% phí dịch vụ [3]. Việt Nam đã trở thành một trong những quốc gia đang

phát triển đầu tiên tài trợ thành công cho các chương trình HIV/AIDS thông qua trợ cấp của chính phủ và các khoản thanh toán phí bảo hiểm. Về điều trị ARV, hiện có 534 cơ sở y tế điều trị HIV trên toàn quốc trong đó có 513 cơ sở sử dụng thuốc do bảo hiểm y tế chi trả [2].

Mặc dù khung luật pháp, các cơ chế chính sách hoàn trả của bảo hiểm y tế cho điều trị ARV đã được phát triển đầy đủ, tuy nhiên vẫn có một số yếu tố ảnh hưởng trong việc tiếp cận điều trị ARV ở người nhiễm HIV [117]. Theo quy định, việc mua thẻ bảo hiểm y tế cần phải có đầy đủ thông tin cá nhân. Trong khi đó, nhiều người nhiễm HIV sợ bị kỳ thị, bị phân biệt đối xử nên không muốn cung cấp thông tin để mua thẻ bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, có những người nhiễm HIV dù có thẻ bảo hiểm y tế nhưng sẵn sàng bỏ tiền túi để khám, chữa bệnh. Tuy nhiên, nguy cơ lớn nhất khi người nhiễm HIV không có thẻ bảo hiểm y tế là họ sẽ gặp khó khăn về tài chính khi điều trị ARV, dẫn đến tình trạng bỏ điều trị, làm gia tăng tình trạng kháng thuốc [117]. Mặt khác, hiện nay vấn đề cần được đặt ra là nhiều người nhiễm HIV chưa hiểu hết được lợi ích của thẻ bảo hiểm y tế. Một số người cho rằng thuốc ARV vẫn đang được cấp miễn phí nên không cần tham gia mua bảo hiểm. Đó là chưa kể những trường hợp không đủ sức khỏe nên không thể lao động kiếm ra tiền nên không có tiền mua thẻ bảo hiểm y tế [117].

1.4.5. Một số yếu tố ở cấp độ xã hội

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử: Sự kỳ thị và phân biệt đối xử của xã hội trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe cản trở khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc HIV của MSM và ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị và ức chế vi rút [116], [47]. Các nghiên cứu đã đưa ra các bằng chứng cho thấy các lĩnh vực kỳ thị khác nhau ảnh hưởng đến việc kém tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM [116], [115]. Kỳ thị đặc biệt quan trọng, là yếu tố cần xem xét đối với MSM và MSM da màu, những người mà sự kỳ thị về HIV có thể bao gồm kỳ thị liên quan đến bản dạng tình dục và chủng tộc [71].

Các tài liệu về các mối liên kết giữa kỳ thị với tuân thủ ARV và các kết quả điều trị kém vẫn còn hạn chế, tuy nhiên có một số cơ chế nhân quả được đề xuất bao gồm tính dễ bị tổn thương trước những biến đổi của sức khỏe tinh thần và giảm hiệu quả của bản thân khi dùng thuốc [114]. Một đánh giá có hệ thống của tác giả

Sweeney và Vanable (năm 2016) đã tìm thấy bằng chứng cho thấy: nhiều chỉ số kỳ thị về HIV cản trở việc tuân thủ điều trị ARV của những người có HIV, bằng cách làm giảm hiệu quả tuân thủ và tự chăm sóc bản thân, đồng thời gây lo ngại về việc vô tình tiết lộ tình trạng nhiễm HIV [73].

Chất lượng cuộc sống: Đo lường chất lượng cuộc sống được ứng dụng trong quá trình đưa các quyết định điều trị và hoạch định các chính sách. Trong lâm sàng, các bác sĩ thường căn cứ và đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng để đưa ra các quyết định điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các nhà thực hành lâm sàng cần gắn kết người bệnh với bối cảnh xã hội của họ, cũng như các vấn đề có thể ảnh hưởng đến tâm lý và thể chất của người bệnh. Theo WHO, chất lượng cuộc sống có thể định nghĩa là “sự nhận thức của con người về tình trạng cuộc sống của mình trong ngữ cảnh văn hoá và hệ thống giá trị mà họ đang sống, trong mối quan hệ với những mục đích, hi vọng, quy tắc và quan tâm của họ. Đó là khái niệm tổng hợp chịu ảnh hưởng phức tạp của sức khoẻ thể lực, tình trạng tâm lý của con người, các mức độ, các mối quan hệ xã hội và đặc điểm môi trường xung quanh” [112]. Những người sống chung với HIV có chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khoẻ thấp hơn đáng kể so với dân số nói chung, ngay cả khi phần lớn họ đã kiểm soát được vi rút và ổn định về mặt miễn dịch [105]. Bằng chứng cho thấy rằng ngoài tình trạng lây nhiễm tiềm ẩn, hoàn cảnh xã hội, các vấn đề về mối quan hệ, sự kỳ thị có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở người nhiễm HIV [104]. Một số nghiên cứu đã cho thấy mối quan hệ rất mật thiết giữa chất lượng cuộc sống và việc sử dụng ARV. Chất lượng cuộc sống là yếu tố tác động tích cực đến việc tuân thủ điều trị của người bệnh, đồng thời điều trị ARV tác động tích cực trở lại việc cải thiện các lĩnh vực khác nhau của chất lượng cuộc sống ở những người nhiễm HIV [103], [102].

Ở Việt Nam, nhóm MSM phải đối mặt với sự loại trừ, kỳ thị và phân biệt xã hội do những định kiến và thành kiến về tình dục trong văn hoá Á Đông [98], [94]. Những người đồng tính luyến ái có thể không được phép kết hôn hợp pháp, họ có thể chọn sống chung với bạn tình của mình, nhưng mối quan hệ này không được pháp luật bảo vệ. Bên cạnh đó, sự kỳ thị liên quan đến HIV tạo ra khoảng cách xã

hội khiến bệnh nhân HIV bị tách biệt khỏi sự tương tác và hỗ trợ xã hội, điều này làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm lý của họ. MSM dương tính với HIV thường che giấu danh tính thật của mình và bị cô lập về mặt xã hội, trải qua nhiều cảm xúc tiêu cực, dẫn đến trầm cảm và trạng thái tinh thần kém [98], [94].

1.4.6. Kết hợp các yếu tố

Mặc dù các vấn đề kỳ thị, bạo lực, sử dụng chất kích thích và các triệu chứng trầm cảm có sự tác động độc lập đối với việc tuân thủ ARV, nhưng bằng chứng cho thấy rằng đối với một số MSM, nhiều tình trạng tâm lý xã hội này cùng xảy ra và tác động lẫn nhau [81]. Một phần do phân biệt chủng tộc, bất bình đẳng xã hội, tỷ lệ đói nghèo cao cùng với tình trạng tâm lý xã hội khác nhau bao gồm trầm cảm, lạm dụng tình dục thời thơ ấu, bạo lực bạn tình và có nhiều bạn tình đã làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và làm giảm tuân thủ thuốc và hiệu quả điều trị [82]. Mặc dù các vấn đề kỳ thị, bạo lực, sử dụng chất kích thích và các triệu chứng trầm cảm có sự tác động độc lập đối với việc tuân thủ ARV, nhưng bằng chứng cho thấy rằng đối với một số MSM, nhiều tình trạng tâm lý xã hội này cùng xảy ra và tác động lẫn nhau [81]. Các vấn đề trên đồng xuất hiện và tương tác tới tình trạng sức khỏe và tâm lý xã hội ở cấp độ cá nhân và quần thể, góp phần cộng hưởng vào gánh nặng bệnh tật của HIV. Một phần do phân biệt chủng tộc, bất bình đẳng xã hội, tỷ lệ đói nghèo cao cùng với tình trạng tâm lý xã hội khác nhau bao gồm trầm cảm, lạm dụng tình dục thời thơ ấu, bạo lực bạn tình và nhiều bạn tình đã làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và làm giảm tuân thủ thuốc và hiệu quả điều trị [82], [76].

Nghiên cứu của tác giả Friedman và các đồng nghiệp (năm 2016) cho thấy: việc không tuân thủ điều trị ARV của MSM có liên quan tích cực đến việc kết hợp các triệu chứng trầm cảm, sử dụng chất kích thích gây nghiện và các hành vi nguy cơ tình dục [82]. Những phát hiện này được hỗ trợ bởi nghiên cứu gần đây của tác giả Harkness và đồng nghiệp (năm 2018), các tác giả phát hiện tình trạng kết hợp các vấn đề có tác động đến việc không tuân thủ điều trị ARV nhiều hơn. Kỳ thị với HIV có tác động cộng thêm đến việc tuân thủ điều trị ARV, với số lượng ngày càng tăng tình trạng làm giảm khả năng tuân thủ và giảm tỷ lệ ức chế vi rút [83]. Nghiên

cứu của tác giả Friedman và các đồng nghiệp (năm 2016) cho thấy: việc không tuân thủ điều trị ARV của MSM có liên quan thuận chiều đến người có sự kết hợp các triệu chứng trầm cảm, sử dụng chất kích thích gây nghiện và các hành vi nguy cơ tình dục [82]. Những phát hiện này được hỗ trợ bởi nghiên cứu gần đây của tác giả Harkness và đồng nghiệp (năm 2018), các tác giả cho rằng các tình trạng kết hợp các vấn đề có tác động đến việc không tuân thủ điều trị ARV nhiều hơn. Kỳ thị với HIV có tác động cộng thêm đến việc tuân thủ điều trị ARV, với số lượng ngày càng tăng tình trạng làm giảm khả năng tuân thủ và giảm tỷ lệ ức chế vi rút [83]. Tương tự, ở người lớn, số lượng bệnh hội chứng nhiều hơn, bao gồm bị lạm dụng tình dục thời thơ ấu, tiếp xúc với bạo lực hiện tại, rượu hoặc lệ thuộc vào chất kích thích, lo âu và các rối loạn tâm trạng khác có liên quan đến việc tăng tỷ lệ báo cáo tuân thủ ARV dưới mức tối ưu [84].

Như vậy, nhóm MSM sẽ phải đối mặt với những yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị như người nhiễm HIV, bên cạnh đó là những yếu tố đến từ những đặc điểm của cộng đồng MSM (kỳ thị, phân biệt đối xử, bạo lực). Các MSM chịu sự tác động của nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị ARV, không những ở mức độ cá nhân, mà còn ở cấp độ cấu trúc - xã hội, và có thể chịu tác động của nhiều yếu tố cùng một lúc. Do vậy, nhóm MSM cần nhiều biện pháp can thiệp chuyên sâu hơn với nhiều mức độ tác động khác nhau để tăng cường tuân thủ điều trị.

1.5. Các loại can thiệp làm tăng cường tuân thủ điều trị ARV

Mặc dù tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV không tốt trong nhóm MSM khá cao, đòi hỏi các nghiên cứu phải tập trung vào việc xác định can thiệp trực tiếp trên các yếu tố tác động đến tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, rất ít các nghiên cứu về can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị trên nhóm MSM được thực hiện [85], [26], [22]. Nghiên cứu tổng quan hệ thống ở Hoa Kỳ cho thấy, trong suốt giai đoạn 2007 - 2018, chỉ có 2 can thiệp tuân thủ điều trị tập trung vào nhóm MSM [26]. Ngoài ra, có một nghiên cứu phân tích khác (năm 2018) về 6 nghiên cứu can thiệp sử dụng mHealth trên nhóm MSM nhiễm HIV [22].

Các tác giả khác nhau cũng có nhiều cách phân loại các can thiệp tăng cường tuân thủ và kết quả điều trị khác nhau. Có thể phân loại các can thiệp tập trung vào các yếu tố tác động ở cấp độ cá nhân, cấp độ cộng đồng và cấp độ cấu trúc. Hoặc có thể phân loại theo phương pháp thực hiện can thiệp. Trong tổng quan tài liệu này, để tiện cho việc phân tích, so sánh, chúng tôi phân loại các loại hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị theo phương pháp và cách thức can thiệp:

- **Chăm sóc điều trị chuẩn:** bao gồm các hoạt động tư vấn, chăm sóc và điều trị được thực hành tại cơ sở y tế bao gồm việc tư vấn tuân thủ điều trị, các hoạt động khám chữa bệnh theo thường quy. Hiện nay, các cơ sở khám bệnh chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV trong cả nước đang thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Theo quyết định số 5968/QĐ-BYT, ngày 31/12/2021 ban hành về “Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”, tất cả các người nhiễm HIV đều được chuẩn bị trước khi điều trị ARV, bao gồm [6]:

- + Thảo luận với người bệnh về nguyện vọng, sự sẵn sàng để bắt đầu điều trị ARV, phác đồ điều trị ARV, liều lượng và thời gian dùng thuốc, các lợi ích và những tác dụng bất lợi có thể gặp cũng như những yêu cầu về theo dõi, tái khám.
- + Rà soát các xét nghiệm cần thiết
- + Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có những tương tác thuốc để xem xét khả năng chống chỉ định hoặc điều chỉnh liều.
- + Nhấn mạnh việc tuân thủ tuyệt đối với việc uống thuốc ARV.
- + Tư vấn các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như tình dục an toàn, điều trị Methadone, bơm kim tiêm.
- + Hướng dẫn người nhiễm HIV và người chăm sóc cách xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà như: đau, sốt, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và nôn, ngứa, ho; kiến thức vệ sinh và dinh dưỡng.
- + Hỗ trợ người nhiễm HIV trong việc theo dõi, chăm sóc và xử trí các tác dụng phụ nhẹ của các thuốc điều trị.
- + Hỗ trợ và động viên tinh thần cho người nhiễm HIV và gia đình họ.

- + Hỗ trợ người nhiễm HIV tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội
- + Giúp đỡ người nhiễm HIV hòa nhập với cộng đồng.
- + Hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị: đi khám đúng hẹn, uống thuốc theo đúng chỉ định, sử dụng các phương tiện nhắc uống thuốc, cách cất giữ và bảo quản thuốc.

Hướng dẫn của Cục Phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế về chăm sóc điều trị thường quy mang tính toàn diện và khái quát cao. Tùy thuộc vào từng đối tượng, nguồn lực, các cơ sở y tế linh hoạt áp dụng các biện pháp hỗ trợ cụ thể cho người nhiễm HIV tuân thủ điều trị.

- **Chăm sóc điều trị nâng cao:** bao gồm chăm sóc điều trị chuẩn kết hợp với các hỗ trợ thêm cho người nhiễm HIV, bao gồm các nội dung tư vấn thêm có liên quan đến tư vấn tuân thủ điều trị như lồng ghép thêm nội dung giáo dục và khích lệ tinh thần cho người nhiễm HIV [93].

Tuy vậy, phân tích gộp hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị của chăm sóc điều trị nâng cao cũng như đáp ứng vì rút so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn cho thấy tỉ số chênh (Odd ratio) là 1,05 (95% KTC: 0,72 - 1,55), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi thực hiện biện pháp này so sánh với chăm sóc thực hành theo thường quy [93]. Nghiên cứu của tác giả Pradier C. và cộng sự (năm 2003) đã thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng để đánh giá tác động của can thiệp tư vấn và giáo dục cùng với chăm sóc điều trị chuẩn đến tuân thủ điều trị [91]. Dữ liệu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị tại thời điểm trước nghiên cứu của hai nhóm là 58%, 63%, $p = 0,59$. Sau đó nhóm can thiệp tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng lên và khác biệt so với nhóm chứng, tương ứng là 75%, 61%, $p = 0,04$ [91]. Tuy vậy, phân tích gộp so sánh hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị của chăm sóc điều trị nâng cao cũng như đáp ứng vì rút của so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn cho thấy tỉ số chênh (Odd ratio) là 1,05 (95% KTC: 0,72 - 1,55), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi thực hiện biện pháp này so sánh với chăm sóc thực hành theo thường quy [93].

- **Nhắn tin:** Bao gồm việc nhắn tin vào điện thoại di động của người đang điều trị ARV hoặc điện thoại di động của nghiên cứu; bao gồm cả các tin nhắn một chiều

và hai chiều, tin nhắn ngắn hoặc tin nhắn dài theo các tần suất khác nhau (hàng ngày, hàng tuần...). Nhắn tin qua điện thoại cho người bệnh được chứng minh là có hiệu quả trong việc tăng cường tuân thủ điều trị trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Trong một nghiên cứu, người đang điều trị ARV được phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm chứng hoặc một trong bốn nhóm can thiệp [90]. Các thành viên của nhóm can thiệp được nhắn tin theo các tần suất khác nhau và độ dài tin nhắn khác nhau. Tuân thủ điều trị được đánh giá sử dụng hệ thống giám sát uống thuốc. Trong nghiên cứu này các tác giả đo lường tỷ lệ tuân thủ điều trị trên 90% trong thời gian điều trị 12 tuần và 48 tuần, cũng như việc dừng uống thuốc kéo dài hơn 48 giờ của người nhiễm HIV. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 53% người đang điều trị được nhắn tin hàng tuần đạt mức tuân thủ ít nhất 90% trong thời gian 48 tuần nghiên cứu so với 40% người đang điều trị trong nhóm chứng ($p = 0,03$). Người đang điều trị ARV được nhắn tin hàng tuần cũng ít dừng điều trị trong thời gian dài hơn 48 h trong thời gian nghiên cứu 48 tuần so với nhóm chứng (81% với 90%, $p = 0,03$). Nghiên cứu cũng không trình bày rõ nội dung của các thông điệp trong tin nhắn và liệu việc nhắn tin có gây ra các lo ngại liên quan đến vấn đề bảo mật thông tin cho người nhiễm HIV. Một phân tích đánh giá có hệ thống về các can thiệp tuân thủ ARV cho thấy các can thiệp bằng tin nhắn văn bản là một trong những biện pháp thành công nhất để cải thiện cả mức độ tuân thủ do người nhiễm HIV tự báo cáo và qua kết quả tải lượng vi rút [89], [93]. Như vậy, các nghiên cứu đều chứng minh tin nhắn trên điện thoại có hiệu quả trong việc duy trì tuân thủ điều trị cho người nhiễm HIV. Đây cũng là cơ sở để xây dựng các biện pháp can thiệp tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị cho nhóm MSM sẽ được trình bày ở chương 2 – Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu.

- **Tập huấn các kỹ năng hành vi hoặc tập huấn tuân thủ điều trị:** bao gồm các can thiệp tập huấn và đào tạo theo từng module cũng như các can thiệp, tập huấn, đào tạo nhằm tăng cường kỹ năng sống, hành vi, kiến thức và thái độ. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng, người nhiễm HIV được phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp được tập huấn các kỹ năng hành vi liên quan đến tuân thủ

điều trị và nhóm còn lại được chăm sóc và điều trị chuẩn theo thường quy [92]. Nghiên cứu cho thấy can thiệp giáo dục cho người nhiễm HIV có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị tại tháng thứ 6 và được duy trì ở tháng 12 và tháng 18.

- **Can thiệp đa phương tiện:** sử dụng các tài liệu trực tuyến hoặc các tài liệu truyền tải thông tin cùng với thuốc. Các can thiệp đa phương tiện đang được sử dụng rộng rãi trong các lĩnh vực khác nhau để tăng cường sự tham gia, hiểu biết người nhiễm HIV và tuân thủ điều trị. Trong một nghiên cứu ở châu Phi, các tác giả đã thực hiện các can thiệp đa phương tiện để truyền tải các thông điệp gồm: tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và việc phòng tránh vi rút kháng thuốc, xác định các kiểu không tuân thủ điều trị, hỗ trợ của người thân, bạn bè, kỹ năng giao tiếp và giải quyết các vấn đề để vượt qua các khó khăn, thách thức của việc tuân thủ điều trị, sự tự tin giúp đạt được tuân thủ điều trị. Các đánh giá ban đầu cho thấy việc triển khai chương trình là tích cực, và người nhiễm HIV đánh giá về sự chấp nhận các biện pháp đa phương tiện này ở mức độ cao. Tuy nhiên, các tác giả chưa so sánh sự thay đổi về tuân thủ điều trị và đáp ứng vi rút của người nhiễm HIV trước và sau can thiệp [19].

- **Liệu pháp hành vi nhận thức:** bao gồm các can thiệp nhằm thay đổi hành vi và nhận thức, cũng như các can thiệp từ cán bộ tư vấn bằng phương pháp phỏng vấn khích lệ người nhiễm HIV. Các can thiệp hành vi nhận thức được áp dụng rộng rãi trong số các loại can thiệp tuân thủ điều trị ARV [80]. Báo cáo tổng quan các hoạt động tăng cường tuân thủ điều trị của tác giả Chaiyachati và các cộng sự (năm 2014) cho thấy các can thiệp hành vi nhận thức có kết quả rất khác nhau trong các điều kiện và hoàn cảnh khác nhau [80]. Can thiệp hành vi nhận thức ở nơi này có thể thành công nhưng có thể không thành công ở nơi khác. WHO đã dựa trên nghiên cứu này để đưa ra khuyến cáo cho một số quốc gia. Các can thiệp hành vi nhận thức cần được thực hiện đảm bảo sự phù hợp với văn hóa, xã hội và hoàn cảnh thực tế tại địa điểm can thiệp.

- **Người hỗ trợ:** bao gồm việc sử dụng một cá nhân (được phòng khám lựa chọn hoặc do người nhiễm HIV tự lựa chọn) để hỗ trợ tuân thủ điều trị, bao gồm các hỗ trợ đồng đẳng, khám tại nhà, người quản lý thuốc, người hỗ trợ điều trị, liệu

pháp giám sát điều trị trực tiếp và liệu pháp giám sát điều trị trực tiếp có hiệu quả. Người hỗ trợ có thể là Nhân viên Quản lý trường hợp và Nhân viên tiếp cận cộng đồng.

Các nhóm hỗ trợ đồng đẳng và hỗ trợ cộng đồng đều được cho là có hiệu quả trên nhiều địa phương. Các câu lạc bộ tuân thủ do nhân viên y tế cộng đồng hoặc người đồng đẳng sống chung với điều cho thấy có hiệu quả, mặc dù về mặt chất lượng, những người tham gia đánh giá cao nhóm hỗ trợ đồng đẳng hơn [95].

Phần lớn các can thiệp bao gồm việc sử dụng nhân viên tiếp cận cộng đồng và các dịch vụ hỗ trợ dưới nhiều hình thức khác nhau, chẳng hạn như nhắc nhở các cuộc hẹn, chỉ dẫn về cơ sở y tế, đào tạo kiến thức và cung cấp thực phẩm và phương tiện vận chuyển. Trong vòng 6 tháng sau khi đăng ký, 92% những người mới được chẩn đoán nhiễm HIV đều tham gia cuộc hẹn với nhân viên y tế, tỷ lệ ức chế vi rút trong quần thể nghiên cứu cải thiện từ 14% ở giai đoạn ban đầu lên tới 45% sau 12 tháng theo dõi [96]. Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh giữa can thiệp sử dụng người hỗ trợ cho bệnh nhân với chăm sóc và điều trị thường quy được thực hiện ở châu Phi về hiệu quả can thiệp bởi người hỗ trợ [97]. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về sự thay đổi TLVR và đáp ứng miễn dịch giữa hai nhóm nhưng lại có sự thay đổi vượt trội về sự tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của nhóm có người hỗ trợ so với nhóm không có người hỗ trợ.

- **Hỗ trợ tài chính:** bao gồm các khoản hỗ trợ tài chính có điều kiện và không có điều kiện, bằng tiền mặt hoặc bằng các phiếu mua hàng. Trên nghiên cứu tổng quan tài liệu của tác giả Chaiyachati và các cộng sự (năm 2014) cho thấy: không có bằng chứng về việc hỗ trợ tài chính cho người nhiễm HIV sẽ làm tăng tuân thủ điều trị [80], đồng thời không có nhiều nghiên cứu thực hiện việc đánh giá hỗ trợ tài chính cho người đang điều trị và tác động của nó đến tuân thủ điều trị [80].

- **Thiết bị nhắc dùng thuốc:** các thiết bị nhắc dùng thuốc bao gồm lịch, chuông báo giờ, máy nhắn tin, hộp chia liều, các thiết bị giúp quản lý điều trị bệnh khác. Sử dụng điện thoại di động để đặt chuông là biện pháp thường được sử dụng để nhắc uống thuốc. Nghiên cứu tổng quan tài liệu cho thấy: so với chăm sóc hỗ trợ thường

quy, việc hỗ trợ tuân thủ điều trị sử dụng các thiết bị nhắc sử dụng thuốc chỉ làm tăng nhẹ tuân thủ điều trị với tỷ số chênh là 1,32 (KTC 95%: 0,84 - 2,11) trong phân tích tất cả các nghiên cứu tại các nước và tỷ số này tính toán từ các nghiên cứu tại các nước đang phát triển là 0,78 (KTC 95%: 0,44 - 1,32). Như vậy, tác dụng của việc sử dụng thiết bị hỗ trợ nhắc sử dụng thuốc là không rõ rệt [80].

- **Can thiệp sức khỏe bằng công cụ điện tử:** sự mở rộng nhanh chóng của công nghệ internet và công nghệ di động đã mở ra một cách tiếp cận mới được gọi là can thiệp sức khỏe điện tử (EHealth), có thể giải quyết các điểm yếu của các can thiệp truyền thống trong điều trị và chăm sóc HIV [30], [99]. Các can thiệp EHealth có thể được phân phối thông qua các công cụ trực tuyến khác nhau như email, website, video, dịch vụ tin nhắn ngắn, phòng trò chuyện, mạng xã hội hoặc trò chơi. Những phương pháp này được hưởng lợi từ việc có thể gửi tin nhắn tại thời điểm và địa điểm được người dùng chọn. Các can thiệp EHealth cũng có thể được thực hiện ở quy mô lớn với chi phí thấp hơn [100]. Đối với nhóm MSM, các can thiệp EHealth có thể tăng khả năng tiếp cận của các can thiệp vì chúng có thể được truy cập từ tất cả các nơi có internet. Hơn nữa, vì MSM là một nhóm dân số bị kỳ thị nên các biện pháp để bảo vệ quyền riêng tư, an ninh và an toàn là quan trọng nhất. Các can thiệp của EHealth cung cấp can thiệp thuận tiện cho người dùng về thời gian và địa điểm và có thể đạt được tính bảo mật cao. Điều này đặc biệt quan trọng đối với MSM ở những nơi mà đồng tính luyến ái bị kỳ thị và/hoặc hình sự hóa [101], [31]. Hơn nữa, MSM có thể dễ dàng kết nối với cộng đồng của họ, các tổ chức thân thiện với họ hoặc các chuyên gia y tế có thể thực hiện can thiệp qua các phòng trò chuyện và ứng dụng mạng xã hội hoặc tin nhắn văn bản [33], [34]. Bằng chứng trên toàn thế giới đã cho thấy các can thiệp EHealth có tác động tích cực trong việc thúc đẩy kiến thức HIV, tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su và xét nghiệm HIV, cũng như tăng cường tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng vi rút [40] so với phương pháp tiếp cận trực tiếp mặt đối mặt [106].

Nhóm MSM tại Việt Nam có mức độ truy cập internet và thiết bị di động cao. Hai cuộc khảo sát quốc gia trực tuyến từ năm 2008 đến 2011 cho thấy khoảng từ

67% - 94% MSM sử dụng internet thường xuyên [107], [108]. Một nghiên cứu năm 2016 chỉ ra rằng 91,7% và 67,8% MSM tương ứng có sử dụng điện thoại thông minh và máy tính/máy tính bảng, trong đó tương ứng 50,7% và 75,1% MSM đã sử dụng thiết bị di động để tìm các phòng khám xét nghiệm HIV và thông tin HIV [109]. Tỷ lệ sử dụng internet cao và điện thoại di động ở MSM Việt Nam cung cấp một tiềm năng lớn để thực hiện các can thiệp EHealth liên quan đến HIV cho nhóm dân số có nguy cơ cao nhất này.

Thiết kế tối ưu của can thiệp EHealth cần phù hợp với sở thích của nhóm mục tiêu về các nội dung, phương pháp trình bày và trực quan hóa. Các đánh giá trước đây cho thấy những ưu điểm và nhược điểm của các can thiệp EHealth khác nhau trên MSM, phụ thuộc rất nhiều vào cách thiết kế nghiên cứu [110], [111]. Ngoài ra, sự hiểu biết về các mô hình của các thiết bị điện tử sử dụng, nội dung hoặc chức năng mong muốn cũng như các nhu cầu chưa được đáp ứng của dân số mục tiêu là rất quan trọng để phát triển các can thiệp thành công.

1.6. Can thiệp tuân thủ điều trị bằng các ứng dụng trên phương tiện truyền thông mạng xã hội

1.6.1. Khái niệm phương tiện truyền thông mạng xã hội

Phương tiện truyền thông mạng xã hội được định nghĩa là một nền tảng dựa trên internet được xây dựng nhằm trao đổi nội dung/thông tin với người sử dụng, thông thường sử dụng công nghệ trên di động hoặc trên website [74]. Internet và các ứng dụng trên điện thoại di động hoặc máy tính được xem là những nguồn thông tin sức khỏe quan trọng nhờ tính phổ biến, dễ tiếp cận và chi phí thấp. Chúng giúp cho người sử dụng có thể tiếp cận được với các dịch vụ và thông tin y tế chất lượng cao, cũng như tăng sự tương tác với cán bộ y tế. Phương tiện truyền thông mạng xã hội có tính tương tác cao, cho phép người sử dụng tạo ra các nội dung và thu hút sự tham gia của người dùng. Phương tiện truyền thông mạng xã hội có thể cho phép truy cập thuận tiện, bất cứ lúc nào và ở đâu, các thông tin và dịch vụ y tế. Ngoài ra, phương tiện truyền thông xã hội có thể được sử dụng để hình thành các cộng đồng trực tuyến để tìm kiếm sự hỗ trợ xã hội, cũng như các phương tiện truyền thông mạng xã hội được sử dụng để cải thiện việc tuân thủ điều trị và tiếp nhận các

dịch vụ HIV.

1.6.2. Một số can thiệp sử dụng phương tiện truyền thông mạng xã hội

Các can thiệp sức khoẻ được xây dựng gồm việc sử dụng tin nhắn văn bản và các ứng dụng đa phương tiện trên điện thoại thông minh, các website được tối ưu hoá trên điện thoại [113]. Các can thiệp truyền thông mạng xã hội cung cấp các nền tảng dễ tiếp cận và sử dụng cho việc hỗ trợ tuân thủ điều trị [72]. 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 yếu tố tác động về xã hội và cấu trúc [72]. Các phương tiện truyền thông mạng xã hội có khả năng mở rộng trên nhiều khu vực địa lý khác nhau. Các can thiệp đều thấy rằng các kết quả liên quan tới việc điều trị ARV và ức chế vi rút đều được kiểm soát, tăng cường sự ức chế vi rút, khả năng tuân thủ điều trị (do họ tự báo cáo) đều tăng [70]. 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 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 dương tính với HIV [48]. 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 [50] chỉ tìm thấy một can thiệp tập trung vào MSM dương tính với HIV.

Các can thiệp trên ứng dụng truyền thông mạng xã hội sử dụng tính năng giao tiếp qua tin nhắn đã chứng minh có hiệu quả [62]. Tin nhắn văn bản thường được chứng minh là có hiệu quả trong việc cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc ở nhiều nhóm dân số và bối cảnh khác nhau [59], [93]. Hơn nữa, các tin nhắn văn bản ngắn được gửi với tần suất hàng tuần đã được chứng minh là hiệu quả tốt hơn trong việc giảm tình trạng không tuân thủ so với gửi các tin nhắn hàng ngày [93]. Tất cả các biện pháp can thiệp được xác định trong đánh giá này bao gồm ít nhất một số thành phần của lời nhắc bằng tin nhắn văn bản, phản ánh đây là một tính năng cốt lõi hiện tại trong các biện pháp can thiệp hỗ trợ tuân thủ.

Nghiên cứu thử nghiệm nhằm mục đích tăng ý định thay đổi hành vi giữa các

MSM da màu và MSM Latino nhiễm HIV ở ba thành phố của Hoa Kỳ sử dụng các tin nhắn ngắn gọn, một chiều [62], [54], [53]. Các thông điệp được gửi cho các MSM dương tính với HIV tập trung vào lợi ích của việc tuân thủ điều trị ARV với bản thân họ và một bạn tình/bạn chích của họ, và lợi ích của việc sử dụng bao cao su. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng, không tìm thấy mối liên quan tổng thể nào giữa việc xem các tin nhắn và tăng ý định sử dụng ARV. Tuy nhiên, trong số những người tham gia có tải lượng vi rút có thể phát hiện được, việc nhận được các tin nhắn về lợi ích của ARV đối với bản thân họ có liên quan đến tin nhắn chứa các thông tin mới được cung cấp (OR hiệu chỉnh = 2,32; KTC 95% = 1,04 - 5,26), đồng thời việc tiếp xúc các tin nhắn về lợi ích của ARV đối với một bạn tình/bạn chích của họ có mối liên quan đến việc tăng cường ý định sử dụng ARV (OR hiệu chỉnh = 7,69; KTC 95% = 1,01- 50,0). Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều chỉnh tin nhắn để đạt hiệu quả mong muốn giữa các đối tượng đích khác nhau, đặc biệt tiếp tục nhấn mạnh lợi ích của việc tuân thủ điều trị của cá nhân và bạn tình/bạn chích của họ, cũng như tầm quan trọng của tin nhắn trong việc giảm lây truyền HIV.

Mặt khác, các can thiệp bằng cách sử dụng tin nhắn 2 chiều cũng mang lại nhiều lợi ích. Nghiên cứu của Rana và cộng sự, bao gồm 32 người nhiễm HIV ở Mỹ mới bắt đầu điều trị, mặc dù họ đã từng tham gia điều trị 1 năm trước đây, và những người được cho là không tuân thủ điều trị (14/32 người có phát hiện được nồng độ vi rút ở giai đoạn bắt đầu tham gia nghiên cứu, 13/32 người là MSM) [70]. Các đối tượng tham gia nghiên cứu liên tục được nhận các tin nhắn về tuân thủ điều trị trong 6 tháng. Các nhân viên tư vấn sẽ gọi điện 1 tháng/1 lần cho họ để thảo luận và điều chỉnh tần suất và nội dung tin nhắn (nếu cần thiết). Kết quả của nghiên cứu là: khi so sánh với tại thời điểm ban đầu và tại thời điểm 6 tháng theo dõi, tỉ lệ ức chế vi rút của đối tượng nghiên cứu tăng từ 56% lên 78% ($p=0,002$). Nghiên cứu khác được thực hiện trên ứng dụng *Thrive with Me*, là một phương pháp can thiệp dựa trên mô hình IMB (mô hình Information - Motivation - Behavior), can thiệp tuân thủ điều trị ARV đa thành phần cho MSM từ 18 tuổi trở lên bao gồm các trao đổi tương tác trực tiếp giữa MSM (tương tự Facebook), thông tin tuân thủ phù hợp, thúc đẩy tinh thần

và sử dụng tự giám sát.

Trên thực tế, nhóm MSM có yêu cầu và đánh giá cao các can thiệp dựa trên tin nhắn tập trung vào hỗ trợ xã hội và kết nối với những người khác. Khi thực hiện khảo sát về yêu cầu các tính năng trên các ứng dụng (app), MSM mong muốn tích hợp mạng xã hội với các thông tin về cơ sở điều trị ARV của địa phương, kết nối với biểu đồ điều trị của họ và những thông tin có liên quan đến HIV [49]. Tính ẩn danh và quyền riêng tư cũng là những đặc điểm luôn được nhấn mạnh mặc dù không phải là yếu tố ảnh hưởng cố hữu đối với việc sử dụng các biện pháp can thiệp HIV trên các phương tiện truyền thông mạng xã hội [123]. Nghiên cứu khác cho thấy: mạng xã hội đã mang lại sức mạnh to lớn cho những người nhiễm HIV/AIDS, giúp họ có thể kết nối với nhau, đảm bảo an toàn và dễ dàng tiếp cận các thông tin liên quan đến HIV/AIDS [69]. Mạng xã hội trực tuyến được chứng minh là một mô hình tốt trong các can thiệp tùy chỉnh để cải thiện tuân thủ điều trị ARV [69].

Mặt khác, một phân tích tổng hợp về các can thiệp tuân thủ điều trị ARV đã phát hiện thấy: can thiệp kép đạt được kết quả tốt hơn so với các can thiệp đơn, các can thiệp sử dụng tin nhắn văn bản kết hợp với các tính năng khác (ví dụ: kết nối với mạng xã hội, cá nhân tự giám sát trên ứng dụng) sẽ làm tăng hiệu quả của gắn kết người nhiễm HIV với điều trị và tuân thủ điều trị [93]. Các biện pháp can thiệp phải đáp ứng với các thực hành tốt nhất hiện nay để việc tuân thủ điều trị ARV được hỗ trợ bởi phương tiện truyền thông mạng xã hội và phù hợp với nhu cầu và sở thích của nam giới.

Việt Nam là một trong những quốc gia có nhiều người sử dụng Internet cao nhất trong khu vực Châu Á Thái Bình Dương. Vào năm 2023, với dân số khoảng 100 triệu người, số lượng người sử dụng internet đạt xấp xỉ 77,9 triệu người (78%) [125]. Việc sử dụng internet ở Việt Nam chủ yếu dựa trên thiết bị di động, nhờ tỷ lệ sử dụng điện thoại thông minh cao [125]. Sử dụng internet đã trở thành thói quen hàng ngày của nhiều người Việt Nam với nhiều mục đích khác nhau bao gồm công việc, học tập, giải trí. Trung bình, hầu hết người dùng internet ở Việt Nam dành ít nhất ba giờ để sử dụng internet mỗi ngày [125]. Trong những năm gần đây, mạng

xã hội đã trở thành một trong những hoạt động internet phổ biến nhất của người Việt Nam. Năm 2023, thời gian trung bình hàng ngày dành cho việc sử dụng mạng xã hội ở Việt Nam đạt hơn hai giờ mỗi ngày [125].

Theo một cuộc khảo sát về người dùng internet tại Việt Nam năm 2023, Zalo tiếp tục là ứng dụng trò chuyện mạng xã hội được sử dụng nhiều nhất Việt Nam dẫn đầu với tỷ lệ sử dụng là 86%, tiếp theo là Facebook và YouTube [125]. Trong khi Facebook và YouTube được biết đến trên toàn cầu, Zalo là nền tảng trò chuyện hàng đầu của người Việt Nam nên từ giao diện cho đến chức năng đều rất thân thiện, dễ sử dụng. Ngoài chức năng cung cấp tính năng nhắn tin, Zalo cung cấp gọi điện riêng lẻ hoặc theo nhóm miễn phí, cho phép người dùng gửi các tập tin media cũng như các chức năng lịch và nhóm riêng tư. Nó cũng có chức năng nhật ký để người dùng đăng cảm xúc và tải ảnh lên.

Tính bảo mật của Zalo: Đối với các ứng dụng liên quan đến thông tin người dùng, nhà cung cấp luôn đặt các vấn đề về an toàn bảo mật thông tin lên hàng đầu. Mức độ cải thiện các tính năng bảo mật không chỉ mang đến sự an toàn cho người dùng mà còn mang đến những trải nghiệm tốt hơn cho người dùng ứng dụng. Nếu sử dụng Zalo, khi gặp bất kỳ vấn đề gì, bạn có thể được hỗ trợ nhanh nhất, thuận tiện nhất, được đảm bảo về các điều luật bảo mật thông tin của pháp luật Việt Nam.

- **Bảo mật nội dung:** chỉ có những ai trong cuộc nói chuyện mới có thể xem được nội dung tin nhắn.

- **Ẩn số điện thoại:** trong một nhóm chat, nếu bạn muốn nhắn riêng với một ai đó, bạn có thể bắt đầu bằng cuộc trò chuyện riêng mà không ai biết số điện thoại của nhau.

- **Ẩn nội dung đoạn chat:** với Zalo, bạn có thể ẩn nội dung đoạn chat trên danh sách và bảo vệ nó bằng một lớp mã pin.

- **Tính năng thu hồi:** có thể thu hồi được ngay đoạn chat vừa gửi nếu không muốn mọi người xem được.

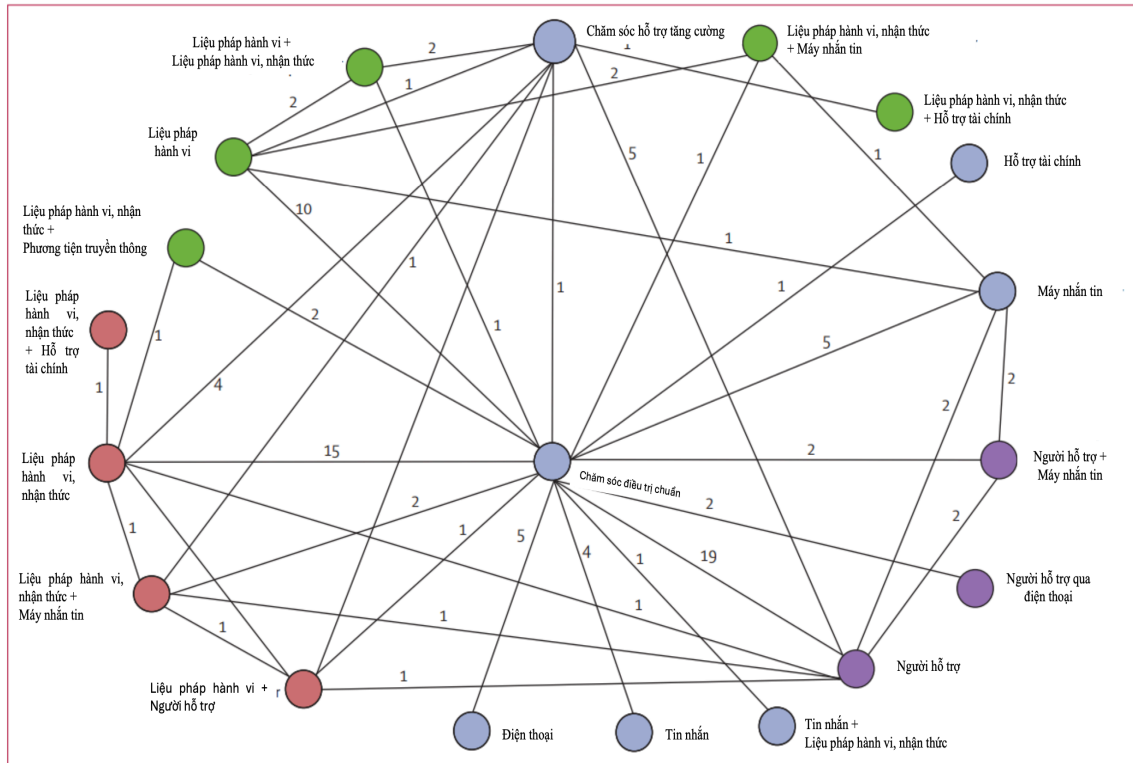
Như vậy, ứng dụng truyền thông mạng xã hội được coi là cách tiếp cận mới và không thể thiếu trong việc thúc đẩy các chương trình phòng chống và kiểm soát HIV ở Việt Nam thông qua giao tiếp trực tuyến, cung cấp thông tin, tư vấn các vấn đề sức khỏe, nhưng vẫn chưa nhiều nghiên cứu tìm hiểu hiệu quả của các phương

tiện truyền thông mạng xã hội đến tuân thủ điều trị ARV ở người nhiễm HIV. Do đó, nghiên cứu này nhằm thử nghiệm và phát triển một mô hình can thiệp về việc tích hợp các hoạt động can thiệp của nhân viên y tế trên nền tảng mạng xã hội trực tuyến Zalo trong việc cải thiện tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM nhiễm HIV

1.7. So sánh các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị

Các thử nghiệm ngẫu nhiên về tuân thủ điều trị cho thấy: các can thiệp ở mức độ cá nhân và cấu trúc thường có hiệu quả không cao trong việc cải thiện sự tuân thủ. Các nghiên cứu trong nhóm MSM trẻ tuổi cũng cho thấy có tương đối ít biện pháp can thiệp được thử nghiệm để cải thiện tuân thủ ARV, và hầu hết các can thiệp chỉ có hiệu quả khiêm tốn. Một đánh giá có hệ thống của tác giả Shaw và Amico (năm 2016) về chiến lược can thiệp tuân thủ điều trị ARV hiệu quả trong nhóm thanh thiếu niên đã tìm thấy bằng chứng hiệu quả của can thiệp trong một số nghiên cứu [46]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này đều có hạn chế là can thiệp tuân thủ điều trị được thực hiện trên nhóm MSM với cỡ mẫu nhỏ và cần thời gian theo dõi dài hơn và điều chỉnh cho phù hợp với các nhóm MSM thuộc các chủng tộc khác nhau. Các can thiệp tập trung vào các nguyên nhân chính dẫn đến tuân thủ điều trị kém như nhắc nhở, tăng cường động lực uống thuốc, tăng tương tác với hệ thống, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc cung cấp dịch vụ hỗ trợ xã hội có thể phù hợp với người nhiễm HIV nói chung. Tuy nhiên, với các cá nhân gặp nhiều vấn đề về tâm lý xã hội và nhiều yếu tố ảnh hưởng với việc tuân thủ sẽ có khả năng được hưởng lợi nhiều hơn từ các can thiệp chuyên sâu hơn và các can thiệp nhiều mức độ hơn.

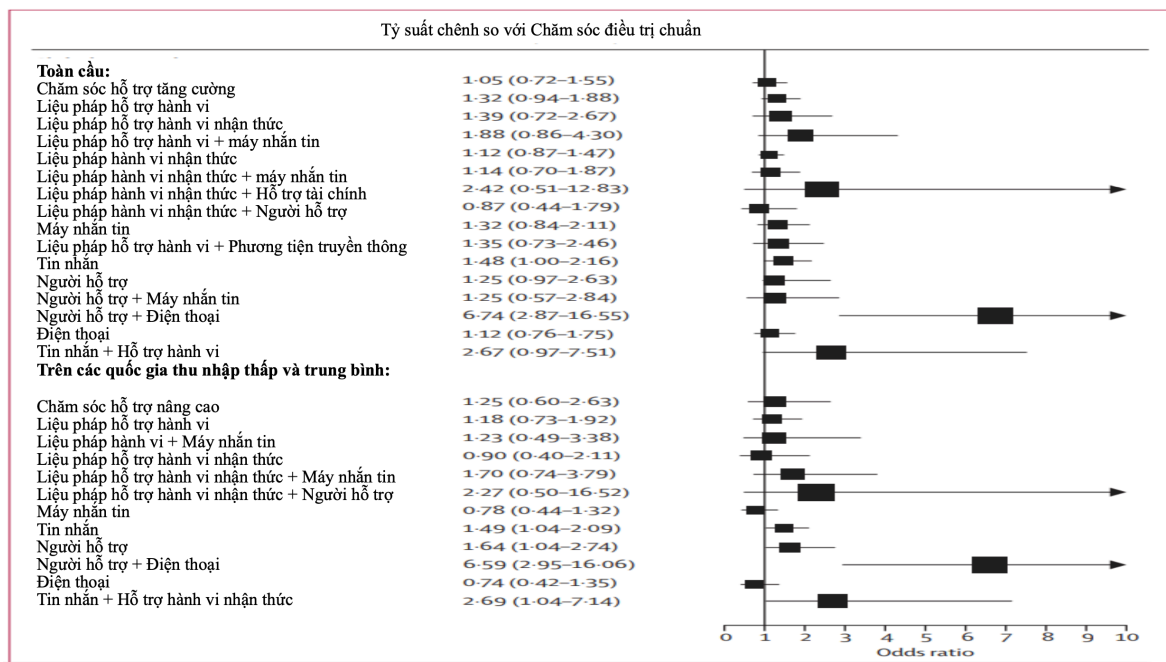
Nghiên cứu tổng quan hệ thống tiến hành so sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanter cho thấy 19 loại can thiệp dạng đơn lẻ hoặc kết hợp đã được thực hiện tại các nước phát triển và các nước đang phát triển [93]. Hình dưới đây mô tả các loại can thiệp đã được đánh giá trong nghiên cứu này.



Hình 1.1: Mô hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị dạng đơn lẻ hoặc kết hợp

Nghiên cứu này so sánh kết quả của 85 nghiên cứu trên thế giới và chỉ ra rằng can thiệp bằng tin nhắn ngắn vượt trội hơn so với chăm sóc và điều trị thường quy (OR = 1,48, KTC 95% : 1,00 - 2,16). Các can thiệp nhiều biện pháp cho thấy hiệu quả cao hơn so với can thiệp sử dụng các biện pháp đơn lẻ. Nếu xét trên tình trạng ức chế vi rút, chỉ có liệu pháp hành vi nhận thức (OR = 1,46, KTC 95%: 1,05 - 2,12) và can thiệp sử dụng người hỗ trợ (OR = 1,28, KTC 95%: 1,01 - 1,71) là cao hơn so với chăm sóc và điều trị chuẩn. Phân tích sâu hơn cho thấy tác dụng của các can thiệp nói chung đều giảm theo thời gian với hệ số tương quan có giá trị âm.

Dưới đây là biểu đồ so sánh hiệu quả của các can thiệp khác nhau với Chăm sóc điều trị chuẩn.



Hình 1.2: Hiệu quả của các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn [93]

Hình 1.2 đã cho thấy can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị cho MSM nhiễm HIV sử dụng điện thoại di động với tần suất phù hợp, kết hợp với người hỗ trợ tuân thủ điều trị cho MSM được chứng minh là có hiệu quả cao nhất trong các can thiệp với OR = 6,74, KTC 95%: 2,87 - 16,55. Tác dụng rõ ràng nhất là biện pháp kết hợp giữa sử dụng người hỗ trợ tuân thủ điều trị và điện thoại định kỳ cho người nhiễm HIV gợi ý cho việc ứng dụng biện pháp này do tính khả thi cao, dễ thực hiện tại các nước có nguồn lực hạn chế như Việt Nam.

Một nghiên cứu tổng quan khác trên một số quốc gia châu Phi có thu nhập thấp và trung bình cho thấy: thời điểm bắt đầu can thiệp ảnh hưởng đáng kể đến kết quả tuân thủ điều trị [95]. Một số nghiên cứu được xem xét đã chứng minh rằng các biện pháp can thiệp tuân thủ phải được bắt đầu tại thời điểm kết nối với điều trị để tối đa hóa hiệu quả của chúng. Các nghiên cứu cho thấy bắt đầu điều trị ARV muộn hơn sau khi chẩn đoán ít có khả năng dẫn đến tuân thủ điều trị thành công. Do đó, thời điểm bắt đầu can thiệp nên sau khi bệnh nhân bắt đầu đăng ký điều trị sẽ làm tăng hiệu quả của một số can thiệp [95].

Ở vùng nông thôn Ethiopia, hỗ trợ đồng đẳng đã được chứng minh là làm giảm 97% sự kỳ thị nhận được liên quan đến HIV ($p \leq 0,001$), nâng cao kiến thức liên quan đến HIV (tăng 17%, $p = 0,001$), đồng thời duy trì sự tuân thủ cao với tỷ lệ tuân thủ ở mức 94 % (95 % KTC: 89 - 97) [95]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra các biện pháp can thiệp cá nhân thường có tác dụng làm tăng hành vi uống thuốc mà không tập trung vào các khía cạnh khác của việc tuân thủ điều trị như động cơ hoặc các yếu tố cấu trúc [95]. Những biện pháp can thiệp này bao gồm nhắc nhở qua SMS, thiết bị nhắc uống thuốc, quan sát trực tiếp việc uống thuốc, đếm số viên thuốc và theo dõi tuân thủ bằng thiết bị điện tử. Những biện pháp can thiệp này thường có chi phí thấp, nhưng chúng tạo ra nhiều kết quả khác nhau, đặc biệt là khi không được cung cấp các dịch vụ bổ sung. Nhìn chung, 108 can thiệp (63%) có ít nhất một cấu phần tập trung vào cấp độ cá nhân [95]. Những biện pháp can thiệp nhắc nhở này tạo ra nhiều kết quả khác nhau. Can thiệp bằng việc quan sát trực tiếp uống thuốc, kiểm đếm số lượng viên thuốc và nhắc nhở qua tin nhắn đều cho thấy kết quả tích cực đáng kể khoảng 50%. Tổng quan này cũng chỉ ra không có can thiệp nào chỉ sử dụng biện pháp giáo dục như một can thiệp duy nhất mà cần kết hợp với các can thiệp khác để tăng hiệu quả can thiệp. Mặc dù chi phí thấp, nhưng việc giáo dục người nhiễm HIV dường như không đủ để tạo ra sự khác biệt về mức độ tuân thủ điều trị nếu như chỉ sử dụng duy nhất một biện pháp can thiệp này [95]. Bên cạnh đó, các can thiệp của cộng đồng/đồng đẳng viên chủ yếu tập trung vào các thúc đẩy thay đổi hành vi đã có tỷ lệ thành công cao nhất so với bất kỳ loại can thiệp nào. Các đồng đẳng viên kết hợp với nhân viên y tế thực hiện hỗ trợ chuyên sâu cho từng người nhiễm HIV đã mang lại sự cải thiện đáng kể trong tuân thủ điều trị. Các nhóm hỗ trợ đồng đẳng đã thấy được vai trò trong tăng cường tuân thủ cũng như kiến thức liên quan đến HIV. Ở vùng nông thôn Ethiopia, hỗ trợ đồng đẳng đã được chứng minh là làm giảm 97% sự kỳ thị nhận được liên quan đến HIV ($p \leq 0,001$), nâng cao kiến thức liên quan đến HIV (tăng 17%, $p = 0,001$), đồng thời duy trì sự tuân thủ cao với tỷ lệ tuân thủ ở mức 94 % (95 % KTC: 89 % - 97%) [95]. Biện pháp can thiệp bằng tư vấn đã mang lại hiệu quả trọng việc kiểm soát

mất dấu theo dõi quá trình điều trị, cũng như tạo động lực cho tuân thủ uống thuốc [95].

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.

1.8. Thông tin về việc theo dõi và đánh giá tuân thủ điều trị tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị bằng thuốc kháng HIV ở Hà Nội.

Theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế, sau hơn 20 năm triển khai điều trị HIV/AIDS hệ thống các cơ sở điều trị HIV/AIDS đã được thiết lập và mở rộng nhanh chóng để tăng nhanh độ bao phủ điều trị, tạo điều kiện thuận lợi cho người nhiễm HIV tiếp cận dịch vụ điều trị và duy trì điều trị lâu dài: từ 3 đến 5 cơ sở điều trị HIV/AIDS vào năm 2000 đến cuối năm 2023 đã có 534 cơ sở điều trị ARV, bao gồm các cơ sở điều trị tại tuyến trung ương, tuyến tỉnh thành phố, tuyến huyện, các cơ sở điều trị ARV tại các trại giam, cơ sở tôn giáo và các phòng khám tư nhân [2]. Từ năm 2019, do các nguồn viện trợ bị cắt giảm, thuốc ARV và chi phí xét nghiệm cho người nhiễm HIV sẽ không còn được cấp phát miễn phí, mà chuyển qua thanh toán thông qua bảo hiểm y tế. Trong hệ thống chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam, phần lớn các phòng khám ngoại trú được đặt trong bệnh viện. Trong bối cảnh các nguồn viện trợ quốc tế đang cắt giảm, các phòng khám cũng được lên kế hoạch chiến lược là chuyển dần sang khoa khám bệnh cho phù hợp với quy chế của bệnh viện. Trong xu hướng hiện nay, để tăng cường hiệu quả hoạt động của phòng khám, việc xét nghiệm sàng lọc và các trường hợp nhiễm HIV đã được đưa về tuyến xã/phường, xét nghiệm lưu động đối với những nơi có tình hình dịch HIV cao, tập trung cho nhóm có hành vi nguy cơ cao. Bộ Y tế cũng khuyến khích việc mở mới các phòng khám ngoại trú đối với những huyện có từ 50 người nhiễm HIV còn sống trở lên và việc mở phòng khám ngoại trú mới tại khoa khám bệnh của bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện có đủ điều kiện là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo số liệu cập nhật mới nhất của Bộ y tế năm 2024, hiện có 513 trong tổng số 534 cơ sở y tế điều trị HIV trên toàn quốc sử dụng thuốc do bảo hiểm y tế [2].

Theo báo cáo của Sở Y tế Hà Nội trong 10 tháng đầu năm 2023: số trường hợp nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn thành phố là 21.991 trường hợp, trong đó 7.550 trường hợp đã tử vong và 14.441 trường hợp người nhiễm còn sống [1]. Số trường hợp người nhiễm HIV còn sống ở Hà Nội chiếm 6,5% tổng số trường hợp người nhiễm HIV còn sống của cả nước. Trong các trường hợp mới phát hiện trong 10 tháng đầu năm 2023, 82,7% là nam giới và lây truyền qua đường tình dục chiếm 53% [1]. Về kết quả thực hiện mục tiêu 95-95-95 (95% số người biết được tình trạng nhiễm HIV của mình, 95% số người đã chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV liên tục và 95% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi rút ở mức thấp và ổn định), tính đến 31/10/2023, có 70,4% người nhiễm HIV còn sống biết tình trạng nhiễm HIV của mình được quản lý, tăng 2,2% so với năm 2022. Thực hiện chỉ tiêu điều trị ARV, số người nhiễm HIV được duy trì điều trị ARV là 13.448/14.441 (93,1%) [1]. Tỷ lệ người nhiễm HIV có kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế/tổng số người được làm xét nghiệm tải lượng vi rút là 7541/7695 (98%). Thực hiện chỉ tiêu điều trị ARV, số người nhiễm HIV được duy trì điều trị ARV là 13.448/14.441 (93,1%) [1]. Tỷ lệ người nhiễm HIV có kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế/tổng số người được làm xét nghiệm tải lượng vi rút là 7541/7695 (98%). Tỷ lệ này tương đương với cùng kỳ năm 2022 (năm 2022 là 98,6%) [1]. Chúng tôi chọn đại diện 3 cơ sở y tế trên địa bàn Hà Nội để thực hiện nghiên cứu gồm: Phòng khám điều trị ARV - Trung tâm Y tế Quận Nam Từ Liêm, Phòng khám điều trị ARV - Trung tâm Y tế Quận Hoàng Mai, phòng khám điều trị ARV - Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đây là 3 cơ sở y tế đang có tỷ lệ MSM điều trị ARV cao trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Phòng khám - Trung tâm Y tế Quận Hoàng Mai: phòng khám được thành lập từ năm 2007. Đến nay phòng khám đã tiếp nhận, khám, theo dõi và điều trị cho 2.511 người bệnh HIV/AIDS. Hiện nay, phòng khám đang theo dõi và điều trị cho 1.038 người bệnh đăng ký, trong đó có khoảng 35% đối tượng tham gia nghiên cứu là MSM. Phòng khám đã triển khai điều trị ARV ổn định, sử dụng thuốc hoàn toàn theo bảo hiểm y tế để thuận tiện cho việc theo dõi và điều trị từ năm 2019.

Việc đánh giá tuân thủ điều trị người bệnh tại Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế theo quyết định QĐ 5968/QĐ-BYT năm 2021: nếu người bệnh sử dụng phác đồ 1 liều thuốc, nếu người bệnh quên không uống thuốc > 1 viên (95%), tức là người bệnh tuân thủ điều trị không tốt. Nếu người bệnh sử dụng phác đồ 2 lần uống thuốc, người bệnh quên từ 4 viên thuốc trở lên sẽ là tuân thủ điều trị không tốt. Việc xác định người bệnh quên không uống thuốc được thực hiện bằng biện pháp đếm số viên thuốc còn thừa và phỏng vấn người bệnh. Thông thường phòng khám sẽ định kỳ phát 28 viên thuốc và hẹn người bệnh đến đúng lịch hẹn vào ngày hết thuốc. Phòng khám đã sử dụng phần mềm ELOG của tổ chức FHI 360 tài trợ để theo dõi xem người bệnh có đến khám đúng lịch không, nếu người bệnh đến khám không đúng lịch thì phần mềm sẽ báo đỏ để cảnh báo cho nhân viên y tế. Nếu người bệnh đến sớm hoặc muộn hơn so với ngày hẹn thì điều dưỡng sẽ hỏi lý do, kiểm tra lại số thuốc đến thời điểm hiện tại để tính mức độ tuân thủ của người bệnh. Ngoài ra, phòng khám sử dụng kết quả xét nghiệm TLVR để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh. Phòng khám áp dụng ngưỡng TLVR là 200 bản sao/ml để quyết định lựa chọn tư vấn tăng cường cho người bệnh. Nếu kết quả TLVR của người bệnh > 200 bản sao/ml, bác sĩ sẽ trực tiếp tư vấn tăng cường cho người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận thấy phòng khám chưa sử dụng mẫu phiếu theo dõi tăng cường tuân thủ điều trị cho người bệnh mà chỉ ghi nhanh vào bệnh án theo dõi của người bệnh và các hoạt động thực hiện tư vấn cho người bệnh cũng ghi chú trên hồ sơ bệnh án.

Phòng khám - Trung tâm Y tế Quận Nam Từ Liêm là một trong những phòng khám được thành lập sớm nhất tại thành phố Hà Nội. Từ những ngày đầu thành lập năm 2006 đến nay phòng khám đã tiếp nhận, khám, theo dõi và điều trị cho 3.000 người bệnh HIV/AIDS. Năm 2023, phòng khám đang theo dõi và điều trị cho 1.731 người bệnh đăng ký, trong đó có khoảng 48% đối tượng tham gia nghiên cứu là MSM. Trước đây, phòng khám hoạt động theo nguồn vốn tài trợ của các tổ chức phi chính phủ, người bệnh được theo dõi và điều trị miễn phí. Tuy nhiên, hiện nay với quy định cập nhật mới nhất từ Bộ Y tế, người bệnh được điều trị ARV sớm

nhất có thể kể từ khi phát hiện tình trạng bệnh, thêm vào đó các nguồn ngân sách tài trợ đã hết, thay vào đó người bệnh sử dụng nguồn thuốc do bảo hiểm chi trả. Năm 2022 - 2023, trong giai đoạn chuyển giao, phòng khám đã triển khai điều trị cho bệnh nhân HIV bằng nguồn thuốc ARV từ nguồn bảo hiểm y tế và nguồn tài trợ. Thuốc ARV được cung cấp ổn định, người bệnh không bị thiếu thuốc.

Việc đánh giá tuân thủ điều trị người bệnh tại phòng khám này cũng tương tự như cách đánh giá tại Trung tâm Y tế Quận Hoàng Mai, kết hợp phương pháp đếm/phòng vẩn viên thuốc thừa của người bệnh, theo dõi kết quả tải lượng vi rút, đến đúng lịch tái khám. Phòng khám thường không phát dư số thuốc theo lịch, nếu người bệnh đến muộn theo lịch hẹn thì có thể tuân thủ điều trị không tốt. Phòng khám áp dụng ngưỡng đo tải lượng vi rút là 50 bản sao/ml để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị. Nếu người bệnh có tải lượng vi rút > 50 bản sao/ml, có nghĩa là tuân thủ điều trị không tốt, phòng khám sẽ lập tức thực hiện can thiệp ngay. Bác sĩ sẽ thực hiện tư vấn trực tiếp tại lần người bệnh đến khám. Tuy nhiên, phòng khám cũng không sử dụng phiếu theo dõi tuân thủ điều trị và tư vấn tăng cường cho người bệnh. Điều này được thực hiện dưới hình thức bác sĩ ghi chú vào hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Phòng khám - Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại thuốc bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội: đây là cơ sở mới được thành lập vào năm 2021, thực hiện các dịch vụ tư vấn, khám và điều trị HIV và các bệnh lây nhiễm khác. Hiện nay, khoa hiện có khoảng 248 người điều trị ARV và 83% (khoảng 200 đối tượng tham gia nghiên cứu) là MSM. Năm 2022-2023, các thuốc ARV được cấp phát tại khoa do nguồn tài trợ, chưa được chi trả theo bảo hiểm y tế.

Trong bối cảnh các nguồn viện trợ quốc tế cắt giảm, Bộ Y tế đã xác định rõ ràng cơ chế thanh toán chi trả qua bảo hiểm y tế kể từ năm 2018. Các phòng khám điều trị ngoại trú ARV cũng được chuyển dần sang khoa khám bệnh cho phù hợp với quy chế bệnh viện. Việc mở rộng dịch vụ bảo hiểm y tế, tăng cường tư vấn bệnh nhân mua thẻ bảo hiểm y tế đã được các phòng khám điều trị ARV xác định. Các xét nghiệm bao gồm xét nghiệm cơ bản, chẩn đoán hình ảnh, điều trị nhiễm trùng

cơ hội và điều trị các bệnh khác trên người nhiễm HIV cũng đã chuyển hướng sang sử dụng các dịch vụ bảo hiểm y tế. Các xét nghiệm có chi phí cao như CD4, tải lượng vi rút, thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội và thuốc ARV do các tổ chức hỗ trợ đã chuyển dần sang bảo hiểm chi trả.

Phòng khám tại cơ sở y tế này thực hiện đánh giá tuân thủ điều trị ARV cho người bệnh bằng việc phát thuốc và đếm thuốc theo ngày tái khám cố định (thứ 3 và thứ 5 hàng tuần), đánh giá tình trạng lâm sàng của người bệnh xem có các triệu chứng của bệnh nhiễm trùng cơ hội và kết quả TLVR. Nếu người bệnh mới điều trị ARV dưới 6 tháng, kết quả TLVR > 1000 bản sao/ml tại thời điểm sau 6 tháng điều trị, bác sĩ gọi điện cho người bệnh để tư vấn tăng cường. Nếu người bệnh điều trị lâu dài, kết quả TLVR từ không phát hiện ở lần xét nghiệm trước mà lần xét nghiệm này lại phát hiện thấy có vi rút, thì có thể bệnh nhân tuân thủ điều trị không tốt.

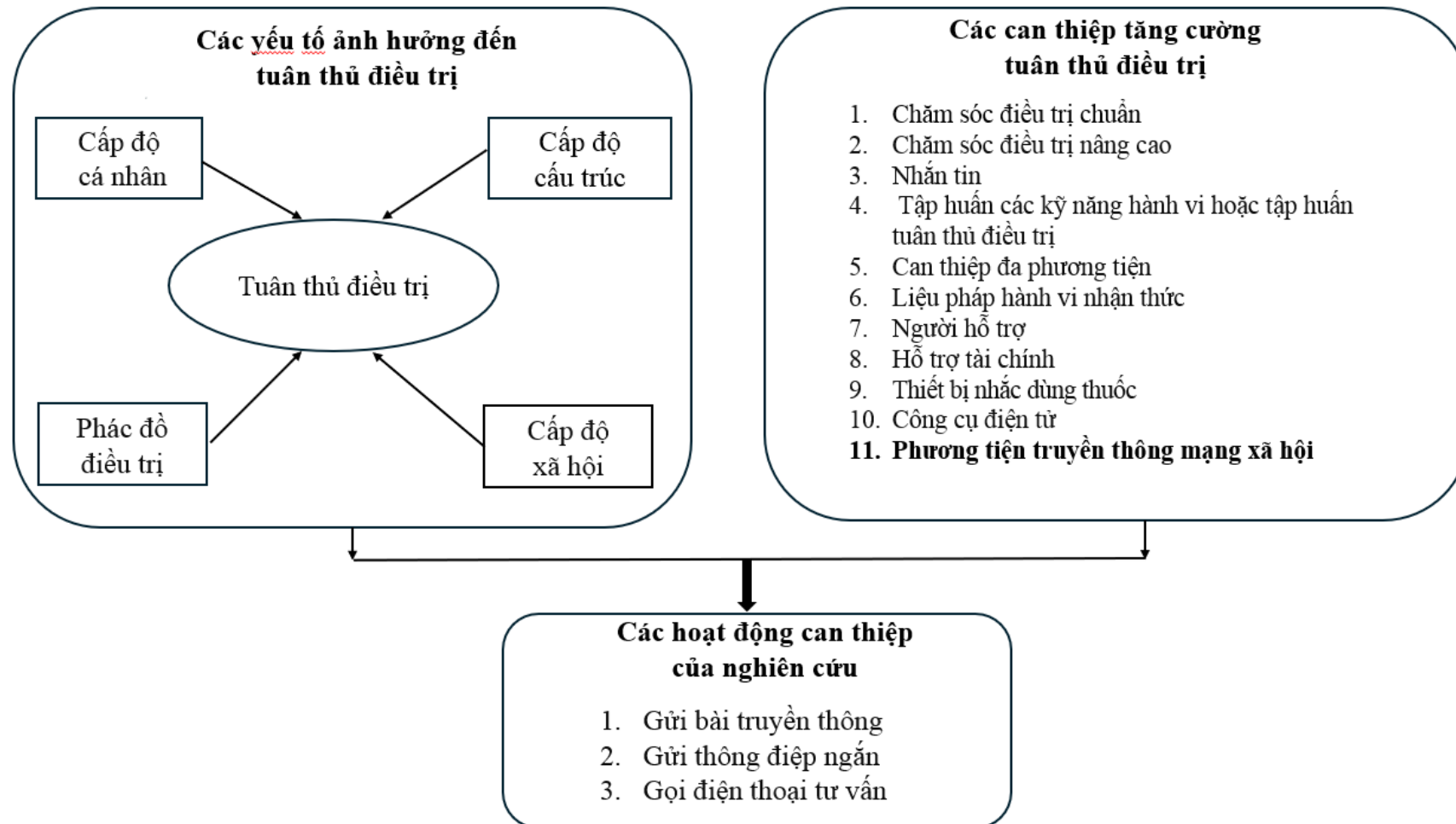
Như vậy, tình hình theo dõi người bệnh, đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV và tăng cường tuân thủ điều trị của 3 phòng khám trong nghiên cứu có sự tương đồng, đều tuân thủ hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ y tế theo quyết định số 5968/QĐ-BYT năm 2021. Tuy nhiên, tùy thuộc vào nguồn lực của phòng khám, các ngưỡng thiết lập đáp ứng, tăng cường tư vấn tuân thủ điều trị ARV cho người bệnh khác nhau.

1.9. Khung lý thuyết, câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu

Khung lý thuyết của nghiên cứu được trình bày tóm tắt trong hình 1.3.

Câu hỏi của nghiên cứu là liệu các biện pháp can thiệp qua Zalo bằng việc kết hợp gửi bài truyền thông, thông điệp ngắn và gọi điện thoại tư vấn người bệnh có làm tăng mức độ tuân thủ điều trị ARV hay không?

Giả thuyết được đặt ra là các hoạt động can thiệp nghiên cứu sẽ làm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao theo thang đánh giá đa chiều từ 60% trước nghiên cứu lên tới 80% sau nghiên cứu. Giả thuyết này cũng được sử dụng làm cơ sở tính toán cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ và được trình bày chi tiết trong phần tính cỡ mẫu 2.4.



Hình 1.3. Khung lý thuyết của nghiên cứu

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các MSM nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 3 phòng khám ngoại trú tại Hà Nội.

Hồ sơ bệnh án của các MSM thuộc đối tượng nghiên cứu trên.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người tham gia đủ điều kiện là nam giới Việt Nam và tự báo cáo đã QHTD bằng miệng/hậu môn với đàn ông hoặc phụ nữ chuyển giới khác, 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.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Đối tượng tham gia nghiên cứu không có khả năng trả lời các câu hỏi

2.2. Thời gian, địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện vào thời gian, địa điểm như sau:

a. 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.

b. 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.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

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

2.4. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu can thiệp được tính toán sử dụng công thức so sánh hai tỷ lệ, với kiểm định Chi-Square, kiểm định 2 bên [128]. Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

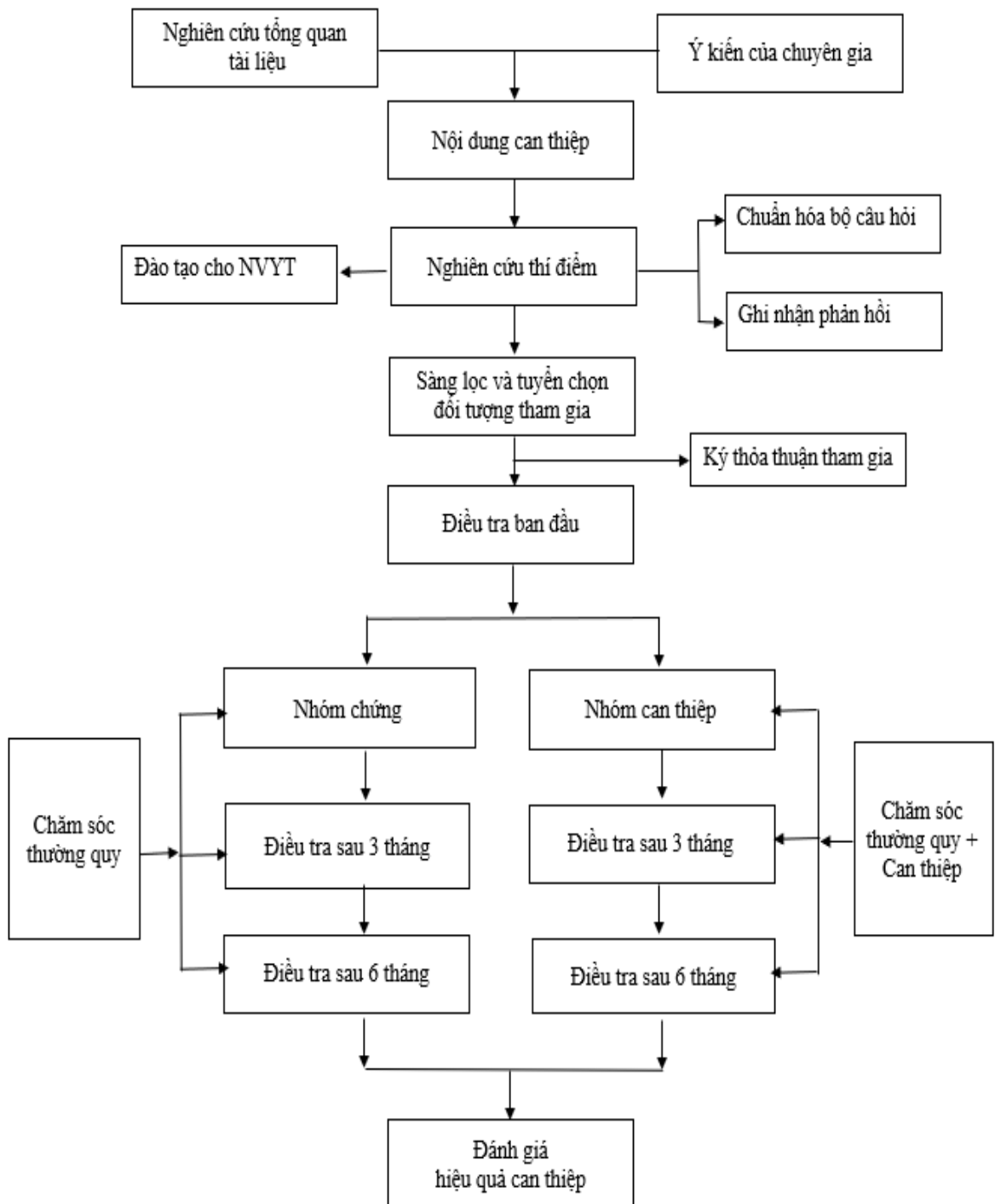
- n: cỡ mẫu ước tính
- P1: tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt tại thời điểm ban đầu của nhóm chứng và nhóm can thiệp. Với giả định nhóm chứng và nhóm can thiệp có tỷ lệ như nhau và ước tính là 60% theo nghiên cứu của Phan Thị Thu Hương và cộng sự [7].
- P2: tỷ lệ mong đợi tuân thủ điều trị tốt sau thời gian can thiệp của nhóm can thiệp là 80%. Giả định rằng nhóm chứng có tỷ lệ tuân thủ tốt không đổi (60%).
- $P = (P2 - P1) / 2$

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**

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các MSM thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.5. Quy trình nghiên cứu



Hình 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu

Bước 1: Xây dựng nội dung can thiệp

Các hoạt động can thiệp được xây dựng dựa trên việc tham khảo kinh nghiệm quốc tế trong tổng quan tài liệu và cho thấy mô hình can thiệp dựa trên nền tảng

truyền thông mạng xã hội mang lại hiệu quả cao. Kế hoạch và nội dung các hoạt động chi tiết được thảo luận với các chuyên gia quốc tế đang làm ở Việt Nam trong lĩnh vực chăm sóc và điều trị HIV, nghiên cứu viên của Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lạm dụng chất - HIV, và các cán bộ phòng khám tham gia nghiên cứu. Người hỗ trợ MSM tuân thủ điều trị được xác định trong hoạt động can thiệp của nghiên cứu là cán bộ y tế của phòng khám.

Bước 2: Nghiên cứu thí điểm

Một nghiên cứu thí điểm kéo dài 1 tháng đã được tiến hành với 15 MSM tại 3 cơ sở y tế nhằm đánh giá tính khả thi, chuẩn hoá quy trình trước khi tiến hành lựa chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu chính thức. Trong quá trình thí điểm điều chỉnh các phát hiện, các vấn đề tiềm ẩn trong cách diễn đạt hoặc độ dài của bảng câu hỏi được điều chỉnh, từ đó cung cấp thông tin có thể giúp tối ưu hóa thiết kế can thiệp. Một số cách diễn đạt trong câu hỏi đã được sửa đổi sau nghiên cứu thí điểm. Số lượng tin nhắn và bài truyền thông được điều chỉnh theo phản hồi của người tham gia. Trong giai đoạn thí điểm ban đầu, nghiên cứu sinh (NCS) quan sát và giám sát trong toàn bộ quá trình tuyển dụng và thực hiện phỏng vấn của nhân viên y tế. Đồng thời, NCS điều chỉnh cách thức và phương pháp phỏng vấn nếu họ thể hiện bất kỳ biểu hiện hoặc hành vi không phù hợp, ví dụ: phóng đại lợi ích của sự can thiệp hoặc khuyến nghị các thông tin y tế khác ngoài nội dung của nghiên cứu. Một buổi đào tạo bổ sung đã được tổ chức cho những nhân viên y tế tham gia nghiên cứu để củng cố quy trình chuẩn của nghiên cứu sau nghiên cứu thí điểm.

Buổi đào tạo tập trung vào cán bộ y tế (01 bác sỹ và 01 điều dưỡng) của 03 phòng khám: Tập huấn trong vòng 03 giờ về việc cung cấp các thông tin về tuân thủ điều trị ARV, các can thiệp hỗ trợ trên Zalo. Các bác sỹ, điều dưỡng của phòng khám là những người trực tiếp thực hiện can thiệp. Các nhân viên y tế này được tuyển chọn vào nghiên cứu đều có chứng nhận tham gia các lớp tập huấn về tuân thủ điều trị trước đây. Nghiên cứu sinh thực hiện tập huấn tập trung vào các vấn đề chủ chốt như sau:

- + Các phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị, ưu và nhược điểm của từng phương pháp

- + Các khó khăn, các yếu tố tác động thường gặp trong tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM
- + Thảo luận cách thức giải quyết các khó khăn, tình huống cụ thể.
- + Quy trình chuẩn của nghiên cứu

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

Tại các phòng khám điều trị ngoại trú ARV, MSM trước khi khám bác sỹ được các nghiên cứu viên mời hoàn thành bảng câu hỏi sàng lọc theo tiêu chí lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu. Những người đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giới thiệu về nghiên cứu can thiệp trên Zalo và mời vào nghiên cứu. Bệnh nhân nào quan tâm tới nghiên cứu sẽ được mời vào phòng riêng để phỏng vấn những thông tin kỹ hơn. Sau khi ký thoả thuận tham gia nghiên cứu, các MSM đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ thực hiện khảo sát theo phiếu khảo sát.

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.

Bảng 2.1: Phân bổ số lượng MSM trong các nhóm và các phòng khám

	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	Tổng số
Phòng khám-Trung tâm y tế Quận Nam Từ Liêm	50	50	100
Phòng khám-Trung tâm y tế Quận Hoàng Mai	29	29	58
Phòng khám-Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại, bệnh viện Đại học Y Hà Nội	26	28	54
Tổng	105	107	212

Ghi chú: 2 MSM ở phòng khám điều trị ARV, Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội không hoàn thành đầy đủ các phiếu phỏng vấn, nên bị loại sau khi chọn ngẫu nhiên.

Sau khi phỏng vấn xong, MSM nhận được 100.000 Việt Nam đồng và tiếp tục nhận được số tiền như trên ở các lần phỏng vấn tại thời điểm sau 3 và 6 tháng.

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

Lịch thực hiện các can thiệp gửi bài truyền thông, gửi thông điệp và gọi điện thoại như sau:

Bảng 2.2: Lịch thực hiện các can thiệp

Thời gian	Gửi bài truyền thông	Gửi thông điệp	Gọi điện thoại
Tuần 1	✓		
Tuần 2		✓	
Tuần 3	✓		
Tuần 4		✓	
Tuần 5	✓		

Thời gian	Gửi bài truyền thông	Gửi thông điệp	Gọi điện thoại
Tuần 6		✓	
Tuần 7	✓		
Tuần 8		✓	✓
Tuần 9	✓		
Tuần 10		✓	
Tuần 11	✓		
Tuần 12		✓	
Tuần 13	✓		
Tuần 14		✓	
Tuần 15	✓		
Tuần 16		✓	✓
Tuần 17	✓		
Tuần 18		✓	
Tuần 19	✓		
Tuần 20		✓	
Tuần 21	✓		
Tuần 22		✓	
Tuần 23	✓		
Tuần 24		✓	

Hoạt động can thiệp gửi bài truyền thông và thông điệp:

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. Năm mươi bài báo giáo dục đã được thu thập bởi 4 sinh viên đang học năm cuối của trường Đại học Y Hà Nội được đào tạo, làm việc theo cặp để đọc và sàng lọc. Việc lựa chọn cuối cùng của 12 bài truyền thông đã được các tác giả cho phép/hoặc nêu rõ nguồn gốc trích dẫn và sau đó chỉnh sửa thêm hình ảnh minh họa. Các bài truyền thông sửa đổi đã được gửi cho các bác sĩ tại các phòng khám để xem xét và đảm bảo thông tin hợp lệ và kịp thời.

Bảng 2.3: Chủ đề các bài truyền thông

STT	Chủ đề bài truyền thông
1	Thông tin cơ bản về HIV và ARV
2	Tuân thủ điều trị ARV, kỹ năng giúp tuân thủ điều trị
3	Bệnh đồng nhiễm
4	Diễn giải các kết quả xét nghiệm và các lưu ý
5	Kiểm soát sức khỏe tinh thần
6	Tác dụng phụ của thuốc ARV và những lưu ý khi dùng thuốc
7	Luật pháp và những quy định
8	Phòng chống lây nhiễm HIV
9	Kháng thuốc
10	Cuộc sống hàng ngày
11	Thông tin về các cơ sở điều trị ARV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục
12	Dinh dưỡng và các lưu ý

Nội dung của 12 thông điệp:

Bảng 2.4: Chủ đề các thông điệp

Điều trị bằng thuốc càng sớm thì hiệu quả ức chế vi rút càng cao, bạn sẽ có cuộc sống khỏe mạnh như người bình thường	Virut có tỷ lệ nhân lên và đột biến rất cao nên bạn cần tuyệt đối tuân thủ điều trị . Nghĩa là phải dùng đúng liều, đúng giờ và đều đặn hàng ngày.	Điều trị sớm làm giảm nguy cơ mắc những bệnh nhiễm trùng cơ hội nguy hiểm. Uống thuốc càng sớm càng tốt. Tuân thủ uống thuốc đúng giờ.
Không dùng chung rượu bia với thuốc điều trị bạn đang uống hàng ngày	Uống rượu thường xuyên có liên quan đến trầm cảm, lo âu và nhiều vấn đề sức khỏe tinh thần khác	Uống rượu nhiều thường gây ra những sai lệch trong chế độ ăn gây mất cân đối về dinh dưỡng
Giữ tinh thần tốt là điều quan trọng để có sức khỏe tốt. Hãy tham vấn bác sỹ nếu anh chị thấy cần	Hãy sống tích cực trong mọi điều kiện sinh hoạt của bạn	Lạc quan và rèn luyện thể thao để vượt lên bệnh tật, chiến thắng bản thân
Tác nhân làm cho virut phát triển nhanh gấp bội là ma túy . Hãy tránh xa .	Tập thói quen ăn nhiều trái cây, ngũ cốc và các loại đậu, protein ít béo sẽ tốt cho sức khỏe của bạn	Luôn lắng nghe cơ thể bạn. Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và toàn xã hội. Hãy sống tích cực!

Để cải thiện khả năng tiếp cận và hiệu quả của can thiệp, thời gian và tần suất cung cấp thông tin cho những người tham gia đã được xem xét. Sau khi ghi nhận ý kiến của nhân viên y tế và đối tượng tham gia trong nghiên cứu thí điểm, thời gian thực hiện các hoạt động can thiệp được điều chỉnh. Các tài liệu giáo dục đã được quyết định gửi cho những người tham gia vào lúc 10 giờ tối bởi vì đây là thời gian

tối ưu để các đối tượng tham gia nghiên cứu có thể đọc tài liệu và các MSM đã có ý kiến trong các cuộc phỏng vấn rằng các bài báo giáo dục nên được gửi vào ban đêm để tránh tiết lộ tình trạng nhiễm HIV cho đồng nghiệp vào ban ngày hoặc cho bạn bè trong giờ nghỉ. Đồng thời, nhân viên quản lý các trường hợp cũng đề nghị 10 giờ tối để gửi bài viết, vì điều này sẽ gần với lịch uống thuốc hàng ngày của hầu hết đối tượng tham gia, tức là trước giờ đi ngủ của họ nửa giờ.

Hoạt động can thiệp thực hiện cuộc gọi điện thoại:

Hai cuộc điện thoại của nhân viên y tế dành cho nhóm MSM thuộc nhóm can thiệp tại 2 thời điểm: sau 2 tháng (tuần 8) và 4 tháng (tuần 16) kể từ thời điểm bắt đầu 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 họ 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. Thời điểm này được thực hiện sau khi đã đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của MSM tại thời điểm ban đầu và sau 3 tháng nhằm phát hiện những yếu tố ảnh hưởng của họ và đề xuất các giải pháp hỗ trợ cho nhóm can thiệp. Mục đích của những tương tác giữa nhân viên y tế và người tham gia này là để đánh giá sự tiến bộ tuân thủ điều trị của đối tượng tham gia trong nhóm can thiệp và cung cấp phản hồi mang tính cá nhân hóa phù hợp với vấn đề mà MSM quan tâm. Nếu một người thể hiện cảm xúc tiêu cực trong quá trình giao tiếp, nhân viên y tế sẽ cung cấp tư vấn và hỗ trợ cảm xúc, nếu cần thiết. Can thiệp sẽ ưu tiên tới các đối tượng nguy cơ không tuân thủ điều trị cao trước, tuy nhiên sau đó vẫn thực hiện can thiệp cho nhóm can thiệp có nguy cơ thấp để tránh trường hợp bỏ sót trong quá trình sàng lọc đối tượng nguy cơ và đảm bảo liệu can thiệp được thực hiện là như nhau cho tất cả đối tượng tham gia ở nhóm can thiệp. Phiếu tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị chi tiết theo phụ lục 09: Phiếu tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị sau 3 tháng và sau 6 tháng.

Can thiệp gửi bài truyền thông, thông điệp không sử dụng tính năng chat nhóm trên Zalo vì qua phỏng vấn trong nghiên cứu thí điểm, người tham gia nghiên cứu không muốn sử dụng tính năng này, đồng thời cũng liên quan đến việc bảo mật thông tin của MSM.

Các MSM thuộc nhóm can thiệp và nhóm chứng đều nhận được chăm sóc thường quy của phòng khám như hướng dẫn trực tiếp từ nhân viên phòng khám bao gồm kiểm tra sức khỏe định kỳ và kiểm tra số viên thuốc còn dư từ lần phát thuốc trước, nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ điều trị.

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.

Phân tích các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của nhóm MSM ở giai đoạn ban đầu (trước can thiệp).

Hiệu quả can thiệp được thể hiện qua đánh giá sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau 3 tháng và sau 6 tháng.

Kết quả phụ của nghiên cứu:

Hiệu quả can thiệp được thể hiện qua đánh giá sự khác biệt về TLVR 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.

Các chỉ số quá trình của nghiên cứu như: tỷ lệ MSM duy trì qua các thời điểm nghiên cứu trên mỗi nhóm, số lượng bài truyền thông, thông điệp đã được gửi, số lượt bài truyền thông được gửi, số lượt thông điệp được gửi, số cuộc điện thoại tư vấn được thực hiện, tổng số thời gian gọi được thực hiện, chủ đề bài truyền thông được MSM quan tâm, mức độ hữu ích của bài truyền thông/thông điệp, mức độ hài lòng của MSM về dịch vụ của các cơ sở điều trị ARV.

Tổ chức và điều hành hoạt động can thiệp

- Nghiên cứu sinh thực hiện xây dựng chương trình, nội dung can thiệp: chuẩn bị các bài truyền thông, thông điệp, bộ câu hỏi, quy trình nghiên cứu, hướng dẫn, giám sát và đánh giá hiệu quả của hoạt động.

- Trưởng phòng khám điều trị ARV quản lý và chỉ đạo các hoạt động của mô hình can thiệp, với sự phối hợp của NCS.

- Các bác sĩ của phòng khám: Thực hiện sàng lọc và tuyển chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu, tư vấn tăng cường qua điện thoại.

- Điều dưỡng của phòng khám: Gửi bài truyền thông và thông điệp ngắn cho đối tượng tham gia, trả lời tin nhắn của người bệnh khi có yêu cầu, phát phiếu phỏng vấn và hướng dẫn đối tượng tham gia hoàn thành phiếu phỏng vấn.

- Nghiên cứu sinh giám sát các phiếu điều tra, thực hiện theo dõi mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của đối tượng của nghiên cứu, phối hợp và giám sát các hoạt động của nhân viên y tế thực hiện can thiệp.

2.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

2.6.1. Công cụ

Bộ công cụ thu thập các thông tin nhân khẩu học, xã hội học, bệnh học: đây là bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu tự xây dựng dựa trên việc tìm hiểu các nghiên cứu trước đó. Các câu hỏi thu thập thông tin về nhân khẩu học và bệnh học của đối tượng tham gia nghiên cứu do đối tượng tham gia nghiên cứu tự báo cáo và được thu thập từ bệnh án sẵn có của đối tượng tham gia nghiên cứu tại phòng khám ngoại trú, bao gồm các thuốc ARV đang sử dụng, phác đồ điều trị, ngày có kết quả xét nghiệm HIV khẳng định, ngày bắt đầu điều trị ARV giai đoạn lâm sàng, tình trạng mắc bệnh đồng nhiễm.

Bộ công cụ sàng lọc sử dụng chất gây nghiện ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) được phát triển bởi WHO phiên bản 3.1 [130]. Trong nghiên cứu này, bộ công cụ được sử dụng để sàng lọc MSM có sử dụng rượu, amphetamine, chất dạng thuốc phiện.

Thông tin thu thập do người nhiễm HIV tự trả lời dựa trên bộ câu hỏi cấu trúc và các thang đo, gồm: bộ câu hỏi về nhân khẩu - xã hội học, thang đo đánh giá mức độ rối loạn lo âu (Generalized Anxiety Disorder Scale – GAD-7) [131], thang đo đánh giá mức độ rối loạn trầm cảm (Patient Health Question 9 item scale – PHQ-9) [43], thang đo mức độ kỳ thị dành cho người nhiễm HIV [133]; Thang đo rối loạn

lo âu và trầm cảm này đã được đánh giá độ đồng nhất nội tại và có hệ số Cronbach's alpha đều $\geq 0,8$ [134], [43].

Thang đo mức độ kỳ thị dành cho người nhiễm HIV (The short HIV stigma scale) [133]: gồm 12 câu hỏi trên 5 lĩnh vực: kỳ thị mức độ cá nhân, lo lắng khi bị tiết lộ nhiễm HIV, lo lắng về thái độ của cộng đồng, suy nghĩ tiêu cực của bản thân, và kỳ thị chung. Thang đo này đã được đánh giá độ đồng nhất nội tại với hệ số Cronbach's alpha: 0,78 [39].

Thang đo tuân thủ điều trị: được đo lường qua bộ công cụ đa chiều do USAID hỗ trợ phát triển [136]. Đây là bộ công cụ do USAIDS hỗ trợ phát triển, được thẩm định đo lường trên 800 bệnh nhân và có độ nhạy và độ đặc hiệu cao [136].

Bộ câu hỏi tuân thủ điều trị đa chiều gồm có 4 phần: tự đánh giá của MSM, thang điểm trực quan VAS, nhân viên y tế đánh giá qua kiểm tra kiến thức (về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và lưu ý), và kiểm đếm số viên trong kỳ.

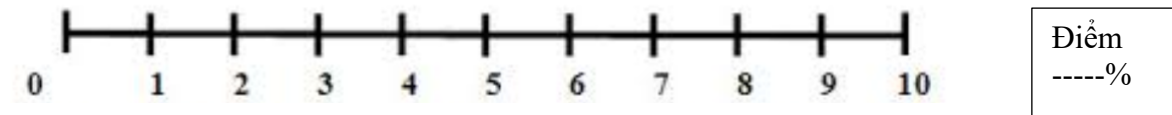
Phần 1: gồm 4 câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị dành cho đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm 4 câu hỏi với câu trả lời là “Có” hoặc “Không”, cụ thể như sau:

Bảng 2.5: Các câu hỏi phỏng vấn đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 1 của bộ công cụ đánh giá đa chiều

Câu hỏi	Có	Không
Đôi lúc bạn có cảm thấy khó nhớ việc dùng uống thuốc không?		
Khi bạn thấy khỏe hơn, bạn có lúc nào tạm dừng việc dùng thuốc không?		
Hãy nhớ lại việc dùng thuốc của bạn trong 4 ngày trước đây, bạn có quên liều nào không?		
Khi dùng thuốc và bạn thấy mệt hơn, có lúc nào bạn dừng việc dùng thuốc không?		

Tư vấn viên tuân thủ điều trị được tập huấn về bộ câu hỏi là người trực tiếp tiến hành phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu.

Phần 2: đánh giá bằng thang điểm trực quan. Tư vấn viên sẽ hỏi đối tượng tham gia nghiên cứu về mức độ tuân thủ điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu ở mức nào trong 4 ngày qua theo thang điểm VAS. Đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được hướng dẫn lựa chọn tỷ lệ % tuân thủ điều trị của bản thân từ 0 đến 10 điểm (tương ứng 0% đến 100%)



Hình 2.2: Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS (VAS 0-10)

Phần 3: bao gồm câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức về thuốc ARV đối tượng tham gia nghiên cứu đang sử dụng. Đối tượng tham gia nghiên cứu được hỏi về các thông tin về thuốc để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và lưu ý khi dùng thuốc khác. Tư vấn viên là người phỏng vấn và ghi nhận kết quả trong bảng đánh giá. Nội dung đánh giá của phần 3 được trình bày trong Bảng 2.6.

Bảng 2.6: Các câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 3 của công cụ đánh giá đa chiều

Biết tên thuốc (Có/Không)	Biết số viên cần dùng	Thời điểm dùng thuốc đúng giờ	Nhớ các lưu ý khi dùng thuốc khác

Phần 4: đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của MSM qua kiểm đếm số viên trong kỳ. Đối tượng tham gia nghiên cứu được nhắc mang hộp đựng thuốc/túi đựng thuốc trong các lần tái khám. Nhân viên y tế thực hiện 2 câu hỏi dành cho đối tượng tham gia nghiên cứu, gồm:

Đối tượng tham gia nghiên cứu có mang hộp đựng thuốc/túi đựng thuốc đến không?

☐ Có ☐ Không

Nếu “Có” đếm số viên thừa và tính toán tỷ lệ tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị = (Số viên đã cấp phát - Số viên còn lại) * 100 / Số viên được chỉ định uống trong kỳ.

Trong trường hợp đối tượng tham gia nghiên cứu không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị. Nói cách khác, nhân viên y tế sẽ dựa vào hiểu biết và kinh nghiệm tốt nhất của mình để ước tính tuân thủ điều trị dựa theo việc câu hỏi ví dụ: số thuốc phát cho lần trước đã dùng hết chưa? Còn thừa bao nhiêu viên?

Dựa vào kết quả đánh giá của phần 1, phần 2, phần 3 và phần 4. Kết quả đánh giá kết hợp của bộ công cụ đánh giá đa chiều trình bày trong Bảng 2.7 dưới đây sẽ phân loại đối tượng tham gia nghiên cứu vào một trong ba phân nhóm tuân thủ điều trị, gồm: tuân thủ điều trị mức độ cao, tuân thủ điều trị mức độ trung bình, tuân thủ điều trị mức độ thấp.

Bảng 2.7: Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị theo phương pháp kết hợp sử dụng bộ công cụ đa chiều

Tuân thủ điều trị	Cao	Trung bình	Thấp
Phần 1 (tự đánh giá của MSM)	Tất cả các câu trả lời là “Không”	Trả lời “Có” một câu	Trả lời là “Có” từ 2 câu trở lên
Phần 2 (thang điểm trực quan VAS)	Từ 95% trở lên	Từ 75%-94%	Dưới 75%
Phần 3 (nhân viên y tế đánh giá kiến thức)	Liều, thời gian dùng và cách dùng thuốc đều chính xác	Liều và thời gian dùng thuốc đúng	Chỉ nhớ liều hoặc nhầm lẫn
Phần 4 (nhân viên y tế kiểm đếm số thuốc thừa trong kỳ)	Từ 95% trở lên	Từ 75%-94%	Dưới 75%
Kết quả (chọn 1 ô phù hợp nhất)	☐	☐	☐

Ghi chú: Nếu các câu trả lời của phần 1, 2, 3, 4 không nằm chung một cột thì lấy kết quả tương ứng với ô ngoài cùng bên tay phải (kết quả kém nhất).

Nếu như điểm tuân thủ điều trị ở mức trung bình và thấp được xếp vào tuân thủ dưới mức tối ưu, điểm tuân thủ điều trị ở mức cao sẽ được xếp vào mức tuân thủ tối ưu.

Thang đo chất lượng cuộc sống WHOQOL-HIV BREF: đây là thang đo dành riêng cho người nhiễm HIV, gồm 6 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, mức độ độc lập, quan hệ xã hội, môi trường sống, và niềm tin cá nhân [137]. Mỗi câu hỏi gồm 5 mức độ từ 1 đến 5 biểu thị mức độ hàm ý tích cực tăng dần. Riêng các câu hỏi số 3, 4, 5, 8, 9, 10, 31 được chuyển điểm với các mục tiêu cực. Điểm số của từng lĩnh vực được tính bằng giá trị trung bình của các lĩnh vực nhân với hệ số 4, do vậy điểm số các lĩnh vực sẽ nằm trong khoảng từ 4 đến 20 điểm. Điểm số trong thang đo càng cao tương ứng với mức chất lượng cuộc sống của MSM càng cao. Phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ này đã được dịch sang tiếng Việt và được xác nhận tính giá trị với độ tin cậy cao, tính giá trị tốt với chỉ số Cronbach's Alpha cho 6 lĩnh vực dao động từ 0,69-0,89 [35].

2.6.2. Quản lý và phân tích dữ liệu

- Số liệu được thu thập với tần suất và cách thức như sau:

Bảng 2.8: Tần suất thu thập dữ liệu

Bộ công cụ	Giai đoạn ban đầu	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Cách thức thu thập số liệu
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.

Bộ công cụ	Giai đoạn ban đầu	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Cách thức thu thập số liệu
Kỳ thị	x	x	x	Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo. Tur 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. Tur vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám rà soát việc điền phiếu.
Tuân thủ điều trị	x	x	x	Tur 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	Tur vấn viên (Bác sỹ, Điều dưỡng) tại các phòng khám. NCS: giám sát theo dõi hoạt động.

Thời điểm thực hiện hiện phỏng vấn tại giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng rất quan trọng, giúp sàng lọc MSM tuân thủ điều trị không tốt và ưu tiên để thực hiện các hoạt động can thiệp.

- Dữ liệu được thu thập trên nền tảng phần mềm REDCap. Số liệu được làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA/MP 17.0. Các biến số là các giá trị liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến số phân loại được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ %.

- Kiểm định χ^2 để so sánh các tỉ lệ giữa các nhóm đối tượng (mẫu độc lập) và tỉ lệ trước - sau can thiệp. Nếu có hơn 20% số ô có tần số mong đợi (hoặc giá trị kỳ vọng; expected value) < 5 thì sử dụng Fisher exact test. Bảng 2 x 2, chỉ cần có 1 ô có giá trị kỳ vọng < 5 thì sử dụng Fisher exact test mà không dùng Chi square.

- Kiểm định t-student để so sánh 2 trung bình của biến số có phân phối chuẩn

- Sử dụng test Mann-Whitney (phi tham số) để so sánh trung vị của 2 biến số độc lập có phân phối không chuẩn.

Sử dụng kiểm định mở rộng của test Wilcoxon tổng thứ hạng (Wilcoxon rank-sum test) được thực hiện 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 đơn biến và đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa biến số độc lập (các yếu tố nguy cơ) và biến số đo lường kết quả (mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu) tại thời điểm trước can thiệp. Trong nghiên cứu này, biến số đo lường kết quả là biến nhị phân (0,1), với 0 = tuân thủ mức tối ưu, 1 = mức tuân thủ dưới mức tối ưu. Điểm tuân thủ điều trị ở mức trung bình và thấp được xếp vào tuân thủ dưới mức tối ưu, điểm tuân thủ điều trị ở mức cao sẽ được xếp vào mức tuân thủ tối ưu. Các bước để xây dựng mô hình hồi quy logistic đa biến như sau:

- Bước 1: Thực hiện mô tả tất cả các biến số. Kiểm tra dữ liệu xem có dữ liệu nào vi phạm: không bình thường, giá trị ngoại lai, phân bố của từng biến.
- Bước 2: Kiểm tra hồi quy logistic đơn biến
Xem xét các biến có p-value $< 0,2$ trong mô hình đơn biến và một số biến có tác động đến tuân thủ điều trị được phát hiện trong các nghiên cứu trước sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình đa biến ban đầu (mô hình A).
- Bước 3: Lần lượt loại các biến có p cao trong mô hình đa biến A, được các mô hình mới tiếp theo.
- Bước 4: So sánh kết quả của mô hình mới với mô hình ban đầu (mô hình A).
Chú ý các biến số mà ước lượng thay đổi $> 20\%$, đây là các biến quan trọng không thể bị loại.

- Bước 5: Kiểm tra lại với các biến bị loại trừ, để xem biến đó có tác động có ý nghĩa thống kê hay không. Nếu biến đó không có ý nghĩa thống kê, quyết tâm bỏ.

Kiểm tra các mô hình: thực hiện kiểm định log likelihood ratio test để so sánh giữa 2 mô hình. Lựa chọn mô hình phù hợp.

- Bước 6: Kiểm tra tương tác giữa các biến trong mô hình. Nếu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), đưa cụm tương tác đó vào mô hình. Nếu không có ý nghĩa thống kê, mặc dù y vẫn gợi ý có tương tác nhưng dữ liệu của nghiên cứu không ủng hộ, cũng không đưa vào mô hình.
- Bước 7: Quyết định lựa chọn mô hình phù hợp (final model)
- Bước 8: Kiểm tra mô hình (post-estimation):
 - + Mức độ mô hình phù hợp với biến dữ liệu, p kỳ vọng $> 0,05$ để đảm bảo mô hình phù hợp với dữ liệu.
 - + Mức độ dự đoán mô hình: Pseudo R^2 và tỷ lệ % ước lượng chính xác của mô hình (PAC) càng lớn càng tốt.
 - + Các tiêu chí thông tin AIC và BIC: mô hình đơn giản, thể hiện ước lượng tốt thì AIC và BIC càng nhỏ.

Kết quả chính của nghiên cứu can thiệp là sự khác biệt mức độ tuân thủ điều trị ARV giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp được đo lường qua 6 tháng của nghiên cứu được ước tính bằng mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường được lặp lại (Mix-effects model repeated measures – MMRM), được hiệu chỉnh bởi kết quả tuân thủ điều trị tại thời điểm ban đầu và thời gian [139]. Kết quả chính của nghiên cứu can thiệp là sự khác biệt mức độ tuân thủ điều trị ARV giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp được đo lường qua 6 tháng của nghiên cứu được ước tính bằng mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường được lặp lại (Mix-effects model repeated measures – MMRM), được hiệu chỉnh bởi kết quả tuân thủ điều trị tại thời điểm ban đầu và thời gian [139]. Đối với những người trả lời bỏ lỡ một hoặc một vài câu hỏi phỏng vấn, mô hình MMRM cho phép giữ lại các dữ liệu khác đã hoàn thành từ các cuộc phỏng vấn để phân tích. Nguyên tắc để lựa chọn các biến tác động đưa vào mô

hình MMRM là: các biến có p-value < 0,2 trong mô hình đơn biến và một số biến có tác động đến biến kết quả (outcome) được phát hiện trong các nghiên cứu trước sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình đa biến. Xem xét tiêu chí thông tin Akaike (AIC) và tiêu chí thông tin Bayesian (BIC) trên các mô hình với 2 biến khác nhau. Tiêu chí thông tin AIC, BIC càng nhỏ càng có giá trị ước tính trong cộng đồng.

- Các chỉ số quá trình được đếm qua nhật ký nghiên cứu và các biểu mẫu theo dõi hoạt động của nhân viên y tế.

2.6.3. Bộ chỉ số đánh giá hiệu quả của can thiệp

Một số chỉ số đánh giá kết quả chính của nghiên cứu:

Chỉ số 1: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị ở các mức độ (cao hoặc thấp hoặc trung bình) qua các thời điểm phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 2: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị ở các mức độ (cao hoặc thấp hoặc trung bình) theo thang trực quan VAS qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 3: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị ở các mức độ (cao hoặc thấp hoặc trung bình) theo đánh giá kiến thức sử dụng thuốc bởi nhân viên y tế qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 4: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị ở các mức độ (cao hoặc thấp hoặc trung bình) theo kiểm đếm số thuốc trong kỳ điều trị, qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 5: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị ở các mức độ (cao hoặc thấp hoặc trung bình) theo thang đo đa chiều, qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 6: Thay đổi tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng).

Chỉ số 7: 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.

Sự thay đổi của mỗi chỉ số từ chỉ số 1 đến chỉ số 6 trên được đánh giá qua phân tích đánh giá xu hướng với kiểm định mở rộng của Wilcoxon rank-sum test .

Chỉ số 7 được ước lượng qua mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại.

Một số chỉ số đánh giá kết quả phụ của nghiên cứu:

Chỉ số 8: Sự khác biệt về TLVR của nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp. Chỉ số này sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh tỉ lệ về TLVR trước - sau can thiệp.

Chỉ số 9: Sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống qua các thời điểm khảo sát (giai đoạn ban đầu, sau 3 tháng và sau 6 tháng). Sự thay đổi chỉ số 9 trên được đánh giá qua kiểm định mở rộng của Wilcoxon rank-sum test

2.6.4. Sai số và các biện pháp không chế sai số trong nghiên cứu

- Sai số do thông tin sẵn có thiếu thông tin cần thiết hoặc chưa chính xác
- Sai số do hiểu sai câu hỏi của đối tượng phỏng vấn
- Sai số do điều tra viên hiểu sai câu trả lời của đối tượng phỏng vấn
- Sai số nhớ lại

Khắc phục:

- Tổ chức thử nghiệm bộ công cụ thu thập số liệu và chỉnh sửa cho phù hợp trước khi thu thập chính thức

- Tập huấn kỹ lưỡng cho điều tra viên về bộ công cụ, ý nghĩa từng câu hỏi và kỹ năng diễn giải câu hỏi nhằm khai thác thông tin nếu cần thông qua các tình huống cụ thể, đảm bảo sự thống nhất về phương pháp và kỹ năng điều tra cho các cán bộ tại phòng khám.

- Thực hiện việc giám sát thực địa và kiểm tra chất lượng phiếu điều tra cũng như kiểm tra, đối chiếu với hồ sơ bệnh án điều trị hoặc các nguồn thông tin khác để thu thập được thông tin đầy đủ và chính xác nhất.

- Các phiếu điều tra cần được kiểm tra đối chiếu, cập nhật định kỳ. Các truy vấn dữ liệu được gửi ngay lập tức xuống cơ sở nghiên cứu để đảm bảo tính chính xác và đầy đủ của dữ liệu.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

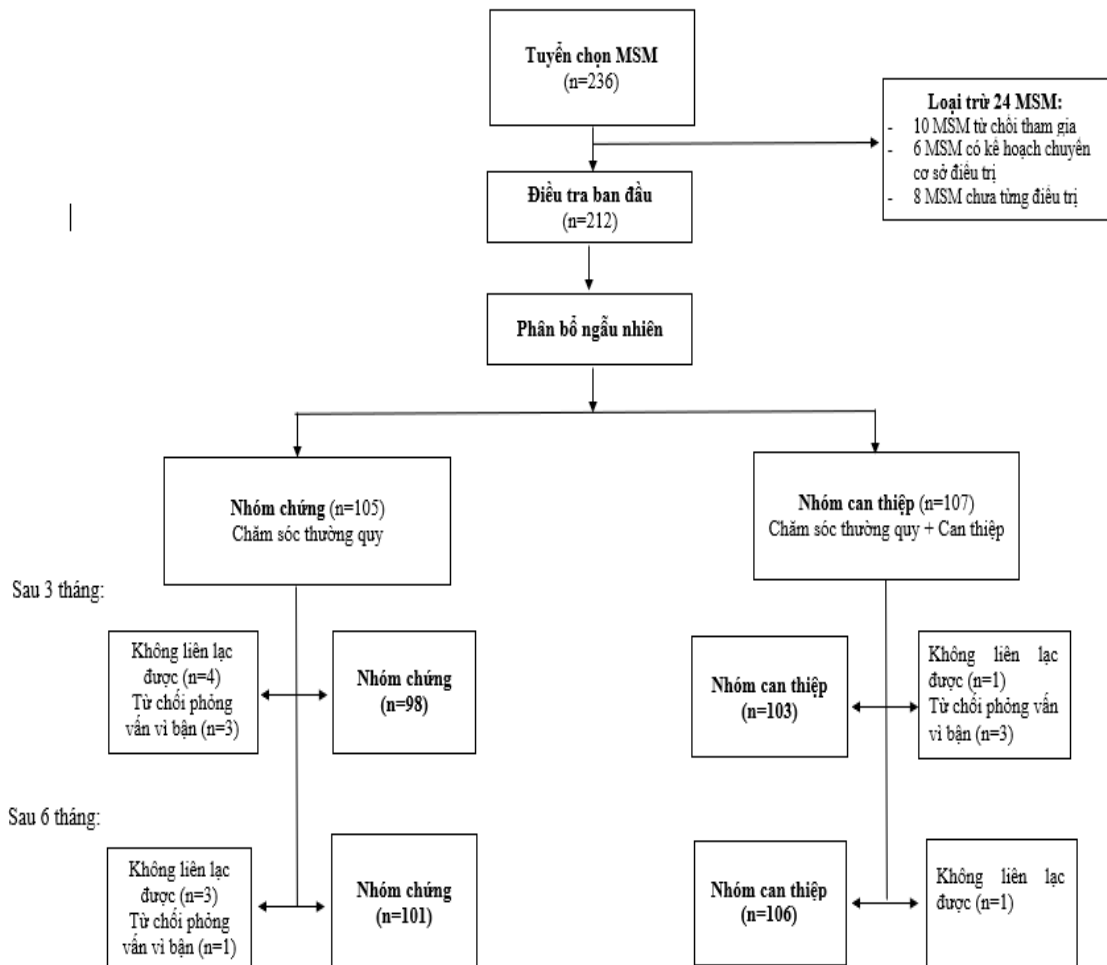
Nghiên cứu tuân thủ quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương tại Chứng nhận số: HĐĐĐ-04/2021 ngày 17/02/2021 và Trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 729/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 04 tháng 6 năm 2022.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu có 236 MSM tham gia vào thời điểm tuyển chọn và 212 MSM đủ tiêu chuẩn lựa chọn (89,9%) (Hình 3.1).



Hình 3.1: Lưu đồ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu loại trừ 24 MSM trước khi vào nghiên cứu vì các lý do: 10 MSM từ chối không tham gia sau khi nghe giải thích chi tiết về nghiên cứu, 6 MSM nói rằng có thể chuyển cơ sở điều trị trong thời gian tới do thay đổi nơi ở và việc làm, 8 MSM mới nhiễm HIV và chưa từng tham gia điều trị ARV nên không có dữ liệu lịch sử về mức độ tuân thủ điều trị của họ. Tổng số 212 đối tượng tham gia được phân bổ: 105 MSM được trong nhóm chứng, 107 MSM trong nhóm can thiệp (Hình

3.1). Trên nhóm chứng: 98 MSM được phỏng vấn tại thời điểm sau 3 tháng can thiệp và 101 MSM được phỏng vấn tại thời điểm sau 6 tháng can thiệp. Trên nhóm can thiệp: 103 MSM được phỏng vấn tại thời điểm sau 3 tháng can thiệp và 106 MSM được phỏng vấn tại thời điểm sau 6 tháng can thiệp.

3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu xã hội học

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu xã hội học của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Tuổi (TB, ĐLC)	25,5 (6,3)	25,6 (6,9)	25,3 (5,8)	0,866
Nhóm tuổi				
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)	
Nơi sinh				
Hà Nội	65 (30,7)	34 (32,4)	31 (29,0)	0,590
Khác	147 (69,3)	71 (67,6)	76 (71,0)	
Giới tính tự nhận				
Tôi nghĩ tôi là đàn ông	162 (76,4)	84 (80,0)	78 (72,9)	0,546
Tôi nghĩ tôi là đàn bà	14 (6,6)	7 (6,7)	7 (6,6)	
Tôi là người chuyển giới	2 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Tôi không rõ	34 (16,1)	13 (12,4)	21 (19,6)	
Xu hướng tính dục				
Chỉ hấp dẫn với đàn ông	115 (54,3)	55 (52,4)	60 (56,0)	0,557
Chủ yếu hấp dẫn với đàn ông, đôi khi với phụ nữ	41 (19,3)	22 (20,9)	19 (17,8)	
Hấp dẫn với đàn ông và phụ nữ như nhau	35 (16,5)	16 (15,2)	19 (17,8)	
Chủ yếu hấp dẫn với phụ nữ, đôi khi với đàn ông	13 (6,1)	9 (8,6)	4 (3,7)	
Chỉ hấp dẫn với phụ nữ	8 (3,8)	3 (2,9)	5 (4,7)	

Trình độ học vấn				
Dưới PTTH	31 (14,6)	18 (17,1)	13 (12,1)	0,467
Hoàn thành PTTH	60 (28,3)	31 (29,5)	29 (27,1)	
Trên PTTH	121 (57,1)	56 (53,3)	65 (60,8)	
Mức thu nhập bình quân 1 tháng				
Dưới 5 triệu/tháng	84 (39,6)	45 (42,9)	39 (36,5)	0,634
Từ 5-10 triệu/tháng	94 (44,3)	44 (41,9)	50 (46,7)	
Trên 10 triệu/tháng	34 (16,1)	16 (15,2)	18 (16,8)	
Thẻ bảo hiểm y tế				
Không	29 (9,0)	12 (11,4)	7 (6,6)	0,478
Có	191 (90,1)	92 (87,6)	99 (92,5)	
Không có thông tin	2 (0,9)	1 (1,0)	1 (0,9)	
Có khả năng chi trả chi phí y tế nếu không có bảo hiểm y tế				
Không	110 (51,9)	53 (50,5)	57 (53,3)	0,684
Có	102 (48,1)	52 (49,5)	50 (56,7)	
Thời gian đi từ nhà đến PK (phút) (Trung vị, tứ phân vị)	30 (25)	30 (20)	30 (30)	0,006
Khoảng cách từ nhà đến PK (km) (trung vị, tứ phân vị)	10 (13,5)	10 (14)	8 (10)	0,037

Ghi chú: PTTH: phổ thông trung học, PK: phòng khám

Tại thời điểm trước can thiệp, nghiên cứu đã tuyển được 212 đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trẻ với tuổi trung bình là 25,5 và 54,7% MSM dưới 25 tuổi. Có 57,1% MSM có trình độ học vấn trên mức phổ thông trung học, phần lớn là sống độc thân, và chỉ có khoảng 16% MSM có mức thu nhập trên 10 triệu/tháng. Khoảng 90% MSM đã có bảo hiểm y tế. Thời gian trung vị từ nhà đến phòng khám khoảng 30 phút và khoảng cách trung vị từ nhà đến phòng khám là 10 km, tuy nhiên có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Hầu hết không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của đối tượng nghiên cứu ở nhóm chứng và nhóm can thiệp, ngoại trừ thời gian và khoảng cách từ nhà đến phòng khám.

3.1.2. Tiền sử bệnh

Bảng 3.2: Đặc điểm về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Thời gian nhiễm HIV – đơn vị: năm (TB, DLC)	0,3 (0,3)	0,3 (0,3)	0,4 (0,3)	0,173
Thời gian kể từ khi chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV tới khi bắt đầu điều trị ARV lần đầu – đơn vị: ngày (TB, DLC)	4,6 (22,6)	2,2 (6,1)	6,9 (31,2)	0,257
Thời gian điều trị ARV				
Dưới 3 tháng	94 (44,3)	50 (47,5)	44 (41,1)	0,752
3-6 tháng	54 (25,5)	27 (25,7)	27 (25,2)	
6-12 tháng	64 (30,2)	28 (26,7)	36 (33,6)	
Nguy cơ nhiễm HIV				
Lây qua đường tình dục	162 (76,4)	77 (73,3)	85 (79,4)	0,557
Không biết	42 (19,8)	23 (21,9)	19 (17,8)	
Nguy cơ khác	8 (3,8)	5 (4,8)	3 (2,8)	
Mắc các bệnh đồng nhiễm (*)				
Không	153 (72,2)	76 (72,4)	77 (72,0)	0,907
Có	56 (26,4)	27 (25,7)	29 (27,1)	
Không biết	3 (1,4)	2 (1,9)	1 (0,9)	

Ghi chú (): Bệnh đồng nhiễm gồm có: viêm gan B, viêm gan C, Herpes, Giang mai, Sùi mào gà, Lậu, Chlamydia, Lao, nấm Candidan, viêm màng não, sẩn ngứa PPE, nấm Penicillium marneffeii, viêm phổi PCP, tiêu chảy*

MSM có thời gian nhiễm HIV trung bình khoảng 0,3 năm (4 tháng), thời gian kể từ khi chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV tới lần điều trị đầu tiên là 4,6 ngày. Trong số 212 MSM, có 44,3% điều trị ARV dưới 3 tháng, còn lại có thời gian điều trị ARV từ 3 tháng đến 1 năm. Có 76,4% đối tượng nghiên cứu biết rõ nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục và 26,4% MSM trả lời có mắc bệnh đồng nhiễm.

3.1.3. Tình trạng điều trị ARV

Bảng 3.3: Tình trạng điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Giai đoạn lâm sàng				
Giai đoạn 1	208 (98,2)	102 (97,1)	106 (99,1)	0,493
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)	
Phác đồ điều trị hiện tại				
1a (TLD-Acriptega)	78 (36,8)	39 (37,1)	39 (36,5)	0,922
1f (TLE-Avonza)	112 (52,8)	56 (53,4)	56 (52,3)	
Phác đồ khác	22 (10,4)	10 (9,5)	12 (11,2)	
Thay đổi phác đồ điều trị				
Không	140 (66,1)	68 (64,8)	72 (67,3)	0,914
Có	48 (22,6)	25 (23,8)	23 (21,5)	
Không rõ	24 (11,3)	12 (11,4)	12 (11,2)	
Trong 3 tháng qua, số lần đến khám không đúng lịch hẹn (n = 208)				
0 lần	156 (75,0)	77 (74,8)	79 (75,2)	0,705
1 lần	27 (13,0)	15 (14,6)	12 (11,4)	
2 lần trở lên	25 (12,0)	11 (10,7)	14 (13,3)	
Trong 3 tháng qua, gặp tác dụng phụ thuốc ARV (n = 210)				
Không	117 (55,7)	59 (56,7)	58 (54,7)	0,929
Có	65 (31,0)	32 (30,8)	33 (31,1)	
Không rõ	28 (13,3)	13 (12,5)	15 (14,2)	
Trong 3 tháng qua, dùng thuốc ARV do tác dụng phụ thuốc hoặc thuốc điều trị khác kèm theo (n = 210)				
Không	195 (92,9)	96 (92,3)	99 (93,4)	0,759
Có	15 (7,1)	8 (7,7)	7 (6,6)	

Phần lớn MSM đang ở giai đoạn lâm sàng 1, với phác đồ chủ yếu là 1f và 1a. Hai loại thuốc MSM sử dụng chủ yếu là Avonza và Acriptega. Trong quá trình sử dụng thuốc, có 22,6% MSM thay đổi phác đồ điều trị do nguồn cung ứng thuốc không ổn định tại các phòng khám. Bệnh nhân đến khám đúng lịch hẹn chiếm 75%. Có 31% MSM báo cáo gặp phải tác dụng phụ khi uống ARV và 7,1% MSM báo cáo là có dừng thuốc khi gặp phải tác dụng phụ thuốc ARV.

3.1.4. Tiết lộ tình trạng HIV

Bảng 3.4: Tiết lộ tình trạng HIV của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Người thân biết tình trạng HIV				
Không	154 (72,6)	75 (71,4)	79 (73,8)	0,695
Có	58 (27,4)	30 (28,6)	28 (26,2)	
Bạn tình thường xuyên biết tình trạng HIV				
Không	36 (17,0)	20 (19,0)	16 (14,9)	0,794
Có	48 (22,6)	25 (23,8)	23 (21,5)	
Không có bạn tình thường xuyên	101 (47,6)	47 (44,8)	54 (50,5)	
Từ chối trả lời	27 (12,8)	13 (12,4)	14 (13,1)	
Bạn chích/bạn nghiện biết tình trạng HIV				
Không	28 (13,2)	12 (11,4)	16 (15,0)	0,698
Có	1 (0,5)	1 (1,0)	0 (0,0)	
Không có bạn chích/bạn nghiện	161 (75,9)	82 (78,1)	79 (73,8)	
Từ chối trả lời	22 (10,4)	10 (9,5)	12 (11,2)	

Chỉ có 27,4% MSM có người thân biết tình trạng HIV của mình và 22,6% MSM tiết lộ tình trạng HIV với bạn tình thường xuyên. Số lượng MSM có bạn chích/bạn nghiện rất ít và trong đó chỉ 0,5% bạn chích/bạn nghiện biết tình trạng HIV của đối tượng nghiên cứu.

3.1.5. Hỗ trợ từ gia đình và xã hội

Bảng 3.5: Mức độ hỗ trợ của bạn tình/vợ chồng, bố mẹ/gia đình, bạn bè, nhân viên y tế

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Mức độ hỗ trợ của bạn tình/ vợ chồng với điều trị ARV	n = 116	n = 55	n = 61	0,682
Không hỗ trợ	73 (62,9)	35 (63,6)	38 (62,3)	
Rất ít	6 (5,2)	4 (7,3)	2 (3,3)	
Bình thường	11 (9,5)	5 (9,1)	6 (9,8)	
Nhiều	11 (9,5)	6 (10,9)	5 (8,2)	
Rất nhiều	15 (12,9)	5 (9,1)	10 (16,4)	
Mức độ hỗ trợ từ bố mẹ/gia đình với điều trị ARV	n = 208	n = 103	n = 105	0,901
Không hỗ trợ	164 (78,9)	80 (77,7)	84 (80,0)	
Rất ít	6 (2,9)	3 (2,9)	3 (2,9)	
Bình thường	18 (8,6)	8 (7,8)	10 (9,5)	
Nhiều	10 (4,8)	6 (5,8)	4 (3,8)	
Rất nhiều	10 (4,8)	6 (5,8)	4 (3,8)	
Mức độ hỗ trợ từ bạn bè khác (không phải bạn chích/bạn nghiện với điều trị ARV)	n = 158	n = 76	n = 82	0,772
Không hỗ trợ	112 (70,9)	52 (68,4)	60 (73,2)	
Rất ít	11 (6,9)	7 (9,2)	4 (4,9)	
Bình thường	18 (11,4)	10 (13,2)	8 (9,8)	
Nhiều	12 (7,6)	5 (6,6)	7 (8,5)	
Rất nhiều	5 (3,2)	2 (2,6)	3 (3,6)	

Mức độ hỗ trợ từ tư vấn viên/bác sỹ với điều trị ARV				
Không hỗ trợ	4 (1,9)	1 (0,9)	3 (2,8)	0,597
Rất ít	11 (5,2)	4 (3,8)	7 (6,5)	
Bình thường	55 (25,9)	31 (29,5)	24 (22,5)	
Nhiều	91 (42,9)	45 (42,9)	46 (43,0)	
Rất nhiều	51 (24,1)	24 (22,9)	27 (25,2)	
Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng				
Không	169 (79,7)	82 (78,1)	87 (81,3)	0,561
Có	43 (20,3)	23 (21,9)	20 (18,7)	
Biện pháp khác hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV:				
Dùng điện thoại đặt chuông nhắc giờ	175 (82,9)	83 (79,8)	92 (85,9)	0,420
Dùng hộp đựng, chia liều thuốc	15 (7,1)	9 (8,6)	6 (5,6)	
Dùng đồng hồ đặt chuông	22 (10,4)	12 (11,5)	10 (9,3)	
Cài lịch nhắc uống thuốc trên Zalo	9 (4,3)	6 (5,8)	3 (2,8)	
Tự nhớ	32 (15,2)	20 (19,2)	12 (11,2)	
Nhờ người thân nhắc	7 (3,3)	7 (6,7)	0 (0,0)	
Không dùng biện pháp nào	3 (1,4)	2 (1,9)	1 (0,9)	

Có 62,9% MSM không nhận được hỗ trợ của bạn tình/vợ chồng; 78,9% MSM không nhận được hỗ trợ của bố mẹ/gia đình; 70,9% MSM không nhận được hỗ trợ của bạn bè; 20,3% MSM có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng. Tỷ lệ MSM nhận được hỗ trợ từ tư vấn viên/bác sỹ với điều trị rất cao, chỉ có 1,9% MSM không nhận được sự hỗ trợ. Nhóm chứng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt về mức độ nhận được hỗ trợ từ bạn tình/vợ chồng, hay bố mẹ/gia đình, bạn bè, tư vấn viên/bác sỹ, các nhóm đồng đẳng. Trong số các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị, có 82,9% MSM báo cáo rằng họ dùng điện thoại đặt chuông để uống thuốc.

3.1.6. Mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, amphetamine, chất dạng thuốc phiện

Bảng 3.6: Mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, amphetamine, chất dạng thuốc phiện

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Điểm phụ thuộc đồ uống có cồn (TB, ĐLC)	3,3 (4,9)	3,4 (5,7)	3,2 (4,1)	0,592
Mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn				
Nguy cơ thấp	194 (91,5)	96 (91,4)	98 (91,6)	0,324
Nguy cơ trung bình	16 (7,5)	7 (6,7)	9 (8,4)	
Nguy cơ cao	2 (1,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	
Điểm phụ thuộc amphetamine (TB, ĐLC)	0,3 (2,2)	0,3 (2,2)	0,4 (2,3)	0,538
Mức độ nguy cơ phụ thuộc amphetamine				
Nguy cơ thấp	206 (97,2)	103 (98,1)	103 (96,3)	0,421
Nguy cơ trung bình	6 (2,8)	2 (1,9)	4 (3,7)	
Điểm phụ thuộc chất dạng thuốc phiện (TB, ĐLC)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Mức độ nguy cơ phụ thuộc chất dạng thuốc phiện				
Nguy cơ thấp	212 (100,0)	105 (100,0)	107 (100,0)	-

Phần lớn MSM có mức độ nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, amphetamine, chất dạng thuốc phiện đều ở mức độ nguy cơ thấp, không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

3.1.7. Sức khỏe tinh thần

a, Mức độ lo âu

Bảng 3.7: Điểm và mức độ lo âu của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Điểm lo âu (TB, ĐLC)	5,1 (5,1)	5,4 (5,3)	4,9 (5,0)	0,619
Mức độ lo âu				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	114 (53,8)	57 (54,3)	57 (53,3)	0,570
Mức độ nhẹ (5-9)	62 (29,2)	27 (25,7)	35 (32,7)	
Mức độ vừa phải (10-14)	24 (11,3)	14 (13,3)	10 (9,3)	
Mức độ nghiêm trọng (≥15)	12 (5,7)	7 (6,7)	5 (4,7)	

Trên thang điểm từ 0 - 21 điểm, giá trị trung bình điểm lo âu của tất cả đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu là 5,1. Giá trị trung bình điểm lo âu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

b, Mức độ trầm cảm

Bảng 3.8: Điểm và mức độ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Điểm trầm cảm (TB, ĐLC)	6,1 (4,9)	6,1 (5,1)	6,1 (4,8)	0,814
Mức độ trầm cảm				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	92 (43,4)	46 (43,8)	46 (43,0)	0,576
Mức độ nhẹ (5-9)	70 (33,0)	35 (33,3)	35 (32,7)	
Mức độ vừa phải (10-14)	36 (17,0)	17 (16,2)	19 (17,8)	
Mức độ nặng (15-19)	9 (4,2)	3 (2,9)	6 (5,6)	
Mức độ nghiêm trọng (20-27)	5 (2,4)	4 (3,8)	1 (0,9)	

Trên thang điểm từ 0 - 27 điểm, điểm trung bình điểm trầm cảm của tất cả đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu là 6,1. Giá trị trung bình điểm trầm cảm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp;

3.1.8. Kỳ thị của nhóm MSM đang điều trị ARV

Bảng 3.9: Điểm kỳ thị của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Tổng điểm kỳ thị (TB, ĐLC)	29,3 (7,5)	30,0 (8,1)	28,5 (6,7)	0,144
Kỳ thị mức độ cá nhân (TB, ĐLC)	6,2 (2,2)	6,4 (2,4)	5,9 (2,0)	0,185
Lo lắng khi bị tiết lộ tình trạng HIV (TB, ĐLC)	9,1 (2,1)	9,3 (2,1)	8,9 (2,1)	0,128
Lo lắng về thái độ cộng đồng (TB, ĐLC)	6,8 (2,6)	7,1 (2,8)	6,5 (2,4)	0,095
Suy nghĩ tiêu cực của bản thân (TB, ĐLC)	7,2 (2,6)	7,2 (2,8)	7,1 (2,4)	0,868

Trên thang điểm là từ 12 - 48 điểm, điểm kỳ thị trung bình của nhóm MSM nhiễm HIV tại thời điểm ban đầu là 29,3 ($\pm 7,5$), không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

3.1.9. Chất lượng cuộc sống của nhóm MSM

Bảng 3.10: Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	13,8 (2,0)	13,9 (2,1)	0,734
Điểm sức khỏe thể chất (TB, ĐLC)	14,4 (2,5)	14,3 (2,5)	14,4 (2,4)	0,499
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, ĐLC)	13,6 (2,5)	13,5 (2,4)	13,8 (2,7)	0,603
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,3 (2,4)	14,3 (2,4)	14,2 (2,4)	0,828
Điểm quan hệ xã hội (TB, ĐLC)	12,9 (2,5)	12,9 (2,5)	12,9 (2,6)	0,615
Điểm môi trường sống (TB, ĐLC)	13,9 (2,4)	13,8 (2,5)	14,0 (2,3)	0,739
Điểm niềm tin cá nhân (TB, ĐLC)	13,6 (3,3)	13,5 (3,1)	13,8 (3,4)	0,386

Ghi chú: n: Số lượng báo cáo

Tại thời điểm ban đầu, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống trên tất cả các lĩnh vực của nhóm chứng và nhóm can thiệp. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là 13,8, cao nhất trong lĩnh vực sức khỏe thể chất và điểm mức độ độc lập, thấp nhất trong lĩnh vực niềm tin cá nhân.

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

3.2.1. Kết quả phần 1 thang đo đa chiều

Phần 1 của bộ công cụ đánh giá đa chiều gồm 4 câu hỏi định tính được sử dụng để hỏi MSM về vấn đề tuân thủ điều trị. Nếu MSM trả lời 4 câu hỏi này là “không” sẽ được xếp loại là “tuân thủ điều trị mức độ cao”, MSM có 01 câu trả lời là “có” sẽ được xếp loại “tuân thủ điều trị trung bình” và có 02 câu trả lời là “có” trở lên sẽ được xếp ở mức “tuân thủ điều trị mức độ thấp”. Kết quả khảo sát trước can thiệp, sử dụng công cụ đánh giá phần 1 được trình bày như bảng 3.11 dưới đây.

Bảng 3.11: Kết quả phần 1 thang đo đa chiều

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Đôi lúc MSM cảm thấy khó nhớ việc dùng/uống thuốc				
Không	183 (86,3)	92 (87,6)	91 (85,0)	0,586
Có	29 (13,7)	13 (12,4)	16 (15,0)	
Có lúc MSM tạm dừng việc dùng thuốc khi thấy khỏe hơn				
Không	208 (98,1)	104 (99,0)	104 (97,2)	0,621
Có	4 (1,9)	1 (1,0)	3 (2,8)	
MSM có quên liều trong 4 ngày trước đây				
Không	198 (93,4)	98 (93,3)	100 (93,5)	0,971
Có	14 (6,6)	7 (6,7)	7 (6,5)	
MSM dừng việc dùng thuốc khi thấy mệt hơn				
Không	206 (97,2)	103 (98,1)	103 (96,3)	0,683
Có	6 (2,8)	2 (1,9)	4 (3,7)	
Kết quả đánh giá phần 1				
Tuân thủ mức độ thấp	7 (3,3)	3 (2,9)	4 (3,7)	0,602
Tuân thủ mức độ trung bình	38 (17,9)	16 (15,2)	22 (20,6)	
Tuân thủ mức độ cao	167 (78,8)	86 (81,9)	81 (75,7)	

Kết quả khảo sát tại thời điểm ban đầu cho thấy 86,3% không có khó khăn gì trong việc nhớ dùng thuốc, tuy vậy MSM vẫn tiếp tục dùng thuốc khi thấy khỏe lại (98,1%) và dừng việc uống thuốc khi thấy mệt hơn (97,2%). Khi hỏi về việc có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, có 6,6% MSM báo cáo có quên dùng thuốc ít nhất một liều. Tại thời điểm ban đầu, tuân thủ mức độ cao trên tổng số MSM là 78,8% MSM. Không có sự khác biệt kết quả đánh giá tuân thủ điều trị ở phần 1 trên mỗi nhóm.

3.2.2. Kết quả phần 2 thang đo đa chiều

Bảng 3.12: Kết quả phần 2 thang đo đa chiều

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Thang điểm trực quan VAS (trung vị, GTNN-GTLN)	97,5 (60-100)	100 (60-100)	96 (60-100)	0,617
Kết quả đánh giá phần 2				
Tuân thủ mức độ thấp	11 (5,2)	6 (5,7)	5 (4,7)	0,125
Tuân thủ mức độ trung bình	11 (5,2)	2 (1,9)	9 (8,4)	
Tuân thủ mức độ cao	190 (89,6)	97 (92,4)	93 (86,9)	

Theo thang điểm trực quan VAS (0-100 điểm), các MSM tự báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 97,5. Tỷ lệ MSM có điểm VAS từ 95 điểm trở lên (được xếp vào tuân thủ mức độ cao) trong khảo sát trước can thiệp là 89,6% (Bảng 3.12). Không có sự khác biệt kết quả đánh giá tuân thủ điều trị ở phần 2 trên mỗi nhóm.

3.2.3. Kết quả phần 3 thang đo đa chiều

Phần 3 thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc đánh giá qua kiểm tra kiến thức. Các MSM được hỏi các thông tin về thuốc họ đang sử dụng để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc.

Bảng 3.13: Kết quả phần 3 thang đo đa chiều

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Biết tên thuốc				
Không	112 (52,8)	56 (53,3)	56 (52,3)	0,884
Có	100 (47,2)	49 (46,7)	51 (47,7)	
Biết số viên cần dùng				
Không	5 (2,4)	3 (2,9)	2 (1,9)	0,682
Có	207 (97,6)	102 (97,1)	105 (98,1)	
Biết thời điểm dùng thuốc				
Không	8 (3,8)	4 (3,8)	4 (3,7)	0,629
Có	204 (96,2)	101 (96,2)	103 (96,3)	
Uống thuốc đúng cách				
Không	44 (20,7)	22 (20,9)	22 (20,6)	0,944
Có	168 (79,3)	83 (79,1)	85 (79,4)	
Kết quả đánh giá phần 3				
Tuân thủ mức độ thấp	12 (5,6)	6 (5,7)	6 (5,6)	0,997
Tuân thủ mức độ trung bình	40 (18,9)	20 (19,0)	20 (18,7)	
Tuân thủ mức độ cao	160 (75,5)	79 (75,3)	81 (75,7)	

Nghiên cứu cho thấy có 75,5% MSM trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức tại thời điểm ban đầu. Không có sự khác biệt kết quả đánh giá tuân thủ điều trị ở phần 3 trên mỗi nhóm.

3.2.4. Kết quả phần 4 thang đo đa chiều

Phần 4 trong thang đánh giá đa chiều là việc kiểm đếm số thuốc đối tượng nghiên cứu sử dụng còn thừa. Nếu họ không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì nỗ lực hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu, hoặc tới về gọi điện thoại cho họ, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị.

Bảng 3.14: Kết quả phần 4 thang đo đa chiều

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thIỆP (n = 107) n (%)	Giá trị p
Tỷ lệ tuân thủ điều trị dựa đếm số viên thuốc thừa (TB, ĐLC)	97,5 (5,5)	96,9 (6,7)	98,2 (4,0)	0,202
Kết quả đánh giá phần 4				
Tuân thủ mức độ thấp	2 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	0,307
Tuân thủ mức độ trung bình	31 (14,6)	19 (18,1)	12 (11,2)	
Tuân thủ mức độ cao	179 (84,5)	85 (81,0)	94 (87,9)	

Khảo sát trước can thiệp đã ghi nhận 84,5% MSM mang lọ thuốc đến kiểm tra hoặc trả lời đã dùng đúng quy định (bảng 3.14). Tỷ lệ tuân thủ điều trị dựa đếm số viên thuốc thừa không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên nhóm chứng và nhóm can thiệp.

3.2.5 Kết quả tuân thủ điều trị theo thang đo đa chiều

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp MSM, theo thang điểm trực quan VAS, kiến thức dùng thuốc và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả được trình bày trong bảng 3.15 dựa trên số lượng MSM có trả lời đầy đủ các câu hỏi.

Bảng 3.15: 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.

3.2.6. Kết quả đo tải lượng vi rút

Do nghiên cứu không đủ kinh phí thực hiện xét nghiệm đo 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.

Bảng 3.16: Kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm trước can thiệp

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Kết quả TLVR				
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)	
Kết quả TLVR trong số những MSM trên ngưỡng phát hiện (bản sao/ml)				
Trung bình	2315,2	3429,2	1201,3	0,574
(ĐLC)	(12491,2)	(16848,1)	(5666,9)	
Trung vị	42,9	43,2	42,6	
(GTNN – GTLN)	(20 – 84300)	(20 – 84300)	(20 – 28400)	

Kết quả cho thấy 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.

3.2.7. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tại thời điểm trước can thiệp

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 3.17).

Bảng 3.17: 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 (KTC 95%)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Nhóm tuổi				
16 - 24 tuổi	1		1	
≥ 25 tuổi	1,31 (0,76 – 2,25)	0,336	1,31 (0,68 – 2,51)	0,423
Trình độ học vấn				
Dưới PTTH	1		1	
Hoàn thành PTTH	0,55 (0,22 – 1,34)	0,189	0,63 (0,23 – 1,70)	0,362
Trên PTTH	0,66 (0,29 – 1,49)	0,320	0,64 (0,25 – 1,61)	0,345
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	1		1	
Kết hôn/Ly hôn/Góa	2,90 (0,91 – 9,22)	0,071	1,96 (0,55 – 6,95)	0,299
Sống chung với người thân				
Không	1		1	
Có	1,18 (0,68 – 2,04)	0,563	1,50 (0,80 – 2,82)	0,203
Mắc ít nhất một bệnh đồng nhiễm				
Không	1		1	
Có	0,76 (0,41 – 1,40)	0,378	0,64 (0,30 – 1,34)	0,235
Gặp tác dụng phụ của thuốc ARV				
Không	1		1	
Có	0,81 (0,45 – 1,46)	0,494	0,73 (0,37 – 1,46)	0,379
Hỗ trợ từ bác sỹ				
Không/Hỗ trợ ít	1		1	
Bình thường	1,67 (0,52 – 5,34)	0,385	1,48 (0,41 – 5,39)	0,550

Nhiều/Rất nhiều	1,99 (0,67 – 5,89)	0,213	2,26 (0,69 – 7,39)	0,178
Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng				
Không	1		1	
Có	1,52 (0,76 – 3,02)	0,235	1,68 (0,75 – 3,75)	0,208
Từng sử dụng đồ uống có cồn				
Không	1		1	
Có	1,37 (0,76 – 2,47)	0,287	1,40 (0,72 – 2,71)	0,322
Mức độ lo âu				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	1		1	
Mức độ nhẹ (5-9)	2,72 (1,40 – 5,26)	0,003	2,70 (1,26 – 5,74)	0,010
Mức độ vừa phải (10-14)	1,85 (0,75 – 4,57)	0,182	1,47 (0,53 – 4,10)	0,459
Mức độ nghiêm trọng (≥ 15)	0,37 (0,09 – 1,44)	0,152	0,29 (0,06 – 1,34)	0,114
Kỳ thị liên quan đến HIV	1,01 (0,97 – 1,04)	0,729	0,98 (0,94 – 1,04)	0,603
Chất lượng cuộc sống	0,89 (0,80 – 0,99)	0,038	0,86 (0,74 – 0,99)	0,045

Ghi chú: Kiểm tra lại mô hình (postestimate) cho thấy: mô hình phù hợp với dữ liệu (p của kiểm định Goodness-of-fit = 0,2275 > 0,05), Pseudo R^2 = 10,66%, PAC (percentage accuracy in classification) = 64,56%, giá trị p của mô hình hồi quy logistic đa biến nhỏ hơn 0,05, không có sự tương tác giữa các biến trong mô hình. KTC: khoảng tin cậy

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; KTC 95%: 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; KTC 95%: 0,74 - 0,99). Nói cách khác, mức độ lo âu tăng ở mức 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.

3.3. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị

3.3.1. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 1 thang đo đa chiều

Bảng 3.18: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 1 thang đo đa chiều

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu	3 tháng	6 tháng	
	(n = 212) n (%)	(n = 201) n (%)	(n = 207) n (%)	
Tổng	212	201	207	
Tuân thủ mức độ thấp	7 (3,3)	5 (2,5)	10 (4,8)	0,705
Tuân thủ mức độ trung bình	38 (17,9)	39 (19,4)	30 (14,5)	
Tuân thủ mức độ cao	167 (78,8)	157 (78,1)	167 (80,7)	
Nhóm chứng	105	98	101	
Tuân thủ mức độ thấp	3 (2,9)	4 (4,1)	10 (9,9)	0,024
Tuân thủ mức độ trung bình	16 (15,2)	19 (19,4)	21 (20,8)	
Tuân thủ mức độ cao	86 (81,9)	75 (76,5)	70 (69,3)	
Nhóm can thiệp	107	103	106	
Tuân thủ mức độ thấp	4 (3,7)	1 (0,9)	0 (0,00)	0,002
Tuân thủ mức độ trung bình	22 (20,6)	20 (19,4)	9 (8,5)	
Tuân thủ mức độ cao	167 (78,8)	82 (79,6)	97 (91,5)	

Tại thời điểm ban đầu, có 78,8% MSM có tuân thủ mức độ cao, nhưng sau 3 tháng tỷ lệ này giảm nhẹ ở mức 78,1% và tăng lên tới 80,7% tại thời điểm 6 tháng. Xu hướng thay đổi mức độ tuân thủ điều trị qua thời gian đều có sự khác biệt trên cả nhóm chứng và nhóm can thiệp.

3.3.2. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 2 thang đo đa chiều

Bảng 3.19: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 2 thang đo đa chiều

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu	3 tháng	6 tháng	
	(n = 212) n (%)	(n = 201) n (%)	(n = 207) n (%)	
Tổng	212	201	207	
Tuân thủ mức độ thấp	11 (5,2)	10 (5,0)	6 (2,9)	0,003
Tuân thủ mức độ trung bình	11 (5,2)	38 (18,9)	41 (19,8)	
Tuân thủ mức độ cao	190 (89,6)	153 (76,1)	160 (77,3)	
Nhóm chứng	105	98	101	
Tuân thủ mức độ thấp	6 (5,7)	7 (7,1)	6 (5,9)	< 0,001
Tuân thủ mức độ trung bình	2 (1,9)	20 (20,4)	39 (38,6)	
Tuân thủ mức độ cao	97 (92,4)	71 (72,5)	56 (55,5)	
Nhóm can thiệp	107	103	106	
Tuân thủ mức độ thấp	5 (4,7)	3 (2,9)	6 (5,9)	0,010
Tuân thủ mức độ trung bình	9 (8,4)	18 (17,5)	39 (38,6)	
Tuân thủ mức độ cao	93 (86,9)	82 (79,6)	56 (55,5)	

Tỷ lệ MSM có điểm VAS từ 95 điểm trở lên (được xếp vào tuân thủ mức độ cao) trong khảo sát trước can thiệp là 89,6%. Tuy nhiên, tỷ lệ MSM có mức tuân thủ mức độ cao đều giảm tại thời điểm 3 tháng (76,1%) và 6 tháng (77,3%). Trên từng nhóm can thiệp và nhóm chứng cho thấy xu hướng thay đổi giữa các mức độ tuân thủ điều trị qua thời gian.

3.3.3. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 3 thang đo đa chiều

Bảng 3.20: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 3 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 (%)	
Tổng	212	201	207	
Tuân thủ mức độ thấp	12 (5,7)	25 (12,4)	32 (15,5)	0,416
Tuân thủ mức độ trung bình	40 (18,9)	31 (15,4)	21 (10,1)	
Tuân thủ mức độ cao	160 (75,5)	145 (72,1)	154 (74,4)	
Nhóm chứng	107	98	101	
Tuân thủ mức độ thấp	6 (5,7)	18 (18,4)	19 (18,8)	0,094
Tuân thủ mức độ trung bình	20 (19,1)	19 (19,4)	14 (13,8)	
Tuân thủ mức độ cao	79 (75,2)	61 (62,2)	68 (67,3)	
Nhóm can thiệp	105	103	106	
Tuân thủ mức độ thấp	6 (5,6)	7 (6,8)	13 (12,3)	0,516
Tuân thủ mức độ trung bình	20 (18,7)	12 (11,7)	7 (6,6)	
Tuân thủ mức độ cao	81 (75,7)	84 (81,6)	86 (81,1)	

Nghiên cứu cho thấy có 75,5% MSM trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức tại thời điểm ban đầu. Tỷ lệ này giảm nhẹ xuống 72,1% tại thời điểm 3 tháng và 74,4% tại thời điểm 6 tháng. Mặc dù vậy, tỷ lệ MSM trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức lại tăng nhiều trên nhóm can thiệp so với nhóm chứng tại thời điểm 3 và 6 tháng.

3.3.4. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 4 thang đo đa chiều

Bảng 3.21: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua phần 4 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 (%)	
Tổng	212	197	207	
Tuân thủ mức độ thấp	2 (0,9)	6 (3,1)	3 (1,5)	0,483
Tuân thủ mức độ trung bình	31 (14,6)	22 (11,2)	24 (11,6)	
Tuân thủ mức độ cao	179 (84,5)	169 (85,8)	180 (86,9)	
Nhóm chứng	105	95	101	
Tuân thủ mức độ thấp	1 (0,95)	4 (4,2)	2 (2,0)	0,241
Tuân thủ mức độ trung bình	19 (18,1)	9 (9,5)	11 (11,0)	
Tuân thủ mức độ cao	85 (80,9)	82 (86,3)	88 (87,1)	
Nhóm can thiệp	107	102	106	
Tuân thủ mức độ thấp	1 (0,9)	2 (1,9)	1 (0,9)	0,822
Tuân thủ mức độ trung bình	12 (11,)	13 (12,8)	13 (12,3)	
Tuân thủ mức độ cao	94 (87,9)	87 (85,3)	92 (86,8)	

Khảo sát trước can thiệp đã ghi nhận 84,5% MSM mang lọ thuốc đến kiểm tra hoặc trả lời đã dùng đúng quy định. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dựa đếm số viên thuốc thừa đạt mức độ cao tăng nhẹ tại thời điểm sau 3 tháng (85,8%) và 6 tháng (86,9%). Tuy nhiên xu hướng thay đổi mức độ tuân thủ điều trị trên mỗi nhóm qua thời gian không có ý nghĩa thống kê.

3.3.5. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua các phần của thang đo đa chiều

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp MSM, theo thang điểm trực quan VAS, kiến thức dùng thuốc và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả được trình bày trong bảng dựa trên số lượng MSM có trả lời đầy đủ các câu hỏi (Bảng 3.22).

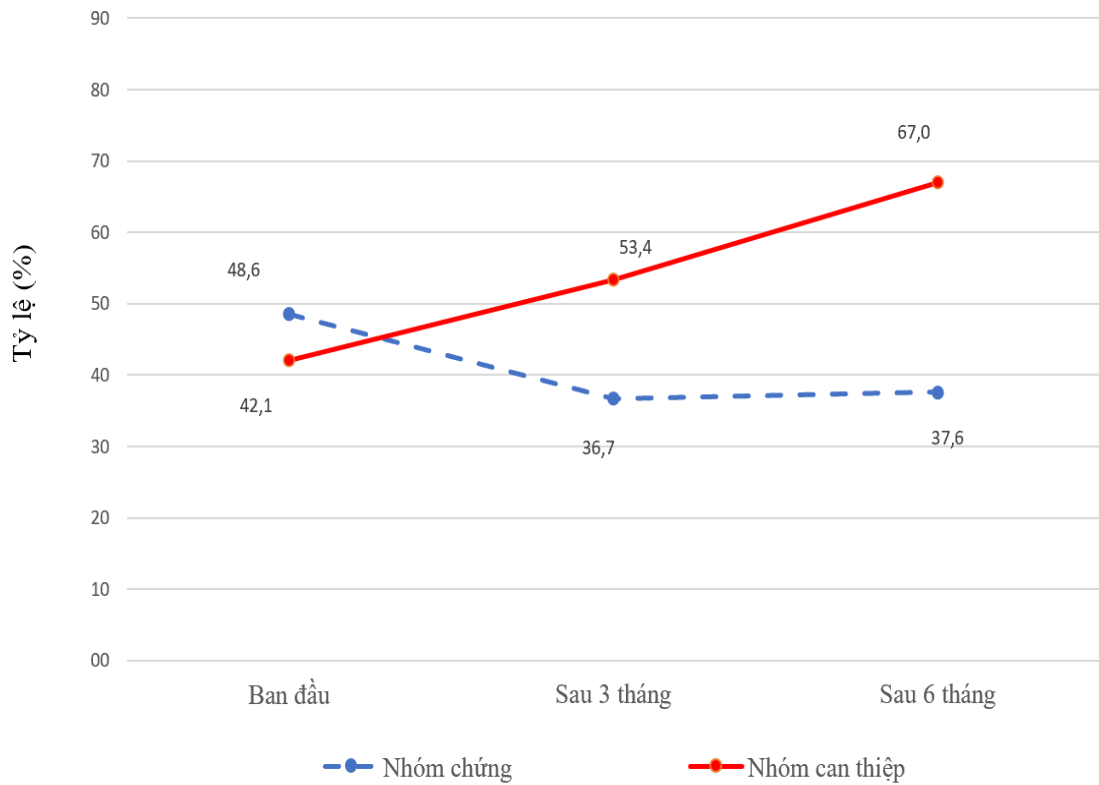
Bảng 3.22: Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua thang đo đa chiều

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu (n = 212) n (%)	3 tháng (n = 201) n (%)	6 tháng (n = 207) n (%)	
Tổng				
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)	
Nhóm chứng	n = 105	n = 98	n = 101	
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)	
Nhóm can thiệp	n = 107	n = 103	n = 106	
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: * $p\text{-value} < 0,05$ 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 (*: $p\text{-value} < 0,05$). 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.

3.3.6. Hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị qua kết quả tải lượng vi rút

Kết quả đo TLVR tại thời điểm sau 12 tháng điều trị của MSM tại các phòng khám được gán là kết quả tại thời điểm sau can thiệp của nghiên cứu (Bảng 3.23).

Bảng 3.23: Kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm sau can thiệp

	Tổng (n = 212) n (%)	Nhóm chứng (n = 105) n (%)	Nhóm can thiệp (n = 107) n (%)	Giá trị p
Kết quả TLVR				
Không có dữ liệu	108 (50,9)	62 (59,1)	28 (26,2)	0,833
Dưới ngưỡng phát hiện	77 (36,3)	29 (27,6)	54 (50,5)	
Trên ngưỡng phát hiện	27 (12,7)	14 (13,3)	25 (23,4)	
Kết quả TLVR trong số những MSM trên ngưỡng phát hiện (bản sao/ml)				
Trung bình	495,1	810	155,8	0,923
(ĐLC)	(2079,9)	(2875,4)	(419,3)	
Trung vị	31,8	34,1	31,8	
(GTNN – GTLN)	(20,8-10800)	(20,8-10800)	(21-1550)	

Trên Bảng 3.23, có 36,3 MSM có TLVR dưới ngưỡng phát hiện, nồng độ TLVR trung bình được phát hiện là 495,1 bản sao/ml. Kết quả xét nghiệm TLVR không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tỷ lệ % giữa các mức độ cũng như nồng độ TLVR trung bình.

Mặt khác, khi so sánh kết quả TLVR tại thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ của các mức độ TLVR đều có sự khác biệt qua thời gian trên cả nhóm chứng và nhóm can thiệp (Bảng 3.24).

Bảng 3.24: So sánh kết quả tải lượng vi rút tại thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp

	Trước can thiệp (n = 212) n (%)	Sau can thiệp (n = 212) n (%)	Giá trị p
Tổng	212	212	
Không có dữ liệu	59 (27,8)	108 (50,9)	< 0,001
Dưới ngưỡng phát hiện	103 (48,6)	77 (36,3)	
Trên ngưỡng phát hiện	50 (23,6)	27 (12,7)	
Nhóm chứng	105	105	
Không có dữ liệu	31 (29,5)	62 (59,1)	0,002
Dưới ngưỡng phát hiện	49 (46,7)	29 (27,6)	
Trên ngưỡng phát hiện	25 (23,8)	14 (13,3)	
Nhóm can thiệp	107	107	
Không có dữ liệu	28 (26,2)	46 (43,0)	0,049
Dưới ngưỡng phát hiện	54 (50,5)	48 (44,9)	
Trên ngưỡng phát hiện	25 (23,4)	13 (12,1)	

Trên cả hai nhóm, tỷ lệ MSM có TLVR dưới ngưỡng phát hiện giảm từ 48,6% xuống 36,3%. Trên nhóm chứng, tỷ lệ MSM có TLVR dưới ngưỡng phát hiện giảm từ 46,7% (tại thời điểm trước can thiệp) xuống 36,3% (tại thời điểm sau can thiệp). Trên nhóm can thiệp, tỷ lệ MSM có TLVR dưới ngưỡng phát hiện giảm từ 50,5% (tại thời điểm trước can thiệp) xuống 44,9% (tại thời điểm sau can thiệp).

Mặc dù hai nhóm đã được phân bổ ngẫu nhiên tại các cơ sở điều trị, tỷ lệ không có dữ liệu ở nhóm chứng (59,1%) lại cao hơn so với nhóm can thiệp (26,2%). Điều này là do: Tại thời điểm đó dịch COVID-19 đang xảy ra, các cơ sở điều trị gặp rất nhiều khó khăn trong việc mua sắm đầu thầu hoá chất, do vậy xét nghiệm tải lượng vi rút khó thực hiện. Hơn nữa, bệnh nhân vào tái khám tại các cơ sở điều trị trong các thời gian khác nhau và cơ sở nào có sẵn hoá chất xét nghiệm thì mới thực hiện được đo tải lượng vi rút.

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

Mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại (MMRM) được phân tích để đánh giá hiệu quả của can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị.

Bảng 3.25: 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
Thời điểm ban đầu:				
Nhóm chứng	1		1	
Nhóm can thiệp	1,39 (0,71 – 2,69)	0,334	1,51 (0,77 – 2,92)	0,224
Nhóm chứng qua thời gian theo dõi				
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
Nhận can thiệp *				
Thời gian theo dõi				
Can thiệp tại thời điểm 3 tháng	0,30 (0,12 – 0,74)	0,009	0,31 (0,13 – 0,77)	0,012
Nhận can thiệp *				
Thời gian theo dõi				
Can thiệp tại thời điểm 6 tháng	0,16 (0,06 – 0,39)	<0,001	0,19 (0,07-0,46)	<0,001
Nhóm tuổi				
16-24 tuổi	1		1	
≥ 25 tuổi	0,95 (0,50 – 1,45)	0,806	1,02 (0,65 – 1,59)	0,927

	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
Sống chung với người thân				
Không	1		1	
Có	1,30 (0,92 – 2,09)	0,121	1,50 (0,97 – 2,29)	0,064
Thời gian uống ARV				
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
Hỗ trợ từ bác sỹ				
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
Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng				
Không	1		1	
Có	1,07 (0,65 – 1,75)	0,771	1,26 (0,75 -2,10)	0,371
Mức độ lo âu				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0-4)	1		1	
Mức độ nhẹ (5-9)	2,06 (1,30 – 3,28)	0,002	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
Kỳ thị liên quan đến HIV	1,03 (1,00 – 1,06)	0,021	1,01 (0,98 – 1,05)	0,315
Chất lượng cuộc sống	0,79 (0,71 – 0,87)	<0,001	0,81(0,72-0,92)	0,001

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

- Tại thời điểm ban đầu:

- OR thô: 1,39 (KTC 95%: 0,71 – 2,69)
- OR hiệu chỉnh: 1,51 (KTC 95%: 0,77 – 2,92)
- Giá trị p: 0,334 (OR thô) và 0,224 (OR hiệu chỉnh)
- Giải thích: 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.

- Trên nhóm chứng tại thời điểm 3 tháng:

- OR thô: 1,87 (KTC 95%: 0,99 – 3,53)
- OR hiệu chỉnh: 1,70 (KTC 95%: 0,84 – 3,40)
- Giá trị p: 0,051 (OR thô) và 0,134 (OR hiệu chỉnh)
- Giải thích: 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

- Trên nhóm chứng tại thời điểm 6 tháng:

- OR thô: 1,77 (KTC 95%: 0,95 – 3,30)
- OR hiệu chỉnh: 1,70 (KTC 95%: 0,84 – 3,40)
- Giá trị p: 0,094 (OR thô) và 0,126 (OR hiệu chỉnh)
- Giải thích: 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.

- Trên nhóm nhận can thiệp tại thời điểm 3 tháng:

- OR thô: 0,30 (KTC 95%: 0,12 – 0,74)
- OR hiệu chỉnh: 0,31 (KTC 95%: 0,13 – 0,77)
- Giá trị p: 0,009 (OR thô) và 0,012 (OR hiệu chỉnh)
- Giải thích: 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 (tức là nhóm không nhận can thiệp), cho thấy sự can thiệp có hiệu quả trong việc cải thiện tuân thủ sau 3 tháng. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với giá trị p nhỏ hơn 0,05.

- Trên nhóm nhận can thiệp tại thời điểm 6 tháng:

- OR thô: 0,16 (KTC 95%: 0,06 – 0,39)
- OR hiệu chỉnh: 0,19 (KTC 95%: 0,07 – 0,46)

- Giá trị p: <0,001 cho cả OR thô và OR hiệu chỉnh

• Giải thích: Sau 6 tháng, những người nhận can thiệp có xác suất tuân thủ dưới mức tối ưu giảm rất mạnh so với nhóm chứng. Điều này chỉ ra rằng sự can thiệp không chỉ có hiệu quả trong ngắn hạn mà còn duy trì hiệu quả trong thời gian 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):**

- OR thô (Mức độ nhẹ): 2,06 (KTC 95%: 1,30 – 3,28), Giá trị p: 0,002
- OR hiệu chỉnh (Mức độ nhẹ): 1,61 (KTC 95%: 0,98 – 2,65), Giá trị p: 0,062
- OR thô (Mức độ nghiêm trọng): 0,68 (KTC 95%: 0,22 – 2,06), Giá trị p: 0,503
- OR hiệu chỉnh (Mức độ nghiêm trọng): 0,40 (KTC 95%: 0,12 – 1,31), Giá trị p: 0,131

• Giải thích: 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, với giá trị p < 0,05. 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.

- **Kỳ thị liên quan đến HIV:**

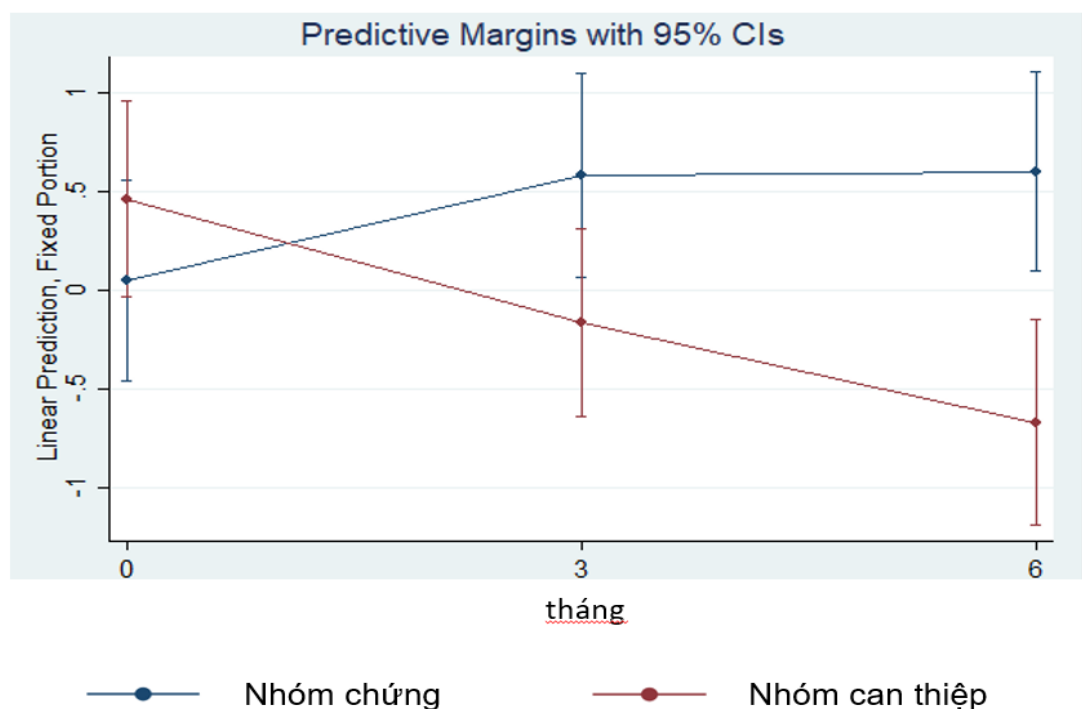
- OR thô: 1,03 (KTC 95%: 1,00 – 1,06), Giá trị p: 0,021
- OR hiệu chỉnh: 1,01 (KTC 95%: 0,98 – 1,05), Giá trị p: 0,315
- Giải thích: Kỳ thị liên quan đến HIV có mối liên hệ yếu nhưng có ý nghĩa thống kê với việc tuân thủ dưới mức tối ưu, đặc biệt trong phân tích thô (OR = 1,03, p = 0,021). Tuy nhiên, khi điều chỉnh các yếu tố khác, mối quan hệ này không còn ý nghĩa thống kê.

- **Chất lượng cuộc sống:**

- OR thô: 0,79 (KTC 95%: 0,71 – 0,87), Giá trị p: <0,001
- OR hiệu chỉnh: 0,81 (KTC 95%: 0,72 – 0,92), Giá trị p: 0,001

- Giải thích: 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. 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.

Biểu đồ thể hiện sự biến thiên của mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng và nhóm can thiệp qua thời gian trong mô hình ảnh hưởng hỗn hợp như sau:



Biểu đồ 3.2. Biến thiên hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng và nhóm can thiệp

Hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm can thiệp đều giảm qua thời gian, trong khi đó hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng đều tăng qua thời gian.

3.4. Hiệu quả tăng cường chất lượng cuộc sống

Bảng 3.26: 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)	
Tổng	n = 212	n = 199	n = 207	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	14,2 (2,0)	14,5 (2,2)*	< 0,001
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)*	< 0,001
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,3 (2,4)	14,9 (2,3)	15,2 (2,4)*	< 0,001
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
Nhóm chứng	n = 105	n = 96	n = 101	
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

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu (N = 212)	3 tháng (N = 201)	6 tháng (N = 207)	
Nhóm can thiệp	n = 106	n = 103	n = 106	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, DLC)	13,9 (2,1)	14,4 (2,0)	14,8 (2,0)	< 0,001
Điểm sức khỏe thể chất (TB, DLC)	14,4 (2,4)	15,0 (2,5)	15,4 (2,5)	0,013
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, DLC)	13,8 (2,7)	14,4 (2,3)	15,0 (2,5)	< 0,001
Điểm mức độ độc lập (TB, DLC)	14,2 (2,4)	15,0 (2,4)	15,6 (2,3)	< 0,001
Điểm quan hệ xã hội (TB, DLC)	12,9 (2,6)	13,7 (2,3)	14,2 (2,6)	< 0,001
Điểm môi trường sống (TB, DLC)	14,0 (2,3)	14,2 (2,7)	14,7 (2,4)	0,009
Điểm niềm tin cá nhân (TB, DLC)	13,8 (3,4)	13,9 (3,3)	14,4 (3,4)	0,166

Ghi chú:

N: số lượng người bệnh, n: số lượng báo cáo

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

TB: trung bình, DLC: độ lệch chuẩn

Sau khoảng 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.

3.5. Đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp

3.5.1. Một số chỉ số đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp

Bảng 3.27: Một số chỉ số đánh giá quá trình của hoạt động can thiệp

STT	Chỉ số đánh giá	Nhóm chứng n (%)	Nhóm can thiệp n (%)
1	Tỷ lệ MSM duy trì (%) tại thời điểm 3 tháng (*)	98/105 (93,3)	103/107 (96,3)
2	Tỷ lệ MSM duy trì (%) tại thời điểm 6 tháng (**)	101/105 (96,1)	106/107 (99,1)
3	Số lượng bài truyền thông đã được gửi	-	12
4	Số lượng thông điệp được gửi	-	12
5	Số lượt bài truyền thông được gửi	-	2.508
6	Số lượt thông điệp được gửi	-	2.508
7	Số cuộc điện thoại tư vấn được thực hiện	-	209
8	Tổng số thời gian gọi được thực hiện (phút)	-	624
9	Trung bình thời gian tư vấn/cuộc điện thoại (phút)		3,0

Ghi chú:

(*, **): được tính theo số lượng MSM có phiếu phỏng vấn tuân thủ điều trị

Mặc dù, thời gian nghiên cứu là 6 tháng nhưng tỷ lệ MSM tham gia nghiên cứu tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng trong nhóm can thiệp đều cao hơn so với nhóm chứng.

3.5.2. Chủ đề bài truyền thông được bệnh nhân quan tâm

Bảng 3.28: Chủ đề bài truyền thông được MSM quan tâm

STT	Chủ đề bài truyền thông	Số lượng, tỷ lệ n (%)
1	Tuân thủ điều trị là như thế nào, kỹ năng giúp bạn tuân thủ điều trị tốt	89 (84,76)
2	Kiểm soát sức khoẻ tinh thần	78 (74,29)
3	Tác dụng phụ của thuốc ARV và những lưu ý khi dùng thuốc	81 (77,14)
4	Thông tin về các cơ sở điều trị ARV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục	78 (74,29)
5	Diễn giải các kết quả xét nghiệm và các lưu ý	71 (67,62)
6	Bệnh đồng nhiễm	69 (65,71)
7	Luật pháp và những quy định	54 (51,43)
8	Dinh dưỡng và các lưu ý	56 (53,33)
9	Luật pháp và những quy định	48 (45,71)
10	Thông tin cơ bản về HIV và ARV	2 (1,9)
11	Phòng chống lây nhiễm HIV	15 (10,00)
12	Cuộc sống hàng ngày	3 (2,85)
	Tổng số người thực hiện khảo sát	105 (100)

Qua các lần phỏng vấn MSM ở nhóm can thiệp, ba chủ đề truyền thông được quan tâm nhất là: Tuân thủ điều trị ARV, Kỹ năng giúp tuân thủ điều trị, tiếp đến Kiểm soát sức khoẻ tinh thần và Tác dụng phụ của thuốc ARV và những lưu ý khi dùng thuốc.

3.5.3. Mức độ hữu ích của bài truyền thông, thông điệp ngắn do MSM đánh giá

Bảng 3.29: Mức độ hữu ích của các bài truyền thông, thông điệp ngắn

Mức độ hữu ích	Sau 6 tháng n (%)
Rất không hữu ích	1 (0,97)
Không hữu ích	0 (0)
Hữu ích và Rất hữu ích	102 (99,0)
Tổng số người thực hiện khảo sát	103 (100)

Hầu hết các MSM trong nhóm can thiệp (99%) đánh giá các bài truyền thông, thông điệp ngắn ở mức độ hữu ích và rất hữu ích, chỉ có 1 người cho rằng việc gửi bài truyền thông và thông điệp ngắn là rất không hữu ích.

3.5.4. Mức độ hài lòng của MSM về dịch vụ của các cơ sở y tế

Bảng 3.30: Mức độ hài lòng của MSM về dịch vụ của các cơ sở y tế

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu (n = 212) n (%)	3 tháng (n = 201) n (%)	6 tháng (n = 207) n (%)	
Tổng				
Không hài lòng	0 (0)	0 (0)*	1 (0,48)	0,103
Bình thường	4 (1,89)	8 (4,00)	11 (5,31)	
Hơi hài lòng	8 (3,77)	6 (3,00)	1 (0,48)	
Hài lòng	96 (45,28)	118 (59,00)	109 (52,66)	
Hoàn toàn hài lòng	104 (49,06)	68 (34,00)	85 (41,06)	

	Thời điểm			Giá trị p-trend
	Ban đầu (n = 212) n (%)	3 tháng (n = 201) n (%)	6 tháng (n = 207) n (%)	
Nhóm chứng	n = 105	n = 98	n = 101	
Không hài lòng	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,023
Bình thường	2 (1,9)	8 (8,16)	8 (7,92)	
Hơi hài lòng	3 (2,86)	6 (6,12)	1 (0,99)	
Hài lòng	45 (42,86)	57 (58,16)	54 (53,47)	
Hoàn toàn hài lòng	55 (52,38)	27 (27,55)	38 (37,62)	
Nhóm can thiệp	n = 107	n = 102	n = 106	
Không hài lòng	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,997
Bình thường	2 (1,87)	0 (0)	1 (0,94)	
Hơi hài lòng	5 (4,67)	0 (0)	3 (2,83)	
Hài lòng	51 (47,66)	61 (59,8)	55 (51,89)	
Hoàn toàn hài lòng	49 (45,79)	41 (40,2)	47 (44,34)	

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 mức độ hài lòng của MSM với dịch vụ điều trị của các cơ sở y tế. Tuy nhiên, tại thời điểm sau 3 tháng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các mức độ hài lòng của MSM giữa nhóm chứng và can thiệp (*: p-value < 0,05). Phân tích xu hướng thay đổi các mức độ hài lòng của MSM trên từng nhóm cho thấy có sự khác biệt qua thời gian, với giá trị p-trend là 0,023. Tuy nhiên, tại thời điểm 6 tháng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hài lòng của MSM giữa hai nhóm và xu hướng thay đổi mức độ hài lòng của MSM trên từng nhóm.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu đã tiến hành thu thập dữ liệu của MSM tại các cơ sở điều trị ARV gồm 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 thuộc bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mặc dù việc lựa chọn các cơ sở điều trị ARV này không có tính chất ngẫu nhiên, việc lựa chọn có chủ đích các phòng khám đại diện cho khu vực thành thị - nơi có số người MSM điều trị ARV và sử dụng mạng xã hội Zalo cao, đã làm cho nghiên cứu tuyển chọn đủ số lượng đối tượng tham gia như kỳ vọng.

Cỡ mẫu nghiên cứu được lựa chọn trong khảo sát trước và sau can thiệp đạt được số lượng dao động quanh 200 người. Các đối tượng tham gia được phân bổ ngẫu nhiên theo tỷ lệ xấp xỉ 1:1 vào nhóm chứng và nhóm can thiệp trên mỗi phòng khám. Điều này đảm bảo số lượng MSM trên mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng tại mỗi cơ sở điều trị là như nhau và các yếu tố tác động của từng cơ sở điều trị vào hiệu quả can thiệp là tương tự nhau trên nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Phần lớn các MSM đã trả lời đầy đủ các câu hỏi khảo sát, chỉ có một tỷ lệ nhỏ người bệnh không trả lời đầy đủ các câu hỏi nghiên cứu. Điều này minh chứng cho việc tập huấn đầy đủ về bộ công cụ thu thập thông tin nghiên cứu cho các nghiên cứu viên cũng như cách thức mời MSM tham gia nghiên cứu được chuẩn bị tốt.

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Phần lớn MSM là nhóm dân số trẻ với độ tuổi trung bình là 25,5. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên nhóm nam đồng tính ở Việt Nam, như nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga và cộng sự (năm 2017) có tuổi trung bình của đối tượng là 24 [43], hay nghiên cứu của Goldsamt và cộng sự (năm 2015) có độ tuổi trung bình là 22 [32]. Do đó, nam đồng tính trong độ tuổi thanh niên là nhóm đối tượng thường gặp, và cũng là đối tượng được quan tâm trong nhiều nghiên cứu. Điều đó có thể được giải thích bởi sự cởi

mở và sẵn sàng hơn của các MSM trẻ tuổi trong việc tham gia vào các nghiên cứu trong cộng đồng. Trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu, chỉ có 30,7% MSM được sinh ra ở Hà Nội, 57,1% số đối tượng nghiên cứu có trình độ trên phổ thông trung học. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga và cộng sự (2017), có 48,7% MSM sinh ra ở Hà Nội, tỷ lệ đối tượng có trình độ từ trung học phổ thông trở lên là 83,6% [43]. Tuy nhiên trình độ học vấn của MSM trong nghiên cứu này cao hơn hẳn so với MSM trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Thu Trà và Đỗ Duy Cường tại bệnh viện Bạch Mai năm 2023, với tỷ lệ MSM tốt nghiệp phổ thông trung học là 14,3% [9]. Nghiên cứu này cho thấy có 6,1% MSM đã từng kết hôn với phụ nữ, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ Dung ở thành phố Hồ Chí Minh năm 2016 (11,0%) [142].

4.1.2. Phác đồ điều trị ARV và tác dụng phụ của thuốc

Trong nghiên cứu này, phần lớn MSM đang ở giai đoạn lâm sàng 1. Phác đồ điều trị ARV chủ yếu là phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) và 1a (NRTI + 3TC + EFV) được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú. Phác đồ điều trị ARV bậc 1 được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú. Bộ Y tế đã quy định các phác đồ chuẩn cho tất cả bệnh nhân khi bắt đầu điều trị ARV. Đây là phác đồ với chi phí thấp chỉ bằng 1/4 tới 1/8 lần chi phí của phác đồ điều trị bậc 2, có hiệu quả, dễ tiếp cận do nguồn cung cấp thuốc tương đối phong phú, nên phần lớn người nhiễm HIV sử dụng phác đồ này [143]. Tuy nhiên, do nguồn cung cấp thuốc không ổn định nên một số MSM bị thay đổi phác đồ 1a-1f và ngược lại (22,6%). Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai cũng nhận được loại thuốc khác nhau phụ thuộc vào từng lần mua sắm đấu thầu thuốc. Trung tâm Y tế Nam Từ Liêm trong giai đoạn chuyển giao từ điều trị bệnh nhân HIV bằng thuốc ARV từ nguồn tài trợ sang nguồn bảo hiểm y tế cũng nhận được 2 loại thuốc khác nhau phụ thuộc vào từng lần mua sắm đấu thầu thuốc hoặc đợt viện trợ. Phòng khám điều trị ARV ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhận được thuốc tùy thuộc vào nguồn tài trợ (Quỹ toàn cầu). Mặc dù vậy, cả 2 phác đồ chủ yếu này chỉ gồm có 1 viên thuốc đều là phác đồ điều trị ARV bậc 1. Sự đơn giản của

phác đồ dùng thuốc là một yếu tố quan trọng giúp MSM tuân thủ điều trị tốt hơn. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra việc sử dụng thuốc ít số lần trong ngày đồng thời ít số viên là một trong các yếu tố hỗ trợ tích cực cho tuân thủ điều trị [143].

Tỷ lệ MSM báo cáo gặp phải tác dụng phụ của thuốc ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2022 là 31,0%. Do đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là MSM mới điều trị ARV trong vòng 1 năm, trong đó tỷ lệ MSM điều trị ARV dưới 3 tháng là 44,3% nên trong quá trình mới điều trị, MSM báo cáo có gặp tác dụng phụ của thuốc tương đối cao, đặc biệt là thuốc Avonza theo phác đồ 1f.

4.1.3. Thời gian điều trị ARV

Thời gian trung bình kể từ khi chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV tới khi bắt đầu điều trị ARV lần đầu là 4,6 ngày. Thời gian kết nối với điều trị đã được giảm đi rất nhiều so với trước đây. Nghiên cứu của Đào Đức Giang và cộng sự (năm 2016) cho thấy trung bình thời gian tính từ lúc được chẩn đoán xác định nhiễm HIV đến khi được điều trị ARV là $265,8 \pm 456,4$ ngày [10]. Điều này cho thấy các dịch vụ kết nối với điều trị đã được cải thiện rõ rệt để đáp ứng hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế [6]. Người nhiễm HIV cần điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV. Tuy nhiên, việc điều trị ngay cho người nhiễm HIV khi biết kết quả xét nghiệm khẳng định HIV vẫn là một thách thức. Ở Việt Nam, một trong những yếu tố tác động mang tính cấu trúc đối với việc điều trị ARV sớm là các cơ sở xét nghiệm HIV tách biệt, độc lập với các phòng khám điều trị HIV; các trung tâm Tư vấn và Xét nghiệm Tự nguyện và các khoa xét nghiệm tập trung vào sàng lọc và xác nhận nhiễm HIV, sau đó mới chuyển người nhiễm HIV được chẩn đoán đến các phòng khám điều trị. Những thách thức về mặt cấu trúc này làm kéo dài thời gian từ khi xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV đến khi bắt đầu điều trị ARV và có thể góp phần trì hoãn việc bắt đầu điều trị ARV. Điều này cũng làm cho MSM phải đến nhiều phòng khám chẳng hạn như các phòng khám điều trị nghiện chất, sức khỏe tâm thần và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác để được điều trị toàn diện.

4.1.4. Tình hình sử dụng bảo hiểm y tế trong quá trình điều trị ARV

Phần lớn MSM đã có thẻ bảo hiểm y tế (90,1%). Trước đây, tại các cơ sở y tế điều trị ARV, người bệnh được hỗ trợ miễn phí thuốc điều trị ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội và các xét nghiệm theo dõi điều trị. Phần lớn kinh phí hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế như PEPFAR (Cứu trợ Khẩn cấp của Hoa Kỳ tại Việt Nam), quỹ toàn cầu, ngân sách nhà nước. Hiện nay, các nguồn tài trợ cắt giảm, người điều trị ARV phải tự chi trả cho chăm sóc và thuốc điều trị bệnh nên việc tham gia bảo hiểm y tế là rất cần thiết, giúp có nguồn tài chính bền vững cho điều trị ARV, góp phần quan trọng vào việc giảm tỷ lệ tử vong, giảm lây nhiễm trong cộng đồng. Số liệu của nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trong nhóm MSM rất cao. Nghiên cứu trước đây cho thấy số bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế thấp 13,6%, nguyên nhân không mua bảo hiểm y tế là sợ lộ danh tính, sợ phiền hà, thấy không cần thiết, hiểu sai về bảo hiểm y tế [12]. Kết quả của chúng tôi cho thấy: càng ngày nhận thức về vấn đề bảo hiểm y tế của cộng đồng nói chung cũng như của MSM nói riêng ngày được nâng cao. MSM đã thay đổi hành vi về việc mua thẻ bảo hiểm y tế và khám, điều trị bệnh qua việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

4.1.5. Các hỗ trợ xã hội MSM nhận được từ bạn bè, gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV

Khảo sát trước can thiệp năm 2022 cho thấy khoảng 62,9% MSM không nhận được hỗ trợ của bạn tình/vợ chồng, và 78,9% MSM không nhận được hỗ trợ từ bố mẹ/gia đình, có 70,9% MSM không nhận được hỗ trợ từ bạn bè khác. Mặc dù nghiên cứu cũng chưa tìm hiểu các lý do mà MSM chưa nhận được sự quan tâm, hỗ trợ của gia đình, bạn tình/vợ chồng, bạn bè, tuy nhiên những phát hiện này cũng đã phản ánh phần nào về vấn đề kỳ thị đối với các hành vi liên quan đến tình dục đồng giới và HIV/AIDS. Mặc dù vậy, MSM tại các cơ sở điều trị ARV cho rằng mức độ nhận được hỗ trợ từ tư vấn viên/bác sỹ rất nhiều, chỉ có 1,9% đối tượng tham gia không nhận được sự hỗ trợ từ tư vấn viên/bác sỹ. Điều này cho thấy, các cơ sở điều trị ARV đang rất quan tâm chăm sóc người bệnh nhóm nguy cơ cao này.

Khoảng 20% MSM đang điều trị ARV có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng. Theo khuyến cáo của WHO cũng chỉ ra rằng việc tham gia các nhóm đồng đẳng có tác động tích cực, duy trì sự chăm sóc và điều trị, và tăng cường chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS [146]. Khảo sát trước can thiệp cũng cho thấy MSM có nguy cơ phụ thuộc đồ uống có cồn, chất kích thích dạng amphetamine (ATS) và chất dạng thuốc phiện đều rất cao, tương ứng là 91,5%, 97,2% và 100%, điều đó có nghĩa là mức độ sử dụng đồ uống có cồn, ATS và chất dạng thuốc phiện đều rất thấp. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo tỷ lệ sử dụng chất thấp hơn so với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam. Nghiên cứu của Hà Huy và cộng sự trên 451 nam QHTD đồng giới tại Hà Nội báo cáo có 40,7% đối tượng sử dụng rượu ở mức độ nặng đến nghiêm trọng [20]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga và cộng sự (năm 2017) tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ sử dụng rượu là 88,8%, và tỷ lệ sử dụng ATS là 30,4 [43]. Có thể các MSM nhiễm HIV/AIDS trong nghiên cứu này không muốn tiết lộ việc sử dụng các chất gây nghiện khi được phỏng vấn.

4.1.6. Sức khỏe tinh thần

Trong tổng số 212 MSM tại thời điểm trước can thiệp, có 46 người có các triệu chứng trầm cảm (điểm trầm cảm ≥ 10), chiếm 21,7%. Trên cùng thang đo mức độ trầm cảm PHQ-9, tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga và cộng sự (năm 2017) trên 622 MSM tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh [43]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga và cộng sự tiến hành trên nhóm MSM nói chung và có 11,3% người có điểm trầm cảm ≥ 10 [43]. Khi so sánh với nghiên cứu phân tích tổng hợp trên nhóm MSM nhiễm HIV năm 2020, tỷ lệ trầm cảm của nghiên cứu của nhóm tác giả này thấp hơn so với tỷ lệ trầm cảm chung của nghiên cứu tổng hợp trước đó (43%) [18]. Tuy nhiên, kết quả này của nghiên cứu tương đồng với với nghiên cứu của Trần Xuân Bách và cộng sự (năm 2018) với 20% người nhiễm HIV có điểm trầm cảm ≥ 10 [149]. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi không phân tích sự tác động giữa mức độ sử dụng chất kích thích, sự kỳ thị lên mức độ lo âu trầm cảm của MSM, tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ

ra việc sử dụng chất kích thích và kỳ thị có tác động ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tinh thần của MSM [43].

4.2. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM tại thời điểm trước can thiệp

4.2.1. Thực trạng tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn

Khảo sát trước can thiệp cho thấy việc khó nhớ dùng thuốc được ghi nhận khoảng 14% số đối tượng tham gia và 2% MSM tạm dừng thuốc khi thấy khỏe hơn. Người bệnh mắc các bệnh mạn tính cần điều trị dài ngày có thể gặp nhiều lý do dẫn đến việc khó nhớ việc sử dụng thuốc. Chỉ có 2 % MSM tạm dừng thuốc khi thấy mình khỏe hơn cho thấy người bệnh đã hiểu được tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc liên tục. Mặc dù vậy, vẫn có 6,6% MSM báo cáo quên liều trong 4 ngày gần đây. Mặc dù với phác đồ thuốc ARV được đơn giản về số lần sử dụng trong ngày và sử dụng một viên thuốc kết hợp, việc quên uống thuốc vì lý do nào đó thực tế vẫn xảy ra ở một số MSM. Đó có thể là do người bệnh thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày vào những dịp cuối tuần, lễ tết, hoặc đi du lịch hoặc mãi làm việc, ngủ quên nên đã quên không uống thuốc [14], Đó có thể là do người bệnh thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày vào những dịp cuối tuần, lễ tết, hoặc đi du lịch hoặc mãi làm việc, ngủ quên nên đã quên không uống thuốc [14], [10].

4.2.2. Thực trạng tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS)

VAS là phương pháp đánh giá tuân thủ đơn giản dựa trên thang điểm từ 0-100%. Nội dung phần này cán bộ nghiên cứu sẽ hỏi bệnh nhân về mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân ở mức nào trong 4 ngày qua theo thang điểm VAS. Mặc dù VAS có hạn chế là mang tính chất chủ quan trong việc đánh giá, tuy nhiên VAS là một công cụ đơn giản để phát hiện sự tuân thủ và có tiềm năng sử dụng trong các điều kiện nguồn lực hạn chế [140]. Trước can thiệp, MSM tự báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung vị là 97,5% trên tổng số 100%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trên thang đo VAS do MSM tự đánh giá có sự chênh lệch rất lớn, MSM đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thấp nhất là 60% và cao nhất là 100%. Cũng trên thang điểm VAS, tỷ lệ MSM đạt điểm VAS từ 95% điểm trở lên trong khảo sát trước can thiệp đạt mức

89,6%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu và Đào Đức Giang và cộng sự, năm 2017 với tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm VAS từ 95% trở lên đạt mức 78,8% [10]. Tỷ lệ này cũng cao hơn một cách đáng kể so với tỷ lệ tuân thủ điều trị trong thang đa chiều (45,3%). Như vậy, sử dụng phương pháp đánh giá đơn lẻ có thể ước tính thấp vấn đề không tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

4.2.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng thuốc

Thang điểm đánh giá kiến thức của MSM thông qua kiểm tra về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng. Một tỷ lệ đáng kể là 52,8% MSM không biết tên thuốc cụ thể, chỉ nhớ tên thuốc là thuốc ARV. Đồng thời, có 20,7% MSM được đánh giá uống thuốc không đúng cách. Việc không biết chính xác tên của loại thuốc mà họ đang sử dụng và không uống thuốc đúng cách có ảnh hưởng quan trọng trong việc theo dõi phác đồ điều trị, tương tác thuốc và theo dõi tác dụng phụ của thuốc [15]. Trong một số trường hợp, những thay đổi nồng độ của một số thuốc đồng thời sử dụng có thể tương tác với các thành phần của thuốc ARV hoặc ngược lại, ảnh hưởng thuốc ARV tới một số thuốc khác, làm ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của người bệnh [16]. Chẳng hạn, các thuốc chứa cation polyvalent có thể liên kết với các chất ức chế chuyển chuỗi intergras (INSTIs) và giảm hấp thu ARV. Một số thuốc ARV ức chế men protease như thuốc Ritonavir, Nelfinavir có thể làm thay đổi chuyển hóa mỡ dẫn đến rối loạn mỡ máu, gia tăng nguy cơ của các bệnh lý tim mạch [16]. Việc xem xét kỹ lưỡng các loại thuốc cùng với sự tư vấn của dược sỹ được đào tạo chuyên sâu về ARV có thể làm giảm thiểu các tương tác không mong muốn. Các tác dụng phụ của thuốc ARV cũng có thể cản trở quá trình cung cấp và hấp thu chất dinh dưỡng [16]. Do đó, chúng có thể gây giảm cân và suy dinh dưỡng nếu người bệnh không có một chế độ ăn uống hợp lý và lành mạnh.

Trên thang điểm đánh giá kiến thức khi sử dụng thuốc ARV, có 75,5% MSM được khảo sát trước can thiệp đạt mức độ tuân thủ cao. Có thể nói trong 4 phần của thang đo tuân thủ điều trị đa chiều, nội dung đánh giá kiến thức biết tên thuốc, biết số viên dùng, uống thuốc đúng cách có tỷ lệ MSM đạt mức độ tuân thủ cao là thấp nhất. Do vậy, việc bổ sung các kiến thức sử dụng thuốc là quan trọng và cần thực hiện trong các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho nhóm đối tượng này.

4.2.4. Thực trạng tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ

Đối tượng tham gia nghiên cứu được nhắc nhở mang lọ thuốc đến các cơ sở điều trị hoặc hỏi người bệnh số thuốc còn thừa trong các lần tham gia khảo sát của nghiên cứu. Phương pháp này được xem là kém chính xác do người bệnh có xu hướng làm hài lòng người phỏng vấn hoặc họ dễ dàng bỏ lại thuốc thừa, hoặc nói đã hết thuốc khi đến cơ sở điều trị để lĩnh thuốc tiếp theo. Cuộc khảo sát trước can thiệp cho thấy MSM có mức độ tuân thủ điều trị tương đối lớn (97,5%) và có 84,5% MSM đạt tuân thủ mức độ cao (84,5%). Việc đánh giá tuân thủ điều trị nếu đơn thuần dựa vào kiểm đếm số viên thuốc còn thừa hoặc hỏi bệnh nhân số thuốc còn thừa có thể ước tính thấp tỷ lệ không tuân thủ điều trị của bệnh nhân [136].

4.2.5 Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều

Đánh giá kết hợp giữa việc phỏng vấn người bệnh, đánh giá bằng VAS, kiểm tra kiến thức dùng thuốc, kiểm đếm số thuốc thừa trên thang điểm đa chiều cho thấy 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 cho thấy phương pháp kết hợp có thể ước tính một cách chặt chẽ hơn mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh.

Bằng sự hiểu biết của chúng tôi, 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%) [132], [11]. Mặc dù, các nghiên cứu trước đây được thực hiện trên cùng bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị nhưng được thực hiện trên các quần thể người nhiễm HIV khác nhau. Nghiên cứu ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh đều được thực hiện trên nhóm dân số chung, với độ tuổi khác nhau (tương ứng là $37 \pm 7,4$ và $41 \pm 9,6$), khác

biệt lớn với độ tuổi trung bình của nhóm MSM trong nghiên cứu của chúng tôi ($25,49 \pm 6,32$) [11], [10]. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm MSM mới điều trị ARV trong vòng 1 năm, không tuyển chọn đối tượng nghiên cứu có khoảng thời gian điều trị ARV lâu như 2 nghiên cứu trước đó. Đây có thể là một trong các nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV khác nhau trong các nghiên cứu.

Mặt khác, 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% [161], [154], [159], [157]. Tuy nhiên, mỗi nghiên cứu sử dụng các công cụ đo lường khác nhau, đồng thời cũng thiết lập các ngưỡng tuân thủ điều trị và khoảng thời gian đo lường khác nhau tùy thuộc vào mục đích của nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Fedonni D. và cộng sự (năm 2021), sử dụng ngưỡng tuân thủ điều trị ở mức cao (100%) được định nghĩa là MSM không bị nhớ liều thuốc uống trong 3 ngày gần đây; trong khi đó nghiên cứu trên nhóm MSM khác của tác giả Stacy M, Crim YT và cộng sự (năm 2020) lại sử dụng khoảng thời gian hồi cứu là 30 ngày để tính số liều thuốc bị nhớ [154], [115]. Nghiên cứu khác ở Trung Quốc lại định nghĩa việc tuân thủ điều trị tối ưu là uống đúng thời gian cho phép trong vòng 1 giờ theo lịch uống thuốc của MSM với thời gian hồi cứu là 1 tháng gần đây [161]. Hiện nay, không có định nghĩa về tuân thủ điều trị nào được thống nhất trên quy mô toàn cầu.

4.2.6. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị ARV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12 yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị trong mô hình phân tích đa biến gồm: nhóm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, sống chung với người thân, mắc các bệnh đồng nhiễm, gặp tác dụng phụ của thuốc ARV, hỗ trợ từ bác sĩ, tham gia các nhóm đồng đẳng, đã từng sử dụng đồ uống có cồn, mức độ lo âu, kỳ thị và chất lượng cuộc sống. Trong đó, 2 yếu tố là lo âu ở mức độ nhẹ và chất lượng cuộc sống là các yếu tố có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng tuân thủ điều trị của nhóm MSM. Kết quả của chúng tôi có một số phát hiện tương đồng với nghiên cứu khác. 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 [155].

Các nghiên cứu trên thế giới đều chỉ ra rằng, các rối loạn tinh thần thường gặp nhất ở thời điểm trước và trong năm đầu của điều trị ARV. Khi người bệnh đã phục hồi ở giai đoạn ổn định thì các triệu chứng lo âu và trầm cảm sẽ ít gặp hơn [23]. Sự khác biệt về mức độ lo âu giữa các nghiên cứu có thể liên quan nhiều hơn đến thời điểm đánh giá hơn là tình trạng HIV, do thời kỳ đầu khi phát hiện nhiễm HIV, người bệnh có xu hướng rơi vào trạng thái khủng hoảng tâm lý cao hơn so với các giai đoạn tiếp theo sau khi được tư vấn và tiếp cận điều trị. Kết quả đánh giá yếu tố lo âu có ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị của MSM tại giai đoạn ban đầu, gợi ý cho các can thiệp tư vấn rối loạn tinh thần cần lồng ghép trong quá trình can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV cho MSM nhiễm HIV. Một nghiên cứu tổng quan khác trên một số quốc gia châu Phi có thu nhập thấp và trung bình cho thấy: thời điểm bắt đầu can thiệp ảnh hưởng đáng kể đến kết quả tuân thủ điều trị [95]. Việc bắt đầu điều trị ARV muộn sau khi chẩn đoán ít có khả năng dẫn đến tuân thủ điều trị thành công. 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 tăng cường tuân thủ điều trị ARV cho MSM nhiễm HIV. Một nghiên cứu tổng quan khác trên một số quốc gia châu Phi có thu nhập thấp và trung bình cho thấy: thời điểm bắt đầu can thiệp ảnh hưởng đáng kể đến kết quả tuân thủ điều trị [95]. Việc bắt đầu điều trị ARV muộn sau khi chẩn đoán ít có khả năng dẫn đến tuân thủ điều trị thành công. 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.

Phát hiện của chúng tôi ủng hộ kết luận của tác giả Beer và Skarbinski cho rằng việc giải quyết các vấn đề đi kèm về tâm lý xã hội như lo âu và trầm cảm có thể sẽ cải thiện sự tuân thủ ARV [28]. Các tác giả này cho rằng việc giới thiệu người nhiễm HIV tới các cơ sở điều trị sức khỏe tinh thần không những cải thiện được vấn đề tuân thủ điều trị ARV mà còn cải thiện sức khỏe tổng thể của họ. Các chương trình can thiệp phù hợp với tình hình thực tế của địa phương cần gắn với các hoạt động hỗ trợ về tâm lý mới có thể giúp MSM nhiễm HIV đạt được tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt nhất.

Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện thấy: 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 [158], [42]. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống có tác động qua lại với nhau [160]. Tuân thủ điều trị không những góp phần cải thiện kết quả lâm sàng điều trị HIV, mà còn nâng cao mức chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chất lượng cuộc sống cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị, những người có chất lượng cuộc sống tốt hơn có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn [160].

Ngày nay, việc tối ưu hoá chất lượng cuộc sống là một trong những trọng tâm chính của chiến lược chăm sóc và điều trị cho người mắc bệnh HIV/AIDS. Chất lượng cuộc sống bao gồm cả sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tinh thần, để đảm bảo cho người bệnh có thể sống một cuộc đời trọn vẹn nhất. Nghiên cứu của tác giả Vanessa và cộng sự cho rằng đánh giá chất lượng cuộc sống được xem như trọng tâm chính của việc chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV, khi càng ngày các phương pháp điều trị càng hiệu quả và đơn giản hơn [104]. Chất lượng cuộc sống của MSM nhiễm HIV là yếu tố quan trọng để kéo dài tuổi thọ của những người bệnh này. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra trước khi can thiệp, tổng điểm chất lượng cuộc sống chung của nhóm MSM là $13,8 \pm 2,0$; điểm sức khoẻ thể chất là $14,4 \pm 2,5$; điểm sức khoẻ tinh thần $13,6 \pm 2,5$, điểm quan hệ xã hội là $12,9 \pm 2,5$, điểm môi trường sống là $13,9 \pm 2,4$. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với điểm số chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu trên nhóm MSM ở Trung Quốc [104]. Kết quả từ một nghiên cứu từ Trung Quốc đã chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống chung của nhóm MSM dương tính với HIV có điểm trung bình là $14,09 \pm 2,37$ trong sức khoẻ thể chất; $13,33 \pm 2,83$ trong sức khoẻ tinh thần; $13,69 \pm 2,94$ trong quan hệ xã hội và $14,26 \pm 2,19$ trong lĩnh vực môi trường sống [104]. Tuy nhiên, so với kết quả của tác giả Trần Xuân Bách thực hiện năm 2012 trên 1016 người nhiễm HIV, thì chất lượng cuộc sống trong lĩnh vực sức khoẻ thể chất là 13,2, sức khoẻ tinh thần là 12,6,

mức độ độc lập là 12,7; như vậy các lĩnh vực này trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn [35]. Mặc dù nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách thực hiện trên tất cả đối tượng nguy cơ nhưng có thể thấy: theo thời gian tình hình HIV/AIDS đang được quản lý tốt hơn, người nhiễm HIV có cơ hội tiếp cận các dịch vụ y tế tốt nhất để điều trị, dẫn đến cải thiện sức khỏe, ổn định tâm lý và đạt được sự chủ động trong công việc. Cả 2 nghiên cứu này cũng đều chỉ ra chất lượng cuộc sống ở lĩnh vực quan hệ xã hội của người nhiễm HIV là thấp nhất. Qua hơn một thập kỷ, tuy chất lượng cuộc sống của người bệnh ngày một tốt hơn, nhưng người nhiễm HIV đang điều trị ARV vẫn phải đối mặt những vấn đề của quan hệ xã hội, đặc biệt là sự kì thị và phân biệt đối xử. Nhóm MSM lo lắng về việc mất địa vị xã hội và mặc cảm với gia đình, cô đơn, lo âu, do đó dẫn đến điểm số trong lĩnh vực tâm lý xã hội của MSM thấp hơn so với dân số chung. Họ có nhiều khả năng bị trầm cảm nặng, lo lắng, căng thẳng, lòng tự trọng thấp và bị cô lập xã hội. Vì vậy, những người MSM nhiễm HIV/AIDS cần được chăm sóc nhiều hơn về mặt tâm lý xã hội [44].

Như vậy, ý nghĩa rút ra từ kết quả nghiên cứu là lo âu và chất lượng cuộc sống có ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị ARV của người bệnh. Do vậy, các hoạt động can thiệp cần đẩy mạnh tăng cường truyền thông kiến thức, kỹ năng về tuân thủ điều trị ARV cho nhóm đối tượng này đồng thời thực hiện các tư vấn hỗ trợ tâm lý, sức khỏe tinh thần, kỹ năng tuân thủ cho cá nhân người bệnh sẽ nâng cao hiệu quả điều trị ARV và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nhân khẩu, xã hội học như: nhóm tuổi trên 25, trình độ học vấn từ phổ thông trung học trở lên, không có liên quan đến một cách có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu. Các phát hiện này là trái ngược với kết quả của một số nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân ở độ tuổi trẻ dưới 25 ít có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu thấp so với nhóm MSM nhiều tuổi hơn [126]. Trình độ học vấn cũng được khảo sát trong nhiều nghiên cứu và cho các kết quả trái ngược. Trong khi học vấn thấp được tiên lượng là yếu tố xấu đối với tuân thủ điều trị, ngược lại một số nghiên cứu lại cho rằng trình độ học vấn cao không liên quan đến tuân thủ điều trị [126]. Điều này có thể

giải thích là do phần lớn đối tượng tham gia đều hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và việc có một kiến thức tốt không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt.

Phát hiện trong nghiên cứu cho thấy tình trạng sống chung cùng người thân, từng sử dụng đồ uống có cồn, sự hỗ trợ của nhân viên y tế không có liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Đào Đức Giang và cộng sự, nghiên cứu này cho thấy việc sử dụng rượu làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị, sự tin tưởng của bệnh nhân vào cán bộ y tế cũng như sự nhiệt tình hỗ trợ của cán bộ y tế có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị [10].

4.3. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM trong nghiên cứu can thiệp

4.3.1. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn

Khảo sát trước can thiệp cho thấy có 13,7% số MSM cảm thấy khó nhớ việc dùng/ uống thuốc và 6,6% MSM quên liều trong 4 ngày gần đây. Mặc dù phác đồ dùng thuốc ARV cũng đã đơn giản hoá về số lần uống thuốc cũng như số viên thuốc, nhưng việc quên uống thuốc vì lý do nào đó vẫn đang xảy ra trong một số MSM. Có 2,8% MSM dừng việc dùng thuốc khi thấy mệt hơn cho thấy phần lớn MSM hiểu được tầm quan trọng sử dụng thuốc liên tục, 6 MSM muốn dừng thuốc này hầu hết là những trường hợp muốn đổi thuốc khi gặp tác dụng phụ của thuốc.

Tại thời điểm sau 3 tháng và 6 tháng thực hiện can thiệp: tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao đều giảm nhẹ. Phân tích số liệu chi tiết hơn, chúng tôi thấy có 18,4% MSM và 13,5% MSM vẫn cảm thấy khó nhớ việc dùng thuốc. Điều này chứng tỏ việc sử dụng thuốc và quên không uống thuốc với các bệnh điều trị mạn tính trong thời gian lâu dài vẫn là thách thức lớn đối với MSM nếu như không có sự can thiệp phù hợp. Tuy nhiên, đến thời điểm 6 tháng có sự thay đổi đáng kể trong nhóm can thiệp, không còn MSM nào thấy khó nhớ việc dùng/ uống thuốc nữa. Có thể các thông điệp ngắn và bài truyền thông về việc nhắc nhở MSM cần phải đặt chuông

báo thức qua đồng hồ/điện thoại hoặc nhờ người hỗ trợ trong gia đình nhắc nhở việc uống thuốc mang lại hiệu quả cao trong việc nhớ uống thuốc.

4.3.2. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS)

Thang điểm VAS từ 0-10 điểm là thang điểm trực quan được sử dụng để lượng hoá các biến số khó định lượng một cách chính xác [140]. Tuy VAS mang tính chủ quan trong việc đánh giá, nhưng do tính chất thuận tiện và dễ sử dụng nên được nhiều nghiên cứu áp dụng [140]. Trên thang điểm VAS tại thời điểm trước can thiệp, MSM được phỏng vấn báo cáo điểm tuân thủ trung vị là 97,5 và không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tuy nhiên, tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng, nghiên cứu đã thấy rõ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở thang điểm này.

Trên với thang điểm VAS, tỷ lệ MSM đạt mức tuân thủ cao của nhóm can thiệp tại thời điểm 6 tháng là 98,1%. Tỷ lệ này cao hơn một cách đáng kể so với tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang đánh giá đa chiều (66,9%). Cũng tương tự như đánh giá ở phần 1- Đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn MSM, việc sử dụng đơn lẻ một thang đánh giá sẽ có thể dẫn đến việc ước tính thấp vấn đề không tuân thủ điều trị của MSM.

4.3.3. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV

Kiến thức sử dụng thuốc bao gồm biết tên thuốc, cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng thuốc và các lưu ý khi sử dụng thuốc được thu thập qua quá trình phỏng vấn MSM. Hầu hết MSM đều biết số lượng viên thuốc cần dùng bởi vì phác đồ sử dụng thuốc đã được đơn giản hoá về số lần sử dụng thuốc trong ngày cũng như sử dụng một viên nén kết hợp các hoạt chất. Điều khá thú vị là mặc dù việc uống thuốc hàng ngày, nhưng có tỷ lệ nhất định MSM không biết tên thuốc đang sử dụng, họ chỉ trả lời là biết với tên thuốc chung là ARV. Câu hỏi yêu cầu cụ thể là cần biết chính xác tên loại thuốc mà họ đang sử dụng. Việc biết chính xác tên thuốc giúp cho MSM lưu ý khi sử dụng thuốc, không nên sử dụng đồng thời với một số loại thuốc khác khi sử dụng ARV theo hướng dẫn của các cán bộ y tế [16]. Một số loại thuốc có thể tăng độc tính hoặc ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của người nhiễm

HIV. Chẳng hạn, Rifampicin trong thành phần thuốc chống lao làm giảm nồng độ Dolutegravir trong thành phần của Acriptega [162]. Do vậy, với người đang điều trị lao, cần chuyển sang phác đồ với Avonza. Acriptega thường được hướng dẫn uống mỗi ngày một lần, trước hoặc sau khi ăn. Trong trường hợp người nhiễm HIV đang uống các loại thực phẩm chức năng hoặc vitamin, canxi và sắt trong thực phẩm chức năng có thể làm giảm hấp thụ DTG. Người bệnh nên uống Acriptega và các loại thuốc vitamin cách nhau 2-6 tiếng, cách uống này sẽ giúp bạn hấp thụ được DTG tốt nhất mà vẫn có thể uống kết hợp các loại thuốc dinh dưỡng [162].

Các khuyến cáo để quản lý tương tác thuốc cụ thể khác nhau tùy thuộc vào lâm sàng của từng cá nhân người nhiễm HIV. Tuy nhiên việc tăng tỷ lệ MSM trả lời đúng các câu hỏi trong nhóm can thiệp có thể do tất cả các MSM trả lời chưa đúng trong lần khảo sát trước can thiệp đều đã được tư vấn, hướng dẫn để có được các kiến thức chính xác các câu hỏi có liên quan đến sử dụng ARV. Đây cũng là kết quả rất đáng khích lệ. Bởi vì nguồn lực của các phòng khám cũng rất hạn chế, bên cạnh việc tư vấn tuân thủ điều trị, việc tư vấn hướng dẫn sử dụng thuốc của phòng khám ngoại trú dành cho người nhiễm HIV cũng được quan tâm hơn.

4.3.4. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên thuốc trong kỳ

Nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (khoảng 97%) MSM trong các cuộc khảo sát trước và sau can thiệp đều mang lọ thuốc đến để kiểm tra và thể hiện việc mình đã dùng hết, hoặc trả lời dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. Tuy nhiên, nếu xem xét các câu hỏi về mặt kiến thức, cũng như tự chấm điểm VAS thì thấy có sự không đồng thuận với tỷ lệ tuân thủ ở các mức độ. Dường như, việc đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên thuốc có thể ước tính cao tỷ lệ MSM tuân thủ điều trị tốt. Nhận định này của chúng tôi cũng tương tự với các kết quả của các nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Đào Đức Giang và cộng sự (năm 2019) [10], nghiên cứu của tác giả Feinstein và cộng sự (năm 1990) [64].

4.3.5. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều

Kết quả đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, theo thang điểm trực quan VAS, kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả cho thấy 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 của chúng tôi là một thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên đầu tiên ở Việt Nam sử dụng ứng dụng truyền thông mạng xã hội trực tuyến Zalo để cải thiện tỷ lệ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống ở MSM nhiễm HIV/AIDS. Tác động của can thiệp đã cho thấy mức độ tuân thủ điều trị được cải thiện có ý nghĩa thống kê trên nhóm can thiệp ($p\text{-value} < 0,05$). 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 [52]. 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%). Muốn đạt sự cải thiện tuân thủ điều trị cao nhất, cần thực hiện các biện pháp can thiệp đa cấp độ, chẳng hạn như kết hợp các biện pháp can thiệp ở cấp độ cá nhân và cấp độ cộng đồng. Các biện pháp can thiệp nhiều tầng cần được thực hiện nhằm giải quyết các vấn đề về các yếu tố tác động về mặt cấu trúc và xã hội đối với việc tuân thủ điều trị ARV ở MSM. Chẳng hạn như các khu dân cư có mức độ kỳ thị với HIV

và kỳ thị với đồng tính cao hơn cần được hỗ trợ nhiều hơn, tập trung vào việc hỗ trợ ở cấp độ cộng đồng cũng như ở cấp độ cá nhân (hành vi và thái độ). Cần có các biện pháp can thiệp để giải quyết tình trạng không tin tưởng vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phân biệt đồng giới, và các bất bình đẳng xã hội khác mà MSM phải đối mặt. 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.

Nghiên cứu đã chỉ ra qua thời gian theo dõi, nếu không có tác động của can thiệp, mức độ tuân thủ điều trị của nhóm chứng giảm theo thời gian. Nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu cũng đều chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị giảm dần theo thời gian dùng thuốc [165], [166]. Một phân tích tổng hợp ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ trung bình của tuân thủ điều trị ARV ở ngưỡng 95% giảm từ 81,1% sau 1 tuần xuống 68,3% sau 3 tháng hoặc lâu hơn [166]. Tuy nhiên, các nghiên cứu thuần tập ở Châu Phi và châu Á lại cho thấy, việc tuân thủ điều trị bằng thuốc được cải thiện đáng kể theo thời gian cho đến ít nhất ba năm theo dõi [167]. Người nhiễm HIV có thể đã trở nên thành thạo hơn trong việc dùng thuốc hàng ngày, các tác dụng phụ ban đầu có thể biến mất theo thời gian hoặc họ có thể đã nhận được tư vấn và hỗ trợ tuân thủ. Một nghiên cứu ở Vương quốc Anh với 9 năm theo dõi cho thấy mức độ tuân thủ điều trị tăng đều đặn 2% mỗi năm theo thời gian [168] và một nghiên cứu của Pháp với 3 năm theo dõi cho thấy mức độ tuân thủ điều trị đều tăng dần theo thời gian [169]. Tuy nhiên, cần đánh giá trên nhiều nghiên cứu khác nhau để xem xét thời gian có tác động đáng kể đến sự tuân thủ của người nhiễm HIV.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những sự khác biệt về tình hình cá thể của người bệnh và mức độ tuân thủ điều trị trước can thiệp ở nhóm bệnh và nhóm chứng có thể ảnh hưởng đến ước lượng hiệu quả can thiệp. Do đó, các ước tính thô sau can thiệp có thể không phản ánh chính xác hiệu quả của can thiệp. Điểm mạnh trong nghiên cứu của chúng tôi 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. Biến đầu ra (outcome) là mức độ tuân thủ điều trị ARV được đo lại 3 lần khảo sát trên cùng một đối tượng. Trong thử nghiệm này, kết quả các lần đo lường ở mỗi cá nhân thường có mối liên hệ với nhau. Do đó, những mô hình hồi quy thông thường không thể tính toán chính xác. Trong khi đó, mô hình ảnh hưởng hỗn hợp với các đo lường lặp lại 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 sỹ, việc tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng cũng như mức độ lo âu và chất lượng cuộc sống. Mô hình hỗn hợp cho thấy có hai loại ảnh hưởng trong mô hình, ảnh hưởng cố định (fixed effect) và ảnh hưởng ngẫu nhiên (random effect). Trong mô hình, các ảnh hưởng ngẫu nhiên được ước lượng thông qua sự khác biệt về kết quả giữa các cá nhân, và các ảnh hưởng cố định ước lượng các yếu tố tác động như nhau đối với các cá nhân có cùng đặc điểm. 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 [170]. 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. Mô hình cũng đưa ra được mức độ biến thiên hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu của nhóm chứng và nhóm can thiệp. Trên nhóm chứng, hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ dưới mức tối ưu tăng trong khi đó hệ số hồi quy của phương trình mức độ tuân thủ dưới mức tối ưu giảm trên nhóm can thiệp. Hay nói cách khác, hiệu quả tuân thủ điều trị trên nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng. Đồng thời, chất lượng cuộc sống không những được phát hiện có ảnh hưởng trên mô hình hồi quy logistic đánh giá ở giai đoạn trước can thiệp, mà yếu tố này cũng có tác động tới hiệu quả của can thiệp qua thời gian trên mô hình ảnh hưởng hỗn hợp.

4.3.6. Đánh giá hiệu quả tuân thủ điều trị bằng phương pháp đo tải lượng vi rút

Một trong các yếu tố dự báo mạnh nhất cho nguy cơ lây truyền HIV chính là tải lượng HIV trong cơ thể người nhiễm. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng không có sự

lây truyền HIV nào diễn ra trên những người bệnh có nồng độ HIV < 200 bản sao/ml máu. Do vậy, việc xét nghiệm định kỳ để xác định được tình trạng ức chế vi rút không chỉ là chỉ số rất quan trọng đối với bệnh nhân mà còn cho cộng đồng.

Nghiên cứu không đo lường trực tiếp tải lượng vi rút của đối tượng tham gia 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 cho thấy 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 kết quả TLVR của người bệnh chưa đầy đủ. Nghiên cứu trước can thiệp năm 2022 đã ghi nhận tỷ lệ 27,8% MSM không có dữ liệu đo TLVR sau 6 tháng điều trị và 50,9% MSM không có dữ liệu này sau 12 tháng. Lý do của việc số liệu không đầy đủ là các phòng khám gặp khó khăn trong việc triển khai kỹ thuật và mua sắm trang thiết bị sinh phẩm hoá chất. Xét nghiệm này chưa được thực hiện thường quy tại các cơ sở y tế này và phải thực hiện chuyển gửi mẫu bệnh phẩm đến các bệnh viện tuyến trên để thực hiện. Đồng thời, trong và sau dịch Covid-19, tình hình mua sắm trang thiết bị hoá chất sinh phẩm tại các cơ sở y tế công lập gặp rất nhiều khó khăn.

Mặc khác, phần tổng quan tài liệu cũng cho thấy tải lượng vi rút là chỉ số không hoàn hảo để đo lường mức độ tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV. Các thuốc ARV hiện nay đã được phát triển, hiệu quả được 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 [141], [29], [27]. Tuân thủ điều trị kém không lập tức dẫn tới thất bại về vi rút học hay miễn dịch học, nên phương pháp này ít khi có thể phát hiện sự tuân thủ kém của họ tại thời điểm xét nghiệm.

4.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống của MSM

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. Bảng 3.26 cho thấy sau 3 và 6 tháng can thiệp, 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 khoẻ thể chất, sức khoẻ tinh thần, mức độ độc lập, quan hệ xã hội và môi trường sống. Trong khi đó, nhóm chúng 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.

Đồng thời, trong mô hình ảnh hưởng hỗn hợp, chất lượng cuộc sống là yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM ($p=0,001$) (Bảng 3.25). Nhiều yếu tố tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống như sự kỳ thị, phân biệt đối xử, tác dụng phụ không mong muốn của thuốc ARV, mức độ thu nhập của gia đình thấp, và đặc biệt là sự không tuân thủ điều trị ARV [156]. Sự phù hợp tương ứng giữa mức độ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống cũng được tìm thấy các nghiên cứu trước đây [171]. Chất lượng cuộc sống còn được coi là mục tiêu thứ 4 trong các chiến lược kết thúc dịch bệnh HIV/AIDS, đó là nâng cao chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã lồng ghép khéo léo thực hiện gửi các bài truyền thông, thông điệp ngắn về tác dụng phụ của thuốc ARV cũng như các xử lý với các tác dụng phụ của thuốc, nhắn tin, điện thoại để trò chuyện, khích lệ động viên tinh thần, niềm tin yêu cuộc sống. Các can thiệp tăng cường kiến thức và thay đổi hành vi này mang lại cơ hội cho các MSM chia sẻ những khó khăn với người hỗ trợ, giúp giảm bớt sự cô đơn, cảm giác tiêu cực và căng thẳng. Các can thiệp này cũng góp phần cho MSM tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, giảm nguy cơ lây truyền HIV, tăng khả năng đối phó với sự kỳ thị và cải thiện chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu hệ thống về hiệu quả của các can thiệp tăng cường chất lượng cuộc sống [172]. Việc tham gia vào can thiệp có thể cải thiện tỷ lệ duy trì chăm sóc hoặc tuân thủ điều trị ARV của bản thân, giảm các hành vi tình dục rủi ro và tăng

kỹ năng tự tin vào năng lực bản thân, kỹ năng giao tiếp và kỹ năng hoà nhập với xã hội [172].

Ngoài tỷ lệ tuân thủ, chất lượng cuộc sống là mối quan tâm quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị sức khỏe. Mặc dù các nghiên cứu trước đây đã sử dụng các can thiệp trên các thiết bị điện tử, mạng xã hội chủ yếu là để cải thiện tỷ lệ tuân thủ, nhưng chúng không cho thấy sự cải thiện nào về chất lượng cuộc sống [173], [51]. Ví dụ, DMAS [175] cung cấp lời nhắc nhở bằng lời nói về thời gian dùng thuốc nhưng dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, điều này có thể do lời nhắc nhở vi phạm quyền riêng tư của bệnh nhân, theo giải thích của các tác giả. Mặt khác, chất lượng cuộc sống vẫn chưa được đánh giá trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng khác mà sử dụng mạng xã hội được sử dụng làm biện pháp can thiệp [45], trong khi các hoạt động can thiệp trong Zalo trong nghiên cứu của chúng tôi hỗ trợ chất lượng cuộc sống tốt hơn ở MSM đang điều trị ARV. Các thiết bị độc lập cung cấp tính năng nhắc nhở nhưng thiếu khả năng cho phép bệnh nhân giao tiếp với nhân viên y tế, do đó có thể cải thiện tỷ lệ tuân thủ nhưng không thể cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HIV/AIDS [175]. Mặc dù chất lượng cuộc sống không phải là mục tiêu trực tiếp của nghiên cứu này, nhưng dù sao việc cải thiện đáng kể điểm số của chất lượng cuộc sống trên phần lớn tất cả các lĩnh vực về thể chất, tinh thần, độc lập, quan hệ xã hội và môi trường sống cũng là một kết quả rất đáng ghi nhận của nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo rằng bệnh nhân yêu thích các biện pháp can thiệp không chỉ đóng vai trò nhắc nhở mà còn cung cấp nguồn thông tin hữu ích về HIV/AIDS cũng như cho phép họ giao tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe [177]. Mặc dù chất lượng cuộc sống không phải là mục tiêu trực tiếp của nghiên cứu này, nhưng dù sao việc cải thiện đáng kể điểm số của chất lượng cuộc sống trên phần lớn tất cả các lĩnh vực về thể chất, tinh thần, độc lập, quan hệ xã hội và môi trường sống cũng là một kết quả rất đáng ghi nhận của nghiên cứu.

Như vậy, mục đích cuối cùng của tất cả các điều trị các loại bệnh lý nói chung là cải thiện tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần, nâng cao chất lượng

cuộc sống của người nhiễm HIV. Với bệnh lý HIV/AIDS, mặc dù việc điều trị khỏi hẳn tới thời điểm hiện nay là chưa khả thi. Do vậy, ngoài mục tiêu về mặt lâm sàng là đạt được tình trạng ức chế vi rút, việc tăng cường về chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV là tiêu chí rất quan trọng.

4.5. Một số chỉ số quá trình trong hoạt động can thiệp

4.5.1. Các hoạt động can thiệp trên Zalo

Sau khi tuyển chọn đủ số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu ở giai đoạn ban đầu, chúng tôi mới thực hiện các hoạt động can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho nhóm can thiệp. Điều này đảm bảo đối tượng tham gia nghiên cứu đều nhận được các bài truyền thông và các thông điệp theo trình tự lần lượt, “liều” can thiệp được thực hiện thống nhất trên nhóm can thiệp. Mặt khác việc này giúp cho nhân viên y tế triển khai các hoạt động can thiệp rõ ràng, tránh nhầm lẫn việc thực hiện can thiệp cho các đối tượng tham gia ở nhóm chứng.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc thực hiện các can thiệp kép đạt được kết quả tốt hơn so với các can thiệp đơn [95]. Trước đây, nhiều can thiệp đơn được thực hiện và mang lại hiệu quả không cao. Các chương trình tư vấn và giáo dục đã cho thấy không mang lại hoặc chỉ cải thiện tối thiểu tỷ lệ tuân thủ điều trị, trong khi liệu pháp quan sát trực tiếp dường như không mang lại lợi ích gì so với việc tự điều trị. Hơn nữa, liệu pháp quan sát trực tiếp tốn nhiều công sức, tốn kém và có thể bị coi là xâm phạm quyền riêng tư của người bệnh. Các biện pháp khuyến khích bằng tiền đã được chứng minh là mang lại sự củng cố tích cực, nhưng tỷ lệ tuân thủ không được duy trì và quay trở lại mức cơ bản sau khi ngừng can thiệp [95]. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc thực hiện các can thiệp kép đạt được kết quả tốt hơn so với các can thiệp đơn [95]. Trước đây, nhiều can thiệp đơn được thực hiện và mang lại hiệu quả không cao. Các chương trình tư vấn và giáo dục đã cho thấy không mang lại hoặc chỉ cải thiện tối thiểu tỷ lệ tuân thủ điều trị, trong khi liệu pháp quan sát trực tiếp dường như không mang lại lợi ích gì so với việc tự điều trị. Hơn nữa, liệu pháp quan sát trực tiếp tốn nhiều công sức, tốn kém và có thể bị coi là xâm phạm quyền riêng tư của người bệnh. Các biện pháp khuyến khích bằng tiền đã

được chứng minh là mang lại sự củng cố tích cực, nhưng tỷ lệ tuân thủ không được duy trì và quay trở lại mức cơ bản sau khi ngừng can thiệp [95]. Nghiên cứu đánh giá có hệ thống này đã kết luận rằng việc sử dụng thiết bị điện tử như máy nhắn tin, hệ thống hỗ trợ quản lý ca bệnh, nhắc thuốc điện tử, và báo thức có thể giúp cải thiện việc tuân thủ điều trị ARV. Tuy nhiên, những thiết bị này có những nhược điểm, bao gồm sự bất tiện, chi phí cao và sự không hài lòng của người nhiễm HIV do lo ngại về quyền riêng tư. Với việc sử dụng các công cụ hỗ trợ tuân thủ điều trị trên thiết bị điện tử và tin nhắn, việc kết hợp các biện pháp can thiệp này với các ứng dụng trên thiết bị di động được tối ưu hóa có thể mang lại hiệu quả cao ở những nơi có thể tiếp cận công nghệ này, không chỉ ở khu vực thành thị mà có thể mở rộng trên khu vực nông thôn. Tuy nhiên, các thiết bị này chỉ đóng vai trò như một lời nhắc nhở và không giải quyết các rào cản tuân thủ tiềm ẩn, chẳng hạn như việc quản lý các tác dụng phụ, cung cấp dịch vụ hỗ trợ xã hội và cho phép thảo luận về các vấn đề sức khỏe của họ. Những người đang điều trị ARV yêu thích các biện pháp can thiệp không chỉ đóng vai trò nhắc nhở mà còn cung cấp nguồn thông tin hữu ích về HIV/AIDS cũng như cho phép họ giao tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu chỉ cung cấp tính năng nhắc nhở uống thuốc nhưng thiếu khả năng cho phép người đang điều trị giao tiếp với nhân viên y tế có thể cải thiện tỷ lệ tuân thủ nhưng không thể cải thiện chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS [95].

Dựa trên các kết quả của nghiên cứu trước đây, chúng tôi đã kết hợp nhiều hoạt động can thiệp trên Zalo và kết quả của các hoạt động can thiệp này đã mang lại lợi ích đáng kể. Trước hết, chúng tôi gửi thông điệp ngắn và bài truyền thông với tần suất 2 tuần một lần trong suốt 6 tháng tới nhóm can thiệp. Hiện nay, người bệnh đã có rất nhiều kênh để tiếp cận và tìm kiếm các thông tin về sức khỏe, đặc biệt là các kênh thông tin qua Internet. Tuy nhiên, nguồn thông tin này chưa được kiểm soát tốt, người nhiễm HIV đang bị loạn thông tin, loạn quảng cáo, tiếp thị, không biết thông tin nào là thật là giả. Do vậy, một trong các nhiệm vụ của các can thiệp thay đổi hành vi mà chúng tôi mong muốn là giúp người đọc tiếp cận được các kênh

thông tin đáng tin cậy và sử dụng chúng một cách có hiệu quả nhằm tự nâng cao năng lực và sức khỏe và tự thay đổi hành vi. Đồng thời, chúng tôi sử dụng là thực hiện cuộc gọi điện thoại với thời lượng khoảng 3 phút trên Zalo tới MSM ở nhóm can thiệp tại tháng thứ 2 và tháng thứ 4 của nghiên cứu. So sánh với kết quả nghiên cứu các biện pháp tăng cường tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve KanTERS, nghiên cứu này phù hợp với nhận định của tác giả và một lần nữa khẳng định về tính hiệu quả của hoạt động can thiệp kết hợp giữa người hỗ trợ cho bệnh nhân và thực hiện cuộc gọi điện thoại [178]. Mô hình can thiệp này được tác giả Steve KanTERS cho là có hiệu quả cao (OR=6,59; KTC 95%: 2,96 - 16,06) so với chăm sóc và điều trị chuẩn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với những kết luận của nghiên cứu hệ thống đánh giá hiệu quả các can thiệp tuân thủ điều trị ARV ở các quốc gia thu nhập thấp [95].

Hoạt động gửi bài truyền thông và thông điệp ngắn được gửi tới nhóm can thiệp hàng tuần. Tần suất này khá phù hợp và được đối tượng tham gia nghiên cứu chấp nhận. Nghiên cứu trước đây cho rằng gửi tin nhắn/bài truyền thông với tần suất hàng tuần đã được chứng minh là hiệu quả tốt hơn trong việc giảm tình trạng không tuân thủ so với gửi các tin nhắn hàng ngày [93]. Nếu tần suất gửi hàng ngày có thể người bệnh cảm thấy bị làm phiền, hoặc nhầm chán với các thông tin mà nghiên cứu cung cấp. Mặt khác việc thực hiện cuộc gọi điện thoại với tần suất sau 2 tháng và 4 tháng kể từ thời điểm MSM tham gia nghiên cứu cũng mang lại hiệu quả cao. Qua các cuộc trao đổi với nhân viên y tế, MSM cảm thấy mình được quan tâm và dễ dàng chia sẻ những khó khăn mà họ gặp phải trong quá trình tuân thủ điều trị, duy trì sự tham gia nghiên cứu, đồng thời được nhân viên y tế hỗ trợ và theo dõi kịp thời để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, nếu mọi người sử dụng thuốc theo đúng chỉ định, người bệnh sẽ nhận được tác động tích cực đến sức khỏe lớn hơn bất kỳ tiến bộ nào trong điều trị, và có thể tiết kiệm được khoảng 8% tổng chi phí y tế toàn cầu [179]. Nhiều chuyên gia khoa học hành vi đồng tình rằng việc yêu cầu, thuyết giảng, đe dọa đều không hiệu quả để cải thiện hành vi bệnh nhân [179]. Chìa khóa để xây dựng thói quen tuân thủ điều trị chính là thay đổi phương thức giao tiếp để

bác sĩ và bệnh nhân hiểu nhau hơn. Do đó, các hoạt động can thiệp tăng cường tuân thủ được thực hiện bởi nhân viên y tế trên Zalo là các phương pháp tiếp cận thân thiện, tăng cường mối liên kết giữa nhân viên y tế và người bệnh, giảm chi phí và nguồn lực, sử dụng công cụ giao tiếp sẵn có để giúp người bệnh tuân thủ tốt hơn. Cách tiếp cận độc đáo của nghiên cứu này là sự kết hợp các hoạt động truyền thông nhằm thay đổi nhận thức, hành vi của bệnh nhân trên nền tảng công nghệ, từng bước giúp người bệnh có cuộc sống khỏe mạnh hơn.

4.5.2. Chủ đề bài truyền thông được đối tượng tham gia nghiên cứu quan tâm

Qua 6 tháng, chủ đề bài truyền thông được đối tượng tham gia nghiên cứu quan tâm nhiều nhất là nội dung tuân thủ điều trị, kỹ năng tuân thủ điều trị và các tư vấn tâm lý, sức khỏe tinh thần, động viên, khích lệ. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với việc phân tích các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của MSM. Trong năm điều trị ARV đầu tiên, nhóm MSM thường gặp nhiều các rối loạn tâm thần như lo âu và trầm cảm. Do vậy, họ luôn đánh giá cao các bài truyền thông và tuân thủ điều trị và các kỹ năng tuân thủ điều trị; khích lệ tinh thần để tuân thủ điều trị tốt. Như vậy, can thiệp tư vấn rối loạn tinh thần cần lồng ghép trong quá trình can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV cho MSM nhiễm HIV.

4.6. Đánh giá về tính phù hợp và khả năng duy trì của hoạt động can thiệp thực hiện trong nghiên cứu

Các nhân viên y tế của phòng khám nghiên cứu đều cho rằng giải pháp can thiệp trên Zalo là phù hợp để giảm thiểu các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, đồng thời làm tăng cường mức độ tuân thủ điều trị cho đối tượng tham gia tại địa bàn nghiên cứu. Đối với việc thực hiện can thiệp trên các phương tiện truyền thông mạng xã hội thì vấn đề bảo mật thông tin cho người sử dụng (nhân viên y tế và bệnh nhân) là vấn đề ưu tiên hàng đầu. Các tài khoản của đối tượng tham gia nghiên cứu đều được mã hoá tên trên Zalo. Tên của đối tượng tham gia được mã hoá theo quy tắc “mã của phòng khám-số thứ tự”. Mã của phòng khám thuộc trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm là A, mã của phòng khám thuộc trung tâm Y tế quận Hoàng Mai là B và mã của phòng khám thuộc Bệnh viện Đại học Y là C. Ví dụ đối tượng tham gia thuộc nhóm can thiệp tại phòng khám Nam Từ Liêm được đánh số là A001. Chính

vì vậy các cuộc trao đổi trên Zalo giữa nhân viên y tế và đối tượng tham gia hoàn toàn không tiết lộ các thông tin cá nhân của người tham gia. Hơn thế nữa, Zalo là công cụ được bảo mật nhiều lớp. Người sử dụng Zalo có thể đặt mật khẩu cho điện thoại, mật khẩu cho nội dung của mỗi cuộc nói chuyện. Do vậy việc bảo mật thông tin của người sử dụng Zalo hoàn toàn được đảm bảo.

Mặc dù nghiên cứu không đánh giá hiệu quả của từng biện pháp can thiệp riêng lẻ làm tăng cường mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh, tuy nhiên các bài truyền thông và thông điệp ngắn nhận được phản hồi tích cực của đối tượng tham gia ở nhóm can thiệp. Đặc biệt, các thông điệp về sự động viên, khích lệ tinh thần nhận được nhiều lượt thả tim, thả like. Người bệnh thường xuyên nhắn tin cảm ơn, tin tưởng chia sẻ tâm sự với nhân viên y tế, họ như được tiếp thêm động lực trong quá trình điều trị.

Về nội dung, độ dài của nội dung bài truyền thông, thông điệp cũng đáng lưu ý. Nội dung của bài truyền thông thường dài hơn so với nội dung của các thông điệp. Có thể gửi bài truyền thông dài làm cho người nhận ngại đọc. Tuy nhiên, cần kết hợp việc gửi bài truyền thông và gửi thông điệp để tạo sự linh hoạt khi tiếp cận các đối tượng khách hàng khác nhau. Bài truyền thông có nhiều thông tin hơn, người bệnh cũng cần được trang bị các kiến thức cơ bản nhưng cũng phải chi tiết, đảm bảo cho họ tiếp cận các thông tin đúng và đầy đủ.

Trong quá trình thực hiện can thiệp, các bác sỹ của cả 3 phòng khám đều cho rằng biện pháp gọi điện thoại cho người bệnh là biện pháp hiệu quả nhất, đặc biệt thời gian thực hiện cuộc gọi điện thoại vào lúc 22 giờ là hoàn toàn hợp lý. Thời điểm này là thời điểm ngoài giờ làm việc của người bệnh, họ không sợ bị rò rỉ thông tin trong khi nói chuyện cho đồng nghiệp, bạn bè hoặc gia đình. Đồng thời, nhờ các cuộc gọi điện thoại đó giúp cho họ có thêm động lực, sự quan tâm, chia sẻ, động viên cũng như nhắc nhở thêm việc tuân thủ điều trị tuyệt đối cho người bệnh. Tuy nhiên, để đảm bảo việc duy trì và mở rộng các hoạt động can thiệp này phải xem xét đến tính quy mô của phòng khám. Nếu phòng khám có số lượng bệnh nhân vừa đủ, thì các nhân viên y tế mới có thời gian để chăm sóc chu đáo cho từng bệnh nhân và

thực hiện các hoạt động can thiệp ngoài giờ hành chính. Việc gửi các thông tin cho bệnh nhân và gọi điện thoại vào buổi tối giúp cho họ dễ dàng chia sẻ hơn. Tuy nhiên, hoạt động này thường được các nhân viên y tế thực hiện vào ca trực buổi tối. Việc cân nhắc các hoạt động can thiệp ngoài giờ hành chính cũng cần phải xem xét đến khối lượng công việc của nhân viên y tế, sắp xếp hợp lý để tránh gây quá tải cho họ.

Các can thiệp thực hiện trên Zalo hoàn toàn phù hợp với người trẻ tuổi và quan tâm đến sức khỏe của bản thân nhưng một số đối tượng nghiên cứu là người dân tộc thiểu số, hoặc những người là “dân chơi”, “anh chị” trong xã hội thì không phù hợp. Họ thường phớt lờ những tin nhắn hay cuộc gọi điện thoại của nhân viên y tế.

Các nhân viên y tế cũng cho rằng phương tiện truyền thông mạng xã hội Zalo là công cụ giúp cho các hoạt động can thiệp được thực hiện nhanh chóng, thuận lợi, không mất chi phí phát sinh, nhưng cũng không thể thay thế được các phần mềm quản lý bệnh nhân như phần mềm quản lý bệnh nhân HMED, phần mềm quản lý bệnh nhân của bệnh viện HIS mà các phòng khám đang áp dụng. Do vậy cũng cần cân nhắc việc tích hợp, liên kết Zalo vào các phần mềm quản lý người bệnh tại các phòng khám.

4.7. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có các đối tượng tham gia phần lớn là các MSM trẻ tuổi, sống ở thành phố, có thể họ có trình độ học vấn cũng như dễ chấp nhận các can thiệp trên các nền tảng mạng xã hội. Đo lường mức độ tuân thủ điều trị chủ yếu được thực hiện do việc phỏng vấn và tự báo cáo của MSM. Do hạn chế về kinh phí, việc xét nghiệm tải lượng vi rút vào các mốc thời điểm nghiên cứu chưa được thực hiện. Đồng thời, do tình hình bùng dịch COVID-19, các cơ sở điều trị gặp nhiều khó khăn trong việc mua sắm hoá chất nên các xét nghiệm tải lượng vi rút không được làm định kỳ. Do vậy, không thu thập số liệu này đầy đủ trên hồ sơ bệnh án tại các cơ sở điều trị. Việc đo lường tuân thủ điều trị được thực hiện chủ yếu trên bộ câu hỏi phỏng vấn. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trên các bộ câu hỏi lặp lại

nên người trả lời có xu hướng sửa đổi hành vi, muốn hài lòng người phỏng vấn. Bên cạnh đó, việc đánh giá sau can thiệp được thực hiện ngay sau khi kết thúc can thiệp, do vậy các kết quả của can thiệp trong nghiên cứu này là kết quả ngay trước mắt và chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài của can thiệp. Cần có các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng dài hạn để xác định liệu các thay đổi tích cực có được duy trì qua thời gian hay không.

Các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị dựa trên các tính năng sẵn có của Zalo dành riêng cho người sử dụng, không có tính năng dành cho nhà cung cấp quản lý app. Do vậy, một số chỉ số quá trình nhằm đo lường các hoạt động can thiệp như: số lượng tin nhắn được gửi, số lượng bài truyền thông/thông điệp được gửi, số lần tương tác của khách hàng với nhân viên y tế, số cuộc gọi điện thoại, và thời gian của các cuộc điện thoại không thể đo lường trực tiếp trên ứng dụng. Thay vì đó, các chỉ số quá trình trên do nhân viên y tế thống kê trong nhật ký theo dõi của nghiên cứu cũng như qua các phiếu phỏng vấn nhân viên y tế.

Các can thiệp chủ yếu các biện pháp can thiệp hành vi. Các can thiệp này có vai trò quan trọng trong việc cải thiện sinh hoạt của các cá nhân, tác động tới thái độ, niềm tin và thực hành tuân thủ điều trị ARV của MSM. Tuy nhiên, loại hình can thiệp này bị hạn chế về khả năng tạo ra sự thay đổi lớn ở cấp độ cộng đồng, chỉ có can thiệp về cấu trúc (cơ sở vật chất và cơ sở hạ tầng), xã hội (phân biệt chủng tộc, phân biệt giới tính, kỳ thị người đồng tính, kỳ thị song tính) mới có thể giải quyết được. Hơn nữa, cần thực hiện can thiệp trong thời gian lâu dài hơn vì các cá nhân có thể điều chỉnh hành vi tạm thời, ngắn hạn khi có tác động của can thiệp. Tuy nhiên, không thể phủ nhận được tính hữu ích của các nền tảng truyền thông mạng xã hội Zalo - nguồn lực đáng kể để mang lại các can thiệp về hành vi trên quy mô lớn.

Một hạn chế khác nữa của nghiên cứu can thiệp là không phân tách được hiệu quả của từng hoạt động can thiệp tới thay đổi các kết quả đầu ra. Đây cũng là hạn chế thường gặp trong các nghiên cứu áp dụng hình thức can thiệp kết hợp. Tuy nhiên, với cách tiếp cận kết hợp nhiều can thiệp nhằm giải quyết các cấp độ rào cản trong quá trình chăm sóc và điều trị ngày càng được sử dụng phổ biến sẽ mang lại hiệu quả cao hơn so với các can thiệp đơn lẻ.

Nghiên cứu đã cho thấy các hoạt động can thiệp trên Zalo có hiệu quả tăng cường mức độ tuân thủ điều trị cho nhóm MSM. Tuy nhiên, không loại trừ các biện pháp can thiệp khác (ngoài Zalo) mà nhóm chứng và nhóm can thiệp có thể nhận được trong quá trình nghiên cứu. Tuy nhiên, việc phân bổ MSM vào hai nhóm là ngẫu nhiên, do vậy các yếu tố nhiễu có thể tác động cân bằng, như nhau tới hai nhóm.

4.8. Điểm mới về khoa học, giá trị thực tiễn và bài học kinh nghiệm

4.8.1. Điểm mới về khoa học, giá trị thực tiễn

Việc can thiệp bằng các phương tiện truyền thông mạng xã hội là một cách tiếp cận mới, có thể kết hợp nhiều biện pháp can thiệp và có khả năng triển khai trên quy mô rộng, đồng thời tiếp cận đến từng cá nhân sử dụng. Đến thời điểm hiện tại ở Việt Nam, bằng sự hiểu biết của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào sử dụng mạng xã hội làm phương tiện để thực hiện các can thiệp về tuân thủ điều trị ARV trên nhóm MSM.

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 tự báo cáo 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 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.

4.8.2. Bài học kinh nghiệm rút ra từ quá trình nghiên cứu

Qua thời gian nghiên cứu, chúng tôi có một số bài học kinh nghiệm như sau:

Việc đo lường thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM có vai trò quan trọng, cung cấp những cơ sở khoa học, dữ liệu dựa trên bằng chứng trong việc

hoạch định các chính sách y tế công cộng cũng như đưa ra các giải pháp can thiệp kịp thời. Kết quả đánh giá bằng công cụ đa chiều tại thời điểm trước can thiệp cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị tối ưu trên thang đánh giá này vẫn còn ở mức thấp (45,28%). Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng khi so sánh tỷ lệ này với kết quả của các nghiên cứu khác. Các nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên quần thể bệnh nhân khác nhau, sử dụng bộ công cụ khác nhau có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến ước tính tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV khác nhau trong nghiên cứu.

Dựa trên kinh nghiệm của nghiên cứu, các phòng khám cần thiết phải xây dựng quy trình và biểu mẫu để theo dõi, đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV của người bệnh. Tại thời điểm nghiên cứu, các cơ sở điều trị bằng thuốc kháng HIV trong nghiên cứu này, việc theo dõi mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh thường do các bác sĩ, điều dưỡng ghi chú thêm vào hồ sơ bệnh án của bệnh nhân mà chưa áp dụng biểu mẫu được thiết kế khoa học, cũng như công thức để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị. Bên cạnh đó, các phòng khám cần thực hiện đánh giá lo âu và trầm cảm để có thể sàng lọc, phát hiện các trường hợp tuân thủ điều trị kém để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Việc phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị đóng vai trò rất quan trọng cho sự thành công của hoạt động xây dựng các can thiệp. Chất lượng cuộc sống luôn là chỉ số cần quan tâm song song với chỉ số tuân thủ điều trị, nó vừa là yếu tố nguy cơ, vừa là yếu tố kết quả của tuân thủ điều trị, hai chỉ số này luôn tương tác với nhau.

Sử dụng nền tảng truyền thông xã hội sẵn có Zalo là một cách tiếp cận sáng tạo cho sự thành công của can thiệp. Việc phát triển một ứng dụng độc đáo và phát triển trên thị trường sẽ đòi hỏi thời gian và tiền bạc đáng kể, và có thể không đạt được sự chấp nhận và sử dụng rộng rãi. Do vậy, không có gì phải bàn cãi khi công chúng sử dụng phổ biến các ứng dụng này, các tính năng cực kỳ hấp dẫn và quen thuộc với người sử dụng. Tuy việc tận dụng các nền tảng đã được thiết lập nhưng nội dung trong các biện pháp can thiệp đều cần có sự hỗ trợ của các nhân viên y tế đáng kể. Việc vận dụng kết hợp các can thiệp phải dựa trên nguồn lực của địa phương, ưu tiên các nguồn lực có sẵn để tiết kiệm chi phí. Để tăng hiệu quả tuân thủ điều trị cần sử dụng các can thiệp kép. Các can thiệp trên phương tiện truyền thông mạng xã hội

sẵn có như vậy có thể được nhân rộng trong các chương trình, trên nhiều địa bàn và trong các nghiên cứu khác nhau.

Tính ẩn danh và quyền riêng tư cũng là những đặc điểm đáng lưu ý khi thực hiện nghiên cứu. MSM là một nhóm dân số chịu nhiều tác động của kỳ thị nên các biện pháp để bảo vệ quyền riêng tư, an ninh và an toàn thông tin là quan trọng nhất. Các can thiệp trên Zalo cung cấp can thiệp thuận tiện cho người dùng về thời gian và địa điểm và có thể đạt được tính bảo mật cao. Người sử dụng có thể tạo nhiều lớp bảo mật cho các cuộc trao đổi nội dung quan trọng trên Zalo. Các can thiệp riêng cho từng cá nhân được nhóm MSM chấp nhận cao. Tuy nhiên, cũng vì đảm bảo các yếu tố bảo mật thông tin của MSM nên việc thực hiện can thiệp theo nhóm không được thực hiện trong nghiên cứu này.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của MSM nhiễm HIV

Nghiên cứu cho thấy 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 nhẹ 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 = 2,70, KTC 95% : 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, KTC 95% : 0,74 - 0,99).

2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV

- Sau khoảng thời gian thực hiện can thiệp, 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 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).

- Tổng điểm chất lượng cuộc sống của tất cả 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 (p-trend value < 0,001). Tuy nhiên, 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, nhóm can thiệp cho thấy 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.

- 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 (OR hiệu chỉnh = 0,19, KTC 95% : 0,07-0,46). 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. Hay nói cách khác chất lượng cuộc sống tăng là các yếu tố có tác động tích cực đến việc tuân thủ điều trị tốt.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả của nghiên cứu trong thời gian 2022-2023 và kết quả đạt được trong quá trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị về nội dung nghiên cứu và chương trình can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV cho nhóm MSM nhiễm HIV như sau:

1. 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.

- Mặc dù các hoạt động can thiệp trên nền tảng Zalo đã mang lại hiệu quả đáng kể trong việc cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở mức cao của nhóm can thiệp tăng 24,9 % từ giai đoạn trước can thiệp (42,1%) đến giai đoạn sau can thiệp (67,0%). Để mang lại hiệu quả cao hơn trong việc cải thiện tuân thủ điều trị, 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 ảnh hưởng đến với việc tuân thủ điều trị ARV ở MSM.

2. 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 (kiến thức, kỹ năng, hành vi, sức khỏe tinh thần, chất lượng cuộc sống), 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.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT:

1. Bộ Y tế (2015), Công văn số 9293/BYT-AIDS về việc *Kiến toàn cơ sở điều trị và thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS*, chủ biên.
2. Bộ Y tế (2021), *Quyết định 5968/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*, truy cập ngày, tại trang web <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-5968-QĐ-BYT-2021-huong-dan-Dieu-tri-HIV-AIDS-499380.aspx>.
3. Bộ Y tế (2022), Quyết định 247/QĐ-AIDS ban hành “*Hướng dẫn tạm thời về triển khai đáp ứng y tế công cộng với chùm lây nhiễm HIV*”, chủ biên, Cục Phòng Chống HIV/AIDS.
4. Bộ Y tế (2019), Quyết định 5456/QĐ-BYT ban hành “*Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*”, chủ biên.
5. Cổng thông tin điện tử chính phủ - Tiếng chuông - Trang tin điện tử của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS, ma túy, mại dâm (2023), *Số phát hiện mới nhiễm HIV tại Hà Nội tăng so với cùng kỳ*, truy cập ngày, tại trang web <https://tiengchuong.chinhphu.vn/so-phat-hien-moi-nhiem-hiv-tai-ha-noi-tang-so-voi-cung-ky-113231127151832024.htm>.
6. Cổng thông tin điện tử chính phủ -Tiếng Chuông - Trang tin điện tử của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS, ma túy, mại dâm (2024), *Sẽ mở rộng điều trị ARV cho 185.000 người nhiễm HIV*, chủ biên, tr. <https://tiengchuong.chinhphu.vn/se-mo-rong-dieu-tri-arv-cho-185000-nguoi-nhiem-hiv-113240222140345948.htm>.
7. Lê Tấn Đạt, Phạm Thị Vân Phương (2022), “*Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm HIV tại khoa tham vấn và hỗ trợ cộng đồng, quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021*”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 26(2), tr. 220 - 226.
8. Đào Đức Giang, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Dương (2017), “*Thực trạng tuân thủ điều trị kháng Retrovirus tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội và một số yếu tố liên quan*”, *Tạp chí Y học dự phòng*. XXVII (9), tr. 9-11.

9. Phan Thị Thu Hương (2017), "Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS đang được điều trị tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương, năm 2016", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 27(3).
10. Nguyễn Thị Liễu (2016), *Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp thẻ bảo hiểm y tế tại trung tâm Y tế Quận Thanh Xuân, Hà Nội*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
11. Nguyễn Kim Ngọc (2019), *Tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS và một số yếu tố ảnh hưởng tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2019* ", Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
12. Quốc Hội Việt Nam (2014), Luật số 46/2014/QH13. sửa đổi bổ sung một số điều của luật bảo hiểm y tế, chủ biên.
13. Nguyễn Ngọc Quý (2018), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS tại trung tâm Y tế Trấn Yên -Yên Bái*, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội.
14. Sở Y tế Hà Nội (2021), *Hà Nội: Đường lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục tiếp tục gia tăng*, truy cập ngày, tại trang web https://soyte.hanoi.gov.vn/chuong-trinh-y-te/-/asset_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/ha-noi-uong-lay-nhiem-hiv-qua-quan-he-tinh-duc-tiep-tuc-gia-tang?_101_INSTANCE_4IVkx5Jltnbg_viewMode=view.
15. Đoàn Thu Trà, Đỗ Duy Cường (2023), "Tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân MSM điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm bệnh Nhiệt đới, bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 525(1B), tr. 185-189.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH:

16. Wang, H., et al. (2022), "Drug-drug interactions of Integrase Strand Transfer Inhibitors among older people living with HIV: Interazioni farmacologiche degli inibitori delle integrase tra le persone anziane che vivono con HIV", *J HIV Ageing*. 7(2), pp. 29-36.

17. Faria, N. R., et al. (2014), "HIV epidemiology. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations", *Science*. 346(6205), pp. 56-61.
18. Xiao, L., et al. (2020), "The prevalence of depression in men who have sex with men (MSM) living with HIV: A meta-analysis of comparative and epidemiological studies", *Gen Hosp Psychiatry*. 66, pp. 112-119.
19. Remien, R. H., et al. (2013), "Masivukeni: development of a multimedia based antiretroviral therapy adherence intervention for counselors and patients in South Africa", *AIDS Behav*. 17(6), pp. 1979-91.
20. Ha, H., et al. (2015), "Homosexuality-related stigma and sexual risk behaviors among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam", *Arch Sex Behav*. 44(2), pp. 349-56.
21. Bezabhe, W. M., et al. (2016), "Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis", *Medicine (Baltimore)*. 95(15), p. e3361.
22. Muessig, K. E., et al. (2017), "Recent mobile health interventions to support medication adherence among HIV-positive MSM", *Curr Opin HIV AIDS*. 12(5), pp. 432-441.
23. Nanni, M. G., et al. (2015), "Depression in HIV infected patients: a review", *Curr Psychiatry Rep*. 17(1), p. 530.
24. Yildirim, C., et al. (2019), "The Role of Pharmacy Refill Measures in Assessing Adherence and Predicting HIV Disease Markers in Youth with Perinatally-Acquired HIV (PHIV)", *AIDS Behav*. 23(8), pp. 2109-2120.
25. Okatch, H., et al. (2016), "Brief Report: Apparent Antiretroviral Overadherence by Pill Count is Associated With HIV Treatment Failure in Adolescents", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 72(5), pp. 542-545.
26. Risher, K. A., et al. (2017), "Challenges in the Evaluation of Interventions to Improve Engagement Along the HIV Care Continuum in the United States: A Systematic Review", *AIDS Behav*. 21(7), pp. 2101-2123.
27. Viswanathan, S., et al. (2015), "Level of adherence and HIV RNA suppression in the current era of highly active antiretroviral therapy (HAART)", *AIDS Behav*. 19(4), pp. 601-11.

28. Beer, L. and Skarbinski, J. (2014), "Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults in the United States", *AIDS Educ Prev.* 26(6), pp. 521-37.
29. Byrd, K. K., et al. (2019), "Antiretroviral Adherence Level Necessary for HIV Viral Suppression Using Real-World Data", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 82(3), pp. 245-251.
30. Muessig, K. E., et al. (2015), "A systematic review of recent smartphone, Internet and Web 2.0 interventions to address the HIV continuum of care", *Curr HIV/AIDS Rep.* 12(1), pp. 173-90.
31. Schnall, R., et al. (2014), "eHealth interventions for HIV prevention in high-risk men who have sex with men: a systematic review", *J Med Internet Res.* 16(5), p. e134.
32. Goldsamt, L. A., et al. (2015), "Prevalence and Behavioral Correlates of Depression and Anxiety Among Male Sex Workers in Vietnam", *Int J Sex Health.* 27(2), pp. 145-155.
33. Nguyen, L. H., et al. (2019), "A Systematic Review of eHealth Interventions Addressing HIV/STI Prevention Among Men Who Have Sex With Men", *AIDS Behav.* 23(9), pp. 2253-2272.
34. Purnomo, J., et al. (2018), "Using eHealth to engage and retain priority populations in the HIV treatment and care cascade in the Asia-Pacific region: a systematic review of literature", *BMC Infect Dis.* 18(1), p. 82.
35. Tran, B. X. (2012), "Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam", *PLoS One.* 7(7), p. e41062.
36. Alexander, D. S., et al. (2017), "Examining whether the information-motivation-behavioral skills model predicts medication adherence for patients with a rare disease", *Patient Prefer Adherence.* 11, pp. 75-83.
37. Crane, H. M., et al. (2017), "A Comparison of Adherence Timeframes Using Missed Dose Items and Their Associations with Viral Load in Routine Clinical Care: Is Longer Better?", *AIDS Behav.* 21(2), pp. 470-480.
38. Gaifer, Z. and Boulassel, M. R. (2019), "Comparative Analysis of two Methods of Measuring Antiretroviral Therapy Adherence in HIV-Infected Omani Patients", *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 18, p. 2325958219867316.
39. Reisner, S. L., et al. (2020), "Gender Non-affirmation from Cisgender Male Partners: Development and Validation of a Brief Stigma Scale for HIV

- Research with Transgender Men Who Have Sex with Men (Trans MSM)", *AIDS Behav.* 24(1), pp. 331-343.
40. Wei, C., et al. (2014), "Virtual versus physical spaces: which facilitates greater HIV risk taking among men who have sex with men in East and South-East Asia?", *AIDS Behav.* 18(8), pp. 1428-35.
 41. Chasimpha, S. J. D., et al. (2020), "Assessing the validity of and factors that influence accurate self-reporting of HIV status after testing: a population-based study", *Aids.* 34(6), pp. 931-941.
 42. Byansi, W., et al. (2023), "The relationship between life satisfaction, personal health, quality of life, and medication adherence among adolescents living with HIV in southwestern Uganda", *Z Gesundh Wiss.* 31(7), pp. 1177-1184.
 43. Vu, N. T. T., et al. (2017), "Amphetamine-Type-Stimulants (ATS) Use and Homosexuality-Related Enacted Stigma Are Associated With Depression Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Two Major Cities in Vietnam in 2014", *Subst Use Misuse.* 52(11), pp. 1411-1419.
 44. Liao, L. L., et al. (2023), "Poor Quality of Life in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men is Associated with Excess-Type Constitution of Traditional Chinese Medicine", *Evid Based Complement Alternat Med.* 2023, p. 9445111.
 45. Cao, B., et al. (2017), "Social Media Interventions to Promote HIV Testing, Linkage, Adherence, and Retention: Systematic Review and Meta-Analysis", *J Med Internet Res.* 19(11), p. e394.
 46. Shaw, S. and Amico, K. R. (2016), "Antiretroviral Therapy Adherence Enhancing Interventions for Adolescents and Young Adults 13-24 Years of Age: A Review of the Evidence Base", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 72(4), pp. 387-99.
 47. Quinn, K., et al. (2017), "Multiple Dimensions of Stigma and Health Related Factors Among Young Black Men Who Have Sex with Men", *AIDS Behav.* 21(1), pp. 207-216.
 48. Hightow-Weidman, L. B., et al. (2015), "Youth, Technology, and HIV: Recent Advances and Future Directions", *Curr HIV/AIDS Rep.* 12(4), pp. 500-15.

49. Horvath, K. J., et al. (2016), "Creating Effective Mobile Phone Apps to Optimize Antiretroviral Therapy Adherence: Perspectives From Stimulant-Using HIV-Positive Men Who Have Sex With Men", *JMIR Mhealth Uhealth*. 4(2), p. e48.
50. Garrett, R., Smith, J., and Young, S. D. (2016), "A Review of Social Media Technologies Across the Global HIV Care Continuum", *Curr Opin Psychol*. 9, pp. 56-66.
51. Biello, K. B., et al. (2019), "Development of a Social Network-Based Intervention to Overcome Multilevel Barriers to ART Adherence Among Adolescents in Brazil", *AIDS Educ Prev*. 31(2), pp. 111-126.
52. Tanner, A. E., et al. (2018), "Preliminary Impact of the weCare Social Media Intervention to Support Health for Young Men Who Have Sex with Men and Transgender Women with HIV", *AIDS Patient Care STDS*. 32(11), pp. 450-458.
53. Tanner, A. E., et al. (2016), "weCARE: A Social Media-Based Intervention Designed to Increase HIV Care Linkage, Retention, and Health Outcomes for Racially and Ethnically Diverse Young MSM", *AIDS Educ Prev*. 28(3), pp. 216-30.
54. Senn, T. E., et al. (2017), "Development and Preliminary Pilot Testing of a Peer Support Text Messaging Intervention for HIV-Infected Black Men Who Have Sex With Men", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 74 Suppl 2(Suppl 2), pp. S121-s127.
55. Beichler, H., et al. (2022), "Involvement, Perception, and Understanding as Determinants for Patient-Physician Relationship and Their Association with Adherence: A Questionnaire Survey among People Living with HIV and Antiretroviral Therapy in Austria", *Int J Environ Res Public Health*. 19(16).
56. Altice, F., et al. (2019), "Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis", *Patient Prefer Adherence*. 13, pp. 475-490.
57. Li, H., et al. (2017), "The Role of ARV Associated Adverse Drug Reactions in Influencing Adherence Among HIV-Infected Individuals: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis", *AIDS Behav*. 21(2), pp. 341-351.
58. Achappa, B., et al. (2013), "Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living with HIV", *N Am J Med Sci*. 5(3), pp. 220-3.

59. Mayer, J. E. and Fontelo, P. (2017), "Meta-analysis on the effect of text message reminders for HIV-related compliance", *AIDS Care*. 29(4), pp. 409-417.
60. Twahirwa Rwema, J. O., et al. (2020), "HIV infection and engagement in HIV care cascade among men who have sex with men and transgender women in Kigali, Rwanda: a cross-sectional study", *J Int AIDS Soc*. 23 Suppl 6(Suppl 6), p. e25604.
61. Kushwaha, S., et al. (2017), ""But the moment they find out that you are MSM...": a qualitative investigation of HIV prevention experiences among men who have sex with men (MSM) in Ghana's health care system", *BMC Public Health*. 17(1), p. 770.
62. Herbst, Jeffrey H., et al. (2018), "Effects of Brief Messages About Antiretroviral Therapy and Condom Use Benefits Among Black and Latino MSM in Three U.S. Cities", *Journal of Homosexuality*. 65(2), pp. 154-166.
63. Uthman, Olalekan A., et al. (2014), "Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis", *Current HIV/AIDS reports*. 11(3), pp. 291-307.
64. Feinstein, Alvan R. (1990), "On White-Coat Effects and the Electronic Monitoring of Compliance", *Archives of Internal Medicine*. 150(7), pp. 1377-1378.
65. Brown, Monique J., Harrison, Sayward E., and Li, Xiaoming (2019), "Gender Disparities in Traumatic Life Experiences and Antiretroviral Therapy Adherence among People Living with HIV in South Carolina", *AIDS and behavior*. 23(11), pp. 2904-2915.
66. Quinn, Katherine, et al. (2016), "Psychological distress, drug use, sexual risks and medication adherence among young HIV-positive Black men who have sex with men: exposure to community violence matters", *AIDS care*. 28(7), pp. 866-872.
67. Yang, Jiezhe (2019), "Adherence to Antiretroviral Therapy and Risk Factors Among MSM Patients in Hangzhou, China: A Cohort Study", *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 20(3).

68. Heestermaans, Tessa, et al. (2016), "Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review", *BMJ Global Health*. 1(4).
69. Bazrafshani, Azam, et al. (2022), "The role of online social networks in improving health literacy and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Iran: Development of a conceptual model", *PLOS ONE*. 17(6), p. e0261304.
70. Rana, Aadia I., et al. (2016), "Using a Mobile Health Intervention to Support HIV Treatment Adherence and Retention Among Patients at Risk for Disengaging with Care", *AIDS Patient Care and STDs*. 30(4), pp. 178-184.
71. Quinn, Katherine, Bowleg, Lisa, and Dickson-Gomez, Julia (2019), "The fear of being Black plus the fear of being gay": The effects of intersectional stigma on PrEP use among young Black gay, bisexual, and other men who have sex with men", *Social science & medicine (1982)*. 232, pp. 86-93.
72. Hightow-Weidman, Lisa B., et al. (2015), "Youth, Technology and HIV: Recent Advances and Future Directions", *Current HIV/AIDS reports*. 12(4), pp. 500-515.
73. Sweeney, Shannon M. and Venable, Peter A. (2016), "The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature", *AIDS and Behavior*. 20(1), pp. 29-50.
74. Helen Margetts, Peter John, Scott Hale, Taha Yasseri (2016), *Political turbulence. How social media shape collective action*, Princeton University Press, 3.
75. Godin, Gaston, Gagné, Camille, and Naccache, Herminé (2003), "Validation of a Self-Reported Questionnaire Assessing Adherence to Antiretroviral Medication", *AIDS Patient Care and STDs*. 17(7), pp. 325-332.
76. Harkness, Audrey, et al. (2018), "Longitudinal Effects of Syndemics on ART Non-adherence among Sexual Minority Men", *AIDS and behavior*. 22(8), pp. 2564-2574.
77. Chkhartishvili, Nikoloz, et al. (2014), "Evaluation of multiple measures of antiretroviral adherence in the Eastern European country of Georgia", *Journal of the International AIDS Society*. 17(1), p. 18885.

78. Sangeda, Raphael Z., et al. (2014), "Pharmacy refill adherence outperforms self-reported methods in predicting HIV therapy outcome in resource-limited settings", *BMC Public Health*. 14(1), p. 1035.
79. Kleinman, Nora J., et al. (2015), "ART Adherence Measurement in Non-Clinical Settings in South India", *AIDS care*. 27(2), pp. 248-254.
80. Chaityachati, Krisda H.a; Ogbuoji, Osondub; Price, Matthewb; Suthar, Amitabh B.c; Negussie, Eyerusalem K.c; Bärnighausen, Till (2014), *Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review*, AIDS, accessed.
81. Quinn, Katherine G. (2022), "Applying an intersectional framework to understand syndemic conditions among young Black gay, bisexual, and other men who have sex with men", *Social science & medicine (1982)*. 295, p. 112779.
82. Friedman, M. Reuel, et al. (2015), "Effects of syndemics on hiv viral load and medication adherence in the multicenter aids cohort study", *AIDS (London, England)*. 29(9), pp. 1087-1096.
83. Kuhns, Lisa M., et al. (2016), "An Index of Multiple Psychosocial, Syndemic Conditions Is Associated with Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Positive Youth", *AIDS Patient Care and STDs*. 30(4), pp. 185-192.
84. Blashill, Aaron J., et al. (2015), "Psychosocial Syndemics are Additively Associated with Worse ART Adherence in HIV-infected Individuals", *AIDS and behavior*. 19(6), pp. 981-986.
85. Chaityachati, Krisda H., et al. (2014), "Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review", *AIDS*. 28, pp. S187-S204.
86. Beith, Alexandra, Johnson, Abiola (2014), "Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Evidence", *AIDS*. 28, pp. 187-204.
87. Humans, IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to (1996), *Human Immunodeficiency Viruses*, International Agency for Research on Cancer.
88. WHO (2003), *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, 232.

89. Rooks-Peck, Cherie R., et al. (2019), "Analysis of Systematic Reviews of Medication Adherence Interventions for Persons with HIV, 1996–2017", *AIDS patient care and STDs*. 33(12), pp. 528-537.
90. Giovanetti, Marta, et al. (2020), "Molecular Epidemiology of HIV-1 in African Countries: A Comprehensive Overview". 9(12), p. 1072.
91. Pradier, C., et al. (2003), "Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study", *HIV Clin Trials*. 4(2), pp. 121-31.
92. Goujard, Cécile MD; Bernard, Noëlle MD; Sohier, Nathalie MD, MPH; Peyramond, Dominique MD, PhD; Lançon, Florian MASc; Chwalow, Judith PhD; Arnould, Benoit PhD; Delfraissy, Jean-François MD, PhD (2003), "Impact of a Patient Education Program on Adherence to HIV Medication_A Randomized Clinical Trial.pdf", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.
93. Kanters, Steve, et al. (2017), "Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis", *The Lancet HIV*. 4(1), pp. e31-e40.
94. Sin How Lim, Mervyn Sim, Anne Yee & Thomas E. Guadamuz (2021), *Social Exclusion, Stigma, and Discrimination Among Men Who Have Sex with Men in Asia*, Research and Practices in Health and Social Sciences.
95. Pugh, Laura E., et al. (2022), "Systematic review of interventions aimed at improving HIV adherence to care in low- and middle-income countries in Sub-Saharan Africa", *Journal of Infection and Public Health*. 15(10), pp. 1053-1060.
96. Budak, Zehand Z. (2024), Linkage to HIV Care, Curriculum, National HIV, Editor^Editors.
97. Duwell, M. M., et al. (2013), "Patient-nominated, community-based HIV treatment supporters: patient perspectives, feasibility, challenges, and factors for success in HIV-infected South African adults", *AIDS Patient Care STDs*. 27(2), pp. 96-102.
98. Bui, Hao T. M., et al. (2017), "Barriers to access and uptake of antiretroviral therapy among HIV-positive men who have sex with men in Hanoi, Vietnam: from HIV testing to treatment", *Culture, Health & Sexuality*. 19(8), pp. 859-872.

99. Eysenbach, G (2001), "What is e-health?", *J Med Internet Res.* 3.
100. Lloyd A Goldsamt, Donn J Colby, Michael C Clatts and Gary Yu, Le Minh Giang (2017), "Sexual Health Promotion Intervention for Male Sex Workers in Vietnam Increases Knowledge of STI/HIV Transmission Risk", *HSOA Journal of AIDS Clinical Research and STDs.* 4.
101. S Strömdahl , F Hickson , A Pharris , M Sabido , S Baral , A Thorson (2015), "A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe", *Euro Surveill.* 20.
102. Latifa Berrezouga, Ikbel Kooli, Wafa Marrakchi, Ghaya Harzallah, Mohamed Chakroun (2023), "Quality of Life of People Living with HIV on Antiretroviral Therapy: A Cross-Sectional Study in Monastir, Tunisia", *HIV/AIDS - Research and Palliative Care.* 15, pp. 671-682.
103. e Silva, A. C., et al. (2014), "Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS", *Rev Lat Am Enfermagem.* 22(6), pp. 994-1000.
104. Cooper, Vanessa, et al. (2017), "Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews", *Health and Quality of Life Outcomes.* 15(1), p. 220.
105. Mengistu, N., et al. (2022), "Health related quality of life and its association with social support among people living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis", *Health Qual Life Outcomes.* 20(1), p. 77.
106. Karen Lorimer, Lisa Kidd, Maggie Lawrence , Kerri McPherso, Sandi Cayless & Flora Cornish a (2012), "Systematic review of reviews of behavioural HIV prevention interventions among men who have sex with men", *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV.* 25, pp. 133-150.
107. Nguyen, Quoc Cuong (2010), *Sexual risk behaviors of men who have sex with men in Viet Nam*, Chapel Hill, Chapel Hill.
108. Bengtsson, Linus, et al. (2012), "Implementation of Web-Based Respondent-Driven Sampling among Men Who Have Sex with Men in Vietnam", *PLOS ONE.* 7(11), p. e49417.
109. Minh X Nguyen, Aparna Krishnan, Giang M Le, Quynh T Nguyen, Nia M Bhadra, Sang M Nguyen, William C Miller and Vivian F Go (2017), "The

use of technology to find sexual health information online among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam, 2016", *International Journal of STD & AIDS*. 0, pp. 1–6.

110. Schnall R, Travers J, Rojas M, Carballo-Diéguez A (2014), "eHealth Interventions for HIV Prevention in High-Risk Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review", *J Med Internet Res*. 16, p. 134.
111. David Moher , Alessandro Liberati , Jennifer Tetzlaff , Douglas G Altman (2009), "Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement", *BMJ*. 339.
112. WHO (2012), *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, accessed, from <https://www.who.int/tools/whoqol>.
113. Voisin, Katherine G. Quinn & Dexter R. (2020), "ART Adherence Among Men Who Have Sex with Men Living with HIV: Key Challenges and Opportunities", *Current HIV/AIDS Reports volume*. 17, pp. 290–300.
114. Jones, Harriet S., et al. (2020), "Association between HIV stigma and antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV: baseline findings from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa", *Tropical Medicine & International Health*. 25(10), pp. 1246-1260.
115. Quinn, Katherine G. and Voisin, Dexter R. (2020), "ART Adherence Among Men Who Have Sex with Men Living with HIV: Key Challenges and Opportunities", *Current HIV/AIDS Reports*. 17(4), pp. 290-300.
116. Đoàn, Thu Trà, Nguyễn, Thu Trang, and Đỗ, Duy Cường (2024), "Đặc điểm kỳ thị và phân biệt đối xử ở người bệnh HIV/AIDS tại bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 537(1B).
117. Phuong Le Mai, Phuong The Nguyen (2022), "Barriers to social health insurance enrollment for accessing antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS at early stages of shifting to insurance-based systems: a narrative literature review", *HIV & AIDS Review*. 21.
118. Pérez-Salgado, Diana, et al. (2015), "Satisfaction with Healthcare Services and Adherence to Antiretroviral Therapy among Patients with HIV Attending Two Public Institutions", *Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion*. 67, pp. 80-88.
119. Phillips, Gregory, et al. (2021), "Structural Interventions for HIV Prevention and Care Among US Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review

- of Evidence, Gaps, and Future Priorities", *AIDS and Behavior*. 25(9), pp. 2907-2919.
120. Asrat, Biksegn, et al. (2020), "Major depressive disorder and its association with adherence to antiretroviral therapy and quality of life: cross-sectional survey of people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia", *BMC Psychiatry*. 20(1), p. 462.
 121. Keira Lowther, Lucy Selman, Richard Harding, Irene J. Higginson (2014), "Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review", *International Journal of Nursing Studies*. 51(8), pp. 1171-1189.
 122. Luane da Silva Oliveira, Lorena Maria Caixeta, José Luís Rodrigues Martins,, Kelly Deyse Segati, Rodrigo Scaliante Moura, Marcelo Cecílio Daher, and Pinto, and Emerith Mayra Hungria (2018), "Adherence to antiretroviral therapy and correlation with adverse effects and coinfections in people living with HIV/AIDS in the municipality of Goiás State", *Journal of Brazilian Society of Tropical Medicine*. 51, pp. 436-444.
 123. Christian Pop-Eleches, Harsha Thirumurthy, James Habyarimana, Joshua Zivin, Markus Goldstein, Damien de Walque, and Leslie Mackeen, Jessica Haberer, Sylvester Kimaiyo, John Sidle, Duncan Ngare, David Bangsberg (2013), Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders, *Public Disclosure Authorized*, Editor^Editors.
 124. Sheehan, Diana M., et al. (2020), "Sustained HIV viral suppression among men who have sex with men in the Miami-Dade County Ryan White Program: the effect of demographic, psychosocial, provider and neighborhood factors", *BMC Public Health*. 20(1), p. 326.
 125. Department, Statista Research (2023), *Internet usage in Vietnam - statistics & facts*, accessed-December, 2023, from <https://www.statista.com/topics/6231/internet-usage-in-vietnam/#topicOverview>.
 126. Crim, S. M., et al. (2020), "Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Positive Hispanic and Latino Men Who Have Sex with Men - United States, 2015-2019", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 69(40), pp. 1437-1442.

127. Susan M. Graham, Peter Mugo, Evanson Gichuru, Alexander Thiong'o, Michael Macharia, Haile S. Okuku, Elise van der Elst, Matthew A. Price, Nicholas Muraguri & Eduard J. Sanders (2013), "Adherence to Antiretroviral Therapy and Clinical Outcomes Among Young Adults Reporting High-Risk Sexual Behavior, Including Men Who Have Sex with Men, in Coastal Kenya", *AIDS and Behavior*. 17.
128. Hansheng Wang, Shein-Chung Chow (2007), *Sample Size Calculation for Comparing Proportions*, accessed, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780471462422.eoct005>.
129. Whiteley, Laura B., et al. (2021), "A Review of Interventions to Enhance HIV Medication Adherence", *Current HIV/AIDS Reports*. 18(5), pp. 443-457.
130. WHO (2010), "The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)".
131. Robert L. Spitzer *GAD-7 (General Anxiety Disorder-7)*, accessed.
132. Gavin Stee , Jude Nwokike, Mohan P. Joshi (2007), *Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource-Constrained Settings: The South Africa Experience*.
133. Reinius, Maria, et al. (2017), "Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale", *Health and Quality of Life Outcomes*. 15(1), p. 115.
134. Stanyte, A., et al. (2023), "Validation of the Patient Health Questionnaire-9 and the Generalized Anxiety Disorder-7 in Lithuanian individuals with anxiety and mood disorders", *J Psychiatr Res*. 164, pp. 221-228.
135. Orrell, Catherine, et al. (2017), "Comparison of six methods to estimate adherence in an ART-naïve cohort in a resource-poor setting: which best predicts virological and resistance outcomes?", *AIDS Research and Therapy*. 14(1), p. 20.
136. Steel G, Nwokike J, Joshi MP (2007), "Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource-Constrained Settings: The South Africa Experience.", *UNAIDS*.
137. WHO (2002), *WHOQOL-HIV bref, 2012 revision*, accessed, from <https://iris.who.int/handle/10665/77775>.
138. Byabene, A. K., et al. (2017), "Optimal antiretroviral therapy adherence as evaluated by CASE index score tool is associated with virological

- suppression in HIV-infected adults in Dakar, Senegal", *Tropical Medicine & International Health*. 22(6), pp. 776-782.
139. Zeger, SL and Liang, KY (1986), "Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes *Biometrics* 42: 121–130", *Find this article online*.
 140. Finitsis, David, et al. (2016), "Visual analogue scale (VAS) measurement of antiretroviral adherence in people living with HIV (PLWH): a meta-analysis", *Journal of Behavioral Medicine*. 39.
 141. Bangsberg, David R. (2006), "Less Than 95% Adherence to Nonnucleoside Reverse-Transcriptase Inhibitor Therapy Can Lead to Viral Suppression", *Clinical Infectious Diseases*. 43(7), pp. 939-941.
 142. Le, Thi My Dung, et al. (2016), "What are the risk factors for HIV in men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam?- A cross-sectional study", *BMC Public Health*. 16(1), p. 406.
 143. Feng, Qi, et al. (2019), "Quadruple versus triple combination antiretroviral therapies for treatment naive people with HIV: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials", *BMJ*. 366, p. 14179.
 144. Jimmy, B. and Jose, J. (2011), "Patient medication adherence: measures in daily practice", *Oman Med J*. 26(3), pp. 155-9.
 145. Nunnally J., I. Bernstein (1994), *Psychometric theory*, New York, McGraw-Hill.
 146. WHO (2013), *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*, accessed, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>.
 147. Spinelli, Matthew A., et al. (2020), "Approaches to Objectively Measure Antiretroviral Medication Adherence and Drive Adherence Interventions", *Current HIV/AIDS Reports*. 17(4), pp. 301-314.
 148. Eleni Papadopulos-eleopulos, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, Helman Alphonso & Todd Miller (1999), "A Critical Analysis of the Pharmacology of AZT and its Use in AIDS", *Current Medical Research and Opinion*. 15.
 149. Tran, Bach X., et al. (2018), Depression and Quality of Life among Patients Living with HIV/AIDS in the Era of Universal Treatment Access in Vietnam, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Editor^Editors.

150. Bộ, Bộ Y tế (2024), Quyết định số 612/QĐ-BYT ngày 14 tháng 3 năm 2024. Kế hoạch phòng, chống HIV năm 2024, Editor^Editors.
151. UNAIDS (2022), *UNAIDS Global AIDS Update 2022*, UNAIDS.
152. Prevention, Centers for Disease Control and (1981), "Pneumocystis pneumonia—Los Angeles", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 30.
153. Hamine, S., et al. (2015), "Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review", *J Med Internet Res.* 17(2), p. e52.
154. Fedonni, Daniele, et al. (2021), "Factors Associated with ART Adherence among MSM Receiving Medical Care in Texas", *Journal of Behavioral Health.* 9, pp. 1-10.
155. Tao, J., et al. (2017), "Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM", *AIDS.* 31(3), pp. 401-406.
156. Sitorus, Rico Januar, et al. (2023), "Understanding the Health-related Quality of Life of People Living with HIV Based on Sexual Orientation", *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.* 18(1).
157. Jun Tao, Han-Zhu Qian, Aaron M. Kipp, Yuhua Ruan, Bryan E. Shepherd, K. Rivet Amico, Yiming shao, Hongyan Lu, and Sten H. Vermund (2017), "Effects of Depression and Anxiety on Antiretroviral Therapy Adherence among Newly Diagnosed HIV-infected Chinese Men Who Have Sex with Men", *AIDS.* 31, pp. 401–406.
158. Liping, Ma, et al. (2015), "Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in Zhejiang Province, China", *PLOS ONE.* 10(8), p. e0135705.
159. Ina Martiana, Agung Waluyo, Sri Yona (2019), "Assessing the relationship between knowledge of antiretroviral therapy and stigma regarding adherence to ART among men who have sex with men", *Enfermería Clínica.* 29.
160. Mannheimer, S. B., et al. (2005), "Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence", *AIDS Care.* 17(1), pp. 10-22.
161. Daniele Fedonni, Justin R Buendia, Sabeena C Sears, Margaret L Vaaler, and Osaro O Mgbere (2021), "Factors Associated with ART Adherence among MSM Receiving Medical Care in Texas: An Analysis of the Texas Medical

- Monitoring Project Data", *JOURNAL OF BEHAVIORAL HEALTH*. 9, pp. 1-10.
162. HIVinfo.NIH.gov (2021), *Side Effects of HIV Medicines*, accessed, from <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hiv-medicines-and-side-effects>.
 163. LM, Giang (2019), *THE HANOI MSM (HIM Hanoi) STUDY: Evidence for action on HIV epidemic among MSM HIM. Presented at: Disermination workshop at 9/27/2019; 2019; Hanoi Medical University, in Hanoi, Vietnam*.
 164. UNAIDS (2021), Country Viet Nam 2021, Editor^Editors.
 165. Jiao, K., et al. (2022), "Impact of antiretroviral therapy (ART) duration on ART adherence among men who have sex with men (MSM) living with HIV in Jinan of China", *AIDS Res Ther*. 19(1), p. 55.
 166. Wang, Y. Y., et al. (2019), "Meta-analysis of adherence to highly active antiretroviral therapy in patients with HIV infection in China", *AIDS Care*. 31(8), pp. 913-922.
 167. Bijker, R., et al. (2017), "Adherence to antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa and Asia: a comparative analysis of two regional cohorts", *J Int AIDS Soc*. 20(1), p. 21218.
 168. Cambiano, Valentina, et al. (2010), "Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART". 24(8), pp. 1153-1162.
 169. Maria Patrizia Carrieri, François Raffi, Charlotte Lewden, Alain Sobel, Christian Michelet, Valérie Cailleton, Geneviève Chêne, Catherine Leport, Jean-Paul Moatti, Bruno Spire and the APROCO study group (2003), "Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study", *Antiviral Therapy*. 8, pp. 585-594.
 170. Bell, Melanie L. and Rabe, Brooke A. (2020), "The mixed model for repeated measures for cluster randomized trials: a simulation study investigating bias and type I error with missing continuous data", *Trials*. 21(1), p. 148.
 171. Desta, Addisu, Biru, Tessema Tsehay, and Kefale, Adane Teshome (2020), "Health related quality of life of people receiving highly active antiretroviral therapy in Southwest Ethiopia", *PLOS ONE*. 15(8), p. e0237013.

172. Bhatta, Dharma Nand, Liabsuetrakul, Tippawan, and McNeil, Edward B. (2017), "Social and behavioral interventions for improving quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis", *Health and Quality of Life Outcomes*. 15(1), p. 80.
173. Mannheimer, Sharon B, et al. (2006), "Sustained Benefit From a Long-Term Antiretroviral Adherence Intervention: Results of a Large Randomized Clinical Trial", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 43, pp. S41-S47.
174. UNAIDS (2023), *Global HIV statistics - Fact sheet 2023*.
175. Albert W Wu, Claire F Snyder, I-Chan Huang, Richard Skolasky, Henraya F McGruder, Shivaun A Celano, Ola A Selnes, Adriana S Andrade (2006), "A Randomized Trial of the Impact of a Programmable Medication Reminder Device on Quality of Life in Patients with AIDS", *AIDS Patient Care and STDs*. 20(11), pp. 773-781.
176. WHO (2023), *HIV and AIDS*.
177. Shet, Anita, et al. (2010), "Designing a Mobile Phone-Based Intervention to Promote Adherence to Antiretroviral Therapy in South India", *AIDS and Behavior*. 14(3), pp. 716-720.
178. Kanters, S., et al. (2017), "Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis", *Lancet HIV*. 4(1), pp. e31-e40.
179. WHO (2003), *Adherence to long-term therapies, Evidence for action*.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 01: THÔNG TIN NHÂN KHẨU – XÃ HỘI HỌC

Confidential

Page 1

Thông tin nhân khẩu - xã hội học

Vui lòng hoàn thiện phiếu khảo sát dưới đây

Cảm ơn bạn!

Số điện thoại của bạn là gì?

Email liên hệ của bạn?

Số chứng minh nhân dân/ Căn cước công dân của bạn là gì (nếu bạn muốn bảo mật có thể ghi 4 số cuối)?

Bạn sinh ra ở đâu?

- ☐ Hà Nội
☐ Nơi khác

Năm sinh

Câu nào sau đây mô tả đúng nhất về đặc điểm hấp dẫn tình dục của bạn? (Chọn câu đúng nhất)

- ☐ 1. Chỉ hấp dẫn với đàn ông
☐ 2. Chủ yếu hấp dẫn với đàn ông, đôi khi với phụ nữ
☐ 3. Hấp dẫn với đàn ông và phụ nữ như nhau
☐ 4. Chủ yếu hấp dẫn với phụ nữ, đôi khi với đàn ông
☐ 5. Chỉ hấp dẫn với phụ nữ

Bạn nghĩ như thế nào về giới tính của mình? (Chọn câu đúng nhất)

- ☐ 1. Tôi nghĩ tôi là đàn ông
☐ 2. Tôi nghĩ tôi là đàn bà
☐ 3. Tôi là người chuyển giới
☐ 4. Tôi không rõ

Ghi rõ về giới tính của bản thân nếu như bạn nghĩ không giống với ý trên

Bạn có đang đi học không?

- ☐ Có
☐ Không

Lớp học cao nhất bạn đã hoàn thành là lớp mấy?

- ☐ Không biết chữ, không đi học
☐ Tốt nghiệp tiểu học
☐ Tốt nghiệp cấp 2
☐ Tốt nghiệp cấp 3
☐ Đang học đại học, cao đẳng, trung cấp
☐ Tốt nghiệp cao đẳng, trung cấp
☐ Tốt nghiệp đại học

Tình trạng hôn nhân của bạn?

- ☐ Có gia đình
☐ Ly hôn/góa
☐ Độc thân

Bạn có bao nhiêu con? (điền 0 nếu bạn chưa có con)

Công việc hiện tại của bạn là gì?

(Chọn tất cả câu đúng)

- ☐ 1. Lãnh đạo một cơ quan, công sở, công ty
☐ 2. Nhà chuyên môn kỹ thuật bậc cao/trung trong các lĩnh vực
☐ 3. Nhân viên văn phòng
☐ 4. Nhân viên dịch vụ cá nhân (dịch vụ, làm đẹp, bảo vệ, lái xe...)
☐ 5. Lao động có kỹ thuật trong nông, lâm, ngư nghiệp
☐ 6. Thợ lao động có kỹ thuật với máy móc
☐ 7. Lao động giản đơn (bán hàng tự do, bốc vác,...)
☐ 8. Quân đội
☐ 9. Bán dâm
☐ 10. Công việc bất hợp pháp khác
☐ 11. Thất nghiệp
☐ 12. Sinh viên
☐ 13. Khác

Ghi rõ nghề nghiệp của bạn nếu không phải các ý trên

Công việc của bạn có ổn định không?

- ☐ 1. Có
☐ 2. Không

Mức thu nhập bình quân một tháng của bạn?

- ☐ Dưới 5 triệu/tháng
☐ Từ 5-10 triệu/tháng
☐ Trên 10 triệu/tháng

Bạn có thẻ bảo hiểm y tế?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không có thông tin

Nếu bạn có thẻ bảo hiểm y tế, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu ở đâu?

Bạn có khả năng chi trả (tiền khám, xét nghiệm, thuốc...) nếu như bạn không có thẻ bảo hiểm y tế?

- ☐ Có
☐ Không

Từ nhà bạn đến phòng khám OPC mất khoảng bao lâu (phút)

Khoảng cách từ nhà bạn đến phòng khám OPC (km)?

Bạn thường đến phòng khám OPC bằng gì?

- ☐ Xe máy
☐ Xe ô tô
☐ Xe đạp
☐ Đi bộ
☐ Ô tô hoặc phương tiện khác

Ngày chẩn đoán khẳng định HIV là ngày tháng năm nào?

Nguy cơ nhiễm HIV của bạn là gì?

- ☐ 1. Nghiện chích ma túy
☐ 2. Lấy qua đường tình dục
☐ 3. Không biết
☐ 4. Khác

Ghi rõ yếu tố nguy cơ nhiễm HIV của bạn nếu bạn chọn khác?

Ngày điều trị ARV đầu tiên

Bạn có mắc các bệnh đồng nhiễm nào dưới đây không?

- 1, Viêm gan B
 2, Viêm gan C
 3, Lao
 4, Nấm candida
 5, Viêm màng não do nấm
 6, Sẩn ngứa PPE
 7, Nấm P. marneffei
 8, Herpes sinh dục
 9, Viêm phổi PCP
 10, Tiêu chảy
 11, Nhiễm Toxoplasma
 12, 12. Chlamydia
 13, 13. Giang mai
 14, 14. Viêm gan B
 15, 15. Viêm gan C
 16, 16. Sùi mào gà
 17, 17. Lậu
 18, 18. Khác

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không biết

Các bệnh đồng nhiễm bệnh nhân mắc phải

- ☐ 1. Viêm gan B
☐ 2. Viêm gan C
☐ 3. Lao
☐ 4. Nấm candida
☐ 5. Viêm màng não do nấm
☐ 6. Sẩn ngứa PPE
☐ 7. Nấm P. marneffei
☐ 8. Herpes sinh dục
☐ 9. Viêm phổi CPC
☐ 10. Tiêu chảy
☐ 11. Nhiễm Toxoplasma
☐ 12. Chlamydia
☐ 13. Giang mai
☐ 14. Viêm Gan B
☐ 15. Viêm gan C
☐ 16. Sùi mào gà
☐ 17. Lậu
☐ 18. Khác

Bệnh đồng nhiễm (khác)?

Giai đoạn lâm sàng HIV (ghi số 1-4 tương ứng với giai đoạn lâm sàng của WHO), tại lần khám gần nhất

Phác đồ điều trị ARV hiện tại?	☐ 1. 1c (NVP+3TC+AZT) ☐ 2. 1d (EFV+3TC+AZT) ☐ 3. 1e (NVP+3TC+TDF) ☐ 4. 1f-TLE: (EFV+3TC+TDF) ☐ 5. Phác đồ khác ☐ 6. 1a (thuốc Acriptega)- TLD-Tenofovir disoproxil/Lamivudine/Dolutegravir) ☐ 7. 1b (thuốc Avonza- TLE- Tenofovir-Lamivudine-Efavirenz)
Phác đồ khác ghi rõ:	_____
Trong suốt quá trình điều trị vừa qua, bạn có phải đổi phác đồ ARV không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không ☐ 3. Không rõ
Bạn có được xét nghiệm tải lượng virus trong 12 tháng qua không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không ☐ 3. Chưa đến thời điểm làm
CD4 tại thời điểm mới điều trị ARV?	☐ 1. Có thông tin ☐ 2. Không có thông tin trong hồ sơ bệnh án ☐ 3. Chưa làm
CD4 tại thời điểm gần nhất	☐ 1. Có thông tin ☐ 2. Không có thông tin trong hồ sơ bệnh án ☐ 3. Chưa làm
Kết quả tải lượng virus trong 12 tháng gần đây nhất? (nếu TLVR dưới ngưỡng phát hiện ghi là 199)	_____
Bạn có đang sống chung với người thân (vợ/chồng/bạn tình/bạn bè/con cái/bố mẹ) không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
Những người thân của bạn (vợ/chồng/bạn tình/bạn bè/con cái/bố mẹ) có ai biết tình trạng HIV của bạn không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
Bạn tình thường xuyên của bạn có biết tình trạng HIV của bạn không?	☐ 1. Biết ☐ 2. Không biết ☐ 3. Không có bạn tình thường xuyên ☐ 4. Không trả lời
Tình trạng HIV của bạn tình/vợ/chồng của bạn?	☐ Dương tính ☐ Âm tính ☐ Không biết ☐ Không có bạn tình thường xuyên ☐ Không trả lời
Tình trạng HIV của bạn chích/bạn nghiện của bạn?	☐ Dương tính ☐ Âm tính ☐ Không biết ☐ Không có bạn chích/bạn nghiện ☐ Không trả lời

Bạn chích/bạn nghiện của bạn có biết tình trạng HIV của bạn không?	☐ Biết ☐ Không biết ☐ Không có bạn nghiện/bạn chích ☐ Không trả lời
Bạn có nhận được hỗ trợ từ bạn tình/vợ chồng đối với việc điều trị ARV không?	☐ Không có bạn tình/vợ chồng ☐ Không ☐ Có
Nếu bạn có nhận được hỗ trợ từ bạn tình/vợ chồng đối với việc điều trị ARV, bạn xếp ở mức độ hỗ trợ ở mức nào?	☐ Rất ít ☐ Bình thường ☐ Nhiều ☐ Rất nhiều
Bạn có nhận được hỗ trợ từ bố mẹ/gia đình đối với việc điều trị ARV không?	☐ Không có bố mẹ/gia đình ☐ Không ☐ Có
Bạn có nhận được hỗ trợ từ bạn bè khác (không phải bạn chích) đối với việc điều trị ARV không?	☐ Không có bạn bè hoặc bạn bè không biết ☐ Không ☐ Có
Nếu bạn có nhận được hỗ trợ từ bạn bè khác (không phải bạn chích) đối với việc điều trị ARV, bạn xếp ở mức độ hỗ trợ ở mức nào?	☐ Rất ít ☐ Bình thường ☐ Nhiều ☐ Rất nhiều
Nếu bạn có nhận được hỗ trợ từ bố mẹ/gia đình đối với việc điều trị ARV, bạn xếp ở mức độ hỗ trợ ở mức nào?	☐ Rất ít ☐ Bình thường ☐ Nhiều ☐ Rất nhiều
Bạn có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng/hỗ trợ xã hội không?	☐ Có ☐ Không
Bạn nhận được hỗ trợ từ tư vấn viên/bác sỹ đối với việc điều trị ARV ở mức độ nào?	☐ Không chút nào ☐ Rất ít ☐ Bình thường ☐ Nhiều ☐ Rất nhiều
Bạn có dùng biện pháp nào để nhắc việc tuân thủ điều trị ARV không?	☐ Dùng điện thoại đặt chuông nhắc giờ ☐ Dùng hộp đựng, chia liều thuốc ☐ Dùng đồng hồ đặt chuông ☐ Cài lịch nhắc uống thuốc trên zalo ☐ Tự nhớ ☐ Nhờ người thân nhắc ☐ Không dùng biện pháp nào ☐ Biện pháp khác
Bạn đang uống thuốc ARV được bao lâu rồi?	☐ Dưới 3 tháng ☐ 3-6 tháng ☐ 6-12 tháng ☐ 1-3 năm ☐ Hơn 3 năm ☐ Mới vào điều trị, chưa dùng thuốc

Số lần uống thuốc trong một ngày hiện nay của bạn?	☐ 1. 1 lần/ngày ☐ 2. 2 lần/ngày ☐ 3. 3 lần/ngày trở lên ☐ 4. Không rõ
Số viên thuốc bệnh nhân đang dùng trong 1 ngày (viên kết hợp được tính là 1 viên):	☐ 1 viên ☐ 2 viên ☐ 3 viên trở lên
Trong 3 tháng qua, ước tính số lần bạn đến khám không đúng lịch hẹn là bao nhiêu lần?	_____
Trong 3 tháng qua, có lần nào bạn phải dùng thuốc do tác dụng phụ của thuốc ARV hoặc thuốc điều trị khác kèm theo không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
Trong 3 tháng qua, bạn có gặp phải tác dụng phụ nào của thuốc ARV không?	☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Trong 12 tháng qua, bạn có được điều trị lao tiềm ẩn (INH) không?	☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Trong 12 tháng qua, bạn có được điều trị với kháng sinh Cotrimoxazole không?	☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

PHỤ LỤC 02: THANG ĐO LO ÂU VÀ TRẦM CẢM

Confidential

Page 1

BM02. Lo Âu (GAD_7) Trầm cảm (PHQ-9)

Please complete the survey below.

Thank you!

Hãy cho chúng tôi biết, trong vòng 2 tuần vừa qua, có bao nhiêu lần bạn bị lo lắng buồn phiền vì những vấn đề được liệt kê dưới đây?

	1. Không lần nào cả (0 điểm)	2. Một vài ngày (1 điểm)	3. Nhiều hơn một nửa số thời gian (2 điểm)	4. Gần như mỗi ngày (3 điểm)
1) Cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc bất an	☐	☐	☐	☐
2) Không thể ngưng hoặc kiểm soát lo lắng	☐	☐	☐	☐
3) Lo lắng quá mức về nhiều thứ	☐	☐	☐	☐
4) Khó thư giãn	☐	☐	☐	☐
5) Bút rút đến mức khó ngồi yên	☐	☐	☐	☐
6) Trở nên dễ bực bội hoặc cáu kỉnh	☐	☐	☐	☐
7) Cảm thấy lo lắng như thể điều gì khủng khiếp có thể xảy ra	☐	☐	☐	☐

8) Điểm Lo âu

Trong hai tuần qua, những vấn đề nào sau đây đã gây phiền phức cho bạn thường xuyên và đến mức độ nào?

	1. Không ngày nào (0 điểm)	2. Vài ngày (1 điểm)	3. Hơn một nửa số ngày (2 điểm)	4. Gần như mọi ngày (3 điểm)
9) Khó đi vào giấc ngủ	☐	☐	☐	☐
10) Khó ngủ thẳng giấc	☐	☐	☐	☐
11) Ngủ quá nhiều	☐	☐	☐	☐
12) Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít sinh lực	☐	☐	☐	☐
13) Chán ăn	☐	☐	☐	☐
14) Ăn quá nhiều	☐	☐	☐	☐
15) Ít muốn làm điều gì hoặc có cảm giác thích thú khi làm bất cứ điều gì	☐	☐	☐	☐
16) Cảm thấy nản chí, trầm buồn	☐	☐	☐	☐
17) Cảm giác tuyệt vọng	☐	☐	☐	☐
18)				

PHỤ LỤC 03: THANG ĐO VỀ KỶ THỊ

BM03. THANG ĐO VỀ KỶ THỊ (The short HIV stigma scale) ^{Page 1}

Please complete the survey below.

Thank you!

Bộ câu hỏi này hỏi về một số trải nghiệm, cảm xúc và ý kiến của bạn về cảm giác của người nhiễm HIV và cách họ được điều trị. Hãy cố gắng hết sức để trả lời từng câu hỏi.

Đối với mỗi mục, khoanh tròn câu trả lời của bạn: Hoàn toàn không đồng ý, không đồng ý, đồng ý hoặc rất đồng ý .

Xin vui lòng đọc các câu dưới đây và khoanh tròn vào số phù hợp nhất với trải nghiệm, cảm nhận và ý kiến của bạn cho từng câu (chỉ chọn một câu trả lời cho mỗi câu).

		1. Cực kỳ không đồng ý (1 điểm)	2. Không đồng ý (2 điểm)	3. Đồng ý (3 điểm)	4. Cực kỳ đồng ý (4 điểm)
1)	1. Những người tôi quan tâm đã ngừng gọi điện sau khi biết tôi nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
2)	2. Tôi đã mất bạn bè khi tôi nói với họ rằng tôi bị nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
3)	3. Một số người tránh chạm vào tôi khi họ biết tôi nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
4)	4. Tôi cố gắng giữ bí mật về tình trạng nhiễm HIV của tôi	☐	☐	☐	☐
5)	5. Tôi sợ nói với ai đó rằng tôi bị nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
6)	6. Tôi rất cân nhắc nói về tình trạng nhiễm HIV của tôi với người nào đó	☐	☐	☐	☐
7)	7. Hầu hết mọi người tin rằng một người nhiễm HIV là người bẩn thỉu	☐	☐	☐	☐
8)	8. Người nhiễm HIV bị đối xử như những kẻ bị ruồng bỏ	☐	☐	☐	☐
9)	9. Hầu hết mọi người đều không thoải mái khi ở gần người nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
10)	10. Tôi cảm thấy tội lỗi vì tôi bị nhiễm HIV	☐	☐	☐	☐
11)	11. Thái độ của mọi người về HIV khiến tôi cảm thấy tồi tệ hơn về bản thân mình	☐	☐	☐	☐
12)					

12. Tôi cảm thấy mình không
phải là một người tốt như những
người khác vì tôi bị nhiễm HIV

☐
☐
☐
☐

13) Điểm của mục Kỳ thị mức độ cá nhân

14) Điểm của mục Lo lắng khi bị tiết lộ
nhiễm HIV

15) Điểm của Mục lo lắng về thái độ của
cộng đồng

16) Điểm của Mục suy nghĩ tiêu cực của bản
thân

17) Điểm kỳ thị chung

PHỤ LỤC 04: THANG ĐO CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Page 1

Chất lượng cuộc sống

Please complete the survey below.

Thank you!

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi sau. Nếu như bạn không chắc chắn về phương án để trả lời, chọn một phương án có thể phù hợp nhất với bạn. Phương án này thường là phương án đầu tiên bạn nghĩ đến. Chúng tôi sẽ hỏi bạn nghĩ như thế nào về cuộc sống của bạn trong 2 tuần gần đây.

	Rất xấu (1 điểm)	Kém (2 điểm)	Bình thường (3 điểm)	Tốt / Nhiều (4 điểm)	Rất tốt / Rất nhiều (5 điểm)
1) 1. Bạn tự đánh giá về chất lượng cuộc sống của mình như thế nào ?	☐	☐	☐	☐	☐
2) 2. Bạn hài lòng về sức khỏe của mình ở mức độ nào?	☐ Rất không hài lòng (1 điểm) ☐ Không hài lòng (2 điểm) ☐ Bình thường (3 điểm) ☐ Hài lòng (4 điểm) ☐ Rất hài lòng (5 điểm)				

Các câu hỏi sau đây hỏi về mức độ bạn đã trải qua những điều dưới đây trong hai tuần qua:

	Không (1 điểm)	Một chút (2 điểm)	Vừa phải (3 điểm)	Nhiều (4 điểm)	Rất nhiều (5 điểm)
3) 3. Sự đau đớn cản trở bạn làm các việc cần làm ở mức độ nào?	☐	☐	☐	☐	☐
4) 4. Những suy giảm về sức khỏe do nhiễm HIV làm bạn lo lắng ở mức độ nào?	☐	☐	☐	☐	☐
5) 5. Bạn cần đến hỗ trợ y tế để giúp cho các hoạt động hàng ngày của mình ở mức độ nào?	☐	☐	☐	☐	☐
6) 6. Bạn thấy vui vẻ, yêu thích cuộc sống của mình ở mức độ nào?	☐	☐	☐	☐	☐
7) 7. Bạn thấy cuộc sống của mình có ý nghĩa đến mức nào?	☐	☐	☐	☐	☐
8) 8. Bạn cảm thấy buồn lòng đến đâu nếu có người trách móc mình vì tình trạng sức khỏe của mình?	☐	☐	☐	☐	☐
9) 9. Bạn có lo sợ nhiều về tương lai không?	☐	☐	☐	☐	☐
10)					

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10. Bạn có cảm thấy lo lắng nhiều về cái chết không? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11) 11. Khả năng tập trung khi làm việc hay trong các hoạt động hàng ngày của bạn ở mức độ nào? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12) 12. Bạn cảm thấy được an toàn ở mức độ nào? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13) 13. Môi trường tự nhiên nơi bạn sống có trong lành không? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Các câu hỏi sau đây hỏi về mức độ bạn hoàn thành các công việc hoặc trải nghiệm dưới đây trong hai tuần qua:

- | | Hoàn toàn không
(1 điểm) | Một chút (2
điểm) | Vừa phải (3
điểm) | Hầu hết (4 điểm) | Hoàn toàn có (5
điểm) |
|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 14) 14. Sức khỏe của bạn đủ cho hoạt động hàng ngày ở mức độ như thế nào? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15) 15. Bạn cảm thấy hài lòng với hình dáng bên ngoài của mình không? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16) 16. Bạn có đủ tiến tiêu theo nhu cầu sinh hoạt hàng ngày của mình ở mức độ như thế nào? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17) 17. Những người quen biết của bạn thông cảm với hoàn cảnh của bạn ở mức độ nào? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18) 18. Bạn có thể tiếp cận các thông tin mà bạn cần trong cuộc sống hàng ngày dễ dàng không? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19) 19. Bạn có nhiều cơ hội tham gia hoạt động giải trí không? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- 20) 20. Bạn đánh giá khả năng vận động hay đi lại của mình thế nào

- ☐ Rất kém (1 điểm)
☐ Kém (2 điểm)
☐ Trung bình (3 điểm)
☐ Tốt (4 điểm)
☐ Rất tốt (5 điểm)

PHỤ LỤC 05: PHIẾU SÀNG LỌC ASSIT

BM06.PHIẾU PHÒNG VẤN -ASSIT (RƯỢU, AMPHETAMIN), THUỐC PHIỆN)

Page 1

Please complete the survey below.

Thank you!

Hướng dẫn bệnh nhân:

Các câu hỏi sau đây hỏi về kinh nghiệm của quý vị về việc sử dụng cồn rượu, và các loại dược phẩm khác trong suốt cuộc đời của quý vị và trong ba tháng vừa qua. Các chất này có thể được hút, nuốt, rít, hít hay tiêm chích

Một số các chất liệt kê có thể do bác sĩ kê đơn (như amphetamines, thuốc an thần, thuốc giảm đau). Trong cuộc phỏng vấn này, chúng tôi sẽ không ghi lại những loại thuốc được dùng do bác sĩ của quý vị kê đơn. Tuy nhiên, nếu quý vị có sử dụng những thuốc đó vì các lý do ngoài đơn thuốc, hoặc sử dụng các thuốc đó thường xuyên hơn, ở liều lượng cao hơn so với đơn thuốc hoặc bằng những cách khác không theo như chỉ định, thì xin cho tôi biết.

Mặc dù chúng tôi cũng có ý muốn biết về việc sử dụng các loại thuốc cấm khác nhau, xin quý vị yên tâm rằng những thông tin về việc sử dụng như vậy sẽ được xử lý một cách tuyệt đối kín đáo.

A1. Từ trước tới nay, bạn đã sử dụng loại nào trong các chất gây nghiện dưới đây? (Chú ý: với thuốc được kê đơn, chỉ đánh dấu nếu dùng không vì mục đích chữa bệnh) (Tích dấu X cho phần lựa chọn)

	Không	Có
a. Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐
b. Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamine v.v.)	☐	☐
c. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	☐	☐

Nếu các câu A1a, A1b, A1c chọn phương án "Có", vui lòng làm tiếp các câu A2, A3, A4, A5, A6, A7. Nếu các câu A1 chọn phương án "Không", bỏ qua các câu từ A2 đến A7

A2. Trong 3 tháng qua, bạn sử dụng các chất bạn nhắc đến trên thường xuyên ở mức độ nào?

	Không lần nào	1 hoặc 2 lần	Hàng tháng	Hàng tuần	(Hầu như) Hàng ngày
a. Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
b. Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
c. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methado)	☐	☐	☐	☐	☐

A3. Trong 3 tháng qua, bạn cảm thấy buồn bực và thèm sử dụng các chất bạn nhắc đến trên thường xuyên ở mức độ như thế nào? (Chọn một đáp án)

	Không lần nào	1 hoặc 2 lần	Hàng tháng	Hàng tuần	(Hầu như) hàng ngày
a. Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
b. Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
c. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methado)	☐	☐	☐	☐	☐

A4. Trong 3 tháng qua, việc sử dụng các chất bạn nhắc đến gây nên các vấn đề đối với sức khỏe, gia đình, xã hội, pháp luật hoặc kinh tế của bạn ở mức độ như thế nào?

	Không lần nào	1 hoặc 2 lần	Hàng tháng	Hàng tuần	(Hầu như) hàng ngày
a, Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
b, Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, ampheta)	☐	☐	☐	☐	☐
c, Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	☐	☐	☐	☐	☐

A5. Trong 3 tháng qua, bạn không làm được những việc bình thường của mình vì sử dụng các chất bạn nhắc đến trên ở mức độ như thế nào?

	Không lần nào	1 hoặc 2 lần	Hàng tháng	Hàng tuần	(Hầu như) Hàng ngày
a, Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
b, Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
c, Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	☐	☐	☐	☐	☐

A6. Có ai đó (người thân, bạn bè của bạn...) đã từng bày tỏ sự lo ngại của họ đối với việc sử dụng của bạn chưa?

	Không	Có, trong 3 tháng qua	Có, ngoài 3 tháng qua
a, Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐
b, Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	☐	☐	☐

c, Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

A7. Bạn đã bao giờ cố gắng kiểm soát, cắt giảm hoặc ngừng sử dụng mà không thành công chưa?

	Không	Có, trong 3 tháng qua	Có, ngoài 3 tháng qua
a, Đồ uống có cồn (bia, rượu, rượu vang, rượu mạnh, v.v.)	☐	☐	☐
b, Chất kích thích dạng amphetamin (đá, thuốc lắc, hồng phiến, amphetamine, ritalin, ecstasy, X, thuốc viên giảm cân, pha lê, dexedrin methamphetamin v.v.)	☐	☐	☐
c, Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, thuốc phiện, methadon, codein, buprenorphin...)	☐	☐	☐

A8. Bạn đã bao giờ sử dụng bất kỳ chất nào theo đường tiêm chích chưa?

- ☐ Chưa bao giờ
☐ Có, trong 3 tháng qua
☐ Có, ngoài 3 tháng qua

(KHÔNG VÌ MỤC ĐÍCH CHỮA

Điểm của đồ uống có cồn

Điểm_chất kích thích dạng amphetamin

Điểm_dangthuocphien

PHỤ LỤC 06: THANG ĐO TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Page 1

Thực hành tuân thủ điều trị

Vui lòng hoàn thành phiếu khảo sát dưới đây. Cảm ơn bạn!

Cân nặng trong lần khám gần đây nhất của bạn?

Chiều cao của bạn (cm)

Bạn đã từng uống thuốc ARV bao giờ chưa?

- ☐ 1. Tôi mới nhiễm và chưa dùng thuốc
☐ 2. Tôi uống thuốc được từ 3 ngày-dưới 3 tháng
☐ 3. Tôi uống thuốc từ 3-6 tháng
☐ 4. Tôi uống thuốc từ 6 tháng -1 năm
☐ 5. Tôi uống thuốc từ 1-3 năm
☐ 6. Tôi đã uống thuốc trên 3 năm

Bạn có giảm cân hay tăng cân so với lần khám trước?

- ☐ 1. Tăng cân
☐ 2. Giảm cân
☐ 3. Vẫn giữ nguyên cân

Theo bạn đánh giá, thuốc ARV có hiệu quả như thế nào?

- ☐ 1. Hiệu quả tuyệt vời
☐ 2. Hiệu quả rất tốt
☐ 3. Hiệu quả tốt
☐ 4. Hiệu quả trung bình
☐ 5. Hiệu quả kém

Vui lòng chọn phương án phù hợp nhất đối với bạn?

	Có	Không
Đôi lúc bạn có cảm thấy khó nhớ việc dùng thuốc không?	☐	☐
Khi bạn thấy khỏe hơn, bạn có lúc nào tạm dừng việc dùng thuốc không?	☐	☐
Hãy nhớ lại việc dùng thuốc của bạn trong 4 ngày trước đây, bạn có quên liều nào không?	☐	☐
Khi dùng thuốc và bạn thấy mệt hơn, có lúc nào bạn dừng việc dùng thuốc không?	☐	☐

Bạn đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bạn ở mức nào trong 4 ngày qua?

1 5 10

.....

(Place a mark on the scale above)

***NVYT đánh giá: Bệnh nhân có biết tên thuốc đang dùng không

- ☐ Có ☐ Không

Tên thuốc điều trị ARV bạn đang sử dụng là gì?

Hàng ngày, bạn phải uống thuốc ARV mấy lần?	☐ 1. Một lần ☐ 2. Hai lần ☐ 3. 3 lần/ngày trở lên
Mỗi lần bạn uống mấy viên thuốc?	☐ 1. Một viên ☐ 2. Hai viên ☐ 3. Ba viên trở lên
*NVYT đánh giá: Bệnh nhân có biết số viên thuốc ARV cần dùng trong ngày (đúng liều) không?	☐ Có ☐ Không
*Tổng số viên thuốc bạn được cấp phát trong lần khám bệnh gần đây nhất của bạn?	_____
*Ngày đầu tiên uống thuốc trong lần lĩnh thuốc gần đây nhất của bạn?	_____
*Số viên còn lại của bạn (tại thời điểm phỏng vấn)?	_____
*Ngày kiểm đếm số viên?	_____
*NVYT đánh giá: Trong tuần qua (7 ngày vừa qua) bệnh nhân đã bỏ/không uống thuốc mấy lần?	☐ 1. Một lần ☐ 2. Hai lần ☐ 3. Ba lần ☐ 4. Từ bốn lần trở lên ☐ 5. Không bỏ lần nào
Nếu bỏ/không uống thuốc, lý do tại sao? (Có thể chọn nhiều câu trả lời)	☐ 1. Bận nhiều việc nên quên ☐ 2. Đi làm không mang thuốc ☐ 3. Ngủ quên ☐ 4. Không có ai nhắc nhở ☐ 5. Muốn tránh tác dụng phụ của thuốc ☐ 6. Hết thuốc chưa kịp đi lấy ☐ 7. Cảm thấy mệt nên không uống ☐ 8. Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày ☐ 9. Cô đơn, buồn chán, căng thẳng, lo âu nên không uống ☐ 10. Mặc cảm và sợ bị kỳ thị ☐ 11. Đi lại xa, khó khăn ☐ 12. Do hậu quả của việc sử dụng rượu, ma túy ☐ 13. Sợ người khác nhìn thấy mình uống thuốc sẽ vô tình tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình. ☐ 14. Không rõ lý do ☐ 15. Khác
Nếu bạn chọn "Khác", ghi rõ lý do bệnh nhân bỏ uống thuốc trong tuần qua?	_____

Trong tuần qua (7 ngày vừa qua), bệnh nhân uống thuốc không đúng giờ mấy lần? (nghĩa là uống trước hoặc sau giờ đã chọn từ 1 tiếng đồng hồ trở lên)	☐ 1. Một lần ☐ 2. Hai lần ☐ 3. Từ 3 lần trở lên ☐ 4. Không uống sai giờ lần nào
Nếu không uống đúng giờ, lý do tại sao (có thể chọn nhiều ý)	☐ 1. Bận nhiều việc nên quên ☐ 2. Đi làm không mang thuốc ☐ 3. Ngủ quên ☐ 4. Không có ai nhắc nhở ☐ 5. Muốn tránh tác dụng phụ của thuốc ☐ 6. Hết thuốc chưa kịp đi lấy ☐ 7. Cảm thấy mệt nên không uống ☐ 8. Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày ☐ 9. Cô đơn, buồn chán, căng thẳng, lo âu nên không uống ☐ 10. Mặc cảm và sợ bị kỳ thị ☐ 11. Đi lại xa, khó khăn ☐ 12. Không rõ lý do ☐ 13. Khác
Nếu bạn chọn "Khác", lý do không uống thuốc đúng giờ của bạn là gì?	_____
*NVYT đánh giá: Trong tuần qua (7 ngày vừa qua) Bn có uống thuốc không đúng cách theo chỉ định của bác sĩ không (nghĩa là không uống đúng số lượng viên thuốc hoặc không theo chỉ định của bác sĩ không?)	☐ Có ☐ Không
Ghi cụ thể vấn đề của bệnh nhân không nhớ?	_____
*Nếu bệnh nhân uống thuốc không đúng cách, việc này xảy ra mấy lần trong 7 ngày vừa qua?	☐ 1. Một lần ☐ 2. Hai lần ☐ 3. Ba lần ☐ 4. Từ 4 lần trở lên
*Nếu không uống thuốc đúng cách, lý do tại sao?	☐ 1. Không nhớ cách uống/liều bác sĩ dặn ☐ 2. Phải uống quá nhiều thuốc ☐ 3. Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày ☐ 4. Cảm thấy mệt, không khỏe ☐ 5. Lý do khác
*NVYT đánh giá: bệnh nhân có uống thuốc đúng thời điểm dùng thuốc không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
*NVYT đánh giá: Trong tuần qua (7 ngày vừa qua) bệnh nhân có uống không đúng liều theo chỉ định của bác sĩ không?	_____
Trong thời gian qua (giữa các lần phỏng vấn), bạn có gặp phải tác dụng phụ nào của thuốc ARV không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không ☐ 3. Không rõ

Trong thời gian qua (giữa các lần phỏng vấn), có lần nào bạn phải dùng thuốc do tác dụng phụ của thuốc ARV hoặc thuốc điều trị khác kèm theo không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không ☐ 3. Không rõ
Nếu bạn chọn "Lý do khác", ghi rõ lý do của bạn	_____
Hiện tại bạn đang dùng biện pháp nào để nhắc mình uống thuốc? Có thể chọn nhiều phương án trả lời	☐ 1. Tự nhớ, không dùng biện pháp nào ☐ 2. Đồng hồ báo thức ☐ 3. Đặt cảnh báo/nhắc lịch trên điện thoại ☐ 4. Cài lịch uống thuốc trên app HMUH-care ☐ 5. Nhờ người khác nhắc ☐ 6. Khác
Nếu bạn chọn khác, biện pháp nhắc lịch uống thuốc của bạn là gì?	_____
Hiện tại, bạn có gặp tác dụng phụ gì của thuốc ARV không?	☐ Có ☐ Không
Bạn đã làm gì khi gặp tác dụng phụ đó (chọn một trong các phương án)	☐ 1. Không làm gì, để tự khỏi ☐ 2. Tự uống thuốc theo tài liệu hướng dẫn ☐ 3. Đi tư vấn bác sỹ ☐ 4. Bỏ thuốc, không uống nữa ☐ 5. Khác
Biện pháp của bạn khi bạn gặp phải tác dụng phụ của thuốc (nếu bạn chọn khác)	_____
Nếu bạn chọn Khác, ghi rõ bạn làm gì khi gặp tác dụng phụ của thuốc	_____
Bạn có đến tái khám đúng hẹn ở lần tái khám này không?	☐ 1. Đến khám đúng hẹn và đủ thuốc ☐ 2. Đến khám đúng hẹn nhưng vẫn thiếu thuốc ☐ 3. Đến khám trước hẹn, nhưng vẫn thiếu thuốc ☐ 4. Đến khám trước hẹn, nhưng đủ thuốc ☐ 5. Đến khám sau hẹn (muộn), nhưng đủ thuốc ☐ 6. Đến khám sau hẹn (muộn), thiếu thuốc
kết quả xn CD4 tại thời điểm mới điều trị ARV?	_____
ngày làm xn cd4 thời điểm mới điều trị	_____
Kết quả xét nghiệm CD4 gần đây nhất? (nếu không biết, ghi 0 vào phần trả lời)	_____
ngày bạn làm xét nghiệm CD4 gần đây nhất?	_____

Kết quả tải lượng virus sau 6 tháng điều trị? (ghi kph: không phát hiện, dnph: dưới ngưỡng phát hiện, sử dụng dấu . cho các con số)

Ngày làm TLVR sau 6 tháng điều trị?

Kết quả tải lượng virus sau 12 tháng điều trị? (ghi kph: không phát hiện, dnph: dưới ngưỡng phát hiện, sử dụng dấu . cho các con số)

Ngày làm TLVR sau 12 tháng điều trị?

Bạn có làm xét nghiệm đo tải lượng virus theo đúng lịch hẹn không?

- ☐ 1. Làm xét nghiệm đúng hẹn
- ☐ 2. Làm xét nghiệm muộn trong vòng 1 tuần kể từ ngày hẹn
- ☐ 3. Làm xét nghiệm muộn > 1 tuần kể từ ngày hẹn
- ☐ 4. Làm xét nghiệm sớm trước 1 tuần
- ☐ 5. Làm xét nghiệm sớm trước > 1 tuần
- ☐ 6. Chưa làm

Bạn đánh giá như thế nào về mức độ tự tin của bạn với việc tuân thủ đúng chỉ định

- ☐ 1. Hoàn toàn không tự tin
- ☐ 2. Không tự tin
- ☐ 3. Hơi không tự tin
- ☐ 4. Bình thường
- ☐ 5. Hơi tự tin
- ☐ 6. Tự tin
- ☐ 7. Hoàn toàn tự tin

Bạn đánh giá như thế nào về mức độ tin tưởng của bản thân về hiệu quả điều trị của ARV?

- ☐ 1. Hoàn toàn không tin tưởng
- ☐ 2. Không tin tưởng
- ☐ 3. Hơi không tự tin tưởng
- ☐ 4. Bình thường
- ☐ 5. Hơi tin tưởng
- ☐ 6. Tin tưởng
- ☐ 7. Hoàn toàn tin tươgr

Bạn đánh giá mức độ hài lòng của mình về tác dụng của ARV trong việc tăng cường về thể chất và tinh thần của mình?

- ☐ 1. Hoàn toàn không hài lòng
- ☐ 2. Không hài lòng
- ☐ 3. Hơi không hài lòng
- ☐ 4. Bình thường
- ☐ 5. Hơi hài lòng
- ☐ 6. Hài lòng
- ☐ 7. Hoàn toàn hài lòng

Bạn có hài lòng về dịch vụ của cơ sở y tế (nơi bạn đang điều trị) cung cấp không?

- ☐ 1. Hoàn toàn không hài lòng
- ☐ 2. Không hài lòng
- ☐ 3. Hơi không hài lòng
- ☐ 4. Bình thường
- ☐ 5. Hơi hài lòng
- ☐ 6. Hài lòng
- ☐ 7. Hoàn toàn hài lòng

PHỤ LỤC 07: PHIẾU HỎI Ý KIẾN BỆNH NHÂN NHÓM CHỨNG

BM010. Ý KIẾN CỦA BỆNH NHÂN

Page 1

Please complete the survey below.

Thank you!

1. Bạn đã từng trao đổi qua Zalo với nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi (bằng Zalo-sms hoặc Zalo-call)	☐ Có ☐ Không
2. Bạn đã bao giờ chủ động nhắn tin hoặc gọi điện trao đổi qua Zalo với nhân viên y tế của cơ sở điều trị cho bạn về các vấn đề liên quan đến HIV và điều trị chưa?	☐ 1. Đã từng ☐ 2. Chưa từng
3. Nếu bạn đã từng hỏi nhân viên y tế của cơ sở điều trị qua Zalo, bạn có nhận được tư vấn bởi các NVYT này không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
4. Bạn có bao giờ chủ động tìm kiếm các thông tin liên quan đến HIV- ARV ngoài các thông tin mà nhóm nghiên cứu cung cấp không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không
5. Bạn có được cung cấp nhiều các thông tin về HIV và ARV từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác ngoài nhóm nghiên cứu của chúng tôi không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không

PHỤ LỤC 08: PHIẾU HỎI Ý KIẾN BỆNH NHÂN NHÓM CAN THIỆP

Page 1

BM010. Ý KIẾN CỦA BỆNH NHÂN

Please complete the survey below.

Thank you!

1. Bạn đã từng trao đổi qua Zalo với nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi (bằng Zalo-sms hoặc Zalo-call)	☐ Có ☐ Không
2. Bạn đã bao giờ đọc thông điệp ngắn liên quan đến HIV hoặc ART được chúng tôi cung cấp qua Zalo chưa?	☐ 1. Đã từng đọc ☐ 2. Chưa bao giờ đọc ☐ 3. Chưa được nhận thông điệp ngắn qua Zalo
3. Nếu bạn đã từng đọc các thông điệp ngắn liên quan đến HIV hoặc ART mà chúng tôi cung cấp qua Zalo, tần suất bạn đọc các bài thông điệp ngắn là như thế nào?	☐ hàng ngày ☐ hàng tuần ☐ hai tuần/lần ☐ hàng tháng
4. Bạn đã bao giờ đọc bài truyền thông liên quan đến HIV hoặc ART được chúng tôi cung cấp qua Zalo chưa?	☐ 1. Đã từng đọc ☐ 2. Chưa bao giờ đọc
5. Nếu bạn đã từng đọc các bài truyền thông liên quan đến HIV hoặc ART được chúng tôi cung cấp qua Zalo, tần suất bạn đọc như thế nào ?	☐ 1. Hàng ngày ☐ 2. Hàng tuần ☐ 3. Hai tuần/lần ☐ 4. Hàng tháng
6. Bạn đã bao giờ chủ động nhắn tin hoặc gọi điện trao đổi qua Zalo với nhân viên y tế của cơ sở điều trị cho bạn về các vấn đề liên quan đến HIV và điều trị chưa?	☐ 1. Đã từng ☐ 2. Chưa từng
7. Nếu bạn đã từng hỏi nhân viên y tế của cơ sở điều trị qua Zalo, bạn có nhận được tư vấn bởi các NVYT này không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không

8. Nếu bạn nhận được tư vấn từ nhân viên y tế trên Zalo, các chủ đề nào bạn đã thích nhất?

- ☐ 1. Tuân thủ điều trị là như thế nào
- ☐ 2. Kỹ năng giúp bạn tuân thủ điều trị tốt
- ☐ 3. Tác dụng phụ của thuốc
- ☐ 4. Cung cấp thông tin về các cơ sở điều trị HIV, ARV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- ☐ 5. Nhiễm trùng cơ hội, cách dự phòng nhiễm trùng cơ hội như thế nào
- ☐ 6. Ma túy, rượu, các chất gây nghiện khác
- ☐ 7. Tư vấn tâm lý, sức khỏe tinh thần, động viên, khích lệ bạn
- ☐ 8. Lưu ý dinh dưỡng
- ☐ 9. Bảo mật thông tin và quy định của pháp luật liên quan
- ☐ 10. Ý kiến khác

9. Chủ đề nào bạn được nhân viên y tế tư vấn qua Zalo (nếu bạn chọn khác)

10. Bạn thấy các bài truyền thông/thông điệp ngắn mà chúng tôi gửi đến bạn có hữu ích không?

- ☐ 1. Rất không hữu ích (1 điểm)
- ☐ 2. Không hữu ích (2 điểm)
- ☐ 3. Có hữu ích (3 điểm)
- ☐ 4. Rất hữu ích (4 điểm)

11. Bạn có bao giờ chủ động tìm kiếm các thông tin liên quan đến HIV- ARV ngoài các thông tin mà nhóm nghiên cứu cung cấp không?

- ☐ 1. Có
- ☐ 2. Không

12. Bạn có được cung cấp nhiều các thông tin về HIV và ARV từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác ngoài nhóm nghiên cứu của chúng tôi không?

- ☐ 1. Có
- ☐ 2. Không

**PHỤ LỤC 09: PHIẾU TƯ VẤN TĂNG CƯỜNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ
SAU 3 THÁNG VÀ SAU 6 THÁNG**

Mã số nghiên cứu: **Mã số bệnh án:**

Buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần ☐ 1 hay lần ☐ 2

Ngày:/...../.....

Giờ:.....

Thời gian gọi điện (số phút):

Chào hỏi và giới thiệu

Xin chào bạn! Mình tên là :....., là bác sỹ/chuyên gia tâm lý/điều dưỡng thuộc phòng khám điều trị ngoại trú..... Hôm nay, mình muốn trao đổi một chút với bạn về tình hình tuân thủ điều trị thuốc ARV hiện nay của bạn, và mình mong muốn những chia sẻ và tư vấn của mình sẽ giúp ích cho việc điều trị của bạn hiệu quả hơn.

THÔNG TIN BAN ĐẦU

Phác đồ thuốc ARV đang sử dụng:.... ☐ Bậc 1 ☐ Bậc 2

Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV lần gần nhất:.....Ngày XN:.../.../....

Mức tuân thủ điều trị trước tư vấn: ☐ Tốt

☐ Không tốt

Khó khăn của bệnh nhân về vấn đề tuân thủ điều trị (các yếu tố không tuân thủ):

☐ Không gặp khó khăn gì

☐ Có

Các yếu tố không tuân thủ	Các giải pháp tăng cường tuân thủ
Yếu tố hành vi ☐ Quên ☐ Làm hỏng, mất thuốc, cho thuốc ☐ Uống rượu/sử dụng ma túy ☐ Chemsex/highfun ☐ Khác (ghi rõ):.....	☐ Nhờ người nhà hỗ trợ ☐ Nhờ bệnh nhân khác hỗ trợ ☐ Nhờ nhân viên hỗ trợ nhắc nhở ☐ Điều trị nghiện/cai nghiện ☐ Đặt báo thức ☐ Đặt lời nhắc ☐ Dùng hộp đựng thuốc ☐ Lời nhắc dán trên tường

Yếu tố sức khỏe, nhận thức ☐ Thấy khỏe rồi ☐ Muốn điều trị theo cách khác ☐ Bị ốm ☐ Tác dụng phụ ☐ Chưa phải là vấn đề ưu tiên ☐ Khác (ghi rõ):..... 	☐ Trị liệu tâm lý ☐ Khác:.....
Yếu tố kinh tế, xã hội ☐ Đi lại xa, khó khăn ☐ Đi làm ăn xa ☐ Không có người thân hỗ trợ ☐ Gặp người quen ☐ Do dịch bệnh ☐ Bị bắt (đi tù, cai nghiện) ☐ Khác (ghi rõ):.....	
Yếu tố cảm xúc, tâm thần kinh ☐ Cô đơn, buồn chán, căng thẳng, lo âu, trầm cảm ☐ Mặc cảm và sợ bị kỳ thị ☐ Khác (ghi rõ):..... 	

Ngày....tháng.....năm...

Cán bộ tư vấn (ký và ghi rõ họ tên)

**PHỤ LỤC 10: NHẬT KÝ THEO DÕI
HOẠT ĐỘNG GỬI BÀI TRUYỀN THÔNG/THÔNG ĐIỆN**

Nội dung can thiệp	Người thực hiện	Ngày thực hiện	Số lượng bệnh nhân gửi thành công	Số lượng bệnh nhân không gửi được	Lý do không thực hiện can thiệp thành công
Gửi bài truyền thông 1					
Gửi thông điệp 1					
Gửi bài truyền thông 2					
Gửi thông điệp 2					
Gửi bài truyền thông 3					
Gửi thông điệp 3					
Gửi bài truyền thông 4					
Gửi thông điệp 4					
Gửi bài truyền thông 5					
Gửi thông điệp 5					
Gửi bài truyền thông 6					
Gửi bài truyền thông 6					
Gửi bài truyền thông 7					
Gửi thông điệp 7					
Gửi bài truyền thông 8					
Gửi thông điệp 8					
Gửi bài truyền thông 9					
Gửi thông điệp 9					
Gửi bài truyền thông 10					
Gửi thông điệp 10					
Gửi bài truyền thông 11					
Gửi thông điệp 11					
Gửi bài truyền thông 12					
Gửi thông điệp 12					