

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

ĐÀO ĐỨC GIANG

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV, MỘT SỐ
YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI
MỘT SỐ PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI
HÀ NỘI**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

ĐÀO ĐỨC GIANG

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV, MỘT SỐ
YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI
MỘT SỐ PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI
HÀ NỘI**

Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62 72 03 01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS. Nguyễn Anh Tuấn

2. PGS. TS. Bùi Đức Dương

HÀ NỘI – 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng để bảo vệ ở bất kỳ học vị nào.

Tôi xin cam đoan rằng mọi sự giúp đỡ cho việc thực hiện luận án đã được cảm ơn, các thông tin trích dẫn trong luận án này đều được chỉ rõ nguồn gốc.

Tác giả luận án

Đào Đức Giang

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Nguyễn Anh Tuấn và PGS. TS. Bùi Đức Dương, là những người thầy hướng dẫn trực tiếp, đã tận tình giúp đỡ, truyền đạt kiến thức trong suốt quá trình học tập, thực hiện và hoàn thành luận án.

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

Tôi xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo, các cán bộ của Cục Phòng Chống HIV/AIDS, Trung tâm Phòng Chống HIV/AIDS Hà Nội, Trung tâm Y Tế Dự Phòng và Phòng Khám Ngoại Trú các Quận, Huyện Hoàng Mai, Ứng Hòa và Ba Vì đã hỗ trợ tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu, thu thập dữ liệu cho luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả thành viên trong các Hội Đồng Đạo Đức, Hội Đồng Khoa Học đã 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 cha mẹ, vợ, các con và các anh chị em, bạn bè, đồng nghiệp thân thiết, đã hết lòng ủng hộ, động viên, chia sẻ trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án tốt nghiệp.

Đào Đức Giang

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT.....	i
DANH MỤC BẢNG.....	ii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	iv
DANH MỤC HÌNH.....	v
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG I : TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Điều trị kháng vi-rút và lợi ích của điều trị kháng vi-rút (ARV)	3
1.1.1. Tổng quan các thuốc ARV và tiêu chuẩn điều trị ARV	3
1.1.2. Lợi ích của điều trị ARV	5
1.1.3. Ảnh hưởng của không tuân thủ điều trị ARV	6
1.1.4. Tổ chức điều trị ARV cho người nhiễm và theo dõi đáp ứng điều trị ARV	9
1.2. Định nghĩa, cách đánh giá và các yếu tố có ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị	10
1.2.1. Định nghĩa và đánh giá tuân thủ điều trị	10
1.2.2. Tuân thủ điều trị ARV trên thế giới và tại Việt Nam	13
1.2.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV.....	14
1.3. Phân loại các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị ARV.....	25
1.3.1. Can thiệp tuân thủ điều trị trong chăm sóc và điều trị theo thường quy	27
1.3.2. Can thiệp tuân thủ điều trị chuẩn nâng cao (eSOC).....	28
1.3.3. Can thiệp tuân thủ điều trị qua điện thoại	29
1.3.4. Can thiệp tuân thủ điều trị qua tin nhắn	31
1.3.5. Can thiệp tuân thủ điều trị qua tập huấn kỹ năng cho bệnh nhân.....	33
1.3.6. Can thiệp tuân thủ điều trị đa phương tiện	36
1.3.7. Can thiệp tuân thủ điều trị qua liệu pháp hành vi nhận thức	37
1.3.8. Can thiệp tuân thủ điều trị qua người hỗ trợ	38
1.3.9. Can thiệp tuân thủ điều trị qua hỗ trợ tài chính	40
1.3.10. Can thiệp tuân thủ điều trị qua thiết bị nhắc dùng thuốc	40
1.3.11. So sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV	41
1.4. Thông tin chung về phòng khám ngoại trú (OPC)	45
1.5. Khung lý thuyết, câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu	46
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	48
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	48
2.2. Địa điểm, thời gian và thiết kế nghiên cứu	48
2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	49
2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu	49
2.3.2. Phương pháp chọn mẫu	50
2.3.3. Tóm tắt quy trình nghiên cứu	50
2.4. Nội dung các hoạt động can thiệp.....	51
2.4.1. Mục tiêu của can thiệp.....	51
2.4.2. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu can thiệp	51
2.4.3. Nội dung và các hoạt động can thiệp của mô hình	51

2.4.4. Tổ chức và điều hành hoạt động can thiệp của mô hình	55
2.4.5. Bộ chỉ số đánh giá hiệu quả của can thiệp	55
2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.....	58
2.5.1. Bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị.....	58
2.5.2. Bộ công cụ thu thập các thông tin nhân khẩu học, xã hội học, bệnh học của bệnh nhân.....	61
2.6. Quản lý và phân tích số liệu.....	62
2.7. Các biện pháp không chế sai số trong nghiên cứu.....	62
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu	63
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	64
3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp	64
3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp	64
3.1.2. Một số đặc điểm bệnh học đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp	66
3.1.3. Một số đặc điểm xã hội học các đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp	70
3.2. Thực trạng điều trị ARV tại thời điểm trước và sau can thiệp	72
3.2.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu	72
3.2.2. Điều trị dự phòng khác kèm theo điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu	76
3.2.3. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian điều trị ARV.....	76
3.2.4. Các hỗ trợ xã hội người nhiễm nhận được từ gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV tại thời điểm trước can thiệp 2016	77
3.2.5. Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân trong khảo sát trước can thiệp	78
3.3. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV tại thời điểm trước can thiệp 2016.....	78
3.3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị qua phỏng vấn bệnh nhân	78
3.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS) tại thời điểm trước can thiệp	79
3.3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV tại thời điểm trước can thiệp	80
3.3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ tại thời điểm trước can thiệp	80
3.3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp.....	81
3.4. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị	81
3.5. Đánh giá hiệu quả can thiệp theo các chỉ số đánh giá hiệu quả	84
3.5.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp	84
3.5.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp	87

3.5.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp	87
3.5.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV so sánh trước và sau can thiệp	88
3.5.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ so sánh trước và sau can thiệp	89
3.5.6. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp.....	89
3.5.7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp	90
3.5.8. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp	91
3.5.9. Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân, so sánh trước và sau can thiệp	91
3.5.10. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp.....	94
3.5.11. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dừng thuốc do tác dụng phụ.....	95
3.5.12. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ	96
3.5.13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV.....	99
3.5.14. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc do bác sỹ phòng khám cung cấp	100
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	102
4.1. Một số đặc điểm và tính đại diện của quần thể nghiên cứu	102
4.2. Thực trạng điều trị ARV	104
4.2.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu	104
4.2.2. Xét nghiệm tải lượng vi-rút và CD4 trong thời gian điều trị ARV	105
4.2.3. Các hỗ trợ xã hội người nhiễm nhận được từ gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV	106
4.2.4. Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân đang điều trị ARV.	107
4.3. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV	108
4.3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên các câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân tại thời điểm trước can thiệp	108
4.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS) tại thời điểm trước can thiệp	109
4.3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV tại thời điểm trước can thiệp	109
4.3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ tại thời điểm trước can thiệp	110
4.3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp.....	111

4.4. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	112
4.4.1. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	112
4.4.2. Một số yếu tố không liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	114
4.5. Hiệu quả của can thiệp tăng tuân thủ điều trị tại các phòng khám ngoại trú	116
4.5.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp	116
4.5.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp	117
4.5.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp	117
4.5.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV.....	118
4.5.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ.....	118
4.5.6. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp.....	119
4.5.7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp	119
4.5.8. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp	120
4.5.9. Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân, so sánh trước và sau can thiệp	121
4.5.10. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp.....	122
4.5.11. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dùng thuốc do tác dụng phụ	123
4.5.12. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ	124
4.5.13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV.....	124
4.5.14. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách dùng thuốc do bác sỹ phòng khám cung cấp	125
4.6. Hạn chế của nghiên cứu	125
KẾT LUẬN.....	127
KHUYẾN NGHỊ.....	129
DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ.....	130
TÀI LIỆU THAM KHẢO	131
PHỤ LỤC.....	142

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome- Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ARV	Antiretroviral- Kháng retrovirus
ART	Antiretroviral therapy- Điều trị kháng retrovirus
AZT	Zidovudine
ddC	Zalcitabine
DOT	Phương pháp quan sát trực tiếp
d4T	Stavudine
EFV	Efavirenz
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i> - Vi-rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người.
MEMS	Hệ thống giám sát dùng thuốc điện tử (Medications Event Monitoring System)
MOH	Ministry of Health- Bộ Y Tế
KS	Kaposi's sarcoma
NNRTI	Non - nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược non – nucleoside
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside
OPC	Phòng khám và điều trị ngoại trú HIV/AIDS
PCP	Viêm phổi <i>Pneumocystis carinii</i>
PI	Protease inhibitors - Nhóm ức chế protease
SOC	Chăm sóc và điều trị chuẩn
e-SOC	Chăm sóc và điều trị tăng cường
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc Tế Hoa Kỳ
USFDA	Cơ quan quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ
VAAC	Vietnam Administration of HIV/AIDS Control - Cục Phòng Chống HIV/AIDS
VAS	Thang điểm trực quan
ZDV	Zidovudine
WHO	World Health Organization- Tổ chức Y tế Thế Giới
3TC	Lamivudine

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Một số thuốc và nhóm thuốc ARV chính tại Việt Nam.....	4
Bảng 2.1 Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV và các hoạt động can thiệp.....	53
Bảng 2.2 Các câu hỏi phỏng vấn đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 1 của công cụ đánh giá đa chiều.....	59
Bảng 2.3 Các câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 3 của công cụ đánh giá đa chiều	60
Bảng 2.4 Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị theo phương pháp kết hợp sử dụng bộ công cụ đa chiều.....	61
Bảng 3.1 Quy mô điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú và số lượng bệnh nhân được tuyển chọn tham gia nghiên cứu trong năm 2016 và 2017.	64
Bảng 3.2 Các đặc điểm nhân khẩu học các đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp	65
Bảng 3.3 Một số đặc điểm bệnh học của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	67
Bảng 3.4 Giá trị xét nghiệm CD4 tại thời điểm mới chẩn đoán nhiễm HIV và tại thời điểm khảo sát năm 2016 và 2017.....	68
Bảng 3.5 Tình trạng nhiễm trùng cơ hội trong khảo sát trước can thiệp năm 2016.....	70
Bảng 3.6 Thời gian và khoảng cách từ nhà đến phòng khám của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	71
Bảng 3.7 Một số đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	72
Bảng 3.8 Phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu.....	73
Bảng 3.9 Số lần uống thuốc ARV trong ngày và số viên thuốc cần uống trong ngày	74
Bảng 3.10. Thay đổi phác đồ điều trị ARV trong 1 năm gần đây trong khảo sát trước và sau can thiệp	75
Bảng 3.11 Gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng của thuốc trước can thiệp năm 2016.....	75
Bảng 3.12 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được điều trị dự phòng với INH và CTX trước can thiệp năm 2016.....	76
Bảng 3.13 Các hỗ trợ người nhiễm nhận được từ gia đình và xã hội đối với điều trị ARV, và tỷ lệ có công việc ổn định trước can thiệp năm 2016.....	77
Bảng 3.14 Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân có thể có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	78
Bảng 3.15 Tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân trước nghiên cứu năm 2016.....	79
Bảng 3.16 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS.....	80
Bảng 3.17 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV..	80
Bảng 3.18 Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp trước can thiệp.....	81
Bảng 3.19 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến.....	82
Bảng 3.20 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến.....	84
Bảng 3.21: Mức độ tuân thủ điều trị ARV so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều.....	85
Bảng 3.22: Sự khác biệt tuân thủ điều trị ARV mức độ cao, so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều.....	86

Bảng 3.23: Tuân thủ điều trị ARV mức độ thấp, so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều	86
Bảng 3.24 Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp ...	87
Bảng 3.25 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS so sánh trước và sau can thiệp.....	88
Bảng 3.26 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm kiểm tra kiến thức về thuốc so sánh trước và sau can thiệp.....	89
Bảng 3.27 So sánh các phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	90
Bảng 3.28 Giá trị xét nghiệm CD4 gần nhất.....	90
Bảng 3.29 Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây.....	91
Bảng 3.30 Một số chỉ số đánh giá sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với người nhiễm điều trị ARV.....	92
Bảng 3.31. Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ điều trị Methadone	93
Bảng 3.32 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ của cán bộ y tế đối với điều trị ARV	93
Bảng 3.33 Sử dụng Heroin và các chất gây nghiện trong 30 ngày qua.....	94
Bảng 3.34 Tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân.....	95
Bảng 3.35 Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dùng nghiên cứu do tác dụng phụ của thuốc trước và sau can thiệp.....	95
Bảng 3.36 Mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ.....	96
Bảng 3.37 Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ theo thang đánh Likert.....	97
Bảng 3.38 Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả điều trị của ARV.....	98
Bảng 3.39 Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV theo thang đánh Likert	98
Bảng 3.40 Mức độ đồng ý của bệnh nhân về nhận định ARV làm tăng sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân	99
Bảng 3.41 Điểm mức độ hài lòng của bệnh nhân về việc điều trị làm tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần theo thang đánh Likert	100
Bảng 3.42 Mức độ hài lòng của bệnh nhân với thông tin về cách uống thuốc do bác sỹ cung cấp.....	101

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1 Mối quan hệ giữa tuân thủ điều trị và tình trạng ức chế vi-rút.....	7
Biểu đồ 1.2 Ước tính Kaplan Mayer thời gian sống thêm, so sánh giữa nhóm tuân thủ điều trị và không tuân thủ điều trị ARV.....	8
Biểu đồ 1.3 Tương quan giữa giới tính, cân nặng với tuân thủ điều trị.....	21
Biểu đồ 3.1 Phân bố tuổi của bệnh nhân trước (V1) và sau can thiệp (V2).....	66
Biểu đồ 3.2 Biểu đồ chuyển đổi CD4 tại thời điểm mới nhiễm HIV và sau khi điều trị ARV tại thời điểm khảo sát trước can thiệp 2016.....	69
Biểu đồ 3.3 Biểu đồ chuyển đổi giá trị xét nghiệm CD4 tại thời điểm mới nhiễm HIV và sau khi điều trị ARV tại thời điểm khảo sát sau can thiệp 2017.....	69

DANH MỤC HÌNH

<i>Hình 1.1 Các mô hình can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị dạng đơn lẻ hoặc kết hợp</i>	<i>42</i>
<i>Hình 1.2 Hiệu quả của các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn.....</i>	<i>44</i>
<i>Hình 1.3 Khung lý thuyết nghiên cứu.....</i>	<i>47</i>
<i>Hình 2.1 Tóm tắt quy trình nghiên cứu</i>	<i>51</i>
<i>Hình 2.2 Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm trực quan (VAS 0-10)</i>	<i>59</i>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) là một trong những phát hiện quan trọng có ảnh hưởng to lớn về mặt y học, tâm lý và xã hội vào cuối những năm của thế kỷ 20, Từ 5 ca bệnh viêm phổi *Pneumocystis carinii* (PCP) tại Los Angeles năm 1981 và 26 ca bệnh Kaposi's sarcoma (KS) tại New-York và California trên người có quan hệ tình dục đồng giới nam, HIV/AIDS đã nhanh chóng trở thành một bệnh dịch có tác động tiêu cực mạnh mẽ trên quy mô toàn cầu và Việt Nam không phải là một ngoại lệ. Theo số liệu thống kê của Cục phòng, chống HIV/AIDS tính đến cuối năm 2017, điều trị ARV được triển khai tất cả 63 tỉnh/thành phố, với 401 phòng khám điều trị ngoại trú ARV với khoảng 124.000 bệnh nhân được điều trị kháng retrovirus (ARV) [4].

Năm 1987, thuốc ARV đầu tiên Zidovudine (AZT) được phê duyệt cho điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, đây là một chất ức chế men sao chép ngược [40]. Việc nghiên cứu phát triển các thuốc ARV được đẩy mạnh và trong các năm sau đó, liên tiếp các thuốc ARV được ra đời như Zalcitabine (ddC), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), viên kết hợp 3TC và AZT (Combivir), Abacavir/Lamivudine/AZT, Tenofovir...Thuốc ARV trong điều trị HIV/AIDS được xem là một bước tiến quan trọng giảm đáng kể tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV [118], [119]. Các thuốc ARV ra đời đã chuyển biến nhiệm vụ HIV/AIDS từ một căn bệnh chết người sang một bệnh mạn tính có thể kiểm soát được.

Mục tiêu chính của điều trị ARV là nhằm đạt được ức chế vi-rút bền vững và duy trì chức năng miễn dịch, qua đó giảm tỷ lệ tử vong cũng như gánh nặng bệnh tật. Để đạt được điều này, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tuân thủ điều trị đóng một vai trò quan trọng [72], [118], [119]. Mặc dù vậy tuân thủ điều trị không phải dễ dàng và phần lớn bệnh nhân gặp phải nhiều khó khăn đối với tuân thủ điều trị [72], [118], [119]. Mối quan hệ giữa tuân thủ điều trị và tải lượng vi-rút đã được chứng minh trong một nghiên cứu cho thấy khi tỷ lệ tuân thủ điều trị giảm 10% thì tải lượng vi-rút tăng lên gấp đôi. Phân tích cũng cho thấy tuân thủ điều trị là biến số quan trọng, giải thích cho khoảng từ 40%-60% biến thiên của tải lượng vi-rút và tuân thủ điều trị tốt có tương quan chặt chẽ tới tăng CD4 đã được khẳng định trong một số nghiên cứu [75], [81].

Kháng thuốc là một trong những vấn đề đáng lo ngại khác do hậu quả của việc không tuân thủ điều trị. Mặc dù khó có thể lượng hóa chính xác tác động hay ảnh hưởng của

không tuân thủ điều trị, không tuân thủ điều trị ARV được xác định là một trong những nguyên nhân quan trọng gây ra các mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng do nguy cơ hình thành kháng thuốc không chỉ với cá nhân người bệnh mà cho cả xã hội [117]. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy cứ 5 người nhiễm mới thì có 1 người nhiễm chủng kháng thuốc [119]. Không tuân thủ điều trị không chỉ làm tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân do phải chuyển đổi phác đồ mà còn tăng nguy cơ tử vong và tàn tật cũng như nguy cơ lây truyền các chủng kháng thuốc cho người khác [117].

Các yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị cũng như các biện pháp can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV cũng rất đa dạng và phong phú. Các nghiên cứu đã cho thấy các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV có các kết quả rất khác nhau trong các điều kiện và hoàn cảnh khác nhau. Can thiệp có thể thành công trong một nơi, một hoàn cảnh cụ thể nhưng điều đó không đảm bảo cho sự thành công cho việc triển khai ở nơi khác. Các can thiệp cần được thực hiện đảm bảo sự phù hợp về mặt văn hóa, xã hội và hoàn cảnh thực tế tại địa điểm can thiệp [64].

Việc xây dựng các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ARV tại Việt Nam có thể tham khảo các kinh nghiệm trên thế giới, nhưng vẫn phải dựa trên nền tảng là giải quyết các vấn đề cụ thể của Việt Nam. Đánh giá được chính xác mức độ tuân thủ điều trị, xác định được các yếu tố tiên lượng có liên quan đến tuân thủ điều trị để từ đó xây dựng được các chiến lược can thiệp phù hợp là một việc làm cần thiết để giúp cho việc tăng cường tuân thủ điều trị kháng retrovirus ở bệnh nhân HIV/AIDS. Vì lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội" với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại thành phố Hà Nội năm 2016.
2. Đánh giá hiệu quả một số can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội năm 2017.

CHƯƠNG I : TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Điều trị kháng vi-rút và lợi ích của điều trị kháng vi-rút (ARV)

1.1.1. Tổng quan các thuốc ARV và tiêu chuẩn điều trị ARV

Ngày 19/3/1987 được coi là một cột mốc quan trọng khi lần đầu tiên Cơ quan quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ (US FDA) chính thức chấp thuận, phê duyệt Zidovudine (Azidothymidine, AZT, ZDV), một thuốc được nghiên cứu phát triển vào năm 1960 để ngăn ngừa ung thư, làm thuốc điều trị HIV/AIDS đầu tiên. Đây được xem là một bước đột phá trong quản lý điều trị HIV. Kể từ đó tới nay, các nỗ lực trong nghiên cứu, phát triển thuốc đã cho phép sự ra đời của nhiều loại thuốc ARV được ứng dụng vào điều trị. Các thống kê của US FDA cho thấy tính tới thời điểm hiện tại có hơn 40 loại thuốc ARV đã được cấp phép lưu hành và cũng đang có hàng chục các nghiên cứu phát triển các ARV mới khác đang được tiến hành trên thế giới [18]. Về cơ bản, các thuốc ARV được chia làm 5 nhóm chính theo cơ chế tác dụng gồm:

- Thuốc ức chế men sao chép ngược (NRTI)
- Thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside (NNRTI)
- Thuốc ức chế men Protease (PI)
- Thuốc ức chế hòa màng/xâm nhập
- Thuốc ức chế men tích hợp

Các thuốc ức chế men sao chép ngược (NRTI), thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside (NNRTI) và thuốc ức chế men Protease (PI) là các thuốc được sử dụng phổ biến tại Việt Nam và nhiều nước trên thế giới [18]. Thuốc ức chế hòa màng/xâm nhập và thuốc ức chế men tích hợp là các nhóm thuốc mới hiện ít được sử dụng trong nước. Tóm tắt các thuốc ARV đang được sử dụng tại Việt Nam được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 1.1 Một số thuốc và nhóm thuốc ARV chính tại Việt Nam

Thuốc ức chế men sao chép ngược (NRTI)	Thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside (NNRTI)	Thuốc ức chế men Protease (PI)	Thuốc ức chế hòa màng/xâm nhập	Thuốc ức chế men tích hợp
Abacavir Lamivudin Tenofovir Zidovudin Emtricitabin Stavudin	Efavirenz Nevirapin Etravirin Ralpivirin	Atazanavir Ritonavir Lopinavir và ritonavir Cobicistat Darunavir Fosamprenavir Saquinavir Tipranavir	Elvitegravir Dolutegravir Raltegravir	Maraviroc

Trong khi sự đa dạng và phong phú xét trên cơ chế điều trị cũng như sự đa dạng về chủng loại thuốc trong từng phân nhóm là cơ hội tốt, cho phép bệnh nhân tiếp cận với nhiều điều trị khác nhau; sự đa dạng các loại thuốc này cũng cho thấy tính chất phức tạp của điều trị ARV cũng như các khó khăn tiềm ẩn đối với vấn đề tuân thủ điều trị. Một điểm nữa cũng cần lưu ý đó là ngoài việc sử dụng các thuốc ARV, bệnh nhân HIV/AIDS còn được điều trị dự phòng với các thuốc khác nữa trong trường hợp cần thiết như điều trị dự phòng với Co-trimoxazol, điều trị dự phòng lao (Isoniazid), điều trị bệnh do nấm (Amphotericin B, Fluconazol, Itraconazol...), việc điều trị này làm tăng thêm tính chất phức tạp cũng như gây khó khăn hơn vấn đề tuân thủ điều trị.

Tại Việt Nam, việc điều trị kháng vi-rút (ARV) đối với bệnh nhân HIV/AIDS đã được chuẩn hóa trong Hướng dẫn Quản lý, Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS, được ban hành kèm theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22 tháng 7 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, và sau đó được cập nhật trong Hướng dẫn Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS, được ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 1 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế [1]. Các hướng dẫn này nêu rõ mục đích của điều trị ARV là để ngăn chặn tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể và phục hồi chức năng miễn dịch. Bốn nguyên tắc điều trị ARV cũng đã được trình bày đầy đủ trong hướng dẫn trong đó có nguyên tắc điều trị liên tục, suốt đời và nguyên tắc đảm bảo tuân thủ

điều trị ARV. Cụ thể hơn, nguyên tắc tuân thủ điều trị nêu rõ người bệnh cần thực hiện uống thuốc đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định đã cho thấy tầm quan trọng của tuân thủ điều trị ARV. Hướng dẫn Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y Tế nêu nguyên tắc chung đó là tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng và số lượng tế bào CD4 đều có thể bắt đầu được điều trị. Hướng dẫn này cũng nêu rất rõ các chỉ định của việc sử dụng các phác đồ bậc 1, bậc 2 và bậc 3 cho bệnh nhân [1].

Hiện nay phần lớn các thuốc điều trị ARV trong nước cũng như kinh phí phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam chủ yếu từ nguồn viện trợ nước ngoài [67]. Tuy nhiên, từ khi Việt Nam được công nhận là nước có mức sống trung bình thì nguồn viện trợ giảm dần, thay vào đó là nguồn ngân sách Nhà nước và Quỹ bảo hiểm y tế. Việc điều trị ARV do vậy càng cần phải kiểm soát chặt chẽ để hạn chế tình trạng kháng thuốc dẫn tới phải sử dụng các phác đồ bậc cao với chi phí cao hơn đáng kể so với phác đồ bậc 1.

1.1.2. Lợi ích của điều trị ARV

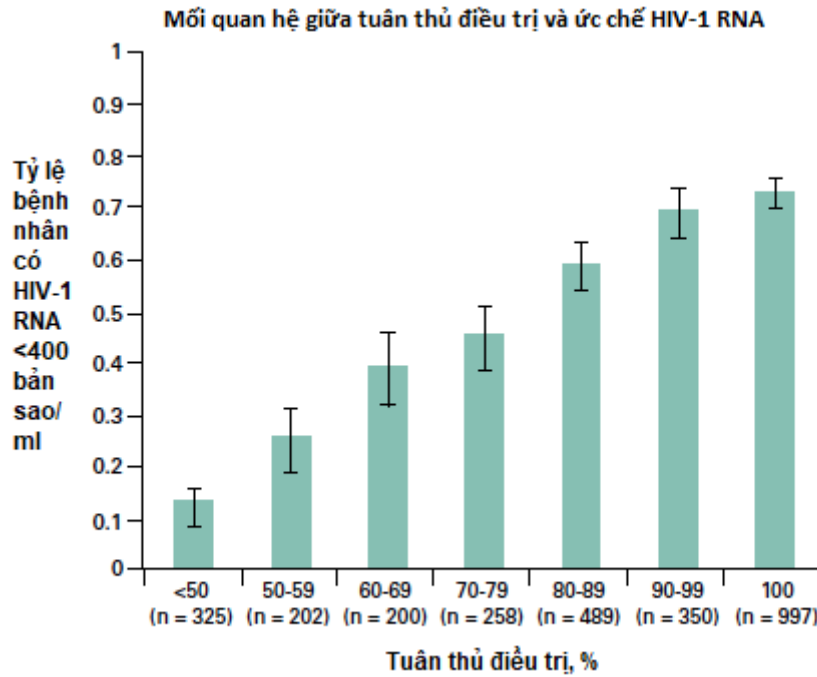
Lợi ích của điều trị ARV là việc không cần phải bàn cãi và điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cũng như trong thực hành theo thường quy [118], [120]. Việc điều trị ARV sẽ giúp bệnh nhân có cơ hội duy trì được tải lượng virus thấp trong máu và ở dưới ngưỡng không phát hiện được (dưới 200 bản sao/ml máu), điều này đã được xác nhận là vừa có tác dụng bảo vệ sức khỏe của bệnh nhân và vừa ngăn ngừa lây nhiễm HIV sang bạn tình [122]. Các báo cáo chính thức của UNAID cho rằng “một mức tải lượng vi rút HIV không phát hiện được có nghĩa là HIV không còn khả năng lây truyền”. Các công bố này của UNAID [122] được hỗ trợ dựa trên ba nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên các cặp bạn tình dị nhiễm HIV ở châu Phi, châu Á, châu Âu, Úc, Brazil và Thái Lan cho thấy điều trị ARV có thể giảm nguy cơ lây truyền HIV qua bạn tình tới 96%. Các báo cáo khoa học khác cũng cho thấy: “*Không có trường hợp nào bị lây nhiễm HIV từ bạn tình nhiễm HIV khi họ có tải lượng HIV <200 bản sao/ml và không dùng bao cao su hay PrEP*”. “...Điều này có nghĩa là khi người bệnh uống thuốc ARV hàng ngày theo chỉ định, đạt được và duy trì tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện sẽ thực sự không có nguy cơ làm lây truyền HIV sang bạn tình HIV âm tính”. Báo cáo cũng đã kết luận người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc

ARV có tải lượng HIV trong máu dưới ngưỡng phát hiện thì không có nguy cơ lây truyền HIV qua quan hệ tình dục [122].

1.1.3. Ảnh hưởng của không tuân thủ điều trị ARV

Kháng thuốc điều trị HIV có thể xuất hiện do việc lây truyền vi-rút kháng thuốc hoặc mắc phải khi đang dùng ARV [21], [22], [23], [25]. Kháng thuốc do lây truyền khác nhau nhiều tùy vào nước và ổ dịch [90], [91], [95], [100]. Tại Việt Nam, kháng thuốc do lây truyền vẫn tương đối thấp (<5%) [37], [91], [105], [106]. Tuy nhiên, kháng thuốc do lây truyền tại các nước châu Á khác tương đối cao hơn (5-15%) và có khuynh hướng tăng ở các nhóm có nguy cơ cao, điển hình như nhóm nam tình dục đồng giới (MSM) [106], [108]. Chưa nghiên cứu nào định lượng được chính xác việc không tuân thủ ở mức độ nào và trong thời gian bao lâu sẽ dẫn đến tình trạng kháng thuốc, tuy nhiên điểm thống nhất cao trong tất cả các nghiên cứu và nhận định đều nêu rõ không tuân thủ điều trị gây ra nguy cơ kháng thuốc và do vậy việc xác định được những bệnh nhân không tuân thủ điều trị để có biện pháp hỗ trợ kịp thời là cần thiết.

Ngoài mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS thì một trong những mục tiêu khác nữa của điều trị ARV là cần đạt được tình trạng ức chế vi-rút. Đã có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị ARV với tình trạng ức chế vi-rút cho thấy tuân thủ điều trị ARV dưới 95% làm tăng nguy cơ không đạt được tình trạng này [100], [105], [106]. Tuân thủ điều trị ARV được xem là yếu tố tiên lượng tốt đối với tình trạng ức chế vi-rút và ngược lại tuân thủ điều trị kém làm giảm ức chế vi-rút, tăng khả năng kháng thuốc và giảm thời gian sống của bệnh nhân [100], [105], [106]. Biểu đồ dưới đây mô tả mối quan hệ giữa mức tuân thủ điều trị với các thuốc ức chế men sao chép ngược transcriptase nonnucleoside (nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitors) (NNRTIs) và tình trạng ức chế vi-rút trong một nghiên cứu quan sát trên 2.821 bệnh nhân trưởng thành nhiễm HIV. So sánh tỷ lệ đạt được ức chế vi-rút khi giữa các bệnh nhân tuân thủ điều trị 80% đến 89% với tuân thủ điều trị 100%, và giữa các bệnh nhân tuân thủ điều trị 90% đến 99% so với tuân thủ điều trị 100% [81].

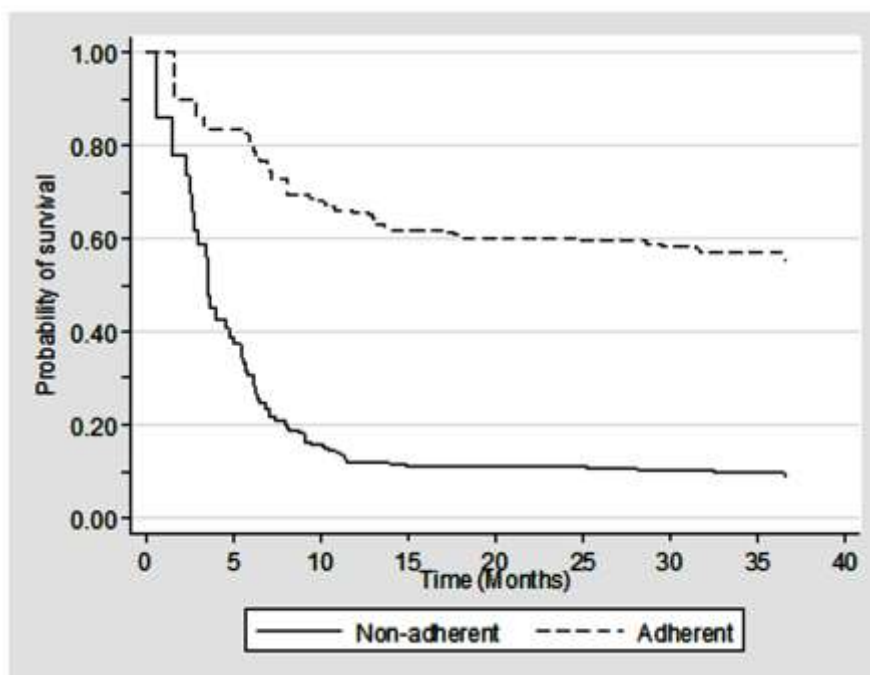


Biểu đồ 1.1 Mối quan hệ giữa tuân thủ điều trị và tình trạng ức chế vi-rút

Nguồn: Nachega et al 2007

Biểu đồ này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt được ức chế vi-rút được định nghĩa là HIV-1 RNA dưới mức 400 bản sao/ml tăng lên đáng kể khi tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng lên.

Tuân thủ điều trị làm tăng thời gian sống của bệnh nhân và ngược lại các bệnh nhân không tuân thủ điều trị tốt sẽ có thời gian sống ngắn hơn [105], [106]. Một nghiên cứu thực hiện tại Ấn Độ trên 239 bệnh nhân cho thấy có 57% bệnh nhân được xác định là tuân thủ ART. Nghiên cứu ghi nhận 104 bệnh nhân tử vong trong thời gian 358,5 bệnh nhân-năm và do vậy tác giả tính toán được tỷ lệ tử vong là 29 trên 100 bệnh nhân-năm (95% khoảng tin cậy (CI): 23,9–35,2) và trung vị thời gian sống của bệnh nhân là 6,5 tháng (95% KTC: 2,7–10,9). Tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê trong nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị ART (64,5, 95% KTC: 50,5–82,4) so với các bệnh nhân có tuân thủ điều trị (15,4 95% KTC: 11,3–21,0). Nguy cơ tử vong trong các bệnh nhân không tuân thủ điều trị ARV cao hơn gấp 04 lần so với bệnh nhân không tuân thủ ARV (Tỷ số nguy hại hiệu chỉnh: 3,9; 95% KTC: 2,6–6,0) [95].



Biểu đồ 1.2 Ước tính Kaplan Mayer thời gian sống thêm, so sánh giữa nhóm tuân thủ điều trị và không tuân thủ điều trị ARV

Nguồn: Rai S, et al. (2013)

Ghi chú: Probability of survival: Xác suất sống theo thời gian (tháng)
 ————— : Nhóm không tuân thủ điều trị (Non-adherent)
 : Nhóm tuân thủ điều trị (Adherent)

Mối tương quan giữa tuân thủ điều trị với đáp ứng miễn dịch gồm CD4 và tải lượng vi-rút đã được nhiều tác giả thực hiện. Nghiên cứu trên 318 bệnh nhân đang điều trị ARV tại Nigeria cho thấy các bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV trên 95% có tỷ lệ CD4 >200 bản sao/ml sau 03 tháng điều trị cao hơn đáng kể (61%) so với nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV dưới 95% (39%) [101]. Nồng độ vi-rút trên các bệnh nhân tuân thủ điều trị kém cũng cao hơn đáng kể so với các bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt được ghi nhận trong nghiên cứu này [101].

Các bệnh nhân không tuân thủ điều trị ARV sẽ bị suy giảm miễn dịch và dễ gặp phải các triệu chứng như sốt, tiêu chảy, giảm cân, toát mồ hôi về đêm, kèm theo tăng nguy cơ các nhiễm trùng cơ hội nghiêm trọng có nguy cơ tử vong [118], [119]. Ngoài ra, nếu các nguyên nhân này không được điều trị, hậu quả tiếp theo sẽ là suy các cơ quan cơ thể và gây nguy cơ tử vong cao [118], [119]. Cuối cùng, bệnh nhân nhiễm HIV không đạt tình trạng ức chế vi-rút sẽ có nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác cao hơn [118], [119] và việc lây nhiễm HIV khó xảy ra từ vợ sang chồng hoặc ngược lại nếu một trong

hai người có tải lượng vi-rút ở mức dưới 400 bản sao/ml [107]. Một nghiên cứu khác của Paterson xác nhận mối quan hệ giữa kết quả điều trị và tuân thủ điều trị ARV cho thấy mỗi 10 phần trăm giảm tuân thủ, tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV tăng 16 % [57]

1.1.4. Tổ chức điều trị ARV cho người nhiễm và theo dõi đáp ứng điều trị ARV

Theo số liệu thống kê của Cục phòng, chống HIV/AIDS tại báo cáo số 796/BC-BYT ngày 9/8/2016, tính đến thời điểm tháng 30/6/2016, HIV/AIDS đã có mặt trên 63 tỉnh thành trong cả nước với số người nhiễm là 227.225 người trong đó số người được điều trị ARV theo báo cáo này tại thời điểm tháng 6/2016 là 110,000 người tại 407 cơ sở điều trị trong cả nước [5]. Báo cáo cũng cho thấy khoảng 50% số người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV xét trên quy mô toàn quốc. Các con số thống kê này cũng cho thấy trên địa bàn Hà Nội có số người nhiễm HIV/AIDS còn sống là 19.904, đứng thứ hai toàn quốc. Hà Nội cũng có 22 cơ sở điều trị HIV/AIDS với khoảng 11.000 bệnh nhân đang được điều trị ARV. Lợi ích của điều trị ARV đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu và thực tế lâm sàng và việc ra đời của ARV là một tiến bộ lớn có ý nghĩa trong việc chuyển dịch HIV/AIDS từ một bệnh có tỷ lệ tử vong cao sang một bệnh truyền nhiễm mạn tính cần chăm sóc dài hạn [69].

Chăm sóc và điều trị ARV cho người nhiễm không phải là một hoạt động riêng lẻ mà nằm trong một chuỗi các can thiệp liên tục từ xác định tình trạng nhiễm HIV, đăng ký điều trị và chăm sóc tại cơ sở điều trị HIV, duy trì chăm sóc điều trị tại cơ sở y tế và tại cộng đồng [2]. Chăm sóc và điều trị ARV cho người nhiễm HIV/AIDS được tổ chức trong một hệ thống với sự tham gia đầy đủ của các ban ngành, đoàn thể từ Chính Phủ đến Bộ Y tế và cho đến tận các tuyến xã phường. Điều trị ARV không phải là một dịch vụ đơn lẻ mà được lồng ghép với các dịch vụ khác tại tuyến huyện để cung cấp cho bệnh nhân dịch vụ toàn diện [1]

Theo Hướng dẫn Quản lý, Điều trị và Chăm sóc HIV của Bộ Y Tế [1] thì việc theo dõi bệnh nhân, chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị dựa trên các tiêu chuẩn về lâm sàng, CD4 và tải lượng vi-rút, trong đó tải lượng vi rút huyết tương trên 1000 bản sao/ml ở hai lần xét nghiệm vi rút liên tiếp sau 3 tháng sau khi đã được hỗ trợ tuân thủ ở người bệnh đã điều trị ARV ít nhất 6 tháng được coi là thất bại về vi-rút học. Các cơ sở điều trị ARV tuyến tỉnh trở lên chịu trách nhiệm chẩn đoán thất bại điều trị và chỉ định phác đồ điều trị bậc 2 thông qua hội chẩn tại chỗ hoặc qua email/điện thoại (có biên bản hội

chẩn). Sau khi xác định thất bại điều trị chỉ định thuốc và chuyển bệnh nhân trở lại phòng khám ngoại trú thực hiện điều trị theo y lệnh của tuyến tỉnh trở lên và tiếp tục theo dõi phát thuốc tuyến cơ sở. Cơ sở điều trị tuyến huyện được phép theo dõi và cấp thuốc phác đồ bậc 2 theo hướng dẫn của Bộ Y Tế.

1.2. Định nghĩa, cách đánh giá và các yếu tố có ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị

1.2.1. Định nghĩa và đánh giá tuân thủ điều trị

Theo định nghĩa của WHO, tuân thủ điều trị chỉ “*hành vi của bệnh nhân trong việc thực hiện hướng dẫn điều trị của thầy thuốc liên quan đến việc sử dụng thuốc cũng như chế độ ăn uống hay lối sống*” [117]. 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. Một số nghiên cứu định nghĩa tuân thủ điều trị là sử dụng trên 95% số thuốc được kê trong kỳ đánh giá, tuy vậy thì không có định nghĩa về tuân thủ điều trị nào được thống nhất trên quy mô Toàn Cầu. Hướng dẫn Quản lý, Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS ngày 22 tháng 7 năm 2015 của Bộ Y Tế không đưa ra định nghĩa chính xác về tuân thủ điều trị ARV. Tuy vậy, tuân thủ điều trị, cụ thể hơn là “tỷ lệ người bệnh được đánh giá tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần nhất” là một trong các chỉ số chất lượng quan trọng trong 10 chỉ số được Bộ Y Tế nêu rõ trong Quyết Định số 471/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2014 về việc ban hành hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc về điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú [2].

Việc đo lường tuân thủ điều trị của bệnh nhân là một thách thức lớn vì tính chất chủ quan và riêng tư của hành vi uống thuốc của bệnh nhân. Những thách thức này càng được tăng thêm khi có thực tế là sự tuân thủ không chỉ bị ảnh hưởng bởi hành vi của bệnh nhân mà còn bởi hệ thống y tế, kinh tế xã hội, bệnh liên quan đến và các yếu tố liên quan đến ma túy. Các công cụ được sử dụng để đo lường tuân thủ điều trị phải đáp ứng các tiêu chuẩn tâm lý cơ bản về độ tin cậy và tính hợp lý chấp nhận được [88]. Đánh giá định lượng tuân thủ các công cụ đáng tin cậy đã là một thách thức đối với việc quản lý bệnh tật.

Có nhiều cách khác nhau để đánh giá tuân thủ điều trị và về cơ bản thì có thể chia thành phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp. Các phương pháp gián tiếp như

đếm số viên thuốc còn thừa, phỏng vấn bệnh nhân, phỏng vấn dược sỹ cấp phát thuốc, dùng các thiết bị công nghệ cao để theo dõi việc sử dụng thuốc như thiết bị MEMS (Medications Event Monitoring System), phương pháp trực tiếp như đo nồng độ thuốc trong máu hay nước tiểu, giám sát trực tiếp việc dùng thuốc của bệnh nhân... Mỗi phương pháp đều có các ưu nhược điểm riêng.

Phương pháp giám sát trực tiếp (DOT) là phương pháp trong đó nhân viên y tế trực tiếp quản lý thuốc cho bệnh nhân. Phương pháp này xác nhận sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân khi nhân viên y tế quan sát bệnh nhân dùng thuốc [65]. DOT được xem là một cách khách quan để đo lường sự tuân thủ. Farmer et al [42] cho rằng DOT có thể có hiệu quả cao trong cho từng cá nhân nhưng với điều kiện là cần có cam kết bền vững để chăm sóc không bị gián đoạn và dịch vụ này cần phải được cung cấp miễn phí cho bệnh nhân. Ngược lại, có những ý kiến cho rằng DOT đòi hỏi chi phí quá lớn, có thể khó thực hiện bởi sự kỳ thị, làm xáo trộn sự riêng tư của bệnh nhân và không phù hợp với các bệnh cần phải điều trị lâu dài như HIV / AIDS. Cũng có những lo ngại rằng chi phí và lợi ích có thể làm cho việc sử dụng DOT ở quy mô lớn tại các nước có nguồn lực hạn chế là không thực tế. Các kinh nghiệm sử dụng DOT trong điều trị bệnh lao cũng đã có, nhưng kinh nghiệm đó không thể ngoại suy với HIV / AIDS vì vấn đề kỳ thị và chi phí rất lớn cần thiết cho việc điều trị DOT trong một căn bệnh mãn tính, lâu dài như HIV / AIDS.

Sử dụng công cụ điện tử kỹ thuật cao (MEMS) được nhiều người coi là phương pháp hiện đại nhất để đánh giá sự tuân thủ [19], [24]. MEMS chứa một thiết bị điện tử cho phép tự động ghi lại mỗi lần bật nắp. Nó ngày càng được sử dụng trong ngành công nghiệp bao bì thuốc [104] và được cho đáng tin cậy trong việc ghi lại lịch sử dùng thuốc của bệnh nhân 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 cục đáp ứng vi-rút của bệnh nhân [104]. Một số thách thức đối với MEMS bao gồm bệnh nhân mở chai nhưng không uống thuốc, bệnh nhân ngại mang chai thuốc với kích thước lớn, thiết bị khó tích hợp vào thuốc dạng vi và chi phí của thiết bị tương đối cao, khó phù hợp với các nước có nguồn lực hạn chế.

Đối với tuân thủ điều trị, các nghiên cứu cũng cho thấy cán bộ y tế rất dễ bỏ sót các ca không tuân thủ điều trị nếu chỉ dựa vào kết quả do bệnh nhân tự báo do bệnh nhân có xu hướng làm hài lòng cán bộ y tế để tránh bị nhắc nhở hoặc phàn nàn từ phía cán bộ y tế. Tác giả Hoffman [112] thực hiện một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên để đánh giá tác động của các liệu pháp can thiệp tâm lý khác nhau trên 184 người nghiện cocaine, kết quả cho thấy các can thiệp tâm lý khác nhau không làm thay đổi việc sử dụng cocaine của người nghiện dựa trên kết quả báo cáo của bệnh nhân, các bệnh nhân luôn có xu hướng muốn làm hài lòng người phỏng vấn để được tiếp tục tham gia chương trình được xem là một trong những nguyên nhân làm cho việc đánh giá hiệu quả gặp nhiều khó khăn.

Các phương pháp đo lường gián tiếp khác (bệnh nhân tự báo cáo, sử dụng thang trực quan VAS và kiểm đếm số thuốc thừa) là các phương pháp dễ sử dụng ở các nước có nguồn lực hạn chế. Việc bệnh nhân tự báo cáo tuân thủ điều trị là việc vẫn được thường xuyên sử dụng trong việc đánh giá sự tuân thủ cả trong các thử nghiệm lâm sàng và trong các phòng khám thường quy. Phương pháp bệnh nhân tự báo cáo cũng đã được xác nhận là có tương quan đến đáp ứng vi-rút của bệnh nhân [20], [29], [44], [46], [50], [54], [72]

Tuy nhiên, cũng có bằng chứng cho thấy việc bệnh nhân tự báo cáo không hoàn toàn chính xác và bệnh nhân sẽ 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 [28]. Trong khi việc bệnh nhân tự báo cáo là phương pháp rất dễ sử dụng, phương pháp này được đánh giá là có tính dễ bị tổn thương cao và dễ bị phụ thuộc vào mối quan hệ giữa người phỏng vấn và bệnh nhân. Việc bệnh nhân thường báo cáo tuân thủ điều trị cao hơn là do xu hướng muốn làm hài lòng người phỏng vấn mình. Việc đếm số thuốc thừa của bệnh nhân được sử dụng như một công cụ đo lường sự tuân thủ đã gây ra nhiều tranh cãi đơn giản là vì bệnh nhân có thể bỏ toàn bộ số thuốc thừa đi một cách dễ dàng. Trong một số nghiên cứu, các tác giả cho thấy số lượng thuốc thừa là một chỉ báo tốt cho việc tuân thủ điều trị và đáp ứng với thuốc ARV [70]. Tuy nhiên, trong một số nghiên cứu khác, việc đếm số viên thuốc được chứng minh là không có ý nghĩa và nó làm cho bệnh nhân có những hành động không trung thực khi nói về việc sử dụng thuốc [43].

Công cụ trực quan (VAS) theo thang điểm từ 0 cm-10 cm là một cách thức khác thường được sử dụng để đo lường một đặc tính hoặc thái độ nằm trong một khoảng giá

trị liên tục và không thể đo được trực tiếp [80]. Để đo lường sự tuân thủ, bệnh nhân được yêu cầu đặt một dấu ở một điểm điểm nào đó từ 0 đến 10 mô tả tốt nhất sự tuân thủ các thuốc ARV mà bệnh nhân đang sử dụng. 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 một số nghiên cứu [49], [71], [113] mặc dù vậy các sai số đo lường vẫn có thể xảy ra.

Tóm tắt lại thì mặc dù một số công cụ đo lường tuân thủ đã được xác nhận là nhạy cảm và chính xác trong việc đo lường sự tuân thủ, phần lớn các công cụ hiện được sử dụng không thể đáp ứng tất cả các tính năng của một công cụ lý tưởng. Do đó, không có tiêu chuẩn vàng trong việc đo lường sự tuân thủ. Điều này đã dẫn đến đề xuất phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều kết hợp các công cụ có tính khả thi và các biện pháp khách quan hợp lý hiện có trong việc đo lường hành vi tuân thủ. Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID) đã hỗ trợ phát triển công cụ đánh giá đa chiều này và đã thẩm định sự nhất quán và tin cậy của thang đo tại một số nước có nguồn lực hạn chế và đã cho thấy tính hữu ích của công cụ này. Công cụ đánh giá kết hợp đa chiều này được sử dụng trong nghiên cứu này để khảo sát thực trạng tuân thủ điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội [48].

1.2.2. Tuân thủ điều trị ARV trên thế giới và tại Việt Nam

Đã có nhiều nghiên cứu trên Thế giới cũng như tại Việt Nam được thực hiện để đánh giá vấn đề tuân thủ điều trị ARV. Các nghiên cứu trên Thế giới cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị có sự khác biệt tương đối lớn giữa các nơi và tỷ lệ này trong khoảng từ khoảng 37% đến 90% [118], [119]. Tại Việt Nam, việc sử dụng các công cụ đánh giá khác nhau tại các địa điểm khác nhau cũng cho các kết quả rất khác biệt. Nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách và cộng sự thực hiện năm 2013 sử dụng bộ công cụ trực quan VAS để đánh giá cho kết quả tỷ lệ tuân thủ điều trị là 94,5% [110]. Nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự thực hiện trên 250 bệnh nhân AIDS được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016 báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức thấp hơn (60,4%) [11]. Kết quả của một khảo sát khác cũng do tác giả Phan Thị Thu Hương và các cộng sự thực hiện tại 3 phòng khám ngoại trú tại Điện Biên báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị là 63,4% trong năm 2016 [10]. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 252 bệnh nhân HIV/AIDS khám và điều trị ngoại trú

bằng thuốc ARV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện A Thái Nguyên của tác giả Đỗ Lê Thùy thực hiện năm 2012 cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 81,3% [6]. Các nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên các quần thể nghiên cứu khác nhau với các định nghĩa về tuân thủ điều trị khác nhau, do vậy việc diễn giải tuân thủ điều trị trong từng nghiên cứu cần phải thận trọng.

1.2.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Tuân thủ điều trị với các phác đồ điều trị dài hạn nói chung trong đó có điều trị ARV là một vấn đề phức tạp có sự tham gia của nhiều nhóm các yếu tố trong đó nhóm các yếu tố thuộc về bệnh nhân chỉ là một trong các nhóm yếu tố này. Hiểu được các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị sẽ giúp cho tư vấn viên và bác sỹ điều trị có những biện pháp can thiệp kịp thời để hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân. Tại Việt Nam cũng như trên Thế giới đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để đánh giá các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị. Theo các tác giả Reiter [97] và Ickovics [60] thì có thể chia các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV thành 5 nhóm chính đó là: nhóm các yếu tố thuộc về bệnh nhân, nhóm các yếu tố thuộc về phác đồ điều trị, nhóm các yếu tố thuộc về tình trạng bệnh, nhóm các yếu tố thuộc về quan hệ giữa bệnh nhân với cán bộ y tế và nhóm các yếu tố thuộc về cơ sở điều trị.

1.2.2.1 Các yếu tố thuộc về bệnh nhân có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Các yếu tố thuộc về bệnh nhân bao gồm các yếu tố xã hội, nhân khẩu học như: 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 tâm 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 trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cũng như trên thế giới.

Tuổi của bệnh nhân là một trong các yếu tố được xem xét đánh giá trong nhiều nghiên cứu quốc tế và kết quả cho thấy các bệnh nhân ở độ tuổi 35 tuổi trở lên có kết quả tuân thủ điều trị tốt so với các bệnh nhân ở độ tuổi dưới 35 tuổi [55]. Trong nghiên cứu này, tác giả cho thấy tuổi của bệnh nhân được đánh giá trong khoảng 20 nghiên cứu trong đó tuổi là một yếu tố được đánh giá về mối liên quan của nó với tuân thủ điều trị.

Một trong các nghiên cứu được tác giả xem xét, đánh giá là nghiên cứu trên 1.800 bệnh nhân tại Ethiopia trong đó tuân thủ điều trị thuốc HAART được đánh giá qua phỏng vấn bệnh nhân với các dữ liệu được thu thập trong vòng 6 tuần trong năm 2010, Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung trong nghiên cứu này được báo cáo ở mức 62% bệnh nhân báo cáo họ không bỏ bất kỳ liều thuốc nào trong 6 tuần vừa qua. Liên quan đến tuổi, tác giả cho thấy bệnh nhân tuổi trên 35 tuân thủ điều trị tốt hơn (OR: 0,98; 95% KTC: 0,97–0,99). Điểm cần lưu ý là giá trị OR này rất gần giá trị 1 và việc phỏng vấn trực bệnh nhân để ghi nhận tuân thủ điều trị có thể có những sai lệch nhất định. Một nghiên cứu khác rất đáng chú ý trong tổng quan tài liệu này là nghiên cứu hồi cứu trên một số lượng lớn gần 45.000 bệnh nhân trong giai đoạn từ Tháng 11/2004 đến tháng 9/2012 tại Tanzania sử dụng các phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi trẻ hơn 30 là một trong các nguy cơ của không tuân thủ điều trị với nguy cơ tương đối RR là 1,07 (95% KTC 1,05–1,09) [55].

Việc bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác được báo cáo trong rất nhiều nghiên cứu là có yếu tố tích cực đối với việc tuân thủ điều trị. Việc tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác làm cho bệnh nhân không cần phải giấu việc uống thuốc hoặc giấu thuốc làm ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị [32], [55], [111]. Tác giả Uzochukwu [111] thực hiện một nghiên cứu cắt ngang trên 174 bệnh nhân tại Nigeria, đây là các bệnh nhân đã điều trị ARV ít nhất trong thời gian 12 tháng. Nghiên cứu cho thấy trung bình số ngày bệnh nhân bỏ điều trị trong tháng trước là 3,57 ngày và có tới 22,1% bệnh nhân báo cáo việc sợ người khác nhìn thấy mình uống thuốc sẽ vô tình tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình. Tỷ lệ tuân thủ điều trị được định nghĩa là dùng từ 95% số liều ARV trong tháng của nghiên cứu này 75%. Tác giả cũng đưa ra khuyến cáo tăng cường tư vấn tiết lộ tình trạng nhiễm có thể là một trong các biện pháp giúp cho bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.

Tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho vợ, chồng, con cái hoặc người thân giúp cho bệnh nhân nhận được các hỗ trợ cần thiết từ họ [30], [33], [55] và giúp cho tuân thủ điều trị tốt hơn. Tác giả Mison Dahab [33] thực hiện một nghiên cứu phỏng vấn sâu các bệnh nhân tuân thủ điều trị kém và một số cán bộ y tế tại Nam Phi cho thấy sự hỗ trợ của gia đình có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân và các bệnh nhân không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho vợ, chồng, con cái hoặc người thân có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao. Không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác cũng được

đánh giá trong một phân tích gộp cho thấy là tăng nguy cơ không tuân thủ (OR=3,46; 95% KTC 2,04 - 5,89; I²=66%) [120]. Các hỗ trợ xã hội, hỗ trợ tâm lý khác cũng tương tự như vậy, các hỗ trợ này được xem là có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị [33], [35], [55]. Hỗ trợ xã hội tốt làm giảm không tuân thủ điều trị trong phân tích gộp (OR=0,51; 95% KTC 0,37-0,71; I²=0%)[120].

Sợ bị phân biệt đối xử và kỳ thị là một trong các yếu tố khác được xem là làm cho tình trạng tuân thủ điều trị xấu đi. Các nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân sợ mình bị cách ly ra khỏi xã hội, bị ruồng bỏ có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn (OR=2,88; 95% KTC 1,31 đến 6,36). [33], [55], [84]. Trầm cảm được xem là một yếu tố tiên lượng xấu đối với tuân thủ điều trị trong nhiều nghiên cứu (OR=2,54; 95% KTC 1,65 - 3,91) [110], [120]. Nghiên cứu cũng ghi nhận các bệnh nhân chấp nhận tình trạng bệnh của mình, mong muốn được sống và chăm sóc con cái sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn [55] và ngược lại, việc không chấp nhận sự thật về tình trạng bệnh của mình là rào cản đối với việc tuân thủ điều trị [33].

Một số nghiên cứu cho thấy nữ giới tuân thủ điều trị tốt hơn [76], [82], [83] tuy vậy cũng có những nghiên cứu khác cho thấy nam giới có tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt hơn [55]. Trong nhóm Nam quan hệ tình dục đồng giới, tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp nhất được báo cáo [55]. Sử dụng rượu hoặc ma túy làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị [76], [82], [83] gợi ý lý do bệnh nhân có thể quên sử dụng thuốc do hậu quả của việc sử dụng rượu hoặc ma túy [33], [55]. Phân tích gộp cho thấy việc không sử dụng rượu có tác dụng bảo vệ, giảm không tuân thủ điều trị (OR=0,41; 95% KTC 0,27 to 0,65; I²=38%) [41]. Các khó khăn về mặt tài chính như chi phí đi lại, chi phí phải trả cho chăm sóc y tế được báo cáo là làm ảnh hưởng xấu đến việc tuân thủ điều trị ARV [55], [102]. Các yếu tố khác được xác định là có liên quan đến tuân thủ điều trị gồm: khoảng cách đến phòng khám [30], [55], [111], có con cái [55] trong đó tình trạng hay quên uống thuốc được báo cáo trong nhiều nghiên cứu là yếu tố dẫn đến không tuân thủ điều trị [55].

Nghiên cứu của Võ Thị Năm và Phùng Đức Nhật đánh giá tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại thành phố Cần Thơ năm 2009 cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 77%. Các tác giả xác định các yếu tố dân số xã hội học liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV gồm: nhóm tuổi càng cao thì tuân thủ điều trị ARV càng cao [14]. Phát hiện này giống với kết quả của các nghiên cứu tại nước ngoài cho thấy tuổi là một trong những yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị

trong đó bệnh nhân có tuổi lớn hơn 35 sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân trẻ [55], [87]. Nghiên cứu của Võ Thị Năm và Phùng Đức Nhật cũng cho thấy học vấn thấp, nghề nghiệp không ổn định, tình trạng hôn nhân có gia đình có liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị thấp [14]. Trình độ học vấn thấp cũng được báo cáo là yếu tố tiên lượng xấu đối với tuân thủ điều trị [55] và ngược lại, các đối tượng có trình độ học vấn cao sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn [55]. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác cho kết quả ngược lại. Nghiên cứu của các tác giả Phan Văn Tường và Nguyễn Minh Hạnh đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị ARV tại 8 quận huyện tại Hà Nội năm 2007 cho thấy không có mối tương quan giữa trình độ học vấn, giới, tình trạng hôn nhân, thu nhập bình quân tới việc tuân thủ điều trị ARV. [12]

Nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách thực hiện trên 1000 bệnh nhân HIV/AIDS tại Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và Hải Phòng cho thấy có 74,1% bệnh nhân đạt mức tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS từ 95% trở lên. Tác giả cũng cho thấy bận làm việc, quên uống thuốc hoặc không mang thuốc theo là ba lý do chính làm bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Các phân tích đa biến cho thấy mức thu nhập, tình trạng hôn nhân không liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị, tuy nhiên tình trạng không có việc làm có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị [110]. Đỗ Lê Thùy trong nghiên cứu đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại bệnh viện A, tỉnh Thái Nguyên năm 2011 cũng cho thấy không có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tuổi, trình độ văn hóa, khoảng cách đến phòng khám ngoại trú và thu nhập bình quân/tháng [6]. Trong khi đó các nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy tình trạng công ăn việc làm có các tác động trái chiều đến tuân thủ điều trị. Trong khi một số nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân không có công ăn việc làm có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn [55], một số nghiên cứu khác cho thấy những người có thu nhập cao hoặc những người thu nhập rất thấp có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn so với những người có mức thu nhập trung bình [109], [117].

1.2.2.2 Các yếu tố thuộc về phác đồ điều trị có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

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 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.

Liên quan đến tác dụng phụ của thuốc, các kết quả nghiên cứu phần lớn cho thấy các tác dụng phụ của thuốc có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Cũng như các thuốc điều trị khác, ARV có thể gây ra các tác dụng phụ từ cấp tính, đe dọa tính mạng đến mạn tính và ở mức độ nhẹ. Các tác dụng phụ gây đe dọa tính mạng (phản ứng quá mẫn với ABC, độc tính trên gan có biểu hiện triệu chứng...) nếu xảy ra trên bệnh nhân sẽ cần phải dừng ARV khẩn cấp để thay đổi phác đồ. Một số tác dụng phụ khác ở mức độ nhẹ hơn, không đe dọa tính mạng (vd sỏi niệu khi dùng atazanavir [ATV], bệnh lý đường niệu khi dùng tenofovir disoproxil fumarate [TDF]) có thể được xử lý bằng việc thay thế thuốc ARV khác mà không cần dừng ART. Liên quan đến tác dụng phụ của thuốc, các nghiên cứu còn cho thấy tác dụng phụ thường gặp làm bệnh nhân khó tuân thủ điều trị là tiêu chảy mạn tính, lý do là vì khi gặp phải triệu chứng này, bệnh nhân lo lắng người khác sẽ biết mình bị nhiễm HIV [55]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Lê Thuý tại Việt Nam cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tỉ lệ gặp tác dụng phụ của thuốc khiến bệnh nhân phải ngừng thuốc [6]. Nghiên cứu của Vũ Công Thảo năm 2010 đánh giá thực trạng và hiệu quả của hoạt động chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS đã cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa tác dụng phụ của thuốc với bỏ điều trị, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ bỏ điều trị cao gấp 29,8 lần những bệnh nhân không xuất hiện tác dụng phụ [15]. Nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa và cộng sự năm 2013 thực hiện trên 615 bệnh nhân nhiễm HIV cũng cho thấy các bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc sẽ tuân thủ điều trị kém hơn. Nghiên cứu này cũng báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 75,1% theo thang điểm đánh giá VAS [36].

Hiệu quả của thuốc điều trị ARV theo đánh giá của bệnh nhân là yếu tố quan trọng có liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Phát hiện này được tác giả Trần Xuân Bách và các cộng sự [110] công bố trong nghiên cứu của mình năm 2013. Theo các tác giả, các bệnh nhân đánh giá ARV có hiệu quả tốt, rất tốt và tuyệt vời có tỷ số chênh (OR) đối với việc không tuân thủ điều trị ở mức rất thấp so với nhóm bệnh nhân đánh giá hiệu quả ARV ở mức kém. Tỷ số chênh này tương ứng là 0,24 (95% KTC: 0,09- 0,64); 0,03 (95% KTC: 0,01- 0,10) và 0,03 (95% KTC: 0,01- 0,08) giữa nhóm bệnh nhân đánh giá nhận thức ARV là thuốc có hiệu quả tốt, rất tốt và tuyệt vời so sánh với

nhóm bệnh nhân nhận thức ARV là thuốc hiệu quả kém [110]. Các nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho kết quả tương tự khi cho thấy các bệnh nhân có niềm tin vào thuốc và hiểu tầm quan trọng của tuân thủ điều trị sẽ làm tăng tuân thủ và ngược lại, các bệnh nhân không tin tưởng vào hiệu quả của thuốc, hoặc nghi ngờ thuốc gây tác dụng xấu sẽ có tiên lượng tuân thủ điều trị kém [55]. Điều này gợi ý các chiến lược can thiệp để tăng tuân thủ điều trị có thể cân nhắc hướng tới việc làm cho bệnh nhân nhận thức đúng về hiệu quả của thuốc điều trị kháng retrovirus.

Một số nghiên cứu quốc tế đã chứng minh rằng việc sử dụng phác đồ một viên duy nhất giúp cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân, sự tuân thủ và duy trì ức chế vi-rút tốt hơn so với phác đồ ARV nhiều viên trên bệnh nhân chưa từng dùng ARV [17], [34], [56], [62]. Hiện nay, việc sử dụng các phác đồ một viên duy nhất khi bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV được khuyến khích nếu chúng có hiệu quả và khả năng dung nạp tương đương với các phác đồ hiện có. Tuy nhiên, ích lợi của việc chuyển đổi các phác đồ khác sang phác đồ ngày uống một lần trong khi bệnh nhân đã ức chế được vi-rút với phác đồ hiện tại là không rõ ràng. Thay vào đó, việc tuân thủ ở bệnh nhân đã ức chế được vi-rút phụ thuộc nhiều hơn vào tổng số thuốc hàng ngày và không nhất thiết phải phụ thuộc vào số lần dùng [109]. Hiện nay, Việt Nam chỉ có một phác đồ một viên duy nhất đó là viên kết hợp liều cố định của EFV + TDF + 3TC. Phác đồ một viên ngày dùng một lần này cũng là phác đồ bậc 1 được WHO khuyến khích đối với người lớn chưa từng dùng ARV.

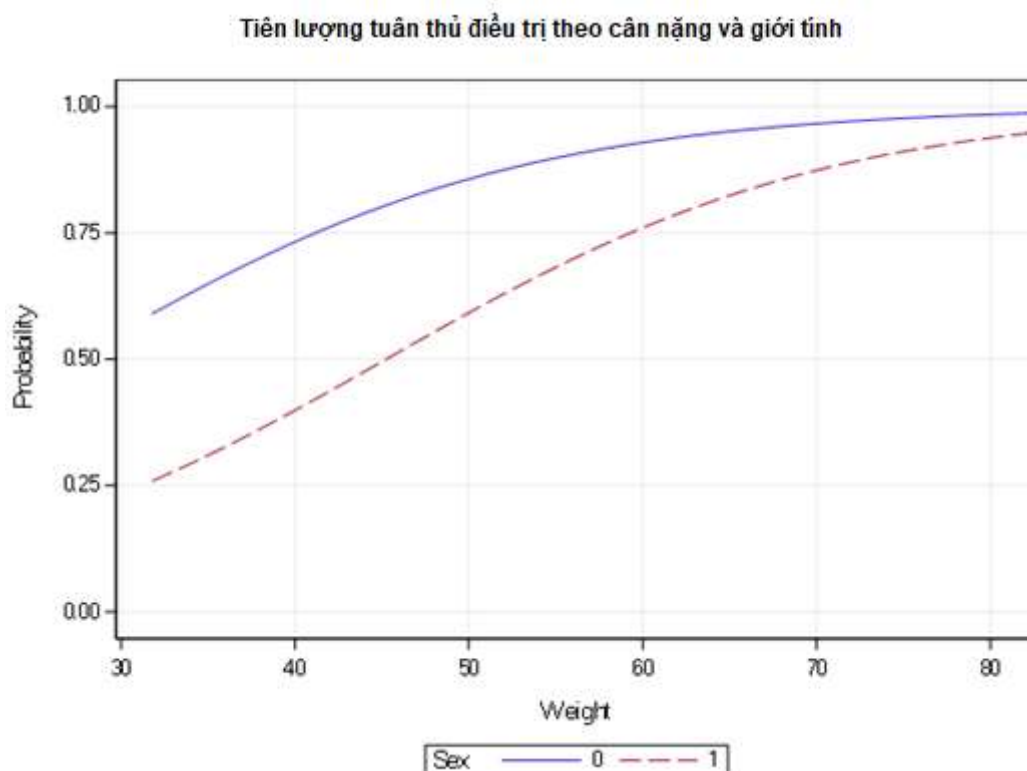
Sự phức tạp của phác đồ ARV cũng đã được nghiên cứu trong một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Bartlett năm 2001 cho thấy số lượng viên trong mỗi liều có liên quan tới tình trạng tuân thủ điều trị [26]. Một số nghiên cứu khác cho thấy việc dùng thuốc một cách phù hợp với lịch sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sẽ hỗ trợ cho tuân thủ điều trị tốt hơn [26]. Tác giả Bartlett [26] thực hiện phân tích dữ liệu từ 23 thử nghiệm lâm sàng với 31 nhóm điều trị độc lập, so sánh 19 phác đồ điều trị kháng retrovirus khác nhau với tổng số 3.257 bệnh nhân cho thấy chỉ số xét nghiệm CD4 tăng lên trong tất cả các thử nghiệm lâm sàng tại tuần điều trị thứ 24 và 48 với mức trung bình là 123×10^6 cells/l (95% KTC, 111×10^6 đến 135×10^6 cells/l) và 160×10^6 cells/l (95% KTC, 146×10^6 đến 175×10^6 cells/l) sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa các phác đồ với sự phức tạp khác nhau. Qua đó tác giả đưa ra khuyến cáo việc sử dụng phác đồ đơn giản và ít số viên hơn nên được áp dụng để dễ thực hiện

tuân thủ điều trị hơn cho bệnh nhân. Loại viên (viên nang, viên nén...) kê cho bệnh nhân không có liên quan đến việc tuân thủ điều trị theo nhận định của nhiều nghiên cứu [51].

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá ảnh hưởng của các phác đồ khác nhau lên tuân thủ điều trị. Một trong các lý do có thể có là hiện không có nhiều phác đồ điều trị tại Việt Nam và việc điều trị, chuyển đổi từ phác đồ này sang phác đồ khác phải được thực hiện theo hướng dẫn. Ví dụ như phác đồ điều trị ARV bậc 3 tại Việt Nam là phác đồ có các thuốc mới như các chất ức chế vận chuyển chuỗi raltegravir (RAL), NNRTI và PI thế hệ hai như Darunavir/Ritonavir (DRV/r), etravirine (ETV) và việc sử dụng phác đồ bậc 3 cần được cân nhắc nhiều yếu tố liên quan đến phác đồ và tình trạng hiện tại, tuổi, tình trạng mang thai và chỉ sử dụng khi thất bại với phác đồ bậc 2. Sự không đa dạng, phong phú các phác đồ điều trị làm cho việc thực hiện so sánh có những hạn chế nhất định.

1.2.2.3 Các yếu tố thuộc về tình trạng bệnh có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Tình trạng sức khỏe được cải thiện khi sử dụng ART, 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 [55]. Tuy vậy thì cũng có các nghiên cứu khác cho thấy tình trạng sức khỏe tốt lên làm cho bệnh nhân nghĩ là mình đã khỏi bệnh và dừng việc uống thuốc [55]. Nghiên cứu trước can thiệp đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị tại 03 phòng khám ngoại trú tại Hà Nội thực hiện trên 350 bệnh nhân của tác giả Đào Đức Giang cho thấy tình tăng cân là một yếu tố có liên quan tích cực đến tuân thủ điều trị.



Biểu đồ 1.3 Tương quan giữa giới tính, cân nặng với tuân thủ điều trị

Ghi chú: Giới tính Nữ=0, Nam = 1.

Tuân thủ điều trị ARV sẽ giảm nếu bệnh nhân mắc thêm các bệnh đồng nhiễm khác như sốt rét, đái tháo đường, tăng huyết áp [55], [120]. Các yếu tố có liên quan đến không tuân thủ điều trị gồm: chỉ số khối cơ thể thấp hơn [55], [120], mắc Lao [120], giai đoạn lâm sàng WHO, hội chứng phục hồi miễn dịch và tải lượng vi-rút [120], thời gian điều trị ARV dài [55]. Các bệnh nhân gặp phải hội chứng phục hồi miễn dịch (IRIS) được báo cáo là có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn so với các bệnh nhân không gặp phải hội chứng này (RR 1.7; 95% KTC 1.2–2.2; $P = 0,001$) [55]. Nghiên cứu của Vũ Công Thảo năm 2010 đánh giá thực trạng và hiệu quả của hoạt động chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS đã cho thấy đồng nhiễm viêm gan B (HBV) và hoặc viêm gan C (HCV) được xác định là có mối liên quan chặt chẽ với việc bỏ điều trị của bệnh nhân với OR lần lượt là 10,8 và 8,99 [15]. Điểm cần lưu ý là các báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS cho thấy viêm gan C là một trong những căn bệnh phổ biến đối với những người nhiễm HIV vì hai căn bệnh này có đường lây truyền tương tự nhau là qua đường tình dục, lây truyền từ mẹ sang con và trực tiếp qua máu. Thống kê của Phòng khám ngoại trú tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương cho thấy có tới 80-90% những người tiêm chích ma túy bị đồng nhiễm HIV và viêm gan vi-rút C, điều này cho thấy điều trị

viêm gan C cần được đặc biệt lưu ý trên các bệnh nhân tiêm chích ma túy đang điều trị ARV.

Các nghiên cứu cho thấy CD4 là một yếu tố tiên lượng cho việc không tuân thủ điều trị trong đó cho thấy các bệnh nhân có CD4 cao ít tuân thủ điều trị hơn so với các bệnh nhân có CD4 thấp. Nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách cho thấy các bệnh nhân có CD4 >500 tế bào/mm³ tuân thủ kém hơn một chút so với các bệnh nhân có CD4 thấp hơn [110]. Điều này có thể là do bệnh nhân có CD4 cao chủ quan với việc điều trị và nghĩ rằng tình trạng sức khỏe của mình đã tốt. Các nghiên cứu khác được thực hiện tại nước ngoài cho các kết quả trái ngược nhau về quan hệ giữa CD4 và tuân thủ điều trị. Tình trạng CD4 cao và thấp có thể làm tăng hoặc giảm tuân thủ điều trị đã được báo cáo trong các nghiên cứu ở nước ngoài. Nghiên cứu của tác giả Dikokole Maqutu [74], [75] đánh giá các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị liệu pháp kháng retrovirus hoạt tính cao (HAART) ở bệnh nhân trưởng thành. Đây là một nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh KwaZulu-Natal, Nam Phi trên 688 bệnh nhân trong thời gian từ 2004 đến 2006. Các tác giả tính toán tuân thủ điều trị bằng cách kiểm tra sổ sách cấp phát thuốc của Khoa Dược và bệnh nhân được xác định là tuân thủ điều trị khi dùng ít nhất 95% số thuốc được kê. Nghiên cứu sử dụng hồi quy logistic để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ HAART là 79% trong đó các bệnh nhân có CD4 tại thời điểm bắt đầu điều trị cao có xu hướng tuân thủ điều trị kém hơn.

1.2.2.4 Các yếu tố thuộc về quan hệ giữa bệnh nhân với cán bộ y tế có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Các yếu tố thuộc về quan hệ giữa bệnh nhân và cán bộ y tế có thể ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị đó là sự hài lòng của bệnh nhân nói chung, sự tin tưởng của bệnh nhân vào phòng khám, sự tin tưởng của bệnh nhân vào cán bộ điều trị, đánh giá của bệnh nhân về năng lực chuyên môn của bác sỹ điều trị, sự sẵn lòng của bác sỹ cho bệnh nhân tham gia vào quá trình ra quyết định điều trị, sự cởi mở, thân thiện và hợp tác giữa các bên, sự đồng cảm giữa cán bộ y tế và chất lượng của việc chuyển gửi, giới thiệu từ các dịch vụ khác đến dịch vụ điều trị ARV.

Sự tin tưởng của bệnh nhân vào cán bộ y tế cũng như sự thân thiện, nhiệt tình của cán bộ y tế với bệnh nhân có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị đã được báo cáo trong các nghiên cứu ở nước ngoài và ngược lại, các bệnh nhân đã có các trải nghiệm không tốt với cán bộ y tế, cán bộ y tế thô lỗ, thờ ơ, mệt mỏi sẽ có mức tuân thủ điều trị

thấp hơn [120]. Nghiên cứu của Melissa H. Watt [55] cho thấy mối quan hệ không tốt giữa cán bộ y tế và bệnh nhân có tương quan một cách có ý nghĩa với tuân thủ điều trị, trong nghiên cứu này, việc giảm một điểm trong thang bốn điểm về mối quan hệ giữa bệnh nhân và cán bộ y tế làm tăng nguy cơ không tuân thủ của bệnh nhân lên 3 lần (OR=2,75; 95% KTC: 1,05–7,22).

Mở rộng hơn ngoài quan hệ với cán bộ y tế là quan hệ với bạn bè, người thân trong gia đình. Các nghiên cứu cho thấy có bạn bè cùng điều trị là yếu tố tích cực hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân [55], Các bệnh nhân nhận được sự tư vấn chưa đầy đủ của cán bộ y tế có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao hơn. Tư vấn tuân thủ điều trị, nhấn mạnh tới các chiến lược xử lý các tác dụng phụ của thuốc và cách nhớ uống thuốc đúng giờ làm tăng tuân thủ điều trị [55], [74], [75]. Việc sử dụng các thiết bị nhắc nhở sử dụng thuốc như điện thoại di động, chuông báo giờ, hộp đựng thuốc cũng được xem là có hiệu ứng tích cực đối với tuân thủ điều trị [55].

Ngoài việc nhận được hỗ trợ từ cán bộ y tế thì việc nhận được hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ thông qua các nhóm hỗ trợ người nhiễm cũng được báo cáo là có ảnh hưởng tốt, làm tăng tuân thủ điều trị cho bệnh nhân [74].

1.2.2.5 Các yếu tố thuộc về cơ sở điều trị có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố khác

Xét về mặt lý thuyết thì các yếu tố có liên quan đến cơ sở điều trị như sự thuận tiện về mặt giao thông, môi trường trong sạch, thân thiện, lịch làm việc hợp lý, phòng điều trị đảm bảo bảo mật, các dịch vụ được cung cấp toàn diện... sẽ có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị ARV, tuy vậy không có nhiều nghiên cứu ở nước ngoài thực hiện việc đánh giá các yếu tố thuộc về cơ sở điều trị có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV. Các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng không cho thấy giờ mở cửa, khoảng cách từ nhà đến phòng khám là yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị.

Nghiên cứu của tác giả Đỗ Lê Thùy tại bệnh viện Đa Khoa Thái Nguyên [6] năm 2016 đánh giá mối liên quan giữa tuân thủ điều trị ARV và khoảng cách từ nhà đến phòng khám ngoại trú trong đó các bệnh nhân được chia làm hai nhóm gồm những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà đến phòng khám dưới 20km và những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà đến phòng khám trên 20 km. Mặc dù tác giả không giải thích rõ việc phân chia nhóm theo ngưỡng khoảng cách tới phòng khám là 20km; phân tích này cho thấy về mặt số học, các bệnh nhân ở xa tuân thủ điều trị tốt hơn (không có trường hợp nào

không tuân thủ) và ngược lại, những bệnh nhân ở gần tuân thủ không tốt bằng (hai trường hợp không tuân thủ). Mặc dù vậy kiểm định thống kê so sánh tỷ lệ cho thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,616$). Điểm cần lưu ý trong phân tích này đó là việc sử dụng kiểm định Chi-square là không hoàn toàn phù hợp do hai tỷ lệ này đều ở mức thấp với số ca không tuân thủ dưới 5. Trong những trường hợp như vậy, việc sử dụng kiểm định chính xác tỷ lệ Fisher exact sẽ hữu ích hơn. Việc xử lý biến số khoảng cách từ nhà đến phòng khám trong phân tích này như là một biến số nhị giá sẽ làm hạn chế các phân tích cũng như các diễn giải của phân tích trong khi biến số này có thể đo lường được một cách chính xác như một biến số liên tục.

Một số nghiên cứu trong nước không trực tiếp đánh giá tuân thủ điều trị ARV nhưng gián tiếp cho thấy việc mở rộng chương trình quốc gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế methadone là một hướng đi giúp giảm các ca mắc phải HIV trong nhóm người nghiện chích ma túy, và cải thiện duy trì trong chăm sóc điều trị HIV [85], [86]. Methadone là một chất dạng thuốc phiện tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự như các chất dạng thuốc phiện khác (đồng vận) nhưng không gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương và không gây khoái cảm ở liều điều trị, có thời gian bán hủy dài (trung bình là 24 giờ) nên chỉ cần sử dụng 1 lần trong 1 ngày là đủ để không xuất hiện hội chứng cai. Methadone có độ dung nạp ổn định nên ít phải tăng liều khi điều trị lâu dài. Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone là một điều trị lâu dài, có kiểm soát, giá thành rẻ, được sử dụng theo đường uống, dưới dạng siro nên giúp dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, viêm gan B, C, đồng thời giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lý, xã hội, lao động và tái hòa nhập cộng đồng. Một số nghiên cứu đã nêu bật tác dụng cải thiện mức độ tuân thủ điều trị HIV và tải lượng vi rút trong những năm đầu của phương pháp điều trị thay thế chất gây nghiện. Tuy nhiên, liệu những cải thiện này có thể duy trì được qua thời gian là một vấn đề chính cần nghiên cứu thêm. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy vai trò quan trọng của việc kết hợp điều trị nghiện bằng methadone với hỗ trợ tâm lý nhằm cải thiện tuân thủ cũng như tính bền vững của các kết quả điều trị [85], [86].

Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách toàn diện việc sử dụng các thiết bị giúp sử dụng thuốc có ảnh hưởng thế nào thể cải thiện quản lý thuốc chữa bệnh cho bệnh nhân HIV. Thiết bị nhắc dùng thuốc được sử dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh mạn tính khác và cũng đã có một phân tích gộp Cochrane gần đây từ một số nghiên cứu

cho thấy thiết bị giúp sử dụng thuốc tăng tỷ lệ phần trăm số viên thuốc được uống (sự khác biệt có ý nghĩa là 11%, 95% KTC là 6-17%). Các thiết bị nhắc thuốc chung có một số hạn chế nhất định như công kênh, không bỏ túi được và không thích hợp cho tất cả các bệnh nhân đang điều trị ARV. Hiện cũng chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá sự chấp nhận, hiệu quả của việc sử dụng thiết bị nhắc thuốc này, cũng như mối tương quan của nó với tuân thủ điều trị ARV trên bệnh nhân HIV.

1.3. Phân loại các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị ARV

Tổng quan tài liệu các biện pháp làm tăng tuân thủ điều trị ARV của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) [64] phát hành năm 2013 phân loại các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị ARV thành các nhóm như:

- Can thiệp hành vi nhận thức (CBT)
- Can thiệp giáo dục
- Can thiệp hỗ trợ điều trị
- Can thiệp giám sát điều trị trực tiếp
- Can thiệp sử dụng thiết bị nhắc dùng thuốc chủ động
- Can thiệp xây dựng hệ thống
- Can thiệp tư vấn
- Can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng
- Can thiệp sử dụng thiết bị nhắc dùng thuốc bị động
- Can thiệp hỗ trợ tài chính
- Can thiệp điều trị lạm dụng chất gây nghiện
- Can thiệp điều trị trầm cảm

Trên thực tế thì việc áp dụng các biện pháp làm tăng tuân thủ điều trị ARV có thể là biện pháp đơn lẻ hoặc sự kết hợp của hai hay nhiều hơn hai biện pháp cùng lúc. Việc so sánh hiệu quả các can thiệp dạng đơn lẻ hay kết hợp cũng cần được cân nhắc một cách hết sức thận trọng do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, cách thức đánh giá tuân thủ điều trị cũng như các yếu tố đa dạng khác có thể làm ảnh hưởng tới kết quả đáp ứng với can thiệp.

Các tác giả khác nhau cũng có nhiều cách phân loại các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị khác nhau. Trong tổng quan tài liệu này, để tiện cho việc phân tích, so

sánh, chúng tôi sử dụng phân loại các loại hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị theo tài liệu mới nhất của tác giả Steve Kanters 2016. Trong đó các can thiệp được phân loại và định nghĩa như sau [61].

- **Chăm sóc điều trị chuẩn (SOC):** 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.
- **Chăm sóc điều trị nâng cao (eSOC):** bao gồm chăm sóc điều trị chuẩn kết hợp với các hỗ trợ thêm cho bệnh nhân, 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 bệnh nhân.
- **Các can thiệp qua điện thoại:** Bao gồm các can thiệp sử dụng điện thoại để hỗ trợ bệnh nhân. Tần suất các cuộc gọi có thể từ mỗi 2 tuần đến mỗi 2 tháng. Trong một số trường hợp bệnh nhân mới điều trị, tần suất cuộc gọi có thể dày hơn trong giai đoạn đầu
- **Nhắn tin (SMS):** Bao gồm việc nhắn tin vào điện thoại di động của bệnh nhân 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...)
- **Tập huấn các kỹ năng hành vi hoặc tập huấn tuân thủ điều trị (BST/MAT):** Bao gồm các can thiệp tập huấn đào tạo cho bệnh nhân làm cách nào để tuân thủ điều trị ART, 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.
- **Can thiệp đa phương tiện:** sử dụng các tài liệu trực tuyến hoặc các tài liệu truyền tải thông tin cùng với thuốc.
- **Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT):** Bao gồm các can thiệp nhằm thay đổi hành vi và nhận thức, cũng như các can thiệp từ cán bộ tư vấn cho bệnh nhân sử dụng phỏng vấn khích lệ bệnh nhân.
- **Người hỗ trợ:** bao gồm việc sử dụng một cá nhân (được phòng khám lựa chọn hoặc bệnh nhân tự lựa chọn) để hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, 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 điều chỉnh.

- **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.
- **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.

Từ các phân loại can thiệp này, tác giả Steve Kanters đã tổng hợp các mô hình can thiệp đơn lẻ hoặc kết hợp nhằm tăng tuân thủ điều trị đang được áp dụng trên thế giới. Việc so sánh hiệu quả của các mô hình này cũng được tác giả thực hiện và được trình bày trong phần sau [61].

1.3.1. Can thiệp tuân thủ điều trị trong chăm sóc và điều trị theo thường quy

Chăm sóc điều trị chuẩn (SOC) 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. Theo hướng dẫn của Cục Phòng Chống HIV/AIDS về chăm sóc điều trị thì tất cả các bệnh nhân đều được chuẩn bị trước khi điều trị ARV. Các công tác chuẩn bị điều trị bao gồm:

- Thảo luận với người bệnh về nguyện vọng và 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 và tái khám. Đối với trẻ em nhiễm HIV, nên thảo luận trực tiếp với người chăm sóc trẻ, bao gồm vấn đề tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ.
- Rà soát các xét nghiệm cần thiết bao gồm xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV, xét nghiệm CD4, viêm gan B, viêm gan C, xét nghiệm cơ bản.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có và những tương tác thuốc để xem xét khả năng chống chỉ định hoặc điều chỉnh liều.
- Nhấn mạnh việc tuân thủ tuyệt đối việc uống thuốc ARV.
- Tư vấn về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như tình dục an toàn, điều trị Methadone, bơm kim tiêm.
- Tư vấn về lợi ích các can thiệp PLTMC nếu người nhiễm HIV mang thai.

Ngoài ra, cũng theo hướng dẫn của Cục Phòng Chống HIV/AIDS thì người nhiễm cũng còn được hỗ trợ đầy đủ về mặt tâm lý xã hội với các nội dung sau

- 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 về 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 và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội.
- Giúp đỡ người nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS hoà nhập với cộng đồng.

Liên quan đến tuân thủ điều trị, hướng dẫn cũng nêu rõ trong thực hành chăm sóc theo thường quy, các nội dung sau sẽ được tư vấn cho bệnh nhân.

- 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.
- Hướng dẫn cách cất giữ và bảo quản thuốc

Như vậy thì các hướng dẫn hỗ trợ người nhiễm trong chăm sóc thực hành theo thường quy của Cục Phòng Chống HIV/AIDS mang tính toàn diện và khái quát cao. Hướng dẫn không nêu rõ việc triển khai cụ thể phải được thực hiện như thế nào, ví dụ để hỗ trợ bệnh nhân uống thuốc theo đúng chỉ định thì các biện pháp cụ thể có thể cần nhắc, xem xét áp dụng là gì. Hướng dẫn của cơ quan quản lý là hướng dẫn có tính định hướng chung, do vậy việc không cụ thể hóa các chi tiết cũng không phải là một sự bất hợp lý.

1.3.2. Can thiệp tuân thủ điều trị chuẩn nâng cao (eSOC)

Chăm sóc điều trị nâng cao (eSOC) bao gồm chăm sóc điều trị chuẩn kết hợp với các hỗ trợ thêm cho bệnh nhân, 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 bệnh nhân.

Trong một nghiên cứu tại Pháp năm 2003, tác giả Pradier C và các cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng để đánh giá tác động của can thiệp tư vấn và giáo dục phụ thêm cùng với chăm sóc điều trị chuẩn lên tuân thủ điều trị. Tại

thời điểm bắt đầu nghiên cứu, 244 bệnh nhân đang điều trị HAART được đưa ngẫu nhiên vào nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nhóm can thiệp được các điều dưỡng tư vấn thêm ba phần. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị và HIV RNA sau đó được đo lại sau 6 tháng và so sánh với thời điểm ban đầu [93]. Kết quả nghiên cứu cho thấy từ tháng đầu tiên đến tháng thứ 6, HIV RNA giảm có ý nghĩa trên 123 bệnh nhân nhóm can thiệp (sự khác biệt trung bình là $-0,22 \log$ [$\pm 0,86$], $p = 0,013$), trong khi đó HIV RNA tăng ($+0,12 \log$ [$\pm 0,90$], $p = 0,14$) trong 121 bệnh nhân nhóm chứng. Xét trên vấn đề tuân thủ điều trị, phân tích trên 202 bệnh nhân có dữ liệu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị tại thời điểm trước nghiên cứu ở hai nhóm là như nhau (58% vs. 63%, $p = 0,59$) sau đó nhóm can thiệp tăng lên và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (75% vs. 61%, $p = 0,04$).

Tuy vậy cũng một nghiên cứu khác năm 2003 của Rawlings MK và các cộng sự [96] đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục HIV lên đáp ứng và tuân thủ điều trị của bệnh nhân; trong đó bệnh nhân được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 vào các chương trình tư vấn chuyên sâu hoặc giáo dục chuyên sâu, kết quả nghiên cứu không có sự khác biệt xét trên tỷ lệ bệnh nhân đạt mức HIV-1 RNA <40 bản sao/mL (60% [33/55] vs. 55% [38/69]; $P = 0,529$) hoặc mức <400 bản sao/mL (80% [44/55] vs. 80% [55/69]; $P = 0,689$) tại tuần thứ 24, tỷ lệ tuân thủ điều trị đo bằng hệ thống giám sát dùng thuốc (MEMS) cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (70% vs. 74%).

Phân tích gộp so sánh hiệu quả tăng cường tuân thủ điều trị của eSOC cũng như đáp ứng vi-rút của eSOC so sánh với SOC cho thấy tử số chênh (Odd ratio) là 1,05 (95% KTC: 0,72-1,55) cho thấy 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 [61].

1.3.3. Can thiệp tuân thủ điều trị qua điện thoại

Các can thiệp qua điện thoại bao gồm các can thiệp sử dụng điện thoại để hỗ trợ bệnh nhân. Tần suất các cuộc gọi có thể từ mỗi 2 tuần đến mỗi 2 tháng. Trong một số trường hợp bệnh nhân mới điều trị, tần suất cuộc gọi có thể dày hơn trong giai đoạn đầu. Nghiên cứu về hiệu quả của can thiệp bằng điện thoại đối với tuân thủ điều trị và chất lượng sống của bệnh nhân HIV/AIDS được thực hiện tại Baoshan Trung Quốc. Tác giả Dongsheng Huang [59] thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên tại ba bệnh viện tỉnh lớn

và tiêu chí đánh giá tuân thủ điều trị được đánh giá vào các ngày 15, sau 1, 2, và 3 tháng điều trị trên các bệnh nhân. Nghiên cứu đã thu nhận 103 bệnh nhân mới điều trị và 93 bệnh nhân đã điều trị trước đó. Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp sử dụng điện thoại gọi cho bệnh nhân đơn lẻ không làm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị trong cả hai nhóm bệnh nhân.

Tuy nhiên nghiên cứu tại Ấn Độ sử dụng đường dây thân thiện tư vấn qua điện thoại cho bệnh nhân HIV đang điều trị ARV lại được nhận định là hữu ích cho bệnh nhân, tuy nhiên tác động cụ thể của đường dây thân thiện này lên hiệu quả điều trị cũng như tuân thủ điều trị chưa được báo cáo trong nghiên cứu này. [73]

Một nghiên cứu khác kết hợp giữa trao đổi với bệnh nhân qua điện thoại và việc điều dưỡng đến nhà khám đã được chứng minh là có hiệu quả tại Trung Quốc. Đây là một nghiên cứu ngẫu nhiên trong đó 116 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu, 58 bệnh nhân trong nhóm chứng và 58 bệnh nhân trong nhóm can thiệp. Nhóm can thiệp được hỗ trợ thêm bởi các cuộc điện thoại và có điều dưỡng đến khám tại nhà, trong khi đó thì nhóm chứng được nhận chăm sóc và điều trị theo thường quy. Tại thời điểm kết thúc 8 tháng, các bệnh nhân trong nhóm can thiệp có tỷ lệ báo cáo tuân thủ điều trị 100% cao hơn (Fisher's exact = 14,3, $p = 0,0001$) và dùng thuốc đúng giờ cao hơn (Fisher's exact = 18,64, $p = 0,0001$) so với nhóm chứng. Nhóm can thiệp cũng có tình trạng sức khỏe thể chất ($F = 10,47$, $p = 0,002$), tâm lý ($F = 9,41$, $p = 0,003$), xã hội ($F = 4,09$, $p = 0,046$) và môi trường ($F = 4,80$, $p = 0,031$) tốt hơn khi đánh giá bằng bộ câu hỏi WHOQOL so với nhóm chứng [114]

Nghiên cứu ngẫu nhiên khác được thực hiện trên 37 bệnh nhân HIV tại Hoa Kỳ để đánh giá xem liệu việc hỗ trợ bệnh nhân qua điện thoại có làm cải thiện tuân thủ điều trị và tải lượng vi-rút trong 24 tuần điều trị so sánh với nhóm chứng hay không. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân được nhắc nhở qua điện thoại hàng ngày từ thứ Hai đến thứ Sáu để khẳng định việc uống thuốc và hỗ trợ khi cần thiết. Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu này (tuổi từ 15–24), 62 % bệnh nhân là nam và 70 % là người Mỹ gốc Phi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm chứng tại tuần nghiên cứu 24 và 48 ($P = 0,007$), log 10 của tải lượng HIV cũng thấp hơn đáng kể tại tuần 24 (2,82 so với 4,52 $P = 0,002$) và tuần 48 (3,23 so với 4,23 $P = 0,043$). [27]

1.3.4. Can thiệp tuân thủ điều trị qua tin nhắn

Nhắn tin (SMS): Bao gồm việc nhắn tin vào điện thoại di động của bệnh nhân 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 bệnh nhân được chứng minh là có hiệu quả trong việc tăng cường tuân thủ điều trị trong nhiều nghiên cứu ở nước ngoài. Trong một nghiên cứu trên 431 bệnh nhân đang điều trị ART [92], các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào nhóm chứng hoặc một trong bốn nhóm can thiệp. Các bệnh nhân 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 (MEMS). Trong nghiên cứu này các tác giả đo lường tỷ lệ bệnh nhân 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 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong quần thể phân tích dự định điều trị, 53% bệnh nhân được nhắn tin hàng tuần đạt mức tuân thủ ít nhất 90% trong thời gian 48 tuần nghiên cứu so với 40% bệnh nhân trong nhóm chứng ($P=0,03$). Các bệnh nhân 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% vs. 90%, $P = 0,03$). Trong khi các so sánh tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV giữa hai nhóm cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ý nghĩa lâm sàng xét trên các chỉ số như CD4 hay tải lượng vi-rút chưa được tác giả đề cập tới trong nghiên cứu này. Nghiên cứu cũng không trình bày rõ các thông điệp trong tin nhắn là gì và liệu việc nhắn tin có gây ra các lo ngại gì liên quan đến vấn đề bảo mật thông tin cho bệnh nhân hay không.

Tác giả WelTel Kenya¹ thực hiện một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm tại Kenya trong đó các bệnh nhân đang điều trị ARV được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 vào nhóm chứng (chăm sóc điều trị chuẩn) hoặc nhóm can thiệp (nhắn tin qua điện thoại). Bệnh nhân trong nhóm can thiệp được điều dưỡng nghiên cứu nhắn tin hàng tuần cho bệnh nhân và đề nghị bệnh nhân phản hồi trong vòng 48 h. Việc phân nhóm điều trị cũng như các phân tích xét nghiệm được thực hiện một cách độc lập để đảm bảo tính khách quan. Biến số chính trong nghiên cứu này là tuân thủ điều trị do bệnh nhân tự báo cáo (>95% số liệu được dùng trong 30 ngày qua tại lần khám tháng thứ 6 và tháng thứ 12), tải lượng HIV-1 và tình trạng ức chế vi-rút (<400 bản sao trên mL) tại 12 tháng.

Trong khoảng thời gian từ 2007-2008 các tác giả đã tuyển chọn được 538 đối tượng nghiên cứu và phân ngẫu nhiên các bệnh nhân vào nhóm can thiệp SMS (n=273) hoặc nhóm chứng (n=265). Tuân thủ ART được báo cáo trên 168 trong tổng số 273 bệnh nhân nhóm can thiệp SMS so với 132 bệnh nhân trong tổng số 265 bệnh nhân nhóm chứng (nguy cơ tương đối [RR] của không tuân thủ điều trị là 0.81, 95% KTC 0.69-0.94; $p=0.006$). Ước chế vi-rút được báo cáo trên 156 trong tổng số 273 bệnh nhân nhóm can thiệp SMS và 128 trong tổng số 265 bệnh nhân nhóm chứng, (RR thất bại vi-rút học là 0.84, 95% KTC 0.71-0.99; $p=0.04$). [66]. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tác dụng tích cực của việc nhắn tin cho bệnh nhân đối với việc tuân thủ điều trị cũng như kết quả đáp ứng trên lâm sàng. Tuy vậy, việc đánh giá tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này là thông qua hình thức bệnh nhân tự báo cáo, điều này có thể là không hoàn toàn chính xác.

Năm 2014, tác giả Finitsis thực hiện một tổng quan tài liệu đánh giá ảnh hưởng của tin nhắn đến tuân thủ điều trị. Tác giả đã thực hiện việc tìm kiếm các tài liệu trên cơ sở dữ liệu điện tử Boolean bao gồm các nghiên cứu (1) đánh giá tuân thủ điều trị ARV trên bệnh nhân HIV, (2) các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá hiệu quả của tin nhắn và (3) các nghiên cứu có báo cáo kết quả đánh giá bao gồm tuân thủ điều trị. Tác giả đã tổng hợp được kết quả từ 9 nghiên cứu trong đó phân tích tổng hợp cho thấy can thiệp nhắn tin làm tăng có ý nghĩa tỷ lệ tuân thủ điều trị ($OR=1.39$; 95% KTC=1.18, 1.64). Các phân tích độ nhạy của các đặc điểm can thiệp cho thấy hiệu quả của tin nhắn sẽ cao hơn đối với các can thiệp có (1) tần suất thưa hơn hàng ngày, (2) nhắn tin và trao đổi thông tin hai chiều, (3) có các nội dung mang tính cá nhân bệnh nhân, và (4) phù hợp với liệu trình dùng thuốc của bệnh nhân. Các can thiệp này cũng được xác định là làm cải thiện tải lượng vi-rút và/hoặc CD4+ ($k=3$; $OR=1.56$; 95% KTC=1.11, 2.20). Từ phân tích này, tác giả khuyến cáo việc nhắn tin cho bệnh nhân không nên thực hiện với tần suất cao, nội dung nhắn tin và thời điểm nhắc tin cần được thực hiện một cách phù hợp cho người nhận. Tuy vậy nghiên cứu này chưa cho thấy cách thức nhắn tin như thế nào sẽ đạt được hiệu quả tối ưu [45].

Một nghiên cứu tổng quan tài liệu khác được thực hiện trên các cơ sở dữ liệu điện tử PubMed, EMBASE (Exerpta Medica Database), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PsycINFO, Web of Science (WoS) và thư viện Cochrane năm 2014 đánh giá 9 báo cáo tổng quan tài liệu từ 37 nghiên cứu gốc tại 19

quốc gia khác nhau, tổng quan này cho thấy có bằng chứng cho thấy nhắn tin qua điện thoại làm tăng tuân thủ điều trị và hỗ trợ bệnh nhân đến hẹn đúng ngày [77].

Nhắn tin với mục đích tăng cường tuân thủ điều trị không chỉ được áp dụng trong tuân thủ điều trị ARV mà còn được áp dụng trong điều trị các bệnh mạn tính khác tương tự như Lao. Một tổng quan tài liệu khác được thực hiện năm 2013 dựa trên các cơ sở dữ liệu điện tử (PubMed, EMBASE, Science Citation Index) của tác giả Mweete D Nglazi đã xác định được 4 nghiên cứu có so sánh hiệu quả của SMS với nhóm chứng trong điều trị Lao cho thấy tin nhắn SMS không làm tăng tuân thủ điều trị Lao một cách có ý nghĩa (tỷ số nguy cơ [RR] 1,49, 95% khoảng tin cậy [KTC] 0,90 đến 2,42). Các tác giả đưa ra khuyến cáo nên thận trọng với hiệu quả của SMS sử dụng để tăng cường tuân thủ điều trị. [79].

Như vậy có thể thấy nhắn tin qua điện thoại SMS phát huy được hiệu quả xét trên tỷ lệ tuân thủ điều trị, tuy nhiên hiệu quả xét trên biến số đánh giá khách quan hơn đó là các chỉ số lâm sàng còn chưa rõ rệt trong một số nghiên cứu. Việc đánh giá tuân thủ điều trị khó có thể đảm bảo một cách chính xác, do vậy kết quả của từng nghiên cứu cần được xem xét một cách thận trọng dựa trên từng hoàn cảnh nghiên cứu cụ thể.

1.3.5. Can thiệp tuân thủ điều trị qua tập huấn kỹ năng cho bệnh nhân

Tập huấn các kỹ năng hành vi hoặc tập huấn tuân thủ điều trị (BST/MAT): Bao gồm các can thiệp tập huấn đào tạo cho bệnh nhân làm cách nào để tuân thủ điều trị ART, 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. Các kỹ năng và kiến thức của bệnh nhân về HIV và điều trị được xem là một trong các yếu tố có thể ảnh hưởng tới vấn đề tuân thủ điều trị và các kỹ năng này có thể được tăng cường qua các chương trình đào tạo, tập huấn cho bệnh nhân. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, đối chứng, bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào nhóm có can thiệp 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 [52]. Nghiên cứu cho thấy can thiệp giáo dục cho bệnh nhân có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị tại tháng thứ 6 và được duy trì ở tháng 12 và 18. Tuy nhiên ảnh hưởng của can thiệp giáo dục này lên CD4 là không rõ ràng.

Một nghiên cứu khác đánh giá hiệu quả của việc tập huấn kỹ năng uống thuốc cho bệnh nhân nhỏ tuổi lên tuân thủ điều trị ARV. Mục tiêu chính của nghiên cứu này là để kiểm chứng tính hiệu quả của tập huấn lên tuân thủ điều trị và các chỉ số sinh học gồm CD4+ và tải lượng vi-rút. Đây là nghiên cứu thực hiện trên 23 bệnh nhân nhỏ tuổi nhiễm HIV, trong nghiên cứu này các bệnh nhi (4-5 tuổi) được tập huấn trung bình hai phần và các trẻ lớn tuổi hơn được tập huấn nhiều hơn 3 phần. Nghiên cứu ghi nhận tuân thủ điều trị tăng lên đáng kể so sánh giữa điểm trước nghiên cứu với sau nghiên cứu 6 tháng, CD4 và tải lượng vi-rút cũng được cải thiện [47]. Điểm cần lưu ý trong nghiên cứu này là cỡ mẫu nghiên cứu tương đối nhỏ (23 bệnh nhân), do vậy khó có thể đưa ra các khẳng định về hiệu quả của biện pháp can thiệp.

Trong một nghiên cứu khác trên bệnh nhân trưởng thành, phân nhóm ngẫu nhiên, có đối chứng đánh giá tác động của can thiệp giáo dục và tư vấn cộng thêm với chăm sóc và điều trị chuẩn cho bệnh nhân lên tuân thủ điều trị và đáp ứng vi-rút. Nghiên cứu này thu tuyển 244 bệnh nhân điều trị HAART trong thời gian 3 tháng từ 9/1999 đến 12/1999. Bệnh nhân trong nhóm can thiệp được tập huấn bởi điều dưỡng với 3 phần tập huấn. Kết quả tuân thủ điều trị và HIV RNA được đánh giá lại sau 6 tháng theo dõi. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sau 6 tháng can thiệp HIV RNA giảm đáng kể trong nhóm can thiệp gồm 123 (trung bình khác biệt = $-0,22 \log$ [$\pm 0,86$], $p = 0,013$), trong khi đó tải lượng vi-rút tăng trong nhóm chứng ($+0,12 \log$ [$\pm 0,90$], $p = 0,14$) trong 121 bệnh nhân. Liên quan đến tuân thủ điều trị, nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt xét trên tỷ lệ tuân thủ điều trị giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu tại điểm mốc trước nghiên cứu nhưng đã có thay đổi đáng kể sau 6 tháng ở nhóm can thiệp. Trong số 202 bệnh nhân có dữ liệu nghiên cứu, tỷ lệ tuân thủ điều trị trước nghiên cứu tại thời điểm trước nghiên cứu ở hai nhóm can thiệp và chứng là 58% và 63% ($p = 0,59$), tuy nhiên sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ này trong can thiệp và nhóm chứng là 75% so với 61% ($p = 0,04$). [75].

Một nghiên cứu lâm sàng nhãn mở, 24 tuần khác được thực hiện trên 195 bệnh nhân HIV (35% nữ, 71% người Mỹ gốc Phi, 20% người tiêm chích ma túy [IDUs]) đánh giá tác động của chương trình giáo dục lên tuân thủ điều trị của phác đồ có chứa lamivudine (150 mg)/zidovudine (300 mg) trong viên nén kết hợp (COM) cộng với abacavir (ABC), 300 mg. Tại thời điểm trước nghiên cứu, các bệnh nhân có trung vị HIV-1 RNA là $4,18 \log_{10}$ copies/mL và trung vị CD4+ là 379 cells/mm³. Bệnh nhân

được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 và một trong hai nhóm, nhóm can thiệp bệnh nhân được tập huấn và đào tạo với 4 module kết hợp với tư vấn theo thường quy (EI + RC; n = 96) hoặc tập huấn theo thường quy (RC; n = 99). Nghiên cứu này không cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm xét trên tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức HIV-1 RNA <40 copies/mL (60% [33/55] vs. 55% [38/69]; P = 0,529) hoặc <400 copies/mL (80% [44/55] vs. 80% [55/69]; P = 0,689) tại tuần điều trị thứ 24. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu được đo bằng Hệ thống giám sát dùng thuốc (MEMS) cũng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (70% vs. 74%). Các tác giả đưa ra kết luận việc tập huấn thêm cho bệnh nhân các kỹ năng trong nghiên cứu này không làm tăng tuân thủ điều trị cũng như không làm tăng hiệu quả điều trị. [96]. Đây là một nghiên cứu được thiết kế với cỡ mẫu đủ lớn, các kết điểm đánh giá lâm sàng có tính chất khách quan (HIV RNA, CD4) cùng với việc sử dụng MEMS để đánh giá do vậy tính tin cậy của kết quả là cao. Nhược điểm có thể thấy của nghiên cứu này là làm nghiên cứu nhãn mở, không làm mù.

Trong tổng quan hệ thống tài liệu của mình mô tả các can thiệp giáo dục và hỗ trợ cho bệnh nhân có làm tăng tuân thủ điều trị hay không [53]. Tác giả tập trung vào các nghiên cứu trên bệnh nhân đang điều trị HAART và kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có can thiệp tập huấn do dược sỹ thực hiện cho bệnh nhân có liên quan đến thuốc ARV được xem là có hiệu quả trong việc cải thiện tuân thủ điều trị cũng như tải lượng vi-rút tại tuần điều trị 24. Các tập huấn của Dược sỹ tập trung nhiều vào vấn đề sử dụng thuốc, tác dụng phụ của thuốc, và đây có thể là lý do làm tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.

Một nghiên cứu khác cũng đang được triển khai để đánh giá việc tập huấn kỹ năng hành vi hoặc tập huấn tuân thủ điều trị có làm tăng cường cho bệnh nhân khi điều trị ARV hay không. Đây là nghiên cứu của tác giả Wagner GJ và cộng sự triển khai đánh giá trong một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trên 240 bệnh nhân [112]. Các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp là nhóm được tập huấn kỹ năng tuân thủ điều trị trước khi dùng thuốc hướng tới thay đổi hành vi và nhóm chứng là nhóm chăm sóc điều trị chuẩn. Việc tập huấn cho bệnh nhân trong nhóm can thiệp bao gồm tập huấn trước dùng thuốc, khi mới dùng thuốc và trong lúc dùng thuốc. Trong nghiên cứu này, biến số đo lường chính là tuân thủ điều trị (được định nghĩa là dùng >85 % số liều thuốc được kê), được đo bằng lọ đựng thuốc có gắn chip điện tử, và tải

lượng vi-rút. Hiện tại nghiên cứu vẫn đang trong giai đoạn tuyển bệnh và dự kiến kết quả sẽ được công bố vào năm 2020

1.3.6. Can thiệp tuân thủ điều trị đa phương tiện

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, sự hiểu biết của bệnh nhân và tuân thủ điều trị. So sánh với việc thực hiện các hướng dẫn bằng giấy hoặc bằng miệng, việc sử dụng các phương tiện khác như băng video truyền tải thông tin đã được chứng minh là cải thiện được tuân thủ điều trị và sức khỏe cho bệnh nhân trong các bệnh lý khác nhau như hen, đái tháo đường, hút thuốc, lạm dụng rượu. Việc sử dụng các can thiệp đa phương tiện trong dự phòng HIV/STI cũng đã được chứng minh là có hiệu quả trong một số nghiên cứu [93]. Trong một nghiên cứu tại Châu Phi, các tác giả đã thực hiện các can thiệp đa phương tiện để truyền tải các thông điệp gồm: a) tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và việc phòng tránh vi-rút kháng thuốc; b) xác định các kiểu không tuân thủ điều trị; c) hỗ trợ của người thân, bạn bè, kỹ năng giao tiếp và giải quyết vấn đề để vượt qua các khó khăn, thách thức của tuân thủ điều trị và d) sự tự tin giúp làm được và đạt được tuân thủ điều trị. Mặc dù các tác giả chưa báo cáo việc tuân thủ điều trị và đáp ứng vi-rút của bệnh nhân trước và sau khi triển khai can thiệp có thay đổi gì không, các đánh giá ban đầu cho thấy việc triển khai chương trình được đánh giá là tích cực và sự chấp nhận các biện pháp can thiệp đa phương tiện này ở bệnh nhân ở mức cao [98]

Trong một nghiên cứu nhỏ khác trên 34 bệnh nhân đang điều trị ARV (bao gồm 11 bệnh nhân mới điều trị ARV và 23 bệnh nhân đã điều trị dài ngày), các tác giả cho thấy việc sử dụng băng video trình chiếu làm cải thiện đáng kể điểm số kiến thức của bệnh nhân về thuốc và tác dụng phụ của thuốc. Các phát hiện ban đầu này cho thấy việc sử dụng các phương tiện có thể truyền tải kiến thức tốt hơn có thể triển khai để hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, tuy nhiên đây là nghiên cứu nhỏ trên 34 bệnh nhân và việc có kiến thức tốt hơn không đồng nghĩa với tuân thủ điều trị tốt hơn, do vậy nghiên cứu này vẫn có những hạn chế nhất định [121].

1.3.7. Can thiệp tuân thủ điều trị qua liệu pháp hành vi nhận thức

Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT): Bao gồm các can thiệp nhằm thay đổi hành vi và nhận thức, cũng như các can thiệp từ cán bộ tư vấn cho bệnh nhân sử dụng phòng vắn khích lệ bệnh nhân. Các can thiệp hành vi nhận thức được áp dụng rất rộng rãi trong số các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV [64]

Báo cáo tổng quan các hoạt động can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị của Chaiyachati et al. được WHO sử dụng trong khuyến cáo chung cho các nước cho thấy các can thiệp hành vi- nhận thức có các kết quả rất khác nhau trong các điều kiện và hoàn cảnh khác nhau. Can thiệp hành vi, nhận thức ở nơi này có thể thành công nhưng điều đó không đảm bảo cho sự thành công cho việc triển khai ở nơi khác. Các can thiệp hành vi- nhận thức cần được thực hiện đảm bảo sự phù hợp về mặt văn hóa, xã hội và hoàn cảnh thực tế tại địa điểm can thiệp [64]. Báo cáo tổng quan tài liệu của Steve Kanters [61] cũng cho thấy CBT làm tăng tuân thủ điều trị ARV tuy nhiên so với chăm sóc điều trị chuẩn, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với tỷ số chênh là 1,12 (95%CI: 0,87–1,47).

Nghiên cứu của Duncan và cộng sự đánh giá liệu pháp CBT trong đó mục tiêu chính là giảm các căng thẳng và khó chịu cho bệnh nhân liên quan đến tác dụng phụ của ART và đánh giá tác động của liệu pháp này lên tuân thủ điều trị và chức năng tâm sinh lý của bệnh nhân. Nghiên cứu tuyển chọn 76 bệnh nhân đang điều trị ARV báo cáo là căng thẳng và mệt mỏi khi sử dụng ART hoặc khó chịu khi gặp phải các tác dụng phụ của ART, các bệnh nhân này được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm, nhóm can thiệp được sử dụng liệu pháp giảm căng thẳng, mệt mỏi có tên là MBSR và nhóm còn lại được chăm sóc điều trị chuẩn. Nghiên cứu thực hiện việc đánh giá bệnh nhân trước nghiên cứu, sau nghiên cứu 3 tháng và 6 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, so với nhóm điều trị chuẩn, nhóm can thiệp giảm đáng kể tần suất gặp phải các triệu chứng do ART tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp (khác biệt trung bình=0,33; 95% khoảng tin cậy [CI]=0,01, 0,66; $t(132)=2,04$, $P=0,044$) và 6 tháng sau can thiệp (khác biệt trung bình=0,38; 95% KTC=0,05, 0,71; $t(132)=2,27$, $P=0,025$). Các bệnh nhân sử dụng liệu pháp tâm lý MBSR cũng được báo cáo là vượt qua được các tác dụng phụ của thuốc một cách dễ dàng hơn và tuân thủ điều trị tốt hơn [38]

Nghiên cứu của Holstad và cộng sự thực hiện đánh giá hiệu quả của liệu pháp can thiệp hành vi nhận thức sử dụng phương pháp phỏng vấn khích lệ (MI) các bệnh

nhân theo nhóm để khuyến khích tuân thủ điều trị và giảm các hành vi nguy cơ. Nghiên cứu được thực hiện trên 203 bệnh nhân nữ nhiễm HIV người Mỹ gốc Phi với thời gian theo dõi 9 tháng. Trong nghiên cứu này, tuân thủ điều trị được đánh giá bằng hệ thống giám sát dùng thuốc MEMS và do bệnh nhân tự báo cáo. Nghiên cứu cho thấy việc phỏng vấn khích lệ có làm tăng tuân thủ điều trị tuy nhiên với tỷ lệ không đáng kể trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng [58]. Tương tự như vậy một nghiên cứu khác của Murphy cũng cho thấy can thiệp hành vi, nhận thức không làm cải thiện có ý nghĩa tuân thủ điều trị [78]

1.3.8. Can thiệp tuân thủ điều trị qua người hỗ trợ

Người hỗ trợ: bao gồm việc sử dụng một cá nhân (được phòng khám lựa chọn hoặc bệnh nhân tự lựa chọn) để hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, 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 điều chỉnh.

Nghiên cứu của Altice và các cộng sự [16] thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá tuân thủ điều trị và kết quả đáp ứng của bệnh nhân đối với một chương trình can thiệp cộng đồng 6 tháng sử dụng biện pháp hỗ trợ giám sát dùng thuốc trực tiếp so sánh với các bệnh nhân tự dùng thuốc, đây là các bệnh nhân nhiễm HIV có tiêm chích ma túy. Các bệnh nhân sẽ được phân nhóm ngẫu nhiên vào nhóm có sự hỗ trợ giám sát dùng thuốc 5 ngày một tuần của cán bộ y tế trên xe y tế lưu động hoặc được chăm sóc và tự uống thuốc theo thường quy. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị cao hơn và đáp ứng vi-rút xét trên mức giảm HIV-1 RNA > hoặc = 1,0 log₁₀ copies/mL hoặc tải lượng HIV-1 RNA < hoặc = 400 copies/mL tại tháng thứ 6 đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Giám sát hỗ trợ điều trị trực tiếp từ cán bộ y tế được cho là can thiệp tốn kém, đòi hỏi có lực lượng cán bộ y tế đủ mạnh. Can thiệp này có thể không phù hợp với bệnh nhân điều trị ngoại trú nói chung nhưng được xem là phù hợp với các bệnh nhân đang điều trị trong các cơ sở tập trung như nhà tù hoặc bệnh viện [61].

Cũng liên quan đến người hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS. Một nghiên cứu tại Châu Phi [39] đã thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh giữa can thiệp sử dụng người hỗ trợ cho bệnh nhân do bệnh nhân tự chỉ định để hỗ trợ

điều trị so với chăm sóc và điều trị theo thường quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể xét trên tải lượng vi-rút và đáp ứng miễn dịch giữa hai nhóm nhưng các lợi ích khác về chất lượng sống và sự tuân thủ điều trị có sự vượt trội trong nhóm có người hỗ trợ. Tác giả cũng đã đưa ra kết luận về việc các chương trình chăm sóc điều trị cần hỗ trợ bệnh nhân (1) Xác định một người hỗ trợ mình trong quá trình điều trị, điều này rất cần thiết ở các nước có nguồn lực hạn chế; (2) Ngoài việc hỗ trợ tuân thủ điều trị, người hỗ trợ bệnh nhân này còn có khả năng khuyến khích các hành vi có lợi cho sức khỏe [39].

Hiệu quả của can thiệp giám sát điều trị trực tiếp (DOT) so sánh với phương pháp do bệnh nhân tự dùng thuốc (SAT) lên tuân thủ điều trị và đáp ứng vi-rút của các bệnh nhân trong nhà tù được đánh giá lần đầu tiên trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng. Các bệnh nhân trong nhà tù được phân ngẫu nhiên vào nhóm DOT hoặc SAT. Kết cục đánh giá chính của nghiên cứu là tuân thủ điều trị được xác định bằng hệ thống giám sát dùng thuốc (MEMS) và đếm số viên sau khi kết thúc điều trị 24 tuần. Thay đổi tải lượng vi-rút tính từ thời điểm trước nghiên cứu và tỷ lệ bệnh nhân đạt tình trạng đáp ứng ức chế vi-rút (<400 copies/mL) tại cuối tuần điều trị thứ 24 cũng được đánh giá. Trong nghiên cứu này, 90/136 tù nhân từ chối tham gia nghiên cứu. Số đối tượng tham gia nhóm DOT ($n = 20$) có tải lượng vi-rút cao hơn so với nhóm SAT ($n = 23$) tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,23$). Tại thời điểm kết thúc 24 tuần điều trị, nghiên cứu không phát hiện được sự khác biệt về tuân thủ điều trị giữa nhóm DOT ($n = 16$, 99% MEMS [IQR 93,9, 100], 97,1 % đếm số viên [IQR 95,1, 99,3]) và SAT ($n = 21$, 98,3 % MEMS [IQR 96,0, 100], 98,5 % đếm số viên [95,8, 100]) với $p = 0,82$ MEMS, $p = 0,40$ đếm số viên tại tuần. Các bệnh nhân trong nhóm DOT giảm tải lượng vi-rút khoảng $-1 \log_{10}$ copies/mL [IQR -1,75, -0,05] so với nhóm chứng giảm -0,05 [IQR -0,45, 0,51] (p value = 0,02) tại tuần 24. Tỷ lệ bệnh nhân đạt ức chế vi-rút trong nhóm DOT so với SAT không có sự khác biệt có ý nghĩa ở tuần 24 (53 % so với 32 %, $p = 0,21$). Đây là một nghiên cứu với cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ do vậy các kiểm định so sánh chưa khẳng định được hiệu quả của DOT so với cách uống thuốc do bệnh nhân tự quản lý [116].

Tổng quan tài liệu của WHO [64] cho thấy can thiệp giám sát trực tiếp DOT giúp tuân thủ điều trị được cải thiện trong một vài nghiên cứu nhưng không rõ ràng ở một số nghiên cứu khác. Tổng quan tài liệu của Steven Kanters [13] cho thấy so với chăm sóc

hỗ trợ theo thường quy, việc hỗ trợ tuân thủ điều trị sử dụng người hỗ trợ đơn thuần chỉ làm tăng nhẹ tuân thủ điều trị với tỷ số chênh là 1,64 (95% KTC: 1,04–2,74) tại các nước đang phát triển và tỷ số này là 1,25 (95% KTC 0,97–2,63) trong phân tích chung tất cả các nghiên cứu trên toàn cầu.

1.3.9. Can thiệp tuân thủ điều trị qua hỗ trợ tài chính

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.

Không có nhiều nghiên cứu thực hiện việc đánh giá hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân và tác động của nó đến tuân thủ điều trị [64]. Tổng quan tài liệu của WHO cho thấy không có bằng chứng về việc hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân sẽ làm tăng tuân thủ điều trị [64]

1.3.10. Can thiệp tuân thủ điều trị qua thiết bị nhắc dùng thuốc

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. Thiết bị nhắc dùng thuốc được đánh giá trong nhiều nghiên cứu và phần lớn cho thấy các kết quả tích cực của thiết bị này với tuân thủ điều trị.

Sử dụng điện thoại di động để đặt chuông báo giờ uống thuốc được nghiên cứu cho thấy các kết quả không rõ rệt. Nghiên cứu tại Ấn Độ [103] là một nghiên cứu phân nhóm ngẫu nhiên trên 631 bệnh nhân HIV mới điều trị ARV. Các bệnh nhân này được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm nghiên cứu, nhóm can thiệp có dùng thêm chuông điện thoại di động để nhắc lịch uống thuốc (n=315) hoặc nhóm chăm sóc và điều trị chuẩn theo thường quy (n=316) với thời gian theo dõi là 96 tuần. Nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt xét về thời gian đến khi thất bại điều trị dựa trên đáp ứng vi-rút giữa hai nhóm nghiên cứu: thất bại điều trị trong nhóm can thiệp và chăm sóc điều trị chuẩn là 49/315 (15,6%) và 49/316 (15,5%) (tỷ số nguy cơ chưa hiệu chỉnh là 0,98, 95% KTC: 0,67 đến 1,47, p=0,95). Tỷ lệ thất bại điều trị tính theo người năm trong nhóm can thiệp và nhóm chăm sóc điều trị chuẩn tương ứng là 10,52 và 10,73 trên 100 người năm. Tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu là giống nhau ở cả hai nhóm (tỷ số mắc mới chưa hiệu chỉnh là 1,24, 95% KTC 0,93 đến 1,65, p=0,14). Tỷ lệ bệnh nhân không

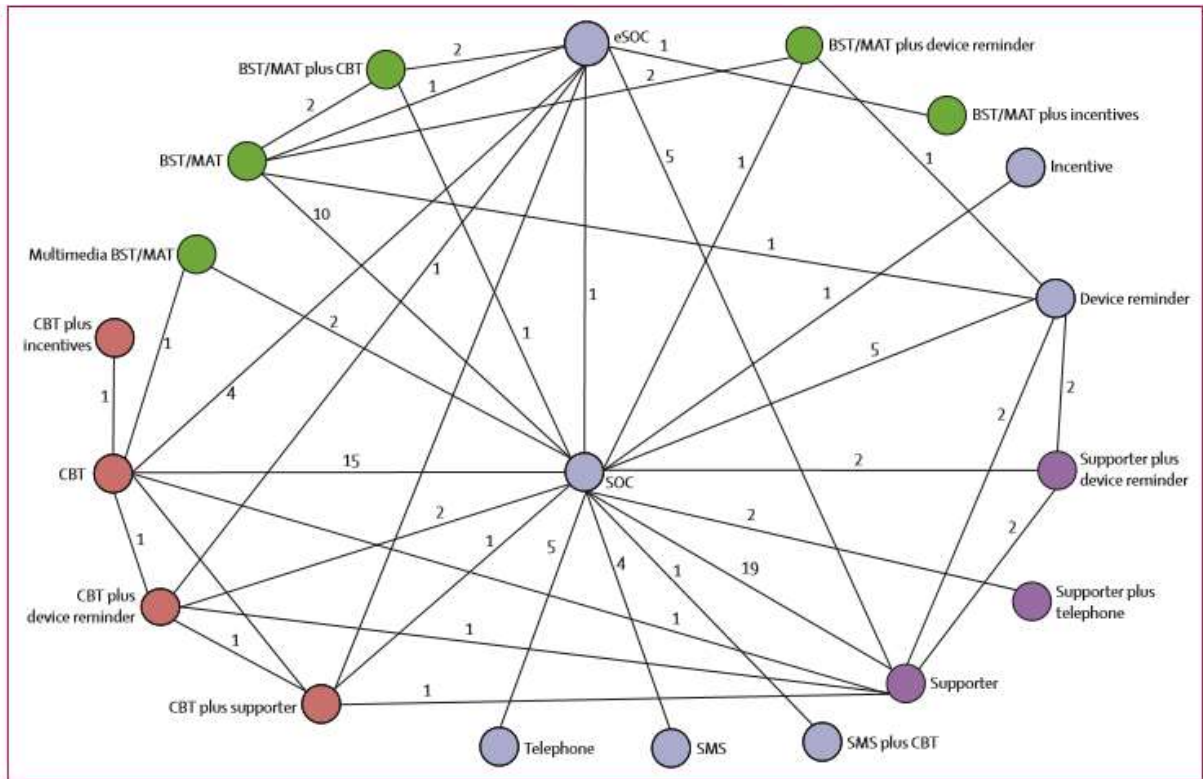
tuân thủ điều trị trong nhóm can thiệp là 81/300 (27,0%) và tỷ lệ này trong nhóm chứng là 65/299 (21,7%). Sau khi kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, các tác giả đã rút ra kết luận cho thấy biện pháp can thiệp sử dụng chuông nhắc giờ uống thuốc trên điện thoại di động không có sự khác biệt so với việc không sử dụng.

Ngược lại, một nghiên cứu khác được thực hiện trên 150 bệnh nhân HIV tại Bangalore, Ấn Độ, đây là các bệnh nhân đang điều trị ARV trong giai đoạn 4/2010 đến 7/2010, Trong nghiên cứu này các bệnh nhân nhận được hai loại can thiệp nhắc dùng thuốc đó là cài đặt điện thoại di động để nhắc lịch uống thuốc và tin nhắn tới điện thoại di động có hình ảnh để nhắc việc dùng thuốc [99]. Hình thức nhắc dùng thuốc này được thực hiện 1 lần/tuần trong thời gian 6 tháng. Nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng đếm số viên thuốc. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tăng từ 85% (trước nghiên cứu) lên 91% sau can thiệp và tác dụng này còn được duy trì đến 6 tháng sau can thiệp ($p=0,016$). Cả hai hình thức nhắc uống thuốc đều cho thấy không có sự ảnh hưởng tới tính riêng tư của bệnh nhân. Tỷ lệ cao bệnh nhân nói sử dụng điện thoại di động để nhắc uống thuốc là hữu ích hơn tin nhắn SMS ($p<0,001$).

Tổng quan tài liệu của WHO cho thấy việc sử dụng các thiết bị nhắc uống thuốc được chứng minh là có hiệu quả trong một số nghiên cứu nhưng không rõ ràng ở một số nghiên cứu khác [64]. Tổng quan tài liệu của Steven Kanters [61] cho thấy so với chăm sóc hỗ trợ theo 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 (95% KTC: 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 (95% KTC 0,44–1,32) cho thấy tác dụng của việc sử dụng thiết bị hỗ trợ nhắc sử dụng thuốc là không rõ rệt.

1.3.11. So sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV

Tổng quan tài liệu so sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanters [61] cho thấy có 19 loại can thiệp dạng đơn lẻ hoặc kết hợp đã được nghiên cứu đánh giá trong các nghiên cứu tại các nước đang phát triển cũng như các nước đã phát triển. Hình dưới đây mô tả các loại can thiệp đã được triển khai đánh giá trong một số nghiên cứu.



Hình 1.1 Các mô hình can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị dạng đơn lẻ hoặc kết hợp

Ghi chú

SOC: Các chăm sóc, hỗ trợ chuẩn

CBT: Liệu pháp hành vi, nhận thức

eSOC: Các chăm sóc, hỗ trợ tăng cường

SMS : Sử dụng tin nhắn

BST/MAT: Liệu pháp hỗ trợ hành vi/Liệu pháp điều trị y khoa

Device reminder: Máy nhắn tin nhắc tuân thủ

Supporter: Người hỗ trợ

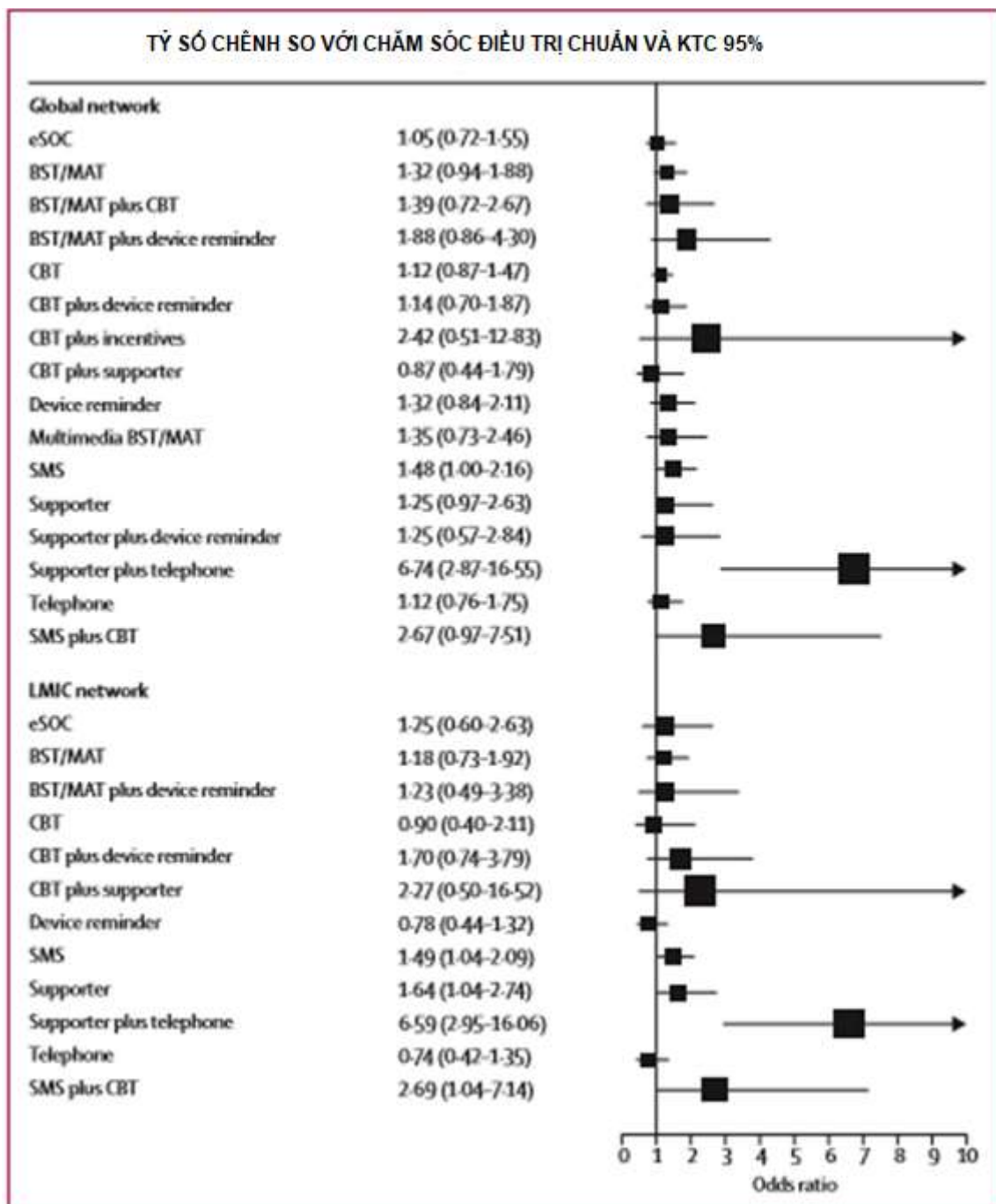
Incentive : Tiền hỗ trợ bệnh nhân

Telephone: Điện thoại

Tổng quan tài liệu so sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanters [61] tập hợp và so sánh kết quả của 85 nghiên cứu với 16271 bệnh nhân trên thư viện Cochrane, Embase, và MEDLINE. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhắn tin ngắn (SMS) vượt trội hơn so với chăm sóc và điều trị theo thường quy khi phân tích các nghiên cứu trên toàn cầu (odds ratio [OR] 1,48, 95% KTC [CrI] 1,00–2,16) và nghiên cứu tại các nước đang phát triển (1,49, 1,04–2,09). Các can thiệp kết hợp nhiều biện pháp cho thấy có hiệu quả cao hơn so với các 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 (CBT) (1,46, 95% KTC: 1,05–2,12) và can thiệp sử dụng người hỗ trợ (1,28, 95% KTC: 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 và điều trị chuẩn.

Hình 1.2 cho thấy can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân sử dụng điện thoại di động gọi với tần suất phù hợp, kết hợp với người hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân đã được chứng minh là có hiệu quả cao nhất trong các can thiệp với tỷ số chênh là 6,74 (95% KTC: 2,87-16,55) trong phân tích các nghiên cứu toàn cầu. Kết quả của biện pháp can thiệp này tại các nước đang phát triển (phân tích mạng lưới LMIC) cũng cho kết quả tương tự với tỷ số chênh là 6,59 (95% KTC: 2,95-16,06) [61]. Tác dụng rõ rệt nhất của biện pháp kết hợp giữa sử dụng người hỗ trợ tuân thủ điều trị và điện thoại định kỳ cho bệnh nhân 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.



Hình 1.2 Hiệu quả của các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị so sánh với chăm sóc điều trị chuẩn

Ghi chú

SOC: Các chăm sóc, hỗ trợ chuẩn

CBT: Liệu pháp hành vi, nhận thức

eSOC: Các chăm sóc, hỗ trợ tăng cường

SMS: Sử dụng tin nhắn

BST/MAT: Liệu pháp hỗ trợ hành vi/Liệu pháp điều trị y khoa

Device reminder: Máy nhắn tin nhắc tuân thủ

Supporter: Người hỗ trợ

Incentive: Tiền hỗ trợ bệnh nhân

Telephone: Điện thoại

Như vậy có thể nhận thấy can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân sử dụng điện thoại di động gọi với tần suất phù hợp, kết hợp với người hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân đã được chứng minh là có hiệu quả cao nhất trong các can thiệp với tỷ số chênh là 6,74 (95% KTC: 2,87-16,55) trong phân tích các nghiên cứu toàn cầu.

Kết quả của biện pháp can thiệp này tại các nước đang phát triển (phân tích mạng lưới LMIC) cũng cho kết quả tương tự với tỷ số chênh là 6,59 (95% KTC: 2,95-16,06) [61]. Kết quả từ các tổng quan tài liệu này sẽ được ứng dụng để xây dựng các can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú thuộc nghiên cứu.

1.4. Thông tin chung về phòng khám ngoại trú (OPC)

Các thống kê cập nhật của Cục Phòng Chống HIV/AIDS cho thấy tại thời điểm đầu năm 2018, cả nước đã có 271 phòng khám điều trị ngoại trú tiến hành thanh toán các phí dịch vụ, thuốc liên quan đến điều trị ARV cho bệnh nhân (chiếm 37,7%); tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS tham gia bảo hiểm y tế tăng đáng kể, từ 50% vào tháng 10/2016 lên 82% vào tháng 9/2017. Trong hệ thống chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam, phần lớn các phòng khám ngoại trú (OPC) được đặt trong bệnh viện. Mặc dù vậy báo cáo khảo sát thực trạng phòng khám ngoại trú của Cục Phòng chống HIV/AIDS năm 2015 cho thấy các phòng khám ngoại trú (OPC) đặt tại bệnh viện chưa được coi là một khoa phòng thực sự của bệnh viện, nhân sự phần lớn là cán bộ hợp đồng, lương do dự án chi trả, không bền vững khi các dự án sẽ cắt giảm. Hầu hết phòng khám ngoại trú đều được đặt tại khoa Truyền nhiễm nên chưa phù hợp với việc điều trị ngoại trú. Một số phòng khám ngoại trú OPC được đặt tại trung tâm y tế dự phòng, tuy vậy các cơ sở này thiếu các điều kiện để tổ chức khám chữa bệnh.

Trong bối cảnh các nguồn viện trợ quốc tế đang cắt giảm và để đạt được mục tiêu 90-90-90 do Liên Hợp Quốc đưa ra (90% số người biết được tình trạng nhiễm HIV của mình, 90% số người đã chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV liên tục và 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi-rút ở mức thấp và ổn định), các chiến lược của Bộ Y Tế đã xác định rõ ràng việc tiếp tục duy trì các phòng khám OPC thông qua cơ chế thanh toán chi trả qua bảo hiểm y tế kể từ năm 2018. Các phòng khám OPC cũng được lên kế hoạch chiến lược là chuyển dần sang khoa khám bệnh cho phù hợp với Quy chế bệnh viện.

Theo xu hướng chung hiện nay, để tăng cường hiệu quả hoạt động của các phòng OPC, việc xét nghiệm sàng lọc các trường hợp nhiễm HIV đã đưa về tuyến xã/phường, xét nghiệm lưu động đối với nơi tình hình dịch cao; tập trung cho nhóm có hành vi nguy cơ cao như nhóm tiêm chích ma túy (IDUs), phụ nữ hành nghề mại dâm (FSWs), nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), vợ bạn tình nhóm có nguy cơ cao

người nhiễm HIV và xét nghiệm định kỳ cho nhóm có nguy cơ cao. Các xét nghiệm khẳng định HIV cũng đang được mở rộng ở tuyến huyện để kết nối giữa xét nghiệm phát hiện HIV và điều trị ARV. Các tiêu chuẩn điều trị ARV cũng đã và đang được mở rộng để phục vụ cho bệnh nhân được tốt hơn. Bộ Y tế cũng khuyến khích việc mở mới các OPC đối với những huyện có từ 50 người nhiễm HIV còn sống trở nên và việc mở mới OPC 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. Đối với các huyện vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn, Bộ Y tế cũng khuyến khích việc mở mới OPC khi có từ 30 người nhiễm HIV trở lên.

Cũng trong chiến lược phát triển bền vững của các phòng khám OPC, việc mở rộng sử dụng dịch vụ bảo hiểm y tế, tăng cường tư vấn bệnh nhân mua thẻ bảo hiểm y tế hoặc đối với bệnh nhân nghèo, cận nghèo là sử dụng hiệu quả chính sách hỗ trợ của Nhà nước để mua thẻ bảo hiểm y tế cho bệnh nhân đã được Bộ Y tế 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 và sẽ 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 trong giai đoạn 2015 – 2017 vẫn chủ yếu do các tổ chức hỗ trợ. Bộ y tế cũng đã xác định việc chi trả các dịch vụ có chi phí cao này trong giai đoạn tiếp theo.

1.5. 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.

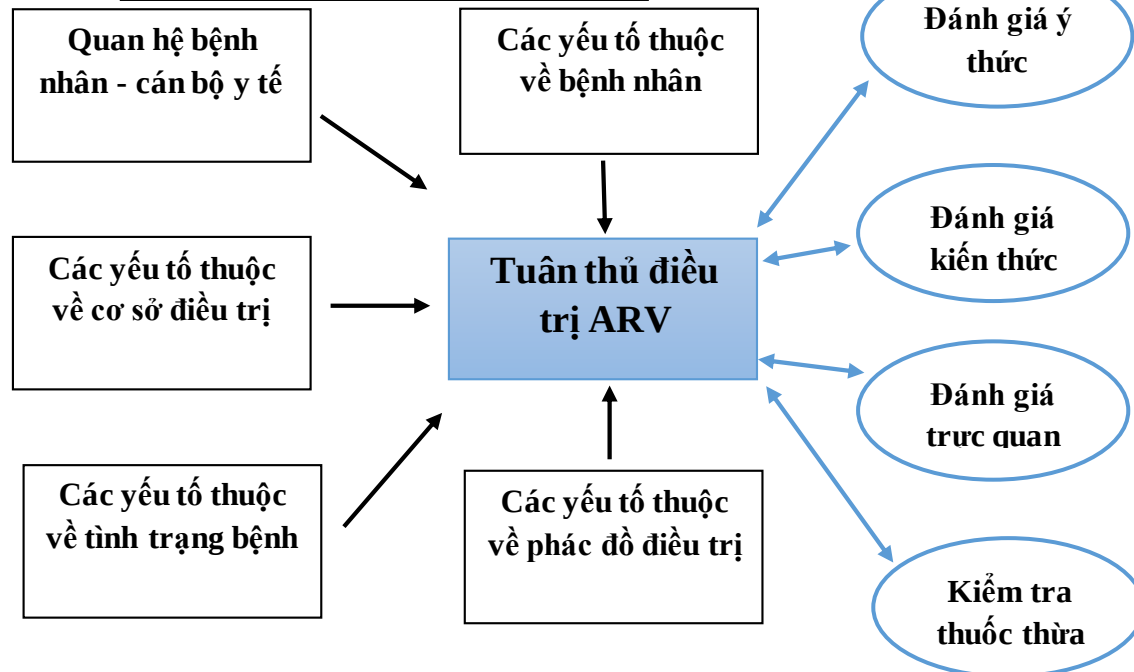
Câu hỏi của nghiên cứu này là liệu các biện pháp can thiệp kết hợp giữa người tư vấn hỗ trợ trực tiếp cho bệnh nhân và định kỳ tư vấn, nhắc nhở qua điện thoại có làm tăng tuân thủ điều trị ARV hay không?

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 kết hợp đa chiều từ 70% trước nghiên cứu lên 85% 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 2.3.1.

CÁC MÔ HÌNH CAN THIỆP TRÊN THỂ GIỚI

1. Người hỗ trợ bệnh nhân
2. Điện thoại nhắc tuân thủ
3. Máy nhắn tin nhắc tuân thủ
4. Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT)
5. Liệu pháp hỗ trợ hành vi (BST)
6. Liệu pháp điều trị y khoa (MAT)
7. Hỗ trợ tài chính
8. Thiết bị nhắc dùng thuốc
9. Người hỗ trợ+ Điện thoại
10. CBT+ Điện thoại
11. CBT+ Nhắn tin
12. CBT+ Người hỗ trợ
12. BST+MAT
13. BST+ MAT+ Thiết bị nhắc
14. Chăm sóc, tư vấn tăng cường

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN



CÁC HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP NGHIÊN CỨU

1. Tập huấn nhắc lại cho nhân viên OPC
2. Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao
3. Tư vấn tuân thủ điều trị, tư vấn tiết lộ tình trạng nhiễm tại chỗ
4. Định kỳ nhắc nhở bệnh nhân qua điện thoại

Hình 1.3 Khung lý thuyết nghiên cứu

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nam hoặc nữ tuổi từ 18 trở lên tại thời điểm tham gia nghiên cứu.
- Đã được chẩn đoán nhiễm HIV và đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú trong chương trình khảo sát.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Nam hoặc nữ dưới 18 tuổi tại thời điểm tham gia nghiên cứu.
- Có các vấn đề về thần kinh nghiêm trọng, hoặc không đủ minh mẫn để tự trả lời các câu hỏi nghiên cứu.
- Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm, thời gian và thiết kế nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại 03 phòng khám ngoại trú đang cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cho bệnh nhân tại Hà Nội gồm: Phòng khám Ngoại trú Quận Hoàng Mai, Phòng khám ngoại trú Huyện Ứng Hòa và Phòng khám Ngoại trú huyện Ba Vì.

Ba phòng khám này được lựa chọn một cách có chủ đích nhằm đại diện cho các khu vực địa lý khác nhau tại Hà Nội :

- Phòng khám Ngoại trú Quận Hoàng Mai: Đại diện cho khu vực thành thị
- Phòng khám Ngoại trú Huyện Ứng Hòa: Đại diện cho khu vực nông thôn
- Phòng khám Ngoại trú huyện Ba Vì: Đại diện cho khu vực miền núi

Thời gian nghiên cứu:

Các hoạt động nghiên cứu trước can thiệp được thực hiện vào tháng 10/2016 đến tháng 12/2016. Các hoạt động nghiên cứu sau can thiệp được thực hiện từ tháng 11/2017 đến tháng 12/2017.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu can thiệp tự đối chứng, có so sánh trước sau. Tại các cơ sở nghiên cứu được lựa chọn, nhóm nghiên cứu cùng với các cán bộ làm việc tại các Phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS lựa chọn các bệnh nhân một cách ngẫu nhiên dựa trên khung mẫu là danh sách các bệnh nhân đăng ký điều trị ARV tại thời điểm thực hiện việc khảo sát trước và sau can thiệp.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.3.1.1. Cỡ mẫu nghiên cứu trước can thiệp

Cỡ mẫu trong nghiên cứu trước can thiệp được tính toán sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ, điều tra cắt ngang.

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 p(1 - p)}{\varepsilon^2}$$

n = Cỡ mẫu nghiên cứu

p = Tỷ lệ tuân thủ điều trị trước can thiệp (ước tính 70%, sử dụng kết quả [6], [7], [8], [10], [11], [12], [13], [14].

α = Sai số loại I (0,05)

β = Sai số loại II (0,1)

ε = Sai số ước tính tỷ lệ (5%)

Tính toán cho thấy cần 320 bệnh nhân cho nghiên cứu trước can thiệp. Ước tính thêm một tỷ lệ khoảng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, do vậy nghiên cứu dự kiến tuyển chọn khoảng 350 bệnh nhân để khảo sát trước can thiệp. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành điều tra 352 bệnh nhân trước can thiệp.

2.3.1.2 Cỡ mẫu nghiên cứu sau can thiệp

Cỡ mẫu trong nghiên cứu sau can thiệp được tính toán sử dụng công thức so sánh hai tỷ lệ, với kiểm định Chi-Square, kiểm định 2 bên [115].

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2 \bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = Cỡ mẫu

p_1 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị trước can thiệp (ước tính 70%)

p_2 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị sau can thiệp (ước tính 85%)

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

α = Sai số loại I (0,05)

β = Sai số loại II (0,1)

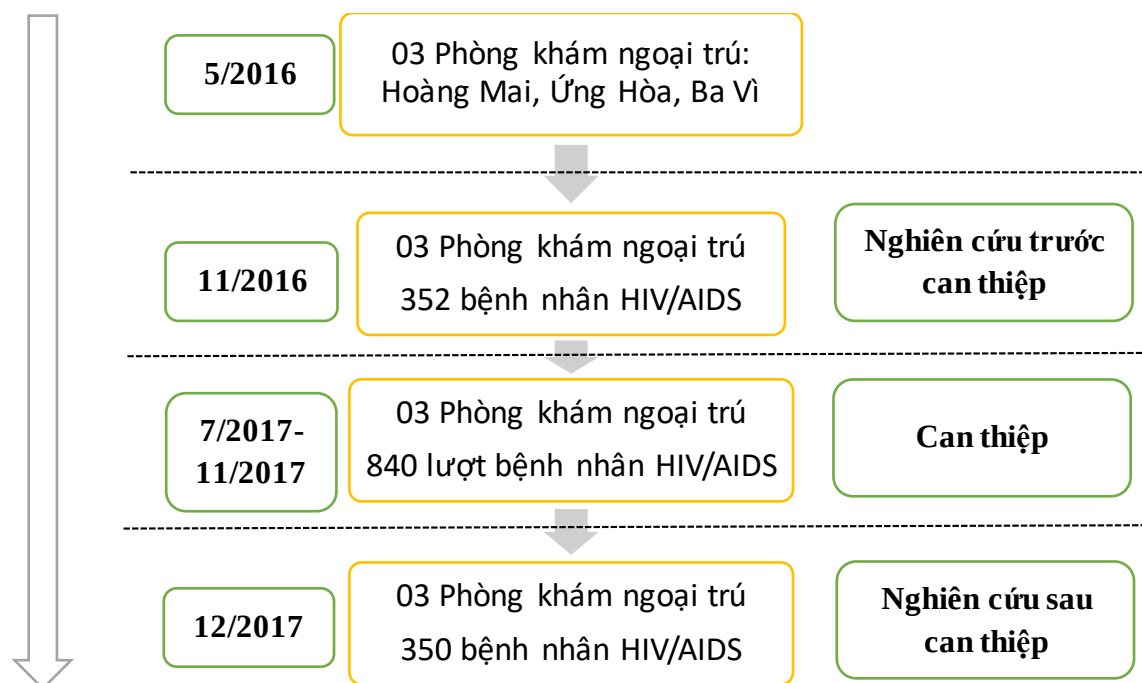
Tính toán cho thấy cần 322 bệnh nhân cho nghiên cứu sau can thiệp để đánh giá hiệu quả. Ước tính thêm một tỷ lệ khoảng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, do vậy nghiên cứu sẽ tuyển chọn khoảng 350 bệnh nhân để khảo sát trước và sau can thiệp.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Khung mẫu được xây dựng dựa trên danh sách các bệnh nhân đang đăng ký điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tham gia nghiên cứu. Việc chọn mẫu ngẫu nhiên được thực hiện theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, không lặp lại. Số bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại mỗi phòng khám được tính toán theo tỷ trọng bệnh nhân đang tham gia điều trị tại phòng khám đó với tổng số bệnh nhân đang tham gia điều trị ARV của tất cả các phòng khám nhân với tổng số bệnh nhân dự kiến tuyển chọn (350 bệnh nhân).

Việc chọn mẫu ngẫu nhiên được thực hiện cho cả nghiên cứu trước can thiệp và sau can thiệp.

2.3.3. Tóm tắt quy trình nghiên cứu



Hình 2.1 Tóm tắt quy trình nghiên cứu

2.4. Nội dung các hoạt động can thiệp

2.4.1. Mục tiêu của can thiệp

- Tăng cường tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú trong phạm vi của chương trình.
- Trên cơ sở kết quả xây dựng, thí điểm các can thiệp, rút kinh nghiệm để hoàn chỉnh mô hình và triển khai nhân rộng mô hình ra các Phòng khám ngoại trú khác.

2.4.2. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu can thiệp

- Đối tượng can thiệp: Các cán bộ y tế và bệnh nhân HIV/AIDS đang tham gia điều trị ARV tại Phòng khám ngoại trú Quận Hoàng Mai, Phòng khám ngoại trú Huyện Ứng Hòa và Phòng khám ngoại trú Huyện Ba Vì.
- Thời gian can thiệp: từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2017 (4 tháng)

2.4.3. Nội dung và các hoạt động can thiệp của mô hình

Các hoạt động can thiệp được xây dựng dựa trên việc tham khảo kinh nghiệm quốc tế trong tổng quan tài liệu cho thấy mô hình can thiệp trong đó có người hỗ trợ cho bệnh nhân kết hợp với nhắc nhở qua điện thoại mang hiệu quả cao ở các nước đang phát

triển. Kế hoạch và nội dung các hoạt động chi tiết đã được thảo luận với các chuyên gia của các tổ chức quốc tế đang làm việc tại Việt Nam trong lĩnh vực chăm sóc và điều trị HIV cũng như các cán bộ phòng khám OPC tham gia nghiên cứu. Người hỗ trợ cho bệnh nhân tuân thủ điều trị được xác định trong hoạt động can thiệp của nghiên cứu là cán bộ phòng khám OPC. Các cán bộ này là người tư vấn trực tiếp cũng như hỗ trợ việc nhắc nhở bệnh nhân vấn đề tuân thủ điều trị qua điện thoại. Để đảm bảo việc tư vấn và hỗ trợ qua điện thoại một cách có hiệu quả, việc tập huấn nhắc lại cho cán bộ y tế đã được thực hiện. Mặt khác, do khối lượng công việc tại OPC cao, do vậy việc can thiệp được xác định là chỉ hướng tới các đối tượng có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao. Chi tiết các hoạt động can thiệp được mô tả dưới đây.

Bảng 2.1 Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV và các hoạt động can thiệp

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	Các hoạt động của mô hình can thiệp nghiên cứu
Sự hỗ trợ của bạn bè	- Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao (bệnh nhân không có sự hỗ trợ của bạn bè, người thân) để tư vấn, can thiệp phù hợp. - Tư vấn tuân thủ điều trị tại chỗ, tập trung vào vai trò quan trọng của gia đình, bạn bè đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân
Tiết lộ tình trạng nhiễm	- Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao (bệnh nhân giấu tình trạng nhiễm của mình) để tư vấn, can thiệp phù hợp. - Tư vấn tuân thủ điều trị, tư vấn tiết lộ tình trạng nhiễm tại chỗ
Không uống rượu trong 30 ngày qua	- Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao (bệnh nhân có tiền sử lạm dụng hoặc sử dụng rượu) - Tư vấn định kỳ 2 tuần một lần qua điện thoại, tập trung vào vấn đề sử dụng rượu, ảnh hưởng của rượu đến hiệu quả điều trị, tác dụng phụ của thuốc.
Có sự hỗ trợ xã hội của cán bộ y tế	- Tập huấn tuân thủ điều trị nhắc lại cho tư vấn viên và cán bộ phòng khám, qua đó họ nhận thức được đầy đủ vai trò và tầm quan trọng của cán bộ y tế với việc điều trị của bệnh nhân. - Tư vấn định kỳ 2 tuần một lần qua điện thoại để hỏi thăm tình hình bệnh nhân và nhắc dùng thuốc.
Tin tưởng thuốc uống có hiệu quả	- Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao (bệnh nhân không tin tưởng vào hiệu quả của thuốc) để tư vấn, can thiệp phù hợp. - Tư vấn tuân thủ điều trị, tập trung vào việc nêu rõ hiệu quả của ARV đối với bệnh nhân HIV.
Gặp phải tác dụng phụ của thuốc	- Sàng lọc nhanh bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ cao (bệnh nhân đã từng gặp phải tác dụng phụ của thuốc) để tư vấn, can thiệp phù hợp. - Tư vấn tuân thủ điều trị, tập trung vào việc sử dụng thuốc đúng cách và xử lý khi gặp phải tác dụng phụ.

2.4.3.1. Tập huấn nhắc lại cho tư vấn viên và cán bộ y tế các nội dung liên quan đến tuân thủ điều trị dựa trên khảo sát đầu vào

Nội dung tập huấn chi tiết có trong phụ lục kèm theo. Do tập huấn này được xác định là một nội dung tập huấn nhắc lại, bổ sung thêm cùng với các nội dung tập huấn khác cho cán bộ y tế tại phòng khám OPC, nội dung tập huấn chỉ tập trung vào các vấn đề trọng yếu sau đây:

1. Các phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị và ưu nhược điểm của từng phương pháp.
2. Các khó khăn hoặc rào cản thường gặp trong tuân thủ điều trị ARV
3. Các cách thức giải quyết từng khó khăn một cách cụ thể.

Thời lượng mỗi buổi tập huấn là 120 phút và đã có 03 buổi tập huấn được thực hiện trong can thiệp này.

2.4.3.2. Duy trì thường xuyên hoạt động đánh giá nhanh tuân thủ điều trị điều trị ARV trên các bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị trong mỗi lần đến khám

Hoạt động đánh giá nhanh tình trạng tuân thủ điều trị và các yếu tố nguy cơ được thực hiện với tất cả các bệnh nhân theo định kỳ hàng tháng, mỗi lần bệnh nhân đến lĩnh thuốc. Với các bệnh nhân không có nguy cơ cao, nội dung đánh giá này được thực hiện trong thời gian dưới 5 phút, với các bệnh nhân có nguy cơ cao, sẽ có thêm nội dung tư vấn để giảm thiểu nguy cơ không tuân thủ với thời gian tư vấn thêm khoảng 5 phút.

Các hoạt động đánh giá này tập trung vào việc tìm hiểu các vấn đề sau với tất cả các bệnh nhân: vấn đề tuân thủ điều trị trong tháng qua; sự hỗ trợ của bạn bè, người thân; việc tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho gia đình, người thân; vấn đề gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong tháng qua; giờ làm việc, sinh hoạt của bệnh nhân có thất thường không và việc có sử dụng rượu hoặc các chất ma túy trong tháng qua không.

Bệnh nhân có một trong các đặc điểm trên sẽ được tư vấn, hỗ trợ giải quyết từng vấn đề cụ thể theo nội dung đã được tập huấn ở hoạt động 2.4.3.1. Thời gian tư vấn phụ thêm cho mỗi bệnh nhân trong nhóm nguy cơ cao này tối đa là 5 phút. Bác sỹ hoặc tư vấn viên sau đó sẽ trao đổi với bệnh nhân và ghi lại số điện thoại liên lạc của bệnh nhân để thực hiện hoạt động hỗ trợ định kỳ mỗi 2 tuần qua điện thoại.

2.4.3.3. Tư vấn định kỳ 2 tuần một lần qua điện thoại, tập trung vào các đối tượng có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị ARV.

Các bác sỹ điều trị hoặc tư vấn viên sẽ định kỳ điện thoại 2 tuần một lần cho các bệnh nhân có bất kỳ một trong các đặc điểm nào sau đây:

- Không tuân thủ điều trị trong tháng vừa qua hoặc không đến khám trong tháng qua.
- Không có sự hỗ trợ của bạn bè, người thân.
- Không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho gia đình, người thân.
- Gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong tháng vừa qua.
- Có giờ làm việc, sinh hoạt thất thường.
- Sử dụng rượu hoặc các chất ma túy trong tháng qua.

Nội dung mỗi cuộc điện thoại kéo dài khoảng 5 phút trong đó tập trung cụ thể vào các vấn đề của bệnh nhân và nhấn mạnh đến tầm quan trọng của tuân thủ điều trị. Tổng cộng đã có gần 1.800 cuộc tư vấn và hỗ trợ qua điện thoại cho các bệnh nhân được xác định là có nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV cao trong thời gian 04 tháng can thiệp của nhiên cứu.

2.4.4. Tổ chức và điều hành hoạt động can thiệp của mô hình

- Nghiên cứu sinh, với sự hỗ trợ kỹ thuật của chuyên gia của Tổ Chức Sức Khỏe Gia Đình Quốc Tế - FHI360, thực hiện việc biên soạn tài liệu, xây dựng chương trình đào tạo nhắc lại liên quan đến tuân thủ điều trị ARV.
- Trưởng phòng khám ngoại trú (OPC) thực hiện việc tập huấn, đào tạo cho các cán bộ phòng khám ngoại trú có liên quan đến việc chăm sóc và điều trị của bệnh nhân, với sự phối hợp của Nghiên cứu sinh.
- Trưởng phòng khám ngoại trú (OPC) quản lý và chỉ đạo các hoạt động của mô hình can thiệp. Tổ chức theo dõi, đánh giá hiệu quả các hoạt động của mô hình do các bác sỹ, các tư vấn viên thực hiện.

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

Các chỉ số sau đây được thu thập để đánh giá hiệu quả của can thiệp sau khi tham vấn ý kiến của các chuyên gia của Tổ chức FHI360 và các cán bộ của phòng khám ngoại trú.

Chỉ số 1. Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa

Chỉ số 2. Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo kết quả phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân

Chỉ số 3. Điểm trung bình tuân thủ điều trị theo thang trực quan (Visual Analog Scale- VAS)

Chỉ số 4. Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi có liên quan đến kiến thức sử dụng thuốc

Chỉ số 5. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo kiểm đếm số thuốc còn thừa trong kỳ điều trị

Chỉ số 6. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị bằng ARV phác đồ bậc 1

Chỉ số 7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất

Chỉ số 8. Thay đổi tuyệt đối tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây

Chỉ số 9. Tỷ lệ bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV

Chỉ số 10. Tỷ lệ bệnh nhân có các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV

Chỉ số 11. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng của thuốc

Chỉ số 12. Mức độ tự tin của bệnh nhân vào hiệu quả của ARV

Chỉ số 13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV

Chỉ số 14. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc do bác sỹ phòng khám cung cấp

Các chỉ số nghiên cứu này được tính toán như sau

1. *Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa:* Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao được tính bằng số bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo

đánh giá kết hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa, chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời. Sự khác biệt tỷ lệ được tính toán bằng tỷ lệ sau can thiệp – tỷ lệ trước can thiệp. Khoảng tin cậy 95% của sự khác biệt tỷ lệ được tính toán theo phương pháp Miettinen & Nurminen

2. *Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo kết quả phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân:* Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao được tính bằng số bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo kết quả phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời. Sự khác biệt tỷ lệ được tính toán bằng tỷ lệ sau can thiệp – tỷ lệ trước can thiệp. Khoảng tin cậy 95% của sự khác biệt tỷ lệ được tính toán theo phương pháp Miettinen & Nurminen
3. *Điểm trung bình tuân thủ điều trị theo thang trực quan (Visual Analog Scale- VAS):* Điểm trung bình được tính bằng tổng điểm VAS chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm $VAS \geq 9,5$ được tính bằng số bệnh nhân có $VAS \geq 9,5$ chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời.
4. *Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi có liên quan đến kiến thức sử dụng thuốc:* Tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi được tính bằng số bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi có liên quan đến kiến thức sử dụng thuốc chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời. Sự khác biệt tỷ lệ được tính toán bằng tỷ lệ sau can thiệp – tỷ lệ trước can thiệp. Khoảng tin cậy 95% của sự khác biệt tỷ lệ được tính toán theo phương pháp Miettinen & Nurminen.
5. *Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo kiểm đếm số thuốc còn thừa trong kỳ điều trị:* Số bệnh nhân tuân thủ điều trị theo kiểm đếm số thuốc còn thừa trong kỳ điều trị chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời
6. *Tỷ lệ bệnh nhân điều trị bằng ARV phác đồ bậc 1:* Tỷ lệ bệnh nhân điều trị bằng ARV phác đồ bậc 1 được tính bằng số bệnh nhân điều trị bằng ARV phác đồ bậc 1 chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời. Sự khác biệt tỷ lệ được tính toán bằng tỷ lệ sau can thiệp – tỷ lệ trước can thiệp. Khoảng tin cậy 95% của sự khác biệt tỷ lệ được tính toán theo phương pháp Miettinen & Nurminen.

7. *Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất*: Tổng giá trị xét nghiệm CD4 chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có kết quả xét nghiệm
8. *Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây*: Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm được tính bằng số bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có kết quả xét nghiệm
9. *Tỷ lệ bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV*: Số bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời.
10. *Tỷ lệ bệnh nhân có các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV*: Số bệnh nhân có các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời.
11. *Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng của thuốc*: Số bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng của thuốc chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời
12. *Mức độ tự tin của bệnh nhân vào hiệu quả của ARV*: Số bệnh nhân theo từng mức độ tự tin khác nhau chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời.
13. *Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV*: Số bệnh nhân theo từng mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần khác nhau chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời
14. *Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc do bác sỹ phòng khám cung cấp*: Số bệnh nhân theo từng mức độ hài lòng với các thông tin khác nhau chia cho tổng số bệnh nhân được khảo sát có câu trả lời

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị

Bộ công cụ đánh giá của nghiên cứu này dựa trên bộ công cụ đánh giá đa chiều do USAIDS hỗ trợ phát triển sử dụng cho các nước có nguồn lực hạn chế được sử dụng để đánh giá tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này. Đây là bộ câu hỏi gồm có 4 phần với cấu trúc dưới đây [48].

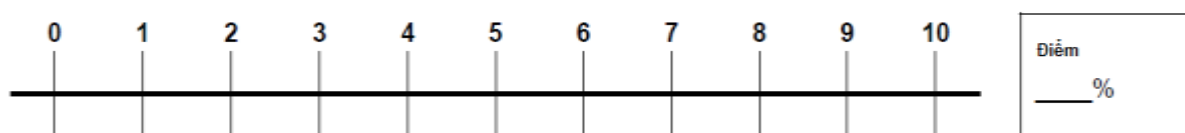
Phần 1 của bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị dành cho bệnh nhân bao gồm 4 câu hỏi với câu trả lời là “Có” hoặc “Không”. Nội dung các câu hỏi phần 1 của bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị được trình bày trong bảng 2.1.

Bảng 2.2 Các câu hỏi phỏng vấn đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 1 của công cụ đánh giá đa chiều

Câu hỏi	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?		

Tư vấn viên tuân thủ điều trị được tập huấn về bộ câu hỏi là người trực tiếp tiến hành phỏng vấn bệnh nhân.

Phần 2 của bộ công cụ đánh giá đa chiều là đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS). Nội dung phần này tư vấn viên 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. Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn đặt ngón tay trên trang điểm VAS, tư vấn viên hướng dẫn bệnh nhân dịch chuyển tay sang phía bên trái và dịch chuyển sang bên phải và giải thích việc dịch chuyển ngón tay sang bên trái tương ứng với tình trạng tuân thủ điều trị không tốt và dịch chuyển sang bên phải tương ứng với tình trạng tuân thủ điều trị tốt. Bệnh nhân sau đó sẽ xác định tình trạng tuân thủ điều trị của mình bằng cách di chuyển ngón tay vào vị trí thích hợp.



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

Phần 3 của bộ công cụ đánh giá đa chiều bao gồm các câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức về thuốc ARV bệnh nhân đang sử dụng. Trong phần này bệnh nhân sẽ được hỏi về các thông tin về thuốc để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác. Đây là các câu hỏi mở và bệnh nhân sẽ được trình bày kỹ hơn về điều họ biết về thuốc ARV bệnh nhân đang sử dụng. Tư vấn viên là người phỏng vấn và ghi nhận kết quả trong bảng đánh giá. Nội dung đánh giá của hợp phần 3 được trình bày trong bảng 2.2.

Bảng 2.3 Các câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị trong phần 3 của công cụ đánh giá đa chiều

Tên thuốc	Biết tên thuốc (C/K)	Biết số viên cần dùng (C/K)	Thời điểm dùng thuốc			Nhớ các lưu ý khi dùng thuốc khác
			Sáng	Chiều	Đánh giá (Đ/S)	

Phần 4 của bộ công cụ đánh giá đa chiều bao là nội dung đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ với hai câu hỏi dành cho bệnh nhân gồm:

1. Bệnh nhân có mang hộp đựng/túi đựng thuốc đến không?

Có ☐
Không ☐

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

$$\text{Tuân thủ điều trị} = \frac{\text{Số viên đã cấp phát} - \text{Số viên còn lại}}{\text{Số viên được chỉ định uống trong kỳ}} \times 100\%$$

Ví dụ: bệnh nhân được phát 28 liều, mỗi liều 1 viên/ngày, nhưng bệnh nhân uống thiếu 1 viên tính đến ngày khám thì tỷ lệ tuân thủ điều trị là $27/28 = 96\%$.

Cũng theo nội dung hướng dẫn sử dụng bộ công cụ đánh giá đa chiều, trong trường hợp bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để 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 tư vấn viên tuân thủ điều trị sẽ dựa vào hiểu biết và kinh nghiệm tốt nhất của mình để ước tính tuân thủ điều trị dựa theo việc hỏi các 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 các 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 2.3 dưới đây sẽ xếp loại bệnh nhân vào một trong 03 phân nhóm tuân thủ điều trị gồm: Tuân thủ điều trị mức độ cao, Tuân thủ điều trị mức độ trung bình và Tuân thủ điều trị mức độ thấp.

Bảng 2.4 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	Tất cả các câu trả lời là “không”	Trả lời “có” một câu	Trả lời là “có” từ 2 câu trở lên
Phần 2	Từ 95% trở lên	Từ 75%-94%	Dưới 75%
Phần 3	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	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 và 4 không nằm chung một cột thì lấy kết quả tương ứng với ô ngoài cùng bên tay phải (kết quả kém nhất).

2.5.2. Bộ công cụ thu thập các thông tin nhân khẩu học, xã hội học, bệnh học của bệnh nhân

Các câu hỏi thu thập thông tin về nhân khẩu học và bệnh học của bệnh nhân gồm các câu hỏi được thu thập từ bệnh án sẵn có của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú bao gồm các thuốc ARV đang sử dụng, các chỉ số xét nghiệm vi-rút, chỉ số xét nghiệm miễn dịch, tình trạng mắc các bệnh đồng nhiễm...

Các câu hỏi xã hội học của nghiên cứu này được xây dựng dựa trên nền tảng của bộ câu hỏi thu thập thông tin xã hội học do Tổ chức Sức Khỏe Gia Đình Quốc Tế (FHI 360) xây dựng và sử dụng cho chương trình theo dõi, đánh giá chương trình chăm sóc và điều trị tại các phòng khám ngoại trú OPC. Đây là các câu hỏi được thiết kế theo câu hỏi likert với thang điểm trả lời từ 1 đến 7. Bộ câu hỏi này đã được dịch ra tiếng Việt, sử dụng thử nghiệm trên thực tế và đã có các điều chỉnh phù hợp về mặt dịch thuật đảm bảo tính chính xác cũng như tính dễ hiểu.

2.6. Quản lý và phân tích số liệu

Toàn bộ bộ câu hỏi hoàn thành phỏng vấn, kết quả đánh giá tuân thủ điều trị tại các phòng khám ngoại trú được nhập liệu trên phần mềm EXCEL và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 13. Phiếu phỏng vấn được làm sạch trước khi nhập vào phần mềm. Trước khi tiến hành phân tích nhóm nghiên cứu làm sạch bộ số liệu. Quy trình làm sạch số liệu như kiểm tra lỗi tùy chọn, mã hoá được tạo ra trong phần mềm Stata 13.1

Số liệu được làm sạch nhằm đảm bảo tính chính xác, thống nhất và hoàn chỉnh. Các biến kết quả bao gồm: tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao, tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ trung bình được so sánh giữa hai vòng điều tra bằng kiểm định χ^2 hai phía. Khoảng tin cậy 95% KTC của sự khác biệt tỷ lệ giữa hai vòng điều tra cũng được tính toán theo phương pháp không phân tầng của Miettinen và Nurminen (Miettinen O, Nurminen M. 1985). Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến số độc lập với biến phụ thuộc là tình trạng tuân thủ điều trị mức độ cao. Phân tích số liệu được thực hiện trên phần mềm Stata 13.1. Bảng 2.4 trình bày định nghĩa và cách tính các chỉ số nghiên cứu.

2.7. Các biện pháp khống chế sai số trong nghiên cứu

Các biện pháp khống chế sai số đã được áp dụng trong cả nghiên cứu trước can thiệp và sau can thiệp, cụ thể các biện pháp này như sau:

- Tập huấn thống nhất về phương pháp điều tra, thử nghiệm bộ công cụ và thực hành kỹ năng điều tra cho các điều tra viên (cán bộ phòng khám OPC) và giám sát viên (trưởng phòng khám OPC).

- 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 của bệnh nhân tại OPC.
- Việc tuyển chọn các điều tra viên dựa trên cơ sở đây là những người có kinh nghiệm trong nghiên cứu xã hội học, được tập huấn đầy đủ và có đủ thời gian dành cho nghiên cứu.
- 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.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thẩm định và phê duyệt (Quyết định phê duyệt số IRB-VN01057-21/2016). Những người tham gia nghiên cứu được nhận một bản thoả thuận tham gia nghiên cứu của họ. Trong quá trình tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến việc được chăm sóc và điều trị theo quy định của phòng khám. Trên các phiếu thu thập thông tin chỉ có mã số nghiên cứu của người tham gia và mã số phòng OPC tham gia nghiên cứu. Chỉ có nhân viên tham gia nghiên cứu tại phòng khám mới có khả năng kết nối giữa mã nghiên cứu và bệnh nhân. Các thông tin nhận dạng của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu không được công bố. Báo cáo cuối cùng sẽ trình bày các kết quả theo nhóm quần thể.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Nghiên cứu đã tiến hành thu thập dữ liệu các bệnh nhân trong năm 2016 và 2017 tại ba phòng khám ngoại trú trên địa bàn Hà Nội gồm Phòng khám Ngoại trú Quận Hoàng Mai, Phòng khám Ngoại trú Huyện Ba Vì và Phòng khám Ngoại trú Huyện Ứng Hòa. Quy mô các phòng khám ngoại trú và số lượng bệnh nhân được tuyển chọn tại mỗi phòng khám được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 3.1 Quy mô điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú và số lượng bệnh nhân được tuyển chọn tham gia nghiên cứu trong năm 2016 và 2017.

Phòng khám Ngoại trú	Trước can thiệp năm 2016		Sau can thiệp năm 2017	
	Số bệnh nhân đang điều trị ARV	Số bệnh nhân tham gia nghiên cứu	Số bệnh nhân đang điều trị ARV	Số bệnh nhân tham gia nghiên cứu
Quận Hoàng Mai	757	242	760	240
Huyện Ứng Hòa	106	35	116	35
Huyện Ba Vì	225	75	220	75
Tổng cộng	1.088	352	1.096	350

Số lượng các đối tượng được tuyển chọn vào nghiên cứu trong năm 2016 và năm 2017 phù hợp với số lượng dự kiến ban đầu là 350 bệnh nhân. Trong số các đối tượng được tuyển chọn vào nghiên cứu này, một số đối tượng không trả lời một số câu hỏi hoặc thiếu một vài dữ liệu cần thu thập, do vậy các con số thống kê trình bày trong phần kết quả nghiên cứu này sẽ ít hơn 350 hoặc 352 và sẽ phản ánh số bệnh nhân có câu trả lời cho mỗi câu hỏi. Nhìn chung số bệnh nhân trả lời đầy đủ các câu hỏi có liên quan tới tuân thủ điều trị cao hơn con số dự kiến ban đầu (322 bệnh nhân), do vậy lực thống kê trong các kiểm định so sánh hoặc ước tính tỷ lệ tuân thủ điều trị không bị ảnh hưởng.

3.1.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp

Bảng 3.2 mô tả các đặc điểm của các đối tượng tham gia trong nghiên cứu trước can thiệp năm 2016 và nghiên cứu sau can thiệp năm 2017 xét trên các chỉ số như: tuổi, cân nặng, giới tính, trình độ học vấn của các bệnh nhân.

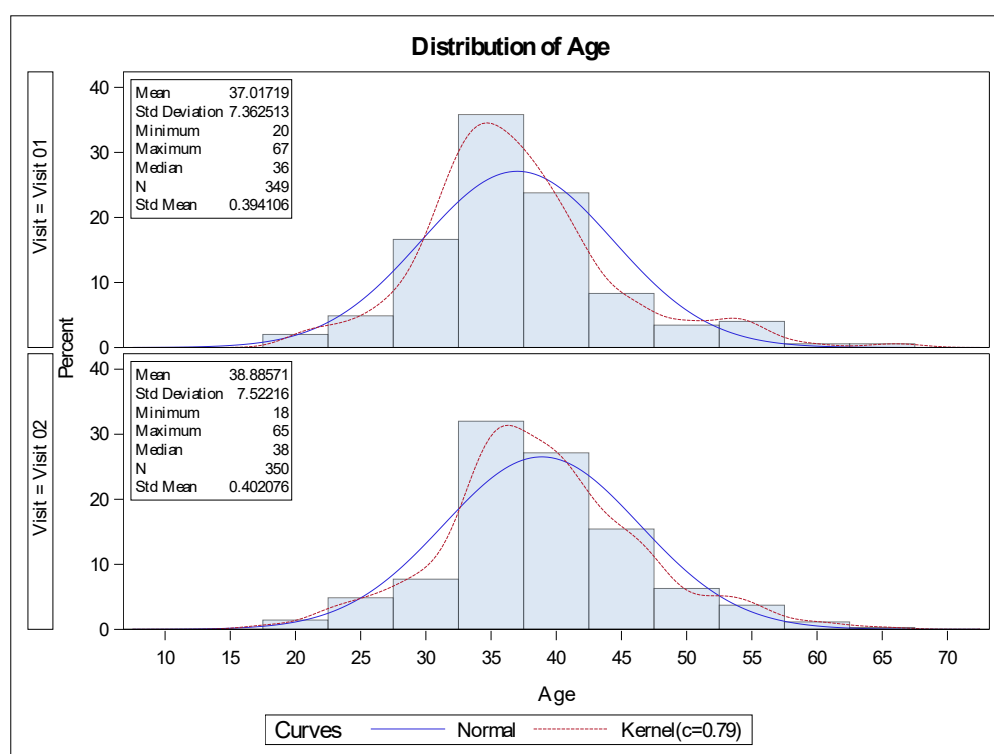
Bảng 3.2 Các đặc điểm nhân khẩu học các đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017
Tuổi (năm)	Trung bình ($\pm$ SD)	Trung bình ($\pm$ SD)
Trung bình	37,0	38,9
Trung vị	36,0	38,0
Độ lệch chuẩn (SD)	7,4	7,5
Tối thiểu-Tối đa	20 - 67	18 - 65
Giới tính	Tỷ lệ %	Tỷ lệ %
<i>Nam</i>	64,3	67,7
<i>Nữ</i>	35,7	32,3
Trình độ học vấn	Tỷ lệ %	Tỷ lệ %
<i>Không biết chữ, chưa đi học</i>	0,3	0,0
<i>Tiểu học (lớp 1-5)</i>	9,5	9,8
<i>Trung học cơ sở (6-9)</i>	35,4	35,9
<i>Trung học phổ thông (10-12)</i>	42,3	45,7
<i>Cao đẳng/Đại học/Sau đại học</i>	12,5	8,6
Cân nặng (kg)	Trung bình ($\pm$ SD)	Trung bình ($\pm$ SD)
Trung bình	53,7	54,4
Trung vị	53,0	54,5
Độ lệch chuẩn (SD)	7,7	8,0
Tối thiểu-Tối đa	36 - 78	33 - 82

Các khảo sát trước và sau can thiệp đều cho thấy Nam giới chiếm một tỷ lệ đáng kể (khoảng 2/3) số đối tượng nghiên cứu. Trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt đáng kể trong lần khảo sát trước can thiệp so sánh với sau can thiệp với khoảng xấp xỉ 10% các đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học, khoảng 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông và hơn 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học cơ sở. Nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ rất nhỏ các đối tượng nghiên cứu không biết chữ và xấp xỉ khoảng 10% đối tượng nghiên cứu có trình độ đại học và sau đại học trong lần khảo sát trước và sau nghiên cứu.

Cân nặng của các bệnh nhân trước và sau can thiệp cũng được thu thập và so sánh, các thống kê cho thấy cân nặng trong lần khám gần nhất trước nghiên cứu là 53,7 ($\pm 7,7$) kg và cân nặng trong lần khám gần nhất sau nghiên cứu là 54,4 (± 8) kg. Sự khác biệt về trọng lượng cơ thể các đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Các đối tượng nghiên cứu nghiên cứu có tuổi trung bình 37,0 ($\pm 7,4$) trong khảo sát trước can thiệp và 38,9 ($\pm 7,5$) tuổi trong khảo sát sau can thiệp. Các thông tin về phân bố tuổi chi tiết hơn của các bệnh nhân trước và sau can thiệp được mô tả trong biểu đồ 3.1 Phân bố tuổi của bệnh nhân trước (V1) và sau can thiệp (V2).



Biểu đồ 3.1 Phân bố tuổi của bệnh nhân trước (V1) và sau can thiệp (V2)

Sơ đồ phân bố tuổi của bệnh nhân trước và sau can thiệp dưới đây cho thấy phần lớn các bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 đến 40 tuổi. Các bệnh nhân trẻ tuổi nhất trong nghiên cứu trước và sau can thiệp tương ứng là 20 tuổi và 18 tuổi, các bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nghiên cứu trước và sau can thiệp tương ứng là 67 tuổi và 65 tuổi.

3.1.2. Một số đặc điểm bệnh học đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp

Bảng 3.3 mô tả các đặc điểm bệnh học của các đối tượng tham gia trong nghiên cứu trước và sau can thiệp.

Bảng 3.3 Một số đặc điểm bệnh học của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	Giá trị p
	Trung bình ($\pm$ SD)	Trung bình ($\pm$ SD)	
Thời gian nhiễm HIV (năm)			p< 0,001
Trung bình	5,1	6,1	
Độ lệch chuẩn (SD)	2,8	2,9	
Tối thiểu-Tối đa	0,2 - 6,9	0,2 – 17,6	
Trung vị	5,1	6,2	
Thời gian điều trị ARV (năm)			p< 0,001
Trung bình	4,5	5,5	
Độ lệch chuẩn (SD)	2,5	2,8	
Tối thiểu-Tối đa	0,1 - 9,3	0,1 – 14,2	
Trung vị	4,2	5,3	
Thời gian chờ để được điều trị ARV (ngày)			p>0,05 (*)
Trung bình	265,8	296,8	
Trung vị	60	64	
Độ lệch chuẩn (SD)	456,4	620,3	
Tối thiểu-Tối đa	0 - 2962	0 - 4734	

(*) Kiểm định phi tham số

Các đối tượng nghiên cứu trong khảo sát trước can thiệp có thời gian nhiễm HIV trung bình là 5,1 ($\pm$ 2,8) năm với thời gian điều trị ARV trung bình là 4,5 ($\pm$ 2,5) năm và thời gian tính từ thời điểm được chẩn đoán nhiễm HIV cho đến khi được điều trị ARV trung bình là 265,8 ngày với độ lệch chuẩn lớn (456,4 ngày). Nghiên cứu cũng cho thấy tại thời điểm trước nghiên cứu, có những bệnh nhân không phải chờ ngày nào để được điều trị, tuy nhiên cũng có các bệnh nhân phải chờ đến 9 năm kể từ ngày phát hiện nhiễm HIV mới được điều trị ARV. Các số liệu cũng được khảo sát lặp lại trong năm 2017 cho thấy thời gian nhiễm HIV và thời gian điều trị ARV kéo dài hơn so với thời điểm trước khảo sát khoảng 1 năm. Điều này phản ánh mặc dù việc khảo sát trong

năm 2016 và 2017 được thực hiện trên mẫu ngẫu nhiên, các mẫu này có tính đại diện cao cho quần thể nghiên cứu.

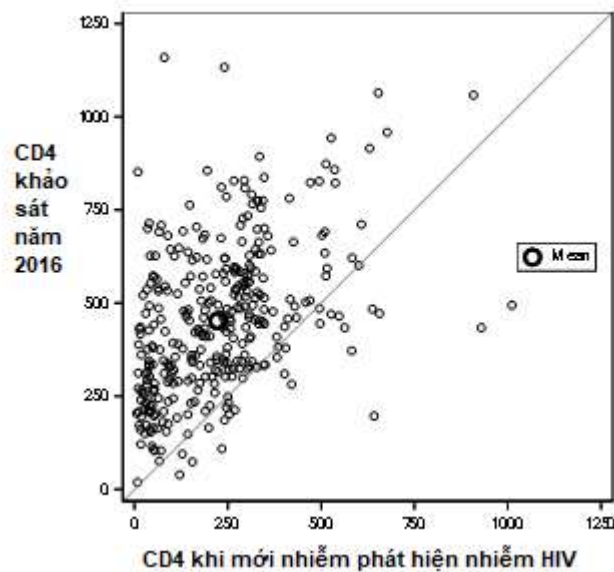
Giá trị xét nghiệm CD4 tại thời điểm mới được chẩn đoán nhiễm HIV và tại thời điểm gần nhất tính tới thời điểm khảo sát được trình bày trong bảng 3.4 dưới đây.

Bảng 3.4 Giá trị xét nghiệm CD4 tại thời điểm mới chẩn đoán nhiễm HIV và tại thời điểm khảo sát năm 2016 và 2017.

Biến số nghiên cứu	Giá trị CD4 tại thời điểm mới chẩn đoán HIV	Giá trị CD4 tại thời điểm gần nhất
Nghiên cứu trước can thiệp 2016		
Trung bình	223,9	452,2
Trung vị	214,5	444
Tối thiểu-Tối đa	6 - 1.011	19 – 1.159
Độ lệch chuẩn (SD)	167,6	203,2
Nghiên cứu trước can thiệp 2017		
Trung bình	235,2	474,9
Trung vị	201	445
Tối thiểu-Tối đa	4 - 1.086	38 – 1.199
Độ lệch chuẩn (SD)	184,1	216,1

Các kết quả nghiên cứu cho thấy CD4 tại thời điểm bệnh nhân mới bắt đầu được chẩn đoán vào mức khoảng 225 tế bào/ml và tăng lên đáng kể tại thời điểm xét nghiệm gần nhất (450 tế bào/ml) sau khi điều trị ARV.

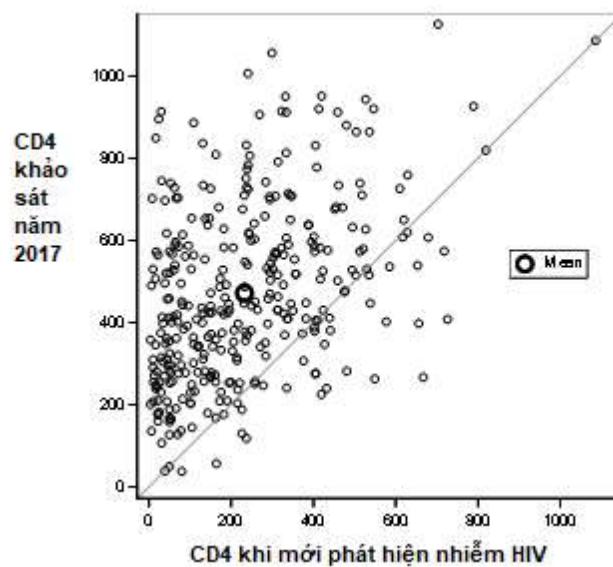
Biểu đồ 3.2 dưới đây biểu diễn rõ hơn giá trị CD4 khi mới được chẩn đoán HIV và sau khi điều trị ARV trong nghiên cứu trước can thiệp năm 2016. Mỗi điểm trên biểu đồ biểu diễn một bệnh nhân trong nghiên cứu, giá trị CD4 tại thời điểm mới điều trị là giá trị được xác định bằng hoành độ và giá trị CD4 tại thời điểm gần nhất được xác định bằng tung độ tương ứng.



Biểu đồ 3.2 Biểu đồ chuyển đổi CD4 tại thời điểm mới nhiễm HIV và sau khi điều trị ARV tại thời điểm khảo sát trước can thiệp 2016

Khảo sát tại thời điểm năm 2016 cho thấy CD4 tăng một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh giá trị CD4 tại thời điểm này với thời điểm bệnh nhân mới được chẩn đoán nhiễm HIV, thể hiện bởi các điểm nằm phần lớn phía trên đường chéo của biểu đồ chuyển đổi.

Biểu đồ 3.3 biểu diễn giá trị CD4 khi mới được chẩn đoán HIV và sau khi điều trị ARV trong nghiên cứu sau can thiệp năm 2017.



Biểu đồ 3.3 Biểu đồ chuyển đổi giá trị xét nghiệm CD4 tại thời điểm mới nhiễm HIV và sau khi điều trị ARV tại thời điểm khảo sát sau can thiệp 2017

Kết quả cũng tương tự như vậy khi khảo sát tại thời điểm năm 2017 cho thấy CD4 tăng một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh giá trị CD4 tại thời điểm này với thời điểm bệnh nhân mới được chẩn đoán nhiễm HIV, thể hiện bởi các điểm nằm phần lớn phía trên đường chéo của biểu đồ chuyển đổi.

Bảng 3.5 trình bày tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội trước can thiệp căn cứ vào dữ liệu sẵn có trên bệnh án của bệnh nhân. Điểm cần lưu ý là mặc dù việc khảo sát được thực hiện trên 352 bệnh nhân tại thời điểm trước can thiệp, tình trạng mắc bệnh đồng nhiễm của bệnh nhân không thu thập được trên 24 bệnh nhân, do vậy chỉ có 328 bệnh nhân được đưa vào phân tích này.

Bảng 3.5 Tình trạng nhiễm trùng cơ hội trong khảo sát trước can thiệp năm 2016

Tình trạng nhiễm trùng cơ hội	Số bệnh nhân (n=328)	Tỷ lệ %
Mắc các nhiễm trùng cơ hội	123	37,2
<i>Viêm gan B</i>	30	9,1
<i>Viêm gan C</i>	87	26,4
<i>Lao</i>	1	0,3
<i>Sẩn ngứa PPE</i>	3	0,9
<i>Nấm P. marneffei</i>	3	0,9
Không mắc nhiễm trùng cơ hội nào	206	62,8

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm Viêm gan C là 26,4%, Viêm gan B là 9,1% trong khi đó các nhiễm trùng khác là ít gặp. Khoảng 2/3 số bệnh nhân không có bất kỳ một nhiễm trùng cơ hội nào trong khảo sát năm 2016.

3.1.3. Một số đặc điểm xã hội học các đối tượng tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp

Bảng 3.6 và 3.7 mô tả một số đặc điểm xã hội của các đối tượng tham gia trong nghiên cứu trước và sau can thiệp. Một điểm cần lưu ý là mặc dù các OPC trong nghiên

cứu này đặt tại Hà Nội, các OPC vẫn đang phục vụ khoảng 1/5 số bệnh nhân được tới từ tỉnh lân cận khác.

Bảng 3.6 Thời gian và khoảng cách từ nhà đến phòng khám của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Các đặc điểm	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017
	Trung bình ($\pm$ SD)	Trung bình ($\pm$ SD)
Thời gian từ nhà đến phòng khám (phút)		
Trung bình	52,2	64,3
Trung vị	30	30
Độ lệch chuẩn (SD)	72,5	76,0
Tối thiểu-Tối đa	1 - 900	10 - 600
Khoảng cách từ nhà đến phòng khám (km)		
Trung bình	27,2	36,7
Trung vị	8,5	11
Độ lệch chuẩn (SD)	44,7	57,7
Tối thiểu-Tối đa	1 - 300	1 - 310

Trung vị thời gian từ nhà đến phòng khám của bệnh nhân là 30 phút và khoảng cách từ nhà đến phòng khám có trung vị là khoảng 10 km. Trong khi có một số bệnh nhân sống rất gần phòng khám thì cũng có một số bệnh nhân ở tỉnh khác với khoảng cách từ nhà tới phòng khám lên tới 300 km. Phương tiện được sử dụng để đi lại đến lĩnh thuốc, khám và điều trị tại phòng khám chủ yếu là xe máy (80%).

Bảng 3.7 Mô tả thêm một số đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp bao gồm địa điểm sinh sống, tình trạng hôn nhân và thu nhập. Điểm cần lưu ý trong nghiên cứu này là một số bệnh nhân có quyền không trả lời một số câu hỏi trong bộ khảo sát nếu bệnh nhân không muốn và điều này đã được thông báo rõ cho

bệnh nhân từ trước khi tham gia nghiên cứu do vậy khi tính toán tỷ lệ %, các bệnh nhân nhân này được loại khỏi mẫu số tính toán.

Bảng 3.7 Một số đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Địa điểm sinh sống	Trước can thiệp 2016 (n=337)		Sau can thiệp 2017 (n=345)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<i>Sống tại Hà Nội</i>	266	78,9	270	78,3
<i>Không sống tại Hà Nội</i>	71	21,1	75	21,7
Tình trạng hôn nhân	Trước can thiệp 2016 (n=343)		Sau can thiệp 2017 (n=347)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<i>Có gia đình</i>	231	67,4	235	67,7
<i>Ly hôn/góa</i>	58	16,9	60	17,3
<i>Độc thân</i>	54	15,7	52	15,0
Sống với gia đình, người thân	Trước can thiệp 2016 (n=336)		Sau can thiệp 2017 (n=333)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<i>Có</i>	314	93,5	313	94,0
<i>Không</i>	22	6,5	20	6,0
Thu nhập	Trước can thiệp 2016 (n=325)		Sau can thiệp 2017 (n=329)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<i>Dưới 5 triệu/tháng</i>	271	80,9	276	83,8
<i>Từ 5-10 triệu/tháng</i>	58	17,3	53	16,2
<i>Trên 10 triệu/tháng</i>	6	1,8	0	0

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp là các bệnh nhân sống tại Hà Nội (xấp xỉ 80%), có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng (xấp xỉ 80%), sống với gia đình hoặc người thân (xấp xỉ 95%). Khoảng 2/3 số bệnh nhân đã kết hôn, khoảng 15% bệnh nhân độc thân và 17% bệnh nhân đã ly hôn hoặc góa vợ, góa chồng. Kết quả này là tương đồng nhau ở cả khảo sát trước can thiệp và sau can thiệp.

3.2. Thực trạng điều trị ARV tại thời điểm trước và sau can thiệp

3.2.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu

Bảng 3.8 mô tả các phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu. Các phác đồ được sử dụng tại các phòng khám OPC gồm: Phác đồ 1c (NVP+3TC+AZT), 1d (EFV+3TC+ AZT), 1e (NVP+3TC+TDF), 1f (EFV+3TC+TDF) và Phác đồ khác là phác đồ không thuộc một trong 4 phác đồ trên. Điểm cần lưu ý trong tính toán các tỷ lệ % trong bảng này là mặc dù có 352 bệnh nhân được khảo sát trước can thiệp và 350 bệnh nhân được khảo sát sau can thiệp, một số lượng nhỏ bệnh nhân không xác định được chính xác phác đồ bệnh nhân đang sử dụng do thiếu các thông tin trong bệnh án hoặc chưa tìm được bệnh án gốc, các bệnh nhân này được loại khỏi mẫu số tính toán.

Bảng 3.8 Phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu

Phác đồ ARV được sử dụng để điều trị	Trước can thiệp 2016 (n=342)		Sau can thiệp 2017 (n=343)		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1c (NVP+3TC+AZT)	42	12,28	49	14,29	0,56
1d (EFV+3TC+ AZT)	20	5,85	20	5,83	0,99
1e (NVP+3TC+TDF)	21	6,14	5	1,46	0,001
1f (EFV+3TC+TDF)	230	67,25	268	78,13	<0,001
Phác đồ khác	29	8,48	1	0,29	<0,001

Phác đồ điều trị 1f (EFV+3TC+TDF) được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú với tỷ lệ xấp xỉ 67% trong nghiên cứu trước can thiệp, tại thời điểm sau can thiệp, nghiên cứu ghi nhận một số lượng đáng kể bệnh nhân chuyển phác đồ điều trị 1e sang các phác đồ khác, trong đó chủ yếu là chuyển sang phác đồ 1f. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ 1f tại thời điểm khảo sát sau can thiệp là khoảng 78%, tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước nghiên cứu ($p=0,001$).

Số lần uống thuốc ARV trong ngày cũng như số viên thuốc bệnh nhân sử dụng trong một ngày, so sánh giữa khảo sát trước can thiệp năm 2016 và sau can thiệp năm 2017 được thể hiện trong bảng 3.9.

Bảng 3.9 Số lần uống thuốc ARV trong ngày và số viên thuốc cần uống trong ngày

Các đặc điểm	Trước can thiệp 2016 (n=347)		Sau can thiệp 2017 (n=346)		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Số lần uống thuốc trong ngày					
1 lần/ngày	250	72,1	284	82,1	p=0,002
2 lần/ngày	87	25,0	48	13,9	p<0,001
3 lần/ngày	10	2,9	14	4,0	p> 0,05
Số viên thuốc uống trong ngày					
1 viên/ngày	241	69,3	285	82,4	p<0,001
2 viên/ngày	51	14,7	40	11,6	p> 0,05
3 viên/ngày	56	16,0	21	6,0	p<0,001

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc 1 lần/ngày cũng như dùng viên kết hợp 1 viên/lần tăng lên đáng kể. Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc ARV một lần/ngày trong năm 2016 là 72,1% tăng lên đáng kể 82,1% trong năm 2017 (p=0,002). Việc sử dụng các viên kết hợp cố định liều cũng được cải thiện trước và sau can thiệp từ 69,3% trong năm 2016 tăng lên 82,4% trong năm 2017 (p<0,001).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được khảo sát về tình trạng thay đổi phác đồ điều trị ARV trong thời gian 1 năm qua. Kết quả này được trình bày trong bảng 3.10.

Bảng 3.10. Thay đổi phác đồ điều trị ARV trong 1 năm gần đây trong khảo sát trước và sau can thiệp

Thay đổi phác đồ điều trị ARV	Trước can thiệp 2016 (n=348)		Sau can thiệp 2017 (n=348)	
Có thay đổi	13	3,74	29	8,33
Không thay đổi	333	95,69	315	90,52
Không rõ tình trạng	2	0,57	4	1,15

Nghiên cứu cho thấy khoảng 3,7% bệnh nhân trong khảo sát năm 2016 có thay đổi phác đồ điều trị trong vòng 1 năm gần đây và tỷ lệ này tăng nhẹ lên 8,3% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Việc thay đổi phác đồ này được trình bày cụ thể hơn trong phần kết quả nghiên cứu, trong đó cho thấy xu hướng dịch chuyển sang phác sử dụng phác đồ bậc 1 cao hơn trong năm 2017 so với 2016.

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong ba tháng vừa qua trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 được trình bày trong bảng 3.11.

Bảng 3.11 Gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng của thuốc trước can thiệp năm 2016

Đặc điểm	Trước can thiệp 2016 (n=335)	
	n	Tỷ lệ %
Gặp phải tác dụng phụ của ARV		
Gặp phải tác dụng phụ	30	9,0
Không gặp tác dụng phụ	305	91,0
Không rõ, không chắc chắn	0	0
Đặc điểm	Trước can thiệp 2016 (n=347)	
	n	Tỷ lệ %
Dừng điều trị do tác dụng phụ của ARV		
Dừng điều trị	4	1,2
Không dừng điều trị	343	98,8
Không rõ, không chắc chắn	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% trong đó có một tỷ lệ nhỏ 1,2% bệnh nhân dừng thuốc do tác dụng phụ của ARV

3.2.2. Điều trị dự phòng khác kèm theo điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu

Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được điều trị dự phòng với INH và Contrimoxazole (CTX) trong nhóm các đối tượng nghiên cứu so sánh giữa khảo sát trước can thiệp (năm 2016) được trình bày trong bảng 3.12 dưới đây

Bảng 3.12 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được điều trị dự phòng với INH và CTX trước can thiệp năm 2016

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp 2016 Tần suất/ Tỷ lệ %
Điều trị dự phòng bằng INH	
Được điều trị	95 27,5
Không được điều trị	250 72,5
Không rõ	0 0,00
Điều trị dự phòng bằng CTM	
Được điều trị	151 43,8
Không được điều trị	194 56,2
Không rõ	0 0,00

3.2.3. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian điều trị ARV

Nghiên cứu trước can thiệp năm 2016 ghi nhận một tỷ lệ đáng kể (xấp xỉ 95%) bệnh nhân không được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian 12 tháng vừa qua và

chỉ có 5% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua. Lý do được kể đến là do một số khó khăn về kỹ thuật nên xét nghiệm tải lượng vi-rút chưa được triển khai tại các phòng khám ngoại trú này trong thời gian 2015 – 2016 do vậy xét nghiệm này chưa được xem là một xét nghiệm thường quy trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Chỉ định này chỉ được thực hiện trong trường hợp đặc biệt hoặc bệnh nhân từ nơi khác chuyển tới đã có kết quả xét nghiệm từ nơi khác.

3.2.4. Các hỗ trợ xã hội người nhiễm nhận được từ gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV tại thời điểm trước can thiệp 2016

Các hỗ trợ người nhiễm nhận được từ gia đình và xã hội đối với điều trị ARV trước can thiệp năm 2016 được trình bày trong bảng 3.13. Điểm cần lưu ý trong nghiên cứu này là một số bệnh nhân có quyền không trả lời một số câu hỏi trong bộ khảo sát nếu bệnh nhân không muốn và điều này đã được thông báo rõ cho bệnh nhân từ trước khi tham gia nghiên cứu do vậy khi tính toán tỷ lệ %, các bệnh nhân không trả lời câu hỏi nào đó sẽ được loại khỏi mẫu số tính toán với câu hỏi đó.

Bảng 3.13 Các hỗ trợ người nhiễm nhận được từ gia đình và xã hội đối với điều trị ARV, và tỷ lệ có công việc ổn định trước can thiệp năm 2016

Chỉ số đánh giá	Trước can thiệp (2016)	
	n	Tỷ lệ %
Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng	37	10,6
Có nhận được sự hỗ trợ từ vợ hoặc chồng, bạn tình	187	53,6
Có nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, bố mẹ	177	50,86
Có sự hỗ trợ của bạn bè khác (không phải bạn chích, bạn tình)	8	2,3
Có công việc ổn định	150	43,5

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy khoảng 50% bệnh nhân có nhận được hỗ trợ từ vợ hoặc chồng và cũng khoảng 50% bệnh nhân nhận được hỗ trợ từ bạn

bè. Khoảng ít hơn ½ số bệnh nhân (43,5%) có công ăn việc làm ổn định và chỉ khoảng 10% trong số này có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng.

3.2.5. Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân trong khảo sát trước can thiệp

Kết quả khảo sát các hành vi nguy cơ của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3.14 dưới đây. Điểm cần lưu ý là kết quả này thu được qua phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp, không có xét nghiệm nước tiểu hay xét nghiệm máu nào được thực hiện để đánh giá việc sử dụng các chất gây nghiện của bệnh nhân. Các câu hỏi về hành vi bệnh nhân cũng có thể từ chối trả lời, do vậy những bệnh nhân không trả lời sẽ được loại khỏi các tính toán, phân tích.

Bảng 3.14 Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân có thể có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Chỉ số đánh giá	Trước can thiệp (2016)	
	n	Tỷ lệ %
Không sử dụng rượu trong 30 ngày qua	197	53,2
Không sử dụng heroin trong 30 ngày qua	313	90,0
Không sử dụng các chất dạng thuốc phiện khác trong 30 ngày qua	314	90,2
Không sử dụng cần sa trong 30 ngày qua	344	98,8

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy một tỷ lệ lớn, trên 90% các bệnh nhân báo cáo không sử dụng heroin, các chất dạng thuốc phiện cũng như cần sa. Các kết quả này cũng như các hạn chế của nó được thảo luận kỹ hơn trong phần bàn luận.

3.3. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV tại thời điểm trước can thiệp 2016

3.3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị qua phỏng vấn bệnh nhân

Phần 1 của bộ công cụ đánh giá đa chiều gồm bốn câu hỏi định tính được sử dụng để hỏi bệnh nhân về vấn đề tuân thủ điều trị. Bệnh nhân trả lời cả 4 câu hỏi này là “không” sẽ được xếp loại là “tuân thủ điều trị mức độ cao”, bệnh nhân có 01 câu trả lời

là “có” sẽ được xếp loại là “tuân thủ điều trị mức trung bình” và 02 câu trả lời là “có” trở lên sẽ được xếp ở mức “tuân thủ điều trị mức độ thấp”. Nội dung của các câu hỏi này và cách thức đánh giá, cho điểm được mô tả trong phần công cụ nghiên cứu. Kết quả khảo sát trước nghiên cứu năm 2016, sử dụng công cụ đánh giá phần 1 được trình bày trong bảng 3.15 dưới đây.

Bảng 3.15 Tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân trước nghiên cứu năm 2016

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp 2016 (n=349)	
	n	Tỷ lệ %
1. Bệnh nhân không thấy khó nhớ việc dùng thuốc	309	88,5
2. Bệnh nhân không tạm dừng thuốc khi thấy khỏe lên	347	99,4
3. Bệnh nhân không quên liều nào trong 4 ngày trước đó	322	92,3
4. Bệnh nhân không tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn	342	98,8

Kết quả khảo sát trước nghiên cứu cho thấy 88,5% không có khó khăn gì trong việc nhớ dùng thuốc, tương ứng với 11,5% bệnh nhân vẫn thấy khó nhớ việc cần phải dùng thuốc, mặc dù vậy thì bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng thuốc khi đã thấy khỏe lại (99,4%) và bệnh nhân không bỏ thuốc khi thấy mệt hơn (98,8%). Khi hỏi về việc có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, có 7,7% bệnh nhân báo cáo có quên dùng thuốc ít nhất một liều.

3.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS) tại thời điểm trước can thiệp

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), các bệnh nhân được phỏng vấn trước can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,3 với độ lệch chuẩn là 0,73. Đánh giá theo thang điểm trực quan VAS là hợp phần thứ hai trong thang đánh giá đa chiều. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm VAS từ 9,5 trở lên (các bệnh nhân xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát trước can thiệp đạt mức 78,8%.

Bảng 3.16 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS

Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS (0-10)	Trước can thiệp 2016
Trung bình	9,3
Trung vị	10
Độ lệch chuẩn (SD)	0,73
Tối thiểu-Tối đa	4 - 10
Tỷ lệ có điểm $VAS \geq 9.5$	78,8%

3.3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV tại thời điểm trước can thiệp

Hợp phần 3 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc đánh giá qua kiểm tra kiến thức. Các bệnh nhân 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 khác. Nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ xấp xỉ 14% bệnh nhân trả lời sai hoặc liên quan đến tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

Bảng 3.17 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV.

Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân	Khảo sát trước can thiệp 2016 Tần suất/ tỷ lệ
Trả lời sai ít nhất một câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	48 (13,9%)
Trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	298 (86,1%)

3.3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ tại thời điểm trước can thiệp

Hợp phần 4 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc kiểm đếm số thuốc bệnh nhân sử dụng còn thừa. Nếu bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị. Khảo sát trước can thiệp ghi nhận tỷ lệ gần tuyệt đối (98,8%) bệnh nhân mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới.

3.3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả được trình bày trong bảng 3.18 dựa trên số lượng bệnh nhân có trả lời đầy đủ (349 bệnh nhân) các câu hỏi liên quan đến tuân thủ điều trị trong tổng số các bệnh nhân khảo sát (352 bệnh nhân).

Bảng 3.18 Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp trước can thiệp.

Mức độ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp	Trước can thiệp (N=349)		Khoảng tin cậy 95% (95% KTC)
	n	Tỷ lệ %	
Mức độ cao	231	66,2	61,2-71,2
Mức độ trung bình	83	23,8	19,4-28,6
Mức độ thấp	35	10,0	7,1-13,7

Nghiên cứu trước can thiệp cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ cao là 66,2% (95% KTC: 61,2%- 71,2%), tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ trung bình là 23,8% (95% KTC: 19,4%- 28,6%) và tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ thấp là 10,0% (95% KTC: 7,1%- 13,7%).

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

Bảng 3.19 trình bày kết quả phân tích một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học

và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến.

Bảng 3.19 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến

Các đặc trưng		B	OR = exp (B)	95% KTC của OR	Giá trị p
Tuổi	Từ 35 trở lên	0,05	1,05	0,95-1,19	0,25
	Dưới 35 (*)				
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	0,20	1,22	0,85-1,55	0,15
	Dưới đại học(*)				
Giới tính	Nữ giới	0,52	1,69	1,05- 2,75	0,04*
	Nam giới(*)				
Mức thu nhập	5 triệu trở lên	1,08	2,95	0,57-16,7	0,12
	Dưới 5 triệu (*)				
Khoảng cách đến OPC	<10 km	0,08	1,08	0,98-1,22	0,24
	≥ 10 km(*)				
Giai đoạn HIV	1 hoặc 2	0,59	1,80	0,95-2,89	0,09
	3 hoặc 4				
Phác đồ ARV	Bậc 1	0,46	1,58	0,82-2,53	0,10
	Bậc 2 hoặc 3(*)				
Nhiễm trùng cơ hội	Có	-0,29	0,75	0,55-1,45	0,18
	Không (*)				
Mức CD4 hiện tại	>500 copies/ml	0,02	1,02	0,95-1,20	0,16
	≤ 500 copies/ml(*)				
Giờ làm việc, sinh hoạt	Thất thường	-0,54	0,58	0,46- 0,75	0,02*
	Ổn định(*)				
Sự hỗ trợ của bạn bè	Có	1,43	4,17	1,56 - 11,11	<0,01*
	Không(*)				
Tiết lộ tình trạng nhiễm	Đã tiết lộ	1,17	3,23	1,28-8,33	0,03*
	Chưa tiết lộ(*)				
Uống rượu trong 30 ngày qua	Không	1,73	5,64	1,75-18,12	<0,01*
	Có(*)				
Hỗ trợ xã hội của cán bộ y tế	Có	1,00	2,73	1,45- 5,11	0,03*
	Không(*)				
Tin tưởng thuốc uống có hiệu quả	Có	0,49	1,64	1,18- 2,27	0,04*
	Không(*)				
Gặp phải tác dụng phụ của thuốc	Có	-0,76	0,47	0,32- 0,70	0,02*
	Không(*)				

Ghi chú: (*) Nhóm nền so sánh

Các phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố nhân khẩu, xã hội học như tuổi trên 35, trình độ học vấn từ đại học trở lên và mức thu nhập từ 5 triệu trở lên không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ARV mức độ cao của bệnh nhân. Các phân tích đơn biến cũng cho thấy những bệnh nhân có sự hỗ trợ của bạn bè tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân không có sự hỗ trợ của bạn bè (OR = 4,17; 95% KTC: 1,56 - 11,11), các bệnh nhân nữ tuân thủ điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân nam (OR = 1,69; 95% KTC: 1,05- 2,75). Tương tự như vậy, các bệnh nhân đã tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân chưa tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (OR = 3,23; 95% KTC: 1,28- 8,33). Các yếu tố không uống rượu trong 30 ngày qua (OR = 5,64; 95% KTC: 1,75- 18,12), có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (OR= 2,73; 95% KTC 1,45- 5,11), là nữ giới (OR=1,69; 95% KTC: 1,05- 2,75) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh (OR= 1,64; 95% KTC: 1,18- 2,27) là các yếu tố tích cực giúp tuân thủ điều trị tốt hơn. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh và điều trị của bệnh nhân cũng cho thấy yếu tố giờ làm việc, sinh hoạt thất thường có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị trong phân tích đơn biến (OR = 0,58; 95% KTC: 0,46- 0,75), ngoài ra gặp phải tác dụng phụ của thuốc là một trong những yếu tố tiêu cực ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị với tỷ suất chênh (OR) là 0,47 (95% KTC: 0,32- 0,70). Trong khi đó các yếu tố khác như: Giai đoạn lâm sàng HIV, Phác đồ điều trị ARV, có hay không có nhiễm trùng cơ hội, mức CD4 hiện tại >500 copies/ml không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với tỷ suất chênh (OR) tương ứng là 1,80 (95% KTC: 0,95-2,89); 1,58 (95% KTC: 0,82-2,53); 0,75 (95% KTC: 0,55-1,45) và 1,02 (95% KTC: 0,95-1,20).

Các phân tích hồi quy logistic đa biến để tìm hiểu một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV được trình bày trong bảng 3.20.

Bảng 3.20 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến

Các đặc trưng		AOR	95% KTC	Giá trị p
Giờ làm việc, sinh hoạt	Thất thường	0,67	0,42- 1,35	0,41
	Ổn định (*)			
Giới tính	Nữ giới	0,74	0,38- 1,43	0,38
	Nam giới(*)			
Sự hỗ trợ của bạn bè	Có	2,56	1,49 - 4,35	0,04
	Không(*)			
Tiết lộ tình trạng nhiễm	Đã tiết lộ	3,7	1,32 - 10,00	0,03
	Chưa tiết lộ(*)			
Uống rượu trong 30 ngày qua	Không	3,62	1,95-6,7	0,03
	Có(*)			
Hỗ trợ xã hội của cán bộ y tế	Có	2,51	1,40- 4,52	0,02
	Không(*)			
Tin tưởng thuốc uống có hiệu quả	Có	1,92	1,78- 3,56	0,01
	Không(*)			
Gặp phải tác dụng phụ của thuốc	Có	0,58	0,41- 0,82	0,01
	Không(*)			

Ghi chú: (*) Nhóm nền so sánh

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong 3 tháng qua là các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị (AOR= 0,58; 95% KTC: 0,41- 0,82). Trong khi đó, các yếu tố hỗ trợ tích cực cho việc tuân thủ điều trị gồm có: Có sự hỗ trợ của bạn bè (AOR=2,56; 95% KTC: 1,49 - 4,35); tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (AOR=3,7; 95% KTC: 1,32 - 10,00), không uống rượu trong 30 ngày qua (AOR=3,62; 95% KTC: 1,95-6,7), có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (AOR= 2,51; 95% KTC: 1,40- 4,52) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh (AOR=1,92; 95% KTC: 1,78- 3,56). Giới tính nữ và giờ làm việc thất thường được xem là không có tương quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng tuân thủ điều trị trong phân tích đa biến.

3.5. Đánh giá hiệu quả can thiệp theo các chỉ số đánh giá hiệu quả

3.5.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Hiệu quả của can thiệp xét trên tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị các mức độ cao, trung bình và thấp được trình bày trong bảng 3.21. Điểm cần lưu ý là việc tính toán tỷ lệ tuân thủ điều trị các mức độ khác nhau được dựa trên tổng số các bệnh nhân có câu trả lời đầy đủ về tuân thủ điều trị, do vậy số lượng bệnh nhân đưa vào tính toán thực tế nhỏ hơn tổng số bệnh nhân khảo sát (352 bệnh nhân trước can thiệp và 350 bệnh nhân sau can thiệp).

Bảng 3.21: Mức độ tuân thủ điều trị ARV so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều

Mức độ tuân thủ điều trị	Tỷ lệ % (95% KTC)	
	Trước can thiệp (N=349)	Sau can thiệp (N=334)
Mức độ cao	66,2 (61,2-71,2)	84,4 (80,1-88,1)
Mức độ trung bình	23,8 (19,4-28,6)	14,7 (11,1-18,9)
Mức độ thấp	10,0 (7,1-13,7)	0,90 (0,2-2,6)

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao trước can thiệp là 66,2% (95% KTC: 61,2%-71,2%) đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng sau can thiệp là 84, 4% (95% KTC: 80,1%-88,1%) ($p<0,001$). Tương tự như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ trung bình và thấp trước can thiệp là 23,8 % (95% KTC: 19,4%-28,6%) và 10,0% (95% KTC: 7,1%-13,7%) đã giảm một cách có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng xuống 14,7 (95% KTC: 11,1%-18,9%) và 0,9% (95% KTC: 0,2%-2,6%) sau can thiệp ($p<0,001$).

Sự khác biệt giữa giữa tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao trong nhóm các bệnh nhân điều trị ARV sau can thiệp so với trước can thiệp được trình bày cụ thể hơn trong bảng 3.22.

Bảng 3.22: Sự khác biệt tuân thủ điều trị ARV mức độ cao, so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều

	Tỷ lệ %	
	Trước can thiệp (N=349)	Sau can thiệp (N=334)
Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp	66,2	84,4
Sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao (sau can thiệp- trước can thiệp)	18,2	
KTC 95% của sự khác biệt tỷ lệ (phương pháp Miettinen và Nurminen)	11,9 đến 24,5	
Hiệu quả can thiệp [HQCT= $(P_2 - P_1) / P_1 \times 100\%$]	27,5%	

Bảng này cho thấy các can thiệp nghiên cứu làm tăng thêm 18,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV mức độ cao (KTC 95%: 11,9% - 24,5%).

Tương tự như vậy, sự khác biệt giữa giữa tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ thấp trong nhóm các bệnh nhân điều trị ARV sau can thiệp so với trước can thiệp được trình bày cụ thể hơn trong bảng 3.23.

Bảng 3.23: Tuân thủ điều trị ARV mức độ thấp, so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều

	Tỷ lệ %	
	Trước can thiệp (N=349)	Sau can thiệp (N=334)
Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ thấp theo đánh giá kết hợp	10	0,9
Sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ thấp (sau can thiệp- trước can thiệp)	-9,1	
KTC 95% của sự khác biệt tỷ lệ (phương pháp Miettinen và Nurminen)	-12,4 đến -5,8	

Bảng này cho thấy các can thiệp nghiên cứu làm giảm 9,1 % bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV mức độ thấp (KTC 95%: 5,8% - 12,4%).

3.5.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.24 trình bày kết quả của khảo sát trước và sau can thiệp dựa trên phỏng vấn bệnh nhân.

Bảng 3.24 Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp 2016 (n=349)		Sau can thiệp 2017 (n=350)		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1. Bệnh nhân không thấy khó nhớ việc dùng thuốc	309	88,5	318	91,0	p>0,05
2. Bệnh nhân không tạm dừng thuốc khi thấy khỏe lên	347	99,4	342	97,7	p>0,05
3. Bệnh nhân không quên liều nào 4 ngày trước đó	322	92,3	327	93,4	p>0,05
4. Bệnh nhân không tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn	342	98,8	342	97,7	p>0,05

Kết quả khảo sát trước và sau nghiên cứu cho thấy mặc dù tỷ lệ bệnh nhân thấy khó nhớ việc cần phải dùng thuốc đã giảm nhẹ từ mức 11,5% trước nghiên cứu xuống 9% sau nghiên cứu, tỷ lệ thấy khó nhớ việc dùng thuốc này vẫn ở mức cao. So sánh tỷ lệ bệnh nhân không thấy khó nhớ việc sử dụng thuốc trước và sau can thiệp cho thấy sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước nghiên cứu. Tương tự như vậy, xét trên tỷ lệ trả lời các câu hỏi khác được sử dụng để phỏng vấn bệnh nhân trong hợp phần 1 của thang đánh giá, nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ tương tự như trước can thiệp xét trên tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục dùng thuốc khi đã thấy khỏe lại (97,7%) và bệnh nhân không bỏ thuốc khi thấy mệt hơn (97,7%). Khi hỏi về việc có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, vẫn còn 6,6% bệnh nhân báo cáo có quên dùng thuốc ít nhất một liều trong khảo sát sau can thiệp so với 7,7% trước can thiệp.

3.5.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.25 trình bày tuân thủ điều trị đánh giá theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm) so sánh trước và sau can thiệp.

Bảng 3.25 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS so sánh trước và sau can thiệp

Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS (0-10)	Trước can thiệp 2016 (n=349)	Sau can thiệp 2017 (n=350)	Giá trị p
Trung bình	9,3	9,6	p>0,05
Trung vị	10	10	
Độ lệch chuẩn (SD)	0,73	0,82	
Tối thiểu-Tối đa	4 - 10	5 - 10	
Tỷ lệ có VAS $\geq$ 9,5	78,8%	92%	p<0,05

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), các bệnh nhân được phỏng vấn sau can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,6 với độ lệch chuẩn là 0,82. Đánh giá theo thang điểm trực quan VAS là hợp phần thứ hai trong thang đánh giá đa chiều. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm VAS từ 9,5 trở lên (các bệnh nhân xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát sau can thiệp đạt mức 92,2%, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp.

3.5.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV so sánh trước và sau can thiệp

Hợp phần 3 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc đánh giá qua kiểm tra kiến thức. Các bệnh nhân 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 khác. Kết quả của khảo sát trước và sau can thiệp trong hợp phần 3 này được trình bày trong bảng 3.25.

Bảng 3.26 Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm kiểm tra kiến thức về thuốc so sánh trước và sau can thiệp

Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân	Khảo sát trước can thiệp 2016 Tần suất/ tỷ lệ	Khảo sát sau can thiệp 2017 Tần suất/ tỷ lệ	Giá trị p
Trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	298 (86,1%)	340 (97,7%)	p<0,05
Sự khác biệt tỷ lệ (sau can thiệp-trước can thiệp)	11,5%		
KTC 95% của sự khác biệt tỷ lệ (Miettinen và Nurminen)	7,6%- 15,5%		
Hiệu quả can thiệp [HQCT= $(P_2-P_1)/P_1 \times 100\%$]	13,4%		

Nghiên cứu cho thấy 86,1% bệnh nhân trả lời đúng tất cả các câu hỏi kiểm tra kiến thức về thuốc trước can thiệp và tỷ lệ này tăng lên đáng kể (97,7%) sau can thiệp. Các câu hỏi này là các câu hỏi về tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

3.5.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ so sánh trước và sau can thiệp

Trong khảo sát sau can thiệp, nghiên cứu tiếp tục ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (99,7 %) bệnh nhân mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. Điểm cần lưu ý là nếu bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị. So với tỷ lệ tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên còn thừa trong khảo sát trước can thiệp (98,8%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê xét trên chỉ số này trước và sau can thiệp ($p>0,05$).

3.5.6. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp

Việc sử dụng các phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám OPC nghiên cứu trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.27.

Bảng 3.27 So sánh các phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu trước và sau can thiệp

Phác đồ ARV được sử dụng để điều trị	Trước can thiệp 2016 Tỷ lệ %	Sau can thiệp 2017 Tỷ lệ %	Giá trị p
Phác đồ bậc 1	91,5	99,7	$p < 0,001$
1c (NVP+3TC+AZT)	12,3	14,3	$p > 0,05$
1d (EFV+3TC+ AZT)	5,8	5,8	$p > 0,05$
1e (NVP+3TC+TDF)	6,1	1,5	$p = 0,001$
1f (EFV+3TC+TDF)	67,3	78,1	$p = 0,001$
Phác đồ khác	8,5	0,3	$p < 0,001$

So với thời điểm khảo sát trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ bậc 1 trong nghiên cứu đã tăng lên từ 91,5% lên 99,7%. Trong số các phác đồ bậc 1 thì sự thay đổi chủ yếu là việc sử dụng phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF).

3.5.7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.28 trình bày các thống kê mô tả chỉ số xét nghiệm CD4 trong lần xét nghiệm gần nhất.

Bảng 3.28 Giá trị xét nghiệm CD4 gần nhất

Giá trị xét nghiệm CD4 gần nhất	Nghiên cứu trước can thiệp 2016	Nghiên cứu sau can thiệp 2017	Giá trị p
Trung bình	452,2	474,9	$p > 0,05$
Độ lệch chuẩn (SD)	203,2	216,1	
Tối thiểu-Tối đa	19 – 1.159	38 – 1.199	
Trung vị	444	445	

Tăng nhẹ chỉ số xét nghiệm CD4 trong lần xét nghiệm gần nhất được ghi nhận sau can thiệp (năm 2017) là $474,9 \pm 216,1$ tế bào/ml máu so với thời điểm trước can thiệp (năm 2016) $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu ($p > 0,05$). Các kết quả này được trình bày trong bảng 3.28.

3.5.8. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.29 trình bày tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian 12 tháng gần đây.

Bảng 3.29 Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây

	Trước can thiệp 2016 Tỷ lệ %	Sau can thiệp 2017 Tỷ lệ %	Giá trị p
Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây	5,1	96,8	$p < 0,001$
Sự khác biệt tỷ lệ (sau can thiệp-trước can thiệp)	91,7		
KTC 95% của sự khác biệt tỷ lệ (Miettinen và Nurminen)	88,7-94,7		

Bảng 3.29 cho thấy chỉ có 5,1% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây trong khảo sát năm 2016 và tỷ lệ này đã tăng lên con số gần tuyệt đối (96,8%) trong lần khảo sát sau can thiệp năm 2017. So với năm 2016, đã có thêm 91,7% bệnh nhân điều trị ARV được xét nghiệm tải lượng vi-rút để theo dõi sức khỏe.

3.5.9. Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân, so sánh trước và sau can thiệp

Nghiên cứu ghi nhận một số thay đổi tích cực dành cho bệnh nhân xét trên việc tham gia các nhóm đồng đẳng hay nhóm hỗ trợ xã hội. Nội dung này được trình bày chi tiết trong bảng 3.30. Điểm cần lưu ý trong nghiên cứu này là một số bệnh nhân có quyền không trả lời một số câu hỏi trong bộ khảo sát nếu bệnh nhân không muốn và điều này đã được thông báo rõ cho bệnh nhân từ trước khi tham gia nghiên cứu do vậy khi tính toán tỷ lệ %, các bệnh nhân này được loại khỏi mẫu số tính toán.

Bảng 3.30 Một số chỉ số đánh giá sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với người nhiễm điều trị ARV.

Chỉ số đánh giá	Trước can thiệp 2016		Sau can thiệp 2017		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng	37	10,6	61	17,4	0,009
Có nhận được sự hỗ trợ từ vợ hoặc chồng, bạn tình	187	53,6	213	63,9	0,006
Có nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, bố mẹ	177	50,86	183	52,44	0,67
Có sự hỗ trợ của bạn bè khác (không phải bạn chích, bạn tình)	8	2,3	26	7,4	0,001
Có công việc ổn định	150	43,5	189	54,2	0,005

Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng đã tăng từ 10,6% trước nghiên cứu lên 17,4% sau nghiên cứu, sự thay đổi sau can thiệp theo chiều hướng tích cực và có ý nghĩa thống kê ($p=0,009$). Trong khảo sát trước can thiệp, nghiên cứu ghi nhận 53,6% bệnh nhân báo cáo có nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV. Tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ điều trị ARV từ vợ chồng, người thân sau can thiệp tăng lên 63,9% trong năm 2017 và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Với sự hỗ trợ của gia đình và xã hội, tỷ lệ bệnh nhân có công việc ổn định cũng tăng nhẹ từ 43,5% (năm 2016) lên 54,2% (năm 2017), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$).

Bảng 3.31 trình bày tần suất và tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ điều trị Methadone hoặc Suboxone là một chỉ số gián tiếp khác thể hiện sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với người nhiễm có sử dụng các thuốc dạng thuốc phiện.

Bảng 3.31. Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ điều trị Methadone

Điều trị Methadone hoặc suboxone	Trước can thiệp 2016		Sau can thiệp 2017		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Có	43	12,46	54	15,47	0,25
Không	302	87,54	295	84,53	
Tổng cộng	348		350		

Trong khảo sát trước can thiệp năm 2016, nghiên cứu ghi nhận khoảng 12,5% bệnh nhân báo cáo có sử dụng dịch vụ điều trị Methadone hoặc suboxone và tỷ lệ này tăng nhẹ lên 15,5% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Các kết quả này được trình bày trong bảng 3. 31 cho thấy sau can thiệp nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng các dịch vụ này tăng khoảng 3%, mặc dù vậy mức tăng này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,25$).

Sự hỗ trợ của cán bộ y tế đối với điều trị ARV được khảo sát và trình bày trong bảng 3.32.

Bảng 3.32 Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ của cán bộ y tế đối với điều trị ARV

Hỗ trợ của cán bộ y tế đối với điều trị ARV	Tần suất/ Tỷ lệ %		Giá trị p
	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	
Không chút nào	7 (2,01%)	0 (0,00%)	0,007
Rất ít	18 (5,17%)	0 (0,00%)	< 0,001
Bình thường	79 (22,70%)	60 (17,14%)	0,06
Nhiều	177 (50,86%)	260 (74,29%)	< 0,001
Rất nhiều	67 (19,25%)	30 (8,57%)	< 0,001
Tổng cộng	348	350	

Kết quả cho thấy khoảng 7% bệnh nhân báo cáo không nhận được sự hỗ trợ nào của cán bộ y tế hoặc rất ít nhận được sự hỗ trợ trong khảo sát trước can thiệp. Trong khảo sát sau can thiệp, tất cả các bệnh nhân đều nhận định mình có nhận được hỗ trợ của cán bộ y tế đối với việc điều trị ARV. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo nhận được sự hỗ trợ của cán bộ y tế ở mức “nhiều” và “rất nhiều” là khoảng 70% trước can thiệp, tỷ lệ này tăng lên trên 80% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017.

3.5.10. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.33 ghi nhận việc sử dụng heroin, cần sa hoặc các chất dạng thuốc phiện trong 30 ngày qua bằng việc hỏi bệnh nhân. Không có xét nghiệm mẫu máu hoặc nước tiểu nào được thực hiện để đánh giá việc sử dụng các chất này trên bệnh nhân.

Bảng 3.33 Sử dụng Heroin và các chất gây nghiện trong 30 ngày qua

Chỉ số đánh giá	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	Giá trị p
Không sử dụng heroin trong 30 ngày qua	90,0%	86,0%	p>0,05
Không sử dụng các chất dạng thuốc phiện khác trong 30 ngày qua	90,2%	87,1%	p>0,05
Không sử dụng cần sa trong 30 ngày qua	98,8%	98,5%	p>0,05
Không sử dụng rượu trong 30 ngày qua	53,2%	46,5%	p>0,05

Nghiên cứu cho thấy chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có sử dụng các chất gây nghiện cả trước và sau can thiệp (xấp xỉ 10%). Điểm cần lưu ý là do không có xét nghiệm nào được thực hiện do vậy việc thông báo của bệnh nhân về tình trạng có sử dụng chất gây nghiện hay không cần phải được phiên giải một cách thận trọng. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu (uống từ ba đơn vị rượu trở lên trong 1 ngày bất kỳ) trong khảo sát trước can thiệp và sau can thiệp là tương đương nhau, ở mức xấp xỉ 50% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Một hành vi không có lợi đối với việc điều trị ARV đó là che giấu tình trạng nhiễm HIV, không tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân. Kết quả của khảo sát trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.34.

Bảng 3.34 Tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân

Biến số nghiên cứu	Tần suất (%)		Giá trị p
	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	
Chưa tiết lộ cho người thân	54 16,0%	20 5,9%	p< 0,0001
Đã tiết lộ cho người thân	284 84,0%	317 94,1%	

Nghiên cứu khảo sát trước can thiệp cho thấy khoảng 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân. Khảo sát tương tự được lặp lại năm 2017 cho thấy đã có thêm khoảng 10% bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân (94%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

3.5.11. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dừng thuốc do tác dụng phụ

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.35.

Bảng 3.35 Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng phụ của thuốc trước và sau can thiệp

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp 2016 (n=335)		Sau can thiệp 2017 (n=345)		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Gặp phải tác dụng phụ của ARV					
Gặp phải tác dụng phụ	30	9,0	12	3,5	p=0,003
Không gặp tác dụng phụ	305	91,0	330	95,6	p=0,016
Không rõ, không chắc chắn	0	0	3	0,9	p>0,05

Dừng điều trị do tác dụng phụ của ARV					
Dừng điều trị	4	1,2	2	0,6	p>0,05
Không dừng điều trị	336	98,8	343	98,2	p>0,05
Không rõ, không chắc chắn	0	0	4	1,2	p>0,05

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% đã giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê xuống 3,5% sau can thiệp năm 2017 (p=0,003). Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phải dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm khoảng một nửa, từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65% sau can thiệp, mặc dù vậy mức giảm này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.5.12. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ

Mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sĩ được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không tự tin) đến 7 (hoàn toàn tự tin) trong đó điểm số càng cao tương ứng với sự tự tin của bệnh nhân càng cao. Bảng 3.36 dưới đây mô tả tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát trước và sau can thiệp liên quan đến mức độ tin về việc sử dụng đúng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ.

Bảng 3.36 Mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sĩ

Mức độ tự tin của bệnh nhân với việc tuân thủ chỉ định	Trước can thiệp 2016		Sau can thiệp 2017	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Hoàn toàn không tự tin	15	4,36	4	1,15
Không tự tin	18	5,23	16	4,61
Hơi không tự tin	1	0,29	0	0,00
Bình thường	17	4,94	0	0,00

Hơi tự tin	25	7,27	29	8,36
Tự tin	185	53,78	222	63,98
Hoàn toàn tự tin	83	24,13	76	21,90
Tổng cộng	344		347	

Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 78% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin trong việc sử dụng đúng thuốc theo chỉ định của bác sỹ ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 85%. Tương tự như vậy, có khoảng 10% bệnh nhân hoàn toàn không tự tin hoặc rất không tự tin vào khả năng tuân thủ hướng dẫn sử dụng thuốc của bác sỹ trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này đã giảm còn khoảng 5% trong khảo sát sau can thiệp.

Bảng 3.37 Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ theo thang đánh Likert

Chỉ số	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	Giá trị p
Trung bình	5,6	5,9	p=0,01
Độ lệch chuẩn	1,5	1,1	
Tối thiểu	1	1	
Tối đa	7	7	

Bảng 3.37 cung cấp kết quả về mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ theo thang đánh Likert dưới góc nhìn khác. Các kết quả này cho thấy điểm trung bình ($\pm$ SD) mức độ tự tin của bệnh nhân đã tăng từ 5,6 ($\pm$ 1,5) điểm lên 5,9 ($\pm$ 1,1) điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả điều trị của thuốc ARV được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không tự tin) đến 7 (hoàn toàn tự tin) trong đó điểm số càng cao tương ứng với sự tự tin của bệnh nhân càng cao vào hiệu quả điều trị của thuốc. Bảng 3.38 dưới đây mô tả tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát trước và sau can thiệp liên quan đến mức độ tin tin về hiệu quả điều trị của ARV.

Bảng 3.38 Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả điều trị của ARV

Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân vào hiệu quả điều trị của ARV	Trước can thiệp 2016		Sau can thiệp 2017	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Hoàn toàn không tự tin	7	2,0	3	0,86
Không tự tin	3	0,86	3	0,86
Hơi không tự tin	1	0,29	1	0,29
Bình thường	10	2,87	1	0,29
Hơi tự tin	17	4,87	6	1,71
Tự tin	203	58,17	242	69,14
Hoàn toàn tự tin	108	30,95	94	26,86
Tổng cộng		349		350

Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 88% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin về hiệu quả của ARV ở mức tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 95%. Tương tự như vậy, có khoảng 3 % bệnh nhân ít tin tưởng vào hiệu quả của ARV trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này đã giảm còn khoảng 2 % trong khảo sát sau can thiệp.

Bảng 3.39 Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV theo thang đánh Likert

Chỉ số	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	Giá trị p
Trung bình	6,0	6,2	0,16
Độ lệch chuẩn	1,1	0,8	
Tối thiểu	1	1	
Tối đa	7	7	

Bảng 3.39 cung cấp kết quả về mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV theo thang đánh Likert. Các kết quả này cho thấy điểm trung bình ($\pm$ SD) mức độ tự tin của bệnh nhân đã tăng từ 6,0 ($\pm$ 0,6) điểm lên 6,2 ($\pm$ 0,4) điểm, mặc dù vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.5.13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV

Đánh giá của bệnh nhân về việc tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần sau khi điều trị dùng thuốc ARV được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không hài lòng) đến 7 (hoàn toàn hài lòng) trong đó điểm số càng cao tương ứng với mức độ đồng ý của bệnh nhân càng cao đối với nhận định là ARV làm cải thiện tốt sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân khi điều trị ARV. Bảng 3.40 dưới đây mô tả tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát trước và sau can thiệp liên quan đến mức độ đồng ý với nhận định ARV làm cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân.

Bảng 3.40 Mức độ đồng ý của bệnh nhân về nhận định ARV làm tăng sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân

Điểm mức độ tự tin của bệnh nhân vào nhận định tác dụng tăng cường thể chất và tinh thần của ARV	Sức khỏe thể chất		Sức khỏe tinh thần	
	Trước can thiệp 2016 Tần suất/ Tỷ lệ	Sau can thiệp 2017 Tần suất/ Tỷ lệ	Trước can thiệp 2016 Tần suất/ Tỷ lệ	Sau can thiệp 2017 Tần suất/ Tỷ lệ
Hoàn toàn không hài lòng	18 (5,16 %)	4 (1,15 %)	5 (1,44 %)	4 (1,15 %)
Không hài lòng	22 (6,30 %)	3 (0,86 %)	13 (3,75 %)	3 (0,86 %)
Hơi không hài lòng	4 (1,15 %)	1 (0,29 %)	1 (0,29 %)	0 (0,00 %)
Bình thường	18 (5,16 %)	1 (0,29 %)	15 (4,32 %)	2 (0,57 %)
Hơi hài lòng	38 (10,89 %)	7 (2,01 %)	35 (10,09 %)	8 (2,29 %)
Hài lòng	198 (56,73 %)	254 (72,78 %)	204 (58,79 %)	248 (71,06 %)
Hoàn toàn hài lòng	51 (14,61 %)	79 (22,64 %)	74 (21,33 %)	84 (24,07 %)
Tổng cộng	349	349	347	349

Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 70% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo cho là ARV cải thiện tốt sức khỏe thể chất của họ ở hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 94%. Tương tự như vậy, có khoảng 90 % bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo cho là ARV cải thiện tốt sức khỏe tinh thần của họ ở mức hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 95%.

Bảng 3.41 Điểm mức độ hài lòng của bệnh nhân về việc điều trị làm tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần theo thang đánh Likert

Chỉ số		Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	Giá trị p
Sức khỏe thể chất	Trung bình	5,4	6,1	P<0,001
	Độ lệch chuẩn	1,6	0,8	
	Tối thiểu	1	1	
	Tối đa	7	7	
Sức khỏe tinh thần	Trung bình	5,8	6,1	P<0,001
	Độ lệch chuẩn	1,2	0,8	
	Tối thiểu	1	1	
	Tối đa	7	7	

Bảng 3.41 cung cấp kết quả về mức độ hài lòng về việc điều trị làm tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần theo thang đánh Likert. Các kết quả này cho thấy điểm trung bình ($\pm$ SD) mức độ hài lòng của bệnh nhân với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần đã tăng từ 5,4 ($\pm$ 1,6) và 5,8 ($\pm$ 1,2) điểm lên tương ứng 6,1 ($\pm$ 0,8) và 6,1 ($\pm$ 0,8) điểm sau can thiệp và mức tăng này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

3.5.14. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc do bác sĩ phòng khám cung cấp

Đánh giá của bệnh nhân về sự hài lòng với các thông tin về cách uống thuốc được bác sỹ phòng khám cung cấp được trình bày theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không hài lòng) đến 7 (hoàn toàn hài lòng) trong đó điểm số càng cao tương ứng với mức độ hài lòng của bệnh nhân càng cao đối với thông tin do bác sỹ cung cấp. Bảng 3.42 dưới đây mô tả tần suất và tỷ lệ bệnh nhân được khảo sát trước và sau can thiệp liên quan đến mức độ hài lòng với thông tin được cung cấp.

Bảng 3.42 Mức độ hài lòng của bệnh nhân với thông tin về cách uống thuốc do bác sỹ cung cấp

Điểm mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc ARV	Trước can thiệp 2016		Sau can thiệp 2017	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Hoàn toàn không hài lòng	3	0,86	5	1,43
Không hài lòng	2	0,57	1	0,29
Hơi không hài lòng	1	0,29	0	0,00
Bình thường	3	0,86		0,00
Hơi hài lòng	23	6,61	5	1,43
Hài lòng	220	63,22	230	65,90
Hoàn toàn hài lòng	96	27,59	108	30,95
Tổng cộng	348			349

Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 90% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo về sự hài lòng với các thông tin về cách dùng thuốc ở mức rất hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 95%.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm và tính đại diện của quần thể nghiên cứu

Nghiên cứu đã tiến hành thu thập dữ liệu các bệnh nhân trong năm 2016 (trước can thiệp) và 2017 (sau can thiệp) tại ba phòng khám ngoại trú trên địa bàn Hà Nội đại diện cho 3 khu vực khác nhau của Hà Nội gồm Phòng khám Ngoại trú Quận Hoàng Mai (đại diện cho khu vực thành thị), Phòng khám Ngoại trú Huyện Ba Vì (đại diện cho khu vực miền núi) và Phòng khám Ngoại trú Huyện Ứng Hòa (đại diện cho khu vực nông thôn). Mặc dù việc chọn các phòng khám này không có tính chất ngẫu nhiên, việc xác định và chọn có chủ đích các phòng khám đại diện cho 3 vùng của Hà Nội này làm cho quần thể nghiên cứu có tính đại diện cao cho quần thể chung.

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn trong khảo sát trước can thiệp và sau can thiệp đạt được số lượng như kỳ vọng của nghiên cứu (khoảng 350 bệnh nhân). Các bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên để phỏng vấn tại các phòng khám ngoại trú dựa theo danh sách bệnh nhân do các phòng khám ngoại trú cung cấp, danh sách này được cập nhật định kỳ đầy đủ và chính xác. Phần lớn các bệnh nhân đã trả lời đầy đủ các câu hỏi khảo sát, trong đó tỷ lệ trả lời các câu hỏi liên quan đến tuân thủ điều trị cao hơn so với kỳ vọng. 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 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được chuẩn bị tốt, điều này giải thích cho việc chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân không trả lời đầy đủ các câu hỏi nghiên cứu.

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu trong độ tuổi từ 30 đến 40 tuổi và Nam giới chiếm một tỷ lệ đáng kể (khoảng 2/3) số đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cũng cho thấy khoảng 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông và hơn 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học cơ sở và chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ các đối tượng nghiên cứu không biết chữ. Các đặc điểm của bệnh nhân được ghi nhận trong nghiên cứu này cũng mang nhiều nét tương tự so với kết quả của các nghiên cứu trước đây đã được thực hiện tại Việt Nam [6],[7],[11],[12],[13],[14],[15],[110]

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu duy trì được mức cân nặng phù hợp ở mức 53,7 ($\pm 7,7$) kg trước nghiên cứu và tăng nhẹ lên 54,4 (± 8) kg trong lần khám gần nhất sau nghiên cứu. Trong khi không thể khẳng định sự tăng cân theo chiều hướng tích cực trong nghiên cứu này là do việc tuân thủ điều trị ARV tốt hơn, phần lớn các nghiên cứu

trước đây đã đều khẳng định tác dụng tích cực của việc tuân thủ điều trị đối với sức khỏe của bệnh nhân.

Nghiên cứu cũng cho thấy tại thời điểm trước nghiên cứu, có những bệnh nhân không phải chờ ngày nào để được điều trị, tuy nhiên cũng có các bệnh nhân phải chờ đến 9 năm kể từ ngày phát hiện nhiễm HIV mới được điều trị ARV. Các bệnh nhân đang được điều trị tại phòng khám là các bệnh nhân được lũy tích trong nhiều năm, trong khi chương trình điều ARV với sự hỗ trợ của PEPFAR mới được triển khai rộng rãi trong 10 năm trở lại đây, kết hợp với tiêu chí cho phép điều trị ARV ngày càng được đơn giản hóa, do vậy việc có những bệnh nhân cần phải chờ lâu mới được điều trị trong giai đoạn mới triển khai dịch vụ và có những bệnh nhân được điều trị ngay trong thời gian gần đây là có thể lý giải được.

Các bệnh nhiễm trùng cơ hội trong khảo sát được căn cứ vào dữ liệu sẵn có trên bệnh án của bệnh nhân. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm Viêm gan C là 26,4%, Viêm gan B là 9,1% trong khi đó các nhiễm trùng khác là ít gặp. Khoảng 2/3 số bệnh nhân không có bất kỳ một nhiễm trùng cơ hội nào trong khảo sát năm 2016. So sánh với tỷ lệ bệnh nhân đồng nhiễm Viêm gan C và Viêm gan B đã được ghi nhận trong một số báo cáo trước đây trên bệnh nhân nhiễm HIV tại Việt Nam [15], nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ Viêm gan C thấp hơn (26,4% so với khoảng 60%). Việc thu thập dữ liệu tình trạng bệnh đồng nhiễm dựa trên các dữ liệu sẵn có trong bệnh án của bệnh nhân có thể là nguyên nhân gây ước tính thấp tình trạng các bệnh. Ngoài ra, việc các thuốc điều trị viêm gan C có hiệu quả cao như Sofosbuvir ra đời được sản xuất tại các nước châu Á với giá thành thấp có thể là một yếu tố khác giúp cho bệnh nhân tiếp cận được với điều trị viêm gan C, qua đó kiểm soát được tình trạng nhiễm của mình.

Nghiên cứu cho thấy mặc dù các phòng khám ngoại trú này đặt tại Hà Nội, các phòng khám vẫn đang phục vụ khoảng 20% số bệnh nhân được tới từ tỉnh lân cận khác. Nghiên cứu này chưa tìm hiểu được lý do về việc tại sao vẫn còn một số lượng đáng kể các bệnh nhân từ các tỉnh khác đăng ký điều trị tại Hà Nội trong khi các tỉnh đều có phòng khám cấp phát thuốc ARV. Việc phải di chuyển một quãng đường dài (với một số bệnh nhân lên tới 300 km) để lấy thuốc theo định kỳ có thể là một thách thức đối với việc điều trị của bệnh nhân cũng như việc theo dõi của cán bộ y tế đối với các bệnh nhân này.

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn (khoảng 80%) bệnh nhân có thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng. Mặc dù vậy điểm cần lưu ý là kết quả khảo sát này là do bệnh nhân tự báo cáo, do vậy việc phiên giải cần phải thận trọng.

4.2. Thực trạng điều trị ARV

4.2.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu

Phác đồ điều trị ARV bậc 1, cụ thể là phác đồ 1f kết hợp 3 loại thuốc ARV (EFV+3TC+TDF) được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú. Bộ Y Tế đã ban hành hướng dẫn và đã thực hiện việc chuẩn hóa phác đồ ARV trên toàn quốc theo hướng tiếp cận y tế cộng đồng. Bộ Y tế cũng đã quy định các phác đồ chuẩn cho tất cả bệnh nhân khi bắt đầu điều trị ARV. Đồng thời thuốc ARV được một đơn vị điều phối và cung cấp miễn phí đến tất cả các cơ sở điều trị trên toàn quốc, do vậy việc sử dụng thuốc ARV có tính chất nhất quán cao, tuân thủ theo các hướng dẫn của Bộ Y Tế. Phác đồ điều trị bậc 1 là phác đồ rẻ tiền với chi phí chỉ bằng 1/4 tới 1/8 lần chi phí của phác đồ điều trị bậc 2, có hiệu quả với phần lớn bệnh nhân, dễ tiếp cận do nguồn cung thuốc trong nước tương đối phong phú [3], điều này giải thích cho việc một tỷ lệ lớn bệnh nhân được sử dụng phác đồ bậc 1.

Phác đồ điều trị bậc 2 hoặc bậc 3 được ghi nhận trong nghiên cứu năm 2017 với một tỷ lệ thấp tại 03 phòng khám ngoại trú là 0,3%. Tỷ lệ sử dụng phác đồ bậc 2 trở lên này thấp hơn so với báo cáo sử dụng ARV của WHO được công bố là 3% [120]. Tại Việt Nam cũng như ở phần lớn các nước có thu nhập thấp và trung bình, xét nghiệm gen HIV kháng thuốc không được áp dụng đối với bệnh nhân điều trị ARV do chi phí đắt và sự phức tạp của xét nghiệm. Đây có thể là một trong các lý do làm cho việc sử dụng các phác đồ ARV bậc cao tại các phòng khám ngoại trú còn bị hạn chế.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân duy trì phác đồ điều trị ARV bậc 1 trong khảo sát trước và sau nghiên cứu đều ở mức cao. Đây là điều rất quan trọng đối với các nước có nguồn lực hạn chế, trong đó có Việt Nam. Tại Việt Nam, phần đa các cơ sở đều chỉ có sẵn thuốc ARV phác đồ bậc 1 và không có các phác đồ thay thế khác. Bên cạnh đó các thuốc ARV phác đồ bậc 2 đều không sẵn có tại thị trường trong nước mà phải mua sắm quốc tế hoặc thông qua các chương trình viện trợ của nước ngoài. Do đó việc tối đa sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân đối với phác đồ bậc 1 và giảm thiểu

việc chuyển sang phác đồ bậc 2 trong vòng 12 tháng là rất quan trọng trong việc duy trì sự thành công của chương trình điều trị ARV.

Sự đơn giản của phác đồ dùng thuốc cũng là một yếu tố quan trọng giúp người dùng tuân thủ điều trị tốt hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một tỷ lệ đáng kể (72% trong năm 2016 và 82% trong năm 2017) bệnh nhân sử dụng thuốc một lần/ngày. Việc sử dụng các viên kết hợp cố định liều cũng ở mức cao (69,3% trong năm 2016 và 82,4% trong năm 2017). Đây là một dấu hiệu tích cực đối với vấn đề tuân thủ điều trị vì đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra việc sử dụng thuốc ít số lần trong ngày cũng như ít số viên là một trong các yếu tố hỗ trợ tích cực cho tuân thủ điều trị [26].

4.2.2. Xét nghiệm tải lượng vi-rút và CD4 trong thời gian điều trị ARV

Nghiên cứu trước can thiệp năm 2016 ghi nhận một tỷ lệ nhỏ 5% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua. Lý do được kể đến là do một số khó khăn về kỹ thuật nên xét nghiệm tải lượng vi-rút chưa được triển khai tại các phòng khám ngoại trú này trong thời gian 2015 – 2016 do vậy xét nghiệm này chưa được xem là một xét nghiệm thường quy trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Chỉ định này chỉ được thực hiện trong trường hợp đặc biệt hoặc bệnh nhân từ nơi khác chuyển tới đã có kết quả xét nghiệm từ nơi khác. Sang năm 2017, các kết quả nghiên cứu cho thấy đã có chuyển biến tích cực với phần lớn bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong vòng 12 tháng qua.

Đã có nhiều nghiên cứu bệnh chứng có kiểm soát, cũng như các nghiên cứu mô hình đã chỉ ra yếu tố dự báo mạnh nhất cho nguy cơ lây truyền vi rút HIV chính là tải lượng vi rút HIV trong cơ thể người nhiễm, và do vậy việc xét nghiệm định kỳ để xác định được tình trạng ức chế vi-rút không chỉ rất quan trọng đối với bệnh nhân mà còn cho cả cộng đồng. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguy cơ lây truyền cho bạn tình không bị nhiễm thay đổi rõ rệt dựa trên những mức tải lượng vi rút khác nhau. Mức RNA HIV-1 trung bình trong huyết thanh cao hơn đáng kể trong những người bệnh gây lây truyền vi rút HIV (90,254 bản sao/ml) so với những người bệnh không lây truyền vi rút (38.029 bản sao/ml). Các nghiên cứu cũng cho rằng không có sự lây truyền HIV nào diễn ra từ người bệnh HIV có tải lượng vi rút <1.500 bản sao/ml [68], [94]. Do chỉ có một lượng nhỏ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trước can thiệp, do vậy việc so sánh tải lượng vi-rút tại thời điểm sau can thiệp với trước can thiệp chưa được thực hiện để sơ

bộ đánh giá tác động của việc tuân thủ điều trị lên tải lượng vi-rút của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

Xét nghiệm CD4 được thực hiện ở phần lớn các bệnh nhân trong thời gian điều trị ARV trong cuộc khảo sát trước nghiên cứu (năm 2016) và sau nghiên cứu (năm 2017). Tế bào T-CD4 là một phân nhóm quan trọng nhất của tế bào lympho T với chức năng chính là nhận biết kháng nguyên lạ và điều hòa hệ thống miễn dịch của cơ thể. CD4 luôn được xem là một chỉ số đánh giá đáp ứng điều trị quan trọng và việc theo dõi chỉ số này là một phần quan trọng trong chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho người nhiễm. Sự đa dạng của các dòng máy hiện diện tại các phòng xét nghiệm đếm tế bào lympho T-CD4 tại Việt Nam như: FacsCalibur- Becton Dickinson (Mỹ), Cytomics EC500-Beckman Coulter (Mỹ), Facs Count - Becton Dickinson (Mỹ), Cyflow SL3, CyFlow Counter - Partec (Đức), PCA – Guava – Milipore (Mỹ), Pima analyser – Alere – (Anh) cho phép thực hiện hàng trăm mẫu xét nghiệm một ngày là một trong những yếu tố làm cho việc tiếp cận với xét nghiệm CD4 tại Việt Nam trở nên dễ dàng hơn. Các xét nghiệm tải lượng HIV, xét nghiệm CD4 cho người bệnh tham gia bảo hiểm y tế cũng được chi trả từ bảo hiểm, đây cũng là một yếu tố tích cực khác hỗ trợ đối với việc theo dõi, chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS.

4.2.3. Các hỗ trợ xã hội người nhiễm nhận được từ gia đình, xã hội đối với việc điều trị ARV

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy khoảng 50% bệnh nhân có nhận được hỗ trợ từ gia đình, vợ chồng và cũng khoảng 50% bệnh nhân nhận được hỗ trợ từ bạn bè đối với việc điều trị ARV. Phần lớn các nghiên cứu đã cho thấy gia đình là nguồn hỗ trợ quan trọng trước và trong quá trình điều trị ARV trong đó mẹ và vợ là những người chăm sóc chính khi đối tượng nam giới mắc bệnh và là người giúp làm hồ sơ điều trị ARV [9]. Các lý do người nhiễm HIV chưa được sự quan tâm, hỗ trợ của gia đình và bạn bè chưa được tìm hiểu trong nghiên cứu này, dù sao thì các phát hiện này cũng đã phản ánh một phần của vấn đề đã được đề cập từ lâu đó là sự kỳ thị đối với các hành vi liên quan HIV/AIDS.

Khảo sát năm 2016 cũng cho thấy chỉ có khoảng ít hơn ½ số bệnh nhân (43,5%) có công ăn việc làm ổn định. Các kết quả này phù hợp với một nghiên cứu tại Hà Nội năm 2015 cho thấy cũng khoảng một nửa số nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV tham

gia vào nghiên cứu không có việc làm, do vậy họ chủ yếu dựa vào sự hỗ trợ của gia đình [9]. Nghiên cứu này cũng cho thấy một số khác mặc dù có việc làm nhưng vẫn cần đến sự trợ giúp của gia đình, trong đó chủ yếu là mẹ và vợ là những người chính cung cấp tiền bạc và vật chất cho đối tượng, vì số tiền họ kiếm được không đủ đáp ứng nhu cầu cá nhân. Mức độ hỗ trợ dành cho người nhiễm HIV cũng đa dạng và tùy thuộc nhiều vào khả năng kinh tế của gia đình và người hỗ trợ [9].

Khoảng 10% số người nhiễm đang điều trị ARV trong khảo sát năm 2016 cho thấy họ có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng. Các nghiên cứu và các khuyến cáo của WHO đã đều cho thấy việc tham gia các nhóm này có tác động tích cực, cải thiện tình trạng bệnh cho bệnh nhân, duy trì sự chăm sóc và tác động làm giảm tỷ lệ tử vong ở mức trung bình và tăng cường chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV [119], [120]. Các nhóm hỗ trợ đồng đẳng cũng làm cải thiện tình trạng tiết lộ tình trạng nhiễm HIV và điều này mang lại các lợi ích phòng lây nhiễm cho người khác [119], [120]. Nghiên cứu này chưa đi sâu tìm hiểu việc tại sao có một tỷ lệ đáng kể (90%) người nhiễm HIV/AIDS không tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng và điều này cần được xem xét một cách toàn diện trong các nghiên cứu tiếp theo.

4.2.4. Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân đang điều trị ARV.

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy chỉ có một tỷ lệ xấp xỉ 10% bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV báo cáo mình có sử dụng heroin, các chất dạng thuốc phiện hoặc cần sa trong 30 ngày qua. Trong khi tất cả các báo cáo đánh giá về tình hình dịch tại Việt Nam đều cho thấy HIV chủ yếu lây qua con đường tiêm chích [4], [5], tỷ lệ chỉ có 10% các đối tượng nghiên cứu báo cáo có sử dụng ma túy trong vòng 1 tháng qua trong nghiên cứu này có thể là một sai số trong ước tính do tính chất của việc thu thập dữ liệu chỉ được thực hiện thông qua phỏng vấn. Người nhiễm HIV/AIDS có thể không muốn tiết lộ việc sử dụng ma túy của mình khi được hỏi. Trong nghiên cứu này, không có xét nghiệm nước tiểu hay xét nghiệm máu nào được thực hiện để đánh giá việc sử dụng các chất gây nghiện của bệnh nhân.

Việc chỉ có 10% bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất ma túy cũng có thể là do hiệu quả của chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone từ năm 2008 tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh. Việt Nam đã thực hiện thí điểm chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone từ

năm 2008 và theo báo cáo cập nhật của VACC thì số người được điều trị Methadone tăng từ 1.735 người bệnh với 6 cơ sở điều trị năm 2009 lên đến 52.054 bệnh nhân được điều trị (tính đến hết tháng 7/2017) tại 294 cơ sở điều trị Methadone [4], [5].

Khoảng một nửa số bệnh nhân báo cáo có sử dụng rượu trong 30 ngày qua trong khảo sát trước can thiệp. Đây là tình trạng đáng lưu ý do các hệ lụy về việc sử dụng rượu nói chung tới sức khỏe của bệnh nhân, vấn đề tương tác, chuyển hóa thuốc và sự tuân thủ điều trị đã được cảnh báo trong nhiều nghiên cứu [117]. Dù sao thì một tỷ lệ cao hơn bệnh nhân báo cáo có sử dụng rượu so với sử dụng ma túy cũng cho thấy dường như việc sử dụng rượu được cho là dễ chấp nhận hơn đối với người nhiễm HIV/AIDS.

4.3. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV

4.3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên các câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân tại thời điểm trước can thiệp

Khảo sát trước can thiệp cho thấy khó nhớ việc dùng thuốc được ghi nhận ở khoảng 12% số bệnh nhân và khoảng 8% số bệnh nhân quên sử dụng ít nhất 1 liều thuốc trong 4 ngày vừa qua. Khó nhớ việc sử dụng thuốc hay quên không uống thuốc đối với các bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính cần điều trị dài ngày có thể có nhiều lý do và điều này cũng đã được phản ánh trong các nghiên cứu trước đây trong nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Trần Xuân Bách [110]. Mặc dù phác đồ dùng thuốc ARV cũng đã được đơn giản hóa về số lần sử dụng trong ngày cũng như số viên với việc sử dụng các viên nén kết hợp các hoạt chất, việc quên uống thuốc vì lý do nào đó là thực tế vẫn đang xảy ra ở một số bệnh nhân. Việc có một phác đồ điều trị ARV có tác dụng kéo dài là cần thiết, ví dụ như phác đồ kết hợp mới dạng tiêm của Cabotegravir và Rilpivirine có tác dụng kéo dài 1 tháng với 1 mũi tiêm đang được công ty ViiV Healthcare nghiên cứu phát triển. Nếu các thử nghiệm thành công và các bệnh nhân được chuyển từ uống thuốc hàng ngày sang tiêm hàng tháng thì sẽ có thể là một bước tiến bộ lớn trong tuân thủ điều trị, giúp giảm bớt thời gian cũng như gánh nặng trong quản lý của cả bệnh nhân lẫn phòng khám.

Việc vẫn tiếp tục dùng thuốc khi thấy mình khỏe lên và không bỏ thuốc khi thấy mệt đi được ghi nhận ở phần lớn các bệnh nhân (xấp xỉ 99%), điều này cho thấy các bệnh nhân hiểu được tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc liên tục. Dù sao thì sự chênh

lệch lớn giữa 99% bệnh nhân được hỏi hiểu được tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc liên tục với 66% bệnh nhân được xác định là tuân thủ điều trị mức độ cao theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp cho thấy vẫn tồn tại khoảng cách đáng kể giữa sự hiểu biết với các hành động cụ thể dựa trên sự hiểu biết đó.

4.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS) tại thời điểm trước can thiệp

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm) được dùng để hỏi bệnh nhân về mức độ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu này. VAS là công cụ được sử dụng để lượng hóa các biến số khó định lượng được một cách chính xác như mức độ nặng của triệu chứng bệnh. Mặt hạn chế điển hình của VAS là tính chủ quan trong việc đánh giá, mặc dù vậy VAS vẫn được dùng trong nhiều nghiên cứu do tính chất thuận tiện và dễ sử dụng. Theo thang điểm VAS, các bệnh nhân được phỏng vấn trước can thiệp báo cáo điểm tuân thủ điều trị trung bình là 9,3 điểm trên số điểm tối đa là 10 điểm với độ lệch chuẩn tương đối thấp là 0,73 điểm cho thấy sự đồng đều giữa các bệnh nhân xét trên vấn đề tuân thủ điều trị theo thang VAS. Sử dụng thang điểm VAS trong đánh giá tuân thủ điều trị ARV cũng đã được ứng dụng trong một nghiên cứu khác tại Việt Nam do tác giả Trần Xuân Bách và cộng sự thực hiện năm 2013 với kết quả cho thấy điểm VAS trung bình là 9,45 điểm với độ lệch chuẩn là 0,82 điểm [110]. Kết quả này cao hơn so với các phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Cũng với thang đánh giá VAS, tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm VAS từ 9,5 điểm trở lên trong khảo sát trước can thiệp đạt mức 78,8%. Tỷ lệ này cao hơn một cách đáng kể so với tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang đánh giá đa chiều (66,2%). Tương tự như trên, việc sử dụng một thang đánh giá đơn lẻ sẽ có thể dẫn đến việc ước tính thấp vấn đề không tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

4.3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV tại thời điểm trước can thiệp

Kiến thức sử dụng thuốc liên quan đến tên thuốc, cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng thuốc và các lưu ý khi sử dụng thuốc được thu thập qua việc hỏi bệnh nhân đối với các loại thuốc bệnh nhân đang dùng. Trong khi gần như tất cả các bệnh nhân đều có thể

trả lời chính xác các nội dung liên quan đến tên thuốc, cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng thuốc, vẫn có một tỷ lệ 14% bệnh nhân không nêu được chính xác các lưu ý khi sử dụng thuốc ARV đặc biệt là các thuốc lưu ý không nên sử dụng đồng thời cùng ARV theo hướng dẫn của cán bộ y tế.

Dược động học (PK) của thuốc ARV cũng như các thuốc nói chung bị ảnh hưởng với tương tác thuốc-thuốc và việc này sẽ có thể dẫn đến việc tăng hoặc giảm nồng độ thuốc trong huyết thanh. Trong một số trường hợp, những thay đổi nồng độ thuốc trong huyết thanh của thuốc có thể làm tăng độc tính hoặc ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Cụ thể hơn với ARV, các thuốc sử dụng đồng thời có tính chất khử acid, như chất ức chế bơm proton, chất đối kháng H₂, hoặc thuốc kháng acid, có thể làm giảm sự hấp thụ thuốc ARV vì đây là các thuốc cần acid dạ dày để hấp thụ tối ưu (ví dụ, atazanavir [ATV] và rilpivirine [RPV]). Các thuốc có chứa cation polyvalent, chẳng hạn như chất bổ sung, sản phẩm sắt hoặc thuốc kháng acid có chứa nhôm, canxi hoặc magiê, có thể liên kết với các chất ức chế chuyển chuỗi integrase (INSTIs) và giảm hấp thụ thuốc ARV. Các thuốc kích thích hoặc ức chế men cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) hoặc p-glycoprotein vận chuyển dòng chảy trong ruột có thể làm giảm hoặc thúc đẩy sự hấp thụ của các thuốc khác trong đó có ARV.

Mặc dù việc tư vấn tuân thủ điều trị và hướng dẫn sử dụng thuốc của phòng khám ngoại trú dành cho bệnh nhân đã được thực hiện. Các đơn thuốc của bác sỹ kê cho bệnh nhân hiện nay chưa xem xét và đánh giá một cách đầy đủ khả năng tương tác thuốc – thuốc, tức là ảnh hưởng của ARV tới một số loại thuốc sử dụng đồng thời khác và ngược lại, ảnh hưởng của những thuốc sử dụng đồng thời đến các thuốc ARV. Việc xem xét kỹ lưỡng các loại thuốc đồng thời với sự tư vấn của một cán bộ được đào tạo chuyên sâu về ARV có thể giúp làm giảm thiểu các tương tác không mong muốn. Các khuyến cáo để quản lý các tương tác thuốc cụ thể có thể khác nhau tùy thuộc vào loại ARV bệnh nhân điều trị cũng như giai đoạn điều trị của bệnh nhân. Mặc dù khó có thể dự đoán chính xác các tương tác thuốc thuốc cũng như khó có thể lượng hóa chính xác tầm quan trọng của các tương tác thuốc-thuốc; vấn đề này cần phải được quan tâm hơn tại các phòng khám ngoại trú.

4.3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ tại thời điểm trước can thiệp

Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên thuốc bệnh nhân đã sử dụng trong kỳ điều trị nhìn chung được xem là kém chính xác do bệnh nhân có xu hướng làm hài lòng người phỏng vấn và bệnh nhân rất dễ dàng bỏ lại thuốc thừa trước khi đến cơ sở điều trị để chứng tỏ mình đã sử dụng hết thuốc [43]. Nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự khi ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (98,8%) bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp mang lọ thuốc không còn thuốc dư thừa đến để thể hiện việc mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. 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 sẽ có thể ước thấp tỷ lệ không tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

4.3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp

Nghiên cứu này ghi nhận 66,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp giữa việc phỏng vấn bệnh nhân, đánh giá bằng VAS, kiểm tra kiến thức dùng thuốc, kiểm đếm số thuốc thừa. 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 bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc ARV không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt, bệnh nhân báo có đã sử dụng hết thuốc cũng không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt.

Nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự thực hiện trên 250 bệnh nhân AIDS được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016 báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (60,4% so với 66,2%) [11]. Kết quả của nghiên cứu này xấp xỉ với kết quả của khảo sát khác cũng do tác giả Phan Thị Thu Hương và các cộng sự thực hiện tại 3 phòng khám ngoại trú tại Điện Biên là 63,4% trong năm 2016. [10]. So sánh với một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 252 bệnh nhân HIV/AIDS khám và điều trị ngoại trú bằng thuốc ARV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện A Thái Nguyên của tác giả Đỗ Lê Thùy thực hiện năm 2012, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức thấp hơn (66,2% so với 81,3%) [6]. Các nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên các

quần thể nghiên cứu khác nhau với các định nghĩa về tuân thủ điều trị khác nhau, do vậy việc diễn giải tuân thủ điều trị trong từng nghiên cứu cần phải thận trọng.

4.4. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

4.4.1. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị trong phân tích đa biến gồm sự hỗ trợ của bạn bè, tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân, không uống rượu trong 30 ngày qua, sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế, tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh và vấn đề gặp tác dụng phụ của thuốc.

Có sự hỗ trợ của bạn bè, tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân là các yếu tố ảnh hưởng tích cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với AOR tương ứng là 2,56 (95% KTC: 1,49 - 4,35) và 3,7 (95% KTC: 1,32 - 10,00). Trong khi đó, ở chiều ngược lại, gặp phải tác dụng phụ của thuốc là các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với AOR là 0,58 (KTC 95%: 0,41- 0,82).

Kết quả nghiên cứu này là phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu đã công bố trước đây cho thấy các hỗ trợ của bạn bè cũng đã được khẳng định là có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị [33], [35], [55]. Bệnh nhân không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác dẫn đến tình trạng bệnh nhân phải giấu việc uống thuốc hoặc giấu thuốc và điều này làm ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị [32], [55], [111]. Việc không tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân cũng có thể dẫn đến việc bệnh nhân không nhận được các hỗ trợ cần thiết từ họ [30], [33], [55] và do đó làm ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị tốt hơn. Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với kết luận trong một phân tích gộp cho thấy không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác làm tăng nguy cơ không tuân thủ (OR=3,46; 95% KTC 2,04 đến 5,89; I²=66%) [120].

Phát hiện của nghiên cứu này về việc bệnh nhân đã gặp phải tác dụng phụ của ARV sẽ tuân thủ điều trị kém hơn phù hợp với kết quả của phần lớn các nghiên cứu cho thấy các tác dụng phụ của thuốc có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Cũng như các thuốc điều trị khác, ARV có thể gây ra các tác dụng phụ từ cấp tính, đe dọa tính mạng đến mạn tính và ở mức độ nhẹ. Các nghiên cứu đã chỉ ra tác dụng phụ thường gặp làm bệnh nhân khó tuân thủ điều trị là tiêu chảy mạn tính, lý do là vì khi gặp

phải triệu chứng này, bệnh nhân lo lắng người khác sẽ biết mình bị nhiễm HIV [55]. Ở trong nước, nghiên cứu của tác giả Đỗ Lê Thuý tại Việt Nam cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tỉ lệ gặp tác dụng phụ của thuốc khiến bệnh nhân phải ngừng thuốc [6]. Nghiên cứu của Vũ Công Thảo năm 2010 đánh giá thực trạng và hiệu quả của hoạt động chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS đã cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa tác dụng phụ của thuốc với bỏ điều trị, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ bỏ điều trị cao gấp 29,8 lần những bệnh nhân không xuất hiện tác dụng phụ [15]. Nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa và cộng sự năm 2013 thực hiện trên 615 bệnh nhân nhiễm HIV cũng cho thấy các bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc sẽ tuân thủ điều trị kém hơn.

Không uống rượu trong 30 ngày qua, có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh là các yếu tố ảnh hưởng tích cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với AOR tương ứng là 3,62 (KTC 95%: 1,95-6,7); 2,51 (KTC 95%: 1,40- 4,52) và 1,92 (KTC 95%: 1,78- 3,56).

Các phát hiện về việc sử dụng rượu làm ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với phát hiện của nhiều nghiên cứu khác cho thấy việc sử dụng rượu làm tăng nguy cơ không tuân thủ điều trị [76], [82], [83]. Lý do bệnh nhân có thể quên sử dụng thuốc do hậu quả của việc sử dụng rượu [33], [55]. Tương tự như vậy, sự tin tưởng của bệnh nhân vào cán bộ y tế cũng như sự thân thiện, nhiệt tình của cán bộ y tế với bệnh nhân có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị đã được báo cáo trong các nghiên cứu ở nước ngoài và ngược lại, các bệnh nhân đã có các trải nghiệm không tốt với cán bộ y tế, cán bộ y tế thô lỗ, thờ ơ, một mối sẽ có mức tuân thủ điều trị thấp hơn [120]. Nghiên cứu của Melissa H. Watt [55] cho thấy mối quan hệ không tốt giữa cán bộ y tế và bệnh nhân có tương quan một cách có ý nghĩa với tuân thủ điều trị, trong nghiên cứu này, việc giảm một điểm trong thang bốn điểm về mối quan hệ giữa bệnh nhân và cán bộ y tế làm tăng nguy cơ không tuân thủ của bệnh nhân lên 3 lần (OR=2,75; 95% KTC: 1,05–7,22).

Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với kết luận của tác giả Trần Xuân Bách cho các bệnh nhân đánh giá ARV có hiệu quả tốt, rất tốt và tuyệt vời có tỷ số chênh (OR) đối với việc không tuân thủ điều trị ở mức rất thấp so với nhóm bệnh nhân đánh giá hiệu quả ARV ở mức kém. Tỷ số chênh này tương ứng là 0,24 (95% KTC: 0,09- 0,64); 0,03 (95% KTC: 0,01- 0,10) và 0,03 (95% KTC: 0,01- 0,08) giữa nhóm bệnh nhân

đánh giá nhận thức ARV là thuốc có hiệu quả tốt, rất tốt và tuyệt vời so sánh với nhóm bệnh nhân nhận thức ARV là thuốc hiệu quả kém [110].

4.4.2. Một số yếu tố không liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nhân khẩu, xã hội học như tuổi trên 35, trình độ học vấn từ đại học trở lên và mức thu nhập từ 5 triệu trở lên không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ARV mức độ cao của bệnh nhân. Các phát hiện này là trái ngược với kết quả của một số nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân ở độ tuổi 35 tuổi trở lên có kết quả tuân thủ điều trị tốt so với các bệnh nhân ở độ tuổi dưới 35 tuổi [55]. Cụ thể hơn tác giả cho thấy bệnh nhân tuổi trên 35 tuân thủ điều trị tốt hơn (OR: 0,98; 95% KTC: 0,97–0,99). Điểm cần lưu ý là giá trị OR này rất gần giá trị 1 và việc phỏng vấn trực bệnh nhân để ghi nhận tuân thủ điều trị có thể có những sai lệch nhất định. Địa điểm nghiên cứu và sự khác biệt về quần thể nghiên cứu có thể lý giải cho việc tại sao các nghiên cứu khác nhau ở các địa bàn khác nhau có các kết quả không giống nhau.

Yếu tố trình độ học vấn cũng đã được khảo sát trong nhiều nghiên cứu và cho các kết quả trái ngược nhau. Trong khi học vấn thấp được báo cáo là yếu tố tiên lượng xấu đối với tuân thủ điều trị [55] và ngược lại, các đối tượng có trình độ học vấn cao sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn [55] thì cũng có các nghiên cứu, báo cáo khác cho kết quả ngược lại. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy trình độ học vấn cao không liên quan đến vấn đề tuân thủ điều trị, điều này có thể lý giải là do phần lớn bệnh nhân đều hiểu được tầm quan trọng của việc cần tuân thủ điều trị và việc có một kiến thức tốt hơn không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị sẽ tốt hơn. Các phát hiện của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Phan Văn Tường và Nguyễn Minh Hạnh đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị ARV tại 8 quận huyện tại Hà Nội năm 2007 cho thấy không có mối tương quan giữa trình độ học vấn, giới, tình trạng hôn nhân, thu nhập bình quân tới việc tuân thủ điều trị ARV [12]. Các phát hiện này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách cho thấy mức thu nhập không liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị [110], và của tác giả Đỗ Lê Thùy trong nghiên cứu đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị

ngoại trú tại bệnh viện A, tỉnh Thái Nguyên năm 2011 cho thấy không có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tuổi và trình độ văn hóa, và thu nhập bình quân/tháng [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố khác như: Giai đoạn lâm sàng HIV, Phác đồ điều trị ARV, có hay không có nhiễm trùng cơ hội, mức CD4 hiện tại >500 copies/ml không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với tỷ suất chênh (OR) tương ứng là 1,80 (95% KTC: 0,95-2,89); 1,58 (95% KTC: 0,82-2,53); 0,75 (95% KTC: 0,55-1,45) và 1,02 (95% KTC: 0,95-1,20).

Việc phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu sử dụng phác đồ bậc 1 và không có đủ số bệnh nhân sử dụng các phác đồ bậc 2 hoặc 3 để thực hiện các kiểm định thống kê so sánh có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc không phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân sử dụng các phác đồ khác nhau cũng như ảnh hưởng của sự phức tạp của phác đồ ARV đến vấn đề tuân thủ điều trị.

Phát hiện trong nghiên cứu này về việc giai đoạn lâm sàng và tình trạng có hay không có nhiễm trùng cơ hội không liên quan đến vấn đề tuân thủ điều trị ARV trái ngược với kết quả của một số nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh nhân mắc thêm các bệnh đồng nhiễm khác và giai đoạn lâm sàng muộn làm giảm tuân thủ điều trị của bệnh nhân [120]. Nghiên cứu của Vũ Công Thảo năm 2010 đánh giá thực trạng và hiệu quả của hoạt động chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS đã cho thấy đồng nhiễm viêm gan B (HBV) và hoặc viêm gan C (HCV) được xác định là có mối liên quan chặt chẽ với việc bỏ điều trị của bệnh nhân với OR lần lượt là 10,8 và 8,99 [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng sớm và chỉ có một tỷ lệ nhỏ các bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội cần can thiệp điều trị, điều này có thể lý giải cho việc không phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi thực hiện các kiểm định so sánh.

Việc phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu sử dụng phác đồ bậc 1 và không có đủ số bệnh nhân sử dụng các phác đồ bậc 2 hoặc 3 để thực hiện các kiểm định thống kê so sánh cũng có thể được xem là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc không phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân sử dụng các phác đồ khác nhau cũng như ảnh hưởng của sự phức tạp của phác đồ ARV đến vấn đề tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này.

Phát hiện về việc mức $CD4 > 500$ bản sao/ml không liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi trái ngược với kết quả của một nghiên cứu trong nước khác của tác giả Trần Xuân Bách cho thấy các bệnh nhân có $CD4 > 500$ tế bào/ mm^3 tuân thủ kém hơn một chút so với các bệnh nhân có $CD4$ thấp hơn [110]. Sự trái ngược nhau trong kết luận liên quan đến ảnh hưởng của $CD4$ với vấn đề điều trị cũng đã được tổng kết và báo cáo trong nhiều nghiên cứu ở nước ngoài. Việc tính toán tuân thủ điều trị theo các cách khác nhau và nghiên cứu được thực hiện trên các quần thể khác nhau có thể là một trong những lý giải cho sự khác nhau về kết quả nghiên cứu.

4.5. Hiệu quả của can thiệp tăng tuân thủ điều trị tại các phòng khám ngoại trú

4.5.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp

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 (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa được trình bày trong bảng 3.19. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao trước can thiệp là 66,2% (95% KTC: 61,2%-71,2%) đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp là 84,4% (95% KTC: 80,1%-88,1%) ($p < 0,001$). Tương tự như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ trung bình và thấp trước can thiệp là 23,8 % (95% KTC: 19,4%-28,6%) và 10,0% (95% KTC: 7,1%-13,7%) đã giảm một cách có ý nghĩa thống kê xuống 14,7 (95% KTC: 11,1%-18,9%) và 0,9% (95% KTC: 0,2%-2,6%) sau can thiệp ($p < 0,001$). Các can thiệp nghiên cứu này làm tăng thêm 18,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV mức độ cao (KTC 95%: 11,9% - 24,5%).

So sánh với kết quả nghiên cứu các biện pháp tăng cường tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanters [61], nghiên cứu này một lần nữa khẳng định về tính hiệu quả của hoạt động can thiệp kết hợp giữa người hỗ trợ cho bệnh nhân và nhắc nhở bệnh nhân qua điện thoại. Mô hình can thiệp này được Steve Kanters cho là có hiệu quả cao (OR=6,59 95% KTC: 2,96-16,06) so với chăm sóc và điều trị chuẩn và phát hiện của nghiên cứu này là phù hợp với nhận định của tác giả.

Việc cải thiện làm tăng 18,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao là một kết quả bước đầu rất đáng khích lệ trong khi việc can thiệp không tạo ra gánh nặng công

việc quá lớn cho các cán bộ tư vấn của phòng khám ngoại trú. Mặc dù vậy, điểm rất quan trọng cần phải lưu ý khi phiên giải kết quả này là việc tăng tuân thủ điều trị có thể không hoàn toàn là do kết quả của can thiệp. Việc phỏng vấn lặp lại bệnh nhân sau can thiệp sử dụng cùng một bộ câu hỏi có thể là một trong những yếu tố gây sai lệch trong việc đo lường kết quả do bệnh nhân có thể nhớ lại các câu hỏi của vòng phỏng vấn trước và câu trả lời do vậy sẽ chính xác hơn. Can thiệp nghiên cứu là sự kết hợp song song giữa tư vấn tại chỗ của tư vấn viên và hỗ trợ định kỳ qua điện thoại, do vậy không phân biệt được hiệu quả này là tác động của hoạt động nào.

Điểm thứ hai cần lưu ý khi phiên giải về việc làm tăng tuân thủ điều trị của can thiệp đó là việc đánh giá tuân thủ điều trị sau can thiệp được thực hiện ngay sau khi can thiệp kết thúc, do vậy hiệu quả của can thiệp trong nghiên cứu này là hiệu quả ngắn hạn. Hiệu quả dài hạn của can thiệp chưa được xác định, tức là không rõ tác dụng của can thiệp này sẽ kéo dài được bao lâu.

4.5.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp

Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên việc phỏng vấn bệnh nhân trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.24. Phần lớn các câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân đã được bệnh nhân trả lời và kết quả cho thấy nếu chỉ dựa vào việc phỏng vấn thì tỷ lệ tuân thủ điều trị luôn ở mức cao trước và sau can thiệp trong khoảng xấp xỉ từ 90% đến 100%. Tác động của can thiệp đối với kết quả phỏng vấn bệnh nhân là không rõ ràng cũng có thể được lý giải là do nội dung đánh giá này không có khó khăn gì đối với bệnh nhân cả trong vòng phỏng vấn trước và sau can thiệp, hay nói cách khác, tính phân biệt của nội dung đánh giá của các câu hỏi trong phần này không cao.

4.5.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp

Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên việc phỏng vấn bệnh nhân trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.25. Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), nghiên cứu ghi nhận các bệnh nhân được phỏng vấn sau can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,6 với độ lệch chuẩn là 0,82, cao hơn một cách có ý nghĩa

thống kê so với thời điểm trước can thiệp với điểm trung bình là 9,3 điểm và độ lệch chuẩn là 0,73 điểm.

Tương tự như việc phiên giải kết quả đánh giá tuân thủ điều trị sử dụng đánh giá kết hợp, việc đánh giá hiệu quả của can thiệp sử dụng VAS cũng có những hạn chế nhất định do thang đánh giá VAS có tính chất chủ quan và hiệu quả của can thiệp dựa trên thang đánh giá này cũng là các hiệu quả trước mắt, không phải là hiệu quả lâu dài của can thiệp.

4.5.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV

Đánh giá sau can thiệp liên quan đến việc kiểm tra kiến thức sử dụng ARV ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (97,7%) bệnh nhân trả lời chính xác các câu hỏi so với 86,1% bệnh nhân trả lời đúng trước nghiên cứu. Việc tăng tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi kiểm tra kiến thức có thể lý giải được là do tất cả các bệnh nhân 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 liên quan đến việc sử dụng thuốc. Dù sao thì kết quả gần tuyệt đối các bệnh nhân trả lời chính xác các câu hỏi liên quan đến kiến thức sử dụng ARV cũng là kết quả rất đáng khích lệ và đã thể hiện được việc các kiến thức truyền tải cho bệnh nhân đã được ghi nhớ tốt.

4.5.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ

Trong khảo sát sau can thiệp, nghiên cứu tiếp tục ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (99,7 %) bệnh nhân mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. So với tỷ lệ tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên còn thừa trong khảo sát trước can thiệp (98,8%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê xét ($p > 0,05$). So sánh với kết quả đánh giá tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp được ghi nhận trong nghiên cứu là 66,2% trước can thiệp và 84,4%, kết quả khảo sát này một lần nữa cho thấy việc đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân nếu chỉ dựa vào việc kiểm đếm hoặc hỏi số thuốc thừa thì sẽ dễ ước tính cao tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Các phát hiện trong nghiên cứu này phù hợp với kết luận của các nghiên cứu khác cho thấy việc đếm số viên thuốc được chứng minh là không có ý nghĩa và nó làm cho bệnh nhân có những hành động không trung thực khi nói về việc sử dụng thuốc [43].

4.5.6. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp

Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các phác đồ điều trị ARV khác nhau được trình bày trong bảng 3.27. Bảng này cho thấy so với thời điểm khảo sát trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ ARV bậc 1 trong nghiên cứu đã tăng lên từ 91,5% lên 99,7%. Trong đó tăng chủ yếu là phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) tăng từ 67,3% trước can thiệp lên 78,1% sau can thiệp. Đối với các nước có nguồn lực hạn chế như Việt Nam thì việc duy trì phác đồ điều trị ARV bậc 1 là rất quan trọng vì phần lớn các phòng khám ngoại trú cũng như các bệnh viện đều chỉ có sẵn thuốc ARV phác đồ bậc 1 và không có các phác đồ thay thế khác. Bên cạnh đó, các thuốc ARV phác đồ bậc 2 đều không sẵn có tại thị trường trong nước mà phải mua sắm Quốc tế hoặc dựa vào viện trợ nước ngoài. Do đó tuân thủ điều trị tốt của bệnh nhân đối với phác đồ bậc 1 là rất quan trọng để hạn chế vấn đề kháng thuốc và giảm thiểu việc chuyển sang phác đồ bậc 2 hoặc 3 có chi phí cao hơn đáng kể.

Nghiên cứu trước và sau can thiệp này được thực hiện năm 2016 và năm 2017, đây là thời điểm mà nguồn cung ứng thuốc ARV rất đầy đủ theo chương trình Quốc Gia. Duy trì nguồn thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân là rất quan trọng và trong thời gian hơn 10 năm qua, phần lớn các chi phí điều trị HIV/AIDS trong đó có thuốc ARV đều được miễn phí từ nguồn tài trợ quốc tế và nguồn kinh phí chương trình mục tiêu. Bắt đầu từ năm 2019, các chi phí này được chuyển đổi sang nguồn bảo hiểm y tế chi trả. Theo định hướng của ngành, muốn duy trì và tăng số người nhiễm HIV tiếp tục được điều trị ARV thì người nhiễm HIV phải tham gia bảo hiểm y tế. Những khó khăn để thực hiện bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV đã được đề cập tới nhiều báo cáo và do vậy, hơn lúc nào hết, các bệnh nhân đang được điều trị ARV cũng như các cán bộ y tế đang tham gia chăm sóc điều trị bệnh nhân cần được nâng cao ý thức về những khó khăn có thể gặp phải trong việc tiếp tục điều trị ARV cho bệnh nhân trong thời gian tới.

4.5.7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp

Mặc dù chỉ số xét nghiệm CD4 không còn được dùng để làm quyết định điều trị ARV cho bệnh nhân nhiễm HIV. Việc xét nghiệm định kỳ CD4 là rất quan trọng để

đánh giá tình trạng miễn dịch của bệnh nhân và việc duy trì được CD4 trong thời gian điều trị là rất quan trọng để bệnh nhân tránh được các nhiễm trùng cơ hội khác.

Các nghiên cứu trước can thiệp và sau can thiệp cho thấy bệnh nhân duy trì được CD4 ở mức hợp lý (trung bình là $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu trước can thiệp và $474,9 \pm 216,1$ tế bào/ml sau can thiệp, trung vị là 444 tế bào/ml trước can thiệp và 445 tế bào/ml sau can thiệp). Nếu so với số lượng CD4 ở người khỏe mạnh thường dao động trong khoảng từ 500 – 1500 tế bào/mm³. Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn ở trong mức từ 350 – 500 tế bào /mm³ có nghĩa là hệ miễn dịch suy giảm nhẹ. Điều này cho thấy hiệu quả lâm sàng của chương trình điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tham gia nghiên cứu là rất rõ ràng. Việc tăng nhẹ không có ý nghĩa thống kê CD4 trong khảo sát sau can thiệp so với trước can thiệp có thể một phần là do tác động không lớn của tuân thủ điều trị đến CD4 hoặc do cỡ mẫu nghiên cứu chưa được tính toán đủ lớn để kiểm định sự thay đổi của CD4. Vấn đề này cần được tiếp tục tìm hiểu trong các nghiên cứu tiếp theo.

4.5.8. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp

Tăng đáng kể tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây (bảng 3.29) từ mức 5,1% trước nghiên cứu năm 2016 lên 96,8% trong lần khảo sát sau can thiệp năm 2017 được ghi nhận trong nghiên cứu. Mặc dù vậy đây không nên được xem là hiệu quả do can thiệp mang lại. Các cơ sở tham gia nghiên cứu đã cho biết các khó khăn về mặt hậu cần tại thời điểm trước năm 2016 đối với việc xét nghiệm tải lượng vi-rút dẫn đến việc phần lớn các bệnh nhân không được xét nghiệm và vấn đề này đã được quan tâm, giải quyết triệt để trong năm 2017.

Xét nghiệm định kỳ tải lượng vi-rút đã được quy định trong Hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV1 trong theo dõi điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế trong đó nêu rõ việc xét nghiệm định kỳ 12 tháng một lần là cần thiết, giúp lượng giá mục tiêu thứ ba trong chiến lược 90-90-90 đó là đánh giá, phát hiện dấu hiệu thất bại điều trị về lâm sàng, các yếu tố nguy cơ gây thất bại điều trị trong tất cả các lần tái khám. Việc có một tỷ lệ cao bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua trong khảo sát năm 2017 thể hiện việc theo dõi điều trị đã được thực hiện theo đúng các hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật và việc này cần được tiếp tục quan tâm và duy trì trong thời gian tới.

4.5.9. Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân, so sánh trước và sau can thiệp

Các thay đổi tích cực đã được ghi nhận trong nghiên cứu sau can thiệp khi so sánh với trước can thiệp (bảng 3.30). Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV, tỷ lệ bệnh nhân có công việc ổn định đã tăng tương ứng từ 10,6%; 53,6% và 43,5% trước nghiên cứu lên 17,4%; 63,9% và 54,2% sau nghiên cứu.

Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng đã tăng lên sau can thiệp, con số này cho thấy phần lớn các bệnh nhân không tham gia các nhóm đồng đẳng mặc dù hoạt động tuyên truyền và giới thiệu các nhóm hỗ trợ đồng đẳng tại Hà Nội cũng như các tỉnh thành trên cả nước vẫn đang được triển khai. Nghiên cứu này chưa tìm hiểu rõ nguyên nhân cũng như rào cản làm cho bệnh nhân không muốn tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng cũng như vai trò của nhóm hỗ trợ đồng đẳng đối với việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Những nội dung này cần được tiếp tục đánh giá trong các nghiên cứu tiếp theo.

Các nghiên cứu đã cho thấy sự hỗ trợ của người mẹ và người vợ là rất quan trọng đối với bệnh nhân nam giới trong việc điều trị ARV [9]. Dù sao thì nghiên cứu cho thấy vẫn có tới 1/3 (36%) số bệnh nhân báo cáo không nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng, gia đình, người thân đối với vấn đề điều trị ARV trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Việc không nhận được sự hỗ trợ điều trị ARV từ vợ chồng, gia đình, người thân có thể có nhiều lý do nhưng điều này có thể lý giải một phần là do sự bị cách ly, bị kỳ thị của người nhiễm đối với các hành vi liên quan HIV/AIDS.

Dịch vụ điều trị Methadone là một chỉ số gián tiếp khác thể hiện sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với người nhiễm có sử dụng các chất dạng thuốc phiện. Trong khảo sát trước can thiệp, nghiên cứu ghi nhận khoảng 12,5% bệnh nhân báo cáo có sử dụng dịch vụ điều trị Methadone và tỷ lệ này tăng nhẹ lên 15,5% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Điểm đáng lưu ý các nghiên cứu trong nước đều cho thấy tiêm chích ma túy là hành vi lây truyền HIV chủ yếu tại Việt Nam, điều này đồng nghĩa với việc phần lớn bệnh nhân HIV/AIDS là người tiêm chích ma túy, tuy nhiên việc chỉ có 15,5 % bệnh nhân trong nghiên cứu này được tiếp cận với dịch vụ điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện cho thấy đã có những rào cản nhất định đối với việc tiếp cận điều trị

Methadone của bệnh nhân. Việc phải tới các trung tâm điều trị để uống thuốc hàng ngày có thể là một trong những trở ngại đối với việc tiếp cận điều trị của bệnh nhân và việc cân nhắc cấp thuốc phủ khắp các trạm y tế xã, tổ chức các điểm uống thuốc lưu động tại các xã sẽ có thể là cần thiết để giúp người nghiện thuận lợi hơn trong tiếp cận với Methadone, góp phần nâng cao hiệu quả công tác điều trị cho người nghiện ma túy.

4.5.10. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy có khoảng 10% bệnh nhân báo cáo có sử dụng heroin, cần sa hoặc các chất dạng thuốc phiện trong 30 ngày và tỷ lệ này tăng lên khoảng 15% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Trước hết cần lưu ý là việc xác định tình trạng sử dụng không được thực hiện bằng xét nghiệm mà qua việc hỏi bệnh nhân do vậy việc tỷ lệ 10% hay 15% bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện có thể là ước tính thấp tình trạng sử dụng các chất gây nghiện trong quần thể bệnh nhân nhiễm HIV. Điều này có thể hiểu được vì hành động sử dụng ma túy là hành động phạm pháp và bệnh nhân sẽ có thể không muốn thừa nhận điều này với người phỏng vấn. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện tăng lên sau khi can thiệp không nhất thiết phản ánh tình trạng sử dụng các chất dạng thuốc phiện tăng lên mà có thể điều này phản ánh sự tin tưởng hơn của bệnh nhân đối với người phỏng vấn và bệnh nhân đã chia sẻ sự thật về hành vi nguy cơ của mình một cách cởi mở hơn.

Tương tự như vậy, không sử dụng rượu trong 30 ngày qua được báo cáo ở 53,2% số bệnh nhân trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này giảm nhẹ không có ý nghĩa thống kê xuống 46,5% sau can thiệp. Hành vi sử dụng rượu trong quá trình điều trị là hành vi không có lợi cho sức khỏe cũng như vấn đề tuân thủ điều trị và điều này được khuyến cáo rất rõ cho bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu trong 30 ngày qua tăng nhẹ sau can thiệp không đồng nghĩa với việc trên thực tế tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu tăng lên. Ngược lại, có thể điều này phản ánh sự tin tưởng hơn của bệnh nhân đối với người phỏng vấn và bệnh nhân đã chia sẻ sự thật về hành vi nguy cơ của mình một cách cởi mở hơn.

Chưa tiết lộ tình trạng HIV của mình cho vợ chồng, người thân được xem là một trong những nguy cơ đối với không tuân thủ điều trị và việc nội dung tư vấn này là một

phần của can thiệp đã triển khai dành cho các đối tượng có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị. Việc chưa tiết lộ tình trạng HIV của mình cho vợ chồng, người thân dẫn đến việc bệnh nhân phải giấu giếm tình trạng bệnh cũng như việc uống thuốc của mình. Nghiên cứu khảo sát trước can thiệp cho thấy khoảng 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân. Khảo sát tương tự được lặp lại năm 2017 cho thấy đã có thêm khoảng 10% bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân (94%). Cũng tương tự như ở trên, việc tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác là kết quả do bệnh nhân tự báo cáo, do vậy sẽ có thể có những sai lệch nhất định và việc phiên giải kết quả cần phải thận trọng.

4.5.11. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dừng thuốc do tác dụng phụ

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc và dừng nghiên cứu do tác dụng phụ của thuốc trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.35. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% đã giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê xuống 3,5% sau can thiệp năm 2017 ($p=0,003$). Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm khoảng một nửa, từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65% sau can thiệp, mặc dù vậy mức giảm này không có ý nghĩa thống kê ($p> 0,05$).

Cũng như bất kỳ các loại thuốc nào khác, ARV có thể gây nên các tác dụng phụ cho bệnh nhân khi sử dụng như buồn nôn (zidovudine (ZDV), stavudine (d4T), didanosine (ddI); abacavir (ABC), tenofovir (TDF), indinavir, saquinavir (SQV), lopinavir (LPV), ritonavir (RTV). Để hạn chế tác dụng phụ này, các tư vấn viên đã hướng dẫn cho bệnh nhân uống thuốc trong bữa ăn ngoại trừ indinavir và didanosine không được khuyến cáo dùng trong bữa ăn vì ảnh hưởng tới hấp thu và chuyển hoá thuốc. Bệnh nhân cũng đã được tư vấn nhắc lại để có thể tự xử lý các tác dụng phụ có thể gặp phải như sử dụng paracetamol khi gặp triệu chứng đau đầu (có thể gặp khi trong phác đồ điều trị có các loại thuốc như: ZDV, lamivudine (3TC)...và tới khám, tư vấn bác sỹ khi gặp phải tác dụng phụ nặng hơn. Kết quả của việc giảm được tỷ lệ gặp phải tác dụng phụ cũng như phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ trong nghiên cứu này là kết quả rất đáng khích lệ. Dù sao thì việc phiên giải kết quả này cũng cần phải thận trọng do kết quả này cũng có thể không phải là một tác động trực tiếp của can thiệp,

do tính chất điều trị ngoại trú của bệnh nhân, do vậy các tác dụng phụ của thuốc nếu có là do bệnh nhân tự phát hiện và báo cáo.

4.5.12. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ

Tin tưởng và hiệu quả điều trị của ARV là một yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và điều này đã được xác định trong nghiên cứu của Tác giả Trần Xuân Bách trên bệnh nhân HIV/AIDS [110]. Nghiên cứu này ghi nhận các can thiệp làm tăng tỷ lệ bệnh nhân tin tưởng và hiệu quả điều trị của ARV ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm) thêm 7% (từ 88% trước can thiệp lên 95% sau can thiệp). Tương tự như vậy, kết quả khảo sát cho thấy khoảng 78% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin của mình trong việc sử dụng đúng thuốc theo chỉ định của bác sĩ ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm) và tỷ lệ này tăng lên ở mức xấp xỉ 85% sau can thiệp.

Mặc dù các cán bộ khảo sát nghiên cứu đã được tập huấn đầy đủ để thực hiện việc đánh giá, đảm bảo tính nhất quán và tin cậy của các dữ liệu thu thập. Việc phiên giải kết quả dựa theo chỉ số đánh giá này vẫn cần phải thận trọng do các kết quả này có thể không phải là một tác động trực tiếp của can thiệp, là dạng kết quả do bệnh nhân tự báo cáo, do vậy sẽ có thể có những sai lệch nhất định không kiểm soát được.

4.5.13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV

Đánh giá của bệnh nhân về việc tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần sau khi điều trị dùng thuốc ARV được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 đến 7 trong đó điểm số càng cao tương ứng với mức độ đồng ý của bệnh nhân càng cao đối với nhận định là ARV làm cải thiện tốt sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân khi điều trị ARV. Kết quả của chỉ số đánh giá này được trình bày trong bảng 3.38 cho thấy khoảng 70% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo cho là ARV cải thiện tốt sức khỏe thể chất của họ ở mức rất đồng ý (6 điểm) và hoàn toàn đồng ý (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 94%. Tương tự như vậy, có khoảng 90 % bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo cho là ARV cải

thiện tốt sức khỏe tinh thần của họ ở mức rất đồng ý (6 điểm) và hoàn toàn đồng ý (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 95%.

Mục đích cuối cùng của tất cả các điều trị dùng thuốc hay không dùng thuốc đối với các loại bệnh lý nói chung đều là cải thiện tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân. Với bệnh lý HIV/AIDS, việc điều trị triệt căn tính tới thời điểm hiện nay là chưa khả thi do vậy thì ngoài mục tiêu về mặt lâm sàng là đạt được tình trạng ức chế vi-rút cho bệnh nhân thì sức khỏe về mặt thể chất và tinh thần của bệnh nhân là những tiêu chí rất quan trọng khác. Sự hài lòng của bệnh nhân về mặt sức khỏe thể chất và tinh thần nói chung có thể không phải là một tác động trực tiếp của can thiệp, là một biến số khó định lượng một cách chính xác, nhưng dù sao thì việc cải thiện đáng kể sự hài lòng của bệnh nhân trong nghiên cứu sau can thiệp so sánh với trước can thiệp này cũng là điểm rất đáng khích lệ.

4.5.14. Mức độ hài lòng của bệnh với các thông tin về cách dùng thuốc do bác sỹ phòng khám cung cấp

Khoảng 90% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp và 95% bệnh nhân trong cuộc khảo sát sau can thiệp báo cáo về sự hài lòng với các thông tin về cách dùng thuốc ở mức rất hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Các số liệu này cho thấy các thông tin về thuốc đã được truyền tải một cách dễ hiểu tới người sử dụng. Mặc dù vậy các số liệu này không nói lên sự đầy đủ về mặt thông tin mà cán bộ y tế đã cung cấp tới cho bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ giảm đáng kể trong nghiên cứu sau can thiệp cho thấy các thông tin đầy đủ hơn đã được cung cấp sau can thiệp qua đó góp phần làm tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân cũng như giảm tỷ lệ gặp phải tác dụng phụ cũng như tạm dừng điều trị do tác dụng phụ.

Cũng tương tự như trên, sự hài lòng của bệnh nhân nói chung có thể không phải là một tác động trực tiếp của can thiệp, là một biến số khó định lượng một cách chính xác và mang tính chất chủ quan của bệnh nhân, do vậy việc phiên giải kết quả đánh giá dựa vào tiêu chí này cần phải thận trọng.

4.6. Hạn chế của nghiên cứu

Mặc dù đã xây dựng và triển khai các hoạt động quan trọng nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân đang điều trị và đạt được một số kết quả nhất định, trong nghiên cứu vẫn tồn tại một số vấn đề nhất định.

Thứ nhất nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn thực hiện tại 3 phòng khám ngoại trú một cách có chủ đích để đảm bảo cho tính đại diện theo ba khu vực địa lý (thành thị, nông thôn và miền núi) nên có thể không đại diện cho việc đánh giá tuân thủ điều trị ARV trên toàn quốc. Các phân tích cũng được thực hiện chung cho cả 03 phòng khám và chưa thực hiện việc phân tích so sánh giữa các phòng khám khác nhau. Việc phân tích so sánh không được thực hiện do cỡ mẫu nghiên cứu được tính toán để lượng lượng tham số tổng thể chung và không được tính toán để kiểm định sự khác biệt giữa các cơ sở nghiên cứu.

Thứ hai, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có hai lần đánh giá, do đó các kết quả tuân thủ điều trị của lần đánh giá thứ hai cao hơn lần đánh giá thứ nhất có thể không hoàn toàn là do can thiệp mà do bệnh nhân đã có thể có thêm một số kinh nghiệm khi trả lời phỏng vấn. Thêm vào đó, có thể có các báo cáo sai lệch so với thực tế như là việc tự thông báo về tiền sử điều trị ARV, sự tuân thủ điều trị trong vòng 4 ngày qua và việc mang thuốc thừa đến không chính xác.

Hạn chế thứ ba của nghiên cứu đó là việc đánh giá sau can thiệp được thực hiện ngay sau can thiệp kết thúc, do vậy các kết quả của can thiệp trong nghiên cứu này sẽ chỉ là các hiệu quả ngay trước mắt và chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài của can thiệp.

Hạn chế thứ tư của nghiên cứu đó là đối tượng của nghiên cứu này là các đối tượng trên 18 tuổi, không bao gồm trẻ em, do vậy các kết quả nghiên cứu này cần phải được phiên giải thận trọng do một số nghiên cứu cho thấy trẻ em, cụ thể là trẻ mồ côi, có xu hướng tuân thủ điều trị kém hơn.

Hạn chế nữa của nghiên cứu là do cách lấy mẫu ngẫu nhiên đơn trước và sau nghiên cứu (hai mẫu độc lập), và do tính chất bảo mật thông tin của bệnh nhân, nghiên cứu chưa phân tích được một cách cụ thể hơn những bệnh nhân không tuân thủ điều trị trước nghiên cứu có tiếp tục không tuân thủ điều trị sau khi can thiệp không. Các nghiên cứu tiếp theo cần thực hiện phân tích kỹ hơn trên các nhóm đối tượng này.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại thành phố Hà Nội năm 2016

- Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú chủ yếu là phác đồ bậc 1 (91,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ bậc 1) trong đó phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) chiếm đa số (67,3%).
- Tỷ lệ đáng kể bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu:
 - Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao là 66,2%
 - Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ trung bình là 23,8%, và
 - Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ thấp là 10%
- Các hỗ trợ người nhiễm trong điều trị ARV ở mức hạn chế và cần được cải thiện
 - Tỷ lệ bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của vợ chồng, bạn tình là 53,6%.
 - Tỷ lệ bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của gia đình, bố mẹ là 50,8%.
 - Tỷ lệ bệnh nhân tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng là 10,6%.
- Có khoảng 9% bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV và 1,2% bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ của thuốc.
- 90% bệnh nhân được xét nghiệm CD4 và 5% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng trước điều tra. Chỉ số xét nghiệm CD4 của bệnh nhân có giá trị trung bình là $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu, trung vị là 444 tế bào/ml máu.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị được xác định trong nghiên cứu.

- Gặp phải tác dụng phụ của thuốc (AOR=0,58 ; KTC 95%: 0,41- 0,82) là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân. Các yếu tố hỗ trợ tích cực cho tuân thủ điều trị gồm có: Sự hỗ trợ của bạn bè (AOR=2,56; 95% KTC: 1,49 - 4,35); tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (AOR=3,7; 95% KTC: 1,32 - 10,00), không uống rượu trong 30 ngày qua (AOR= 3,62 ; KTC 95%: 1,95-6,7); có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (AOR=2,51; KTC 95%: 1,40- 4,52) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh (AOR=1,92; KTC 95%: 1,78- 3,56).

2. Hiệu quả của can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV tại Hà Nội năm 2017

Hiệu quả của các can thiệp nghiên cứu trong việc tăng cường tuân thủ điều trị ARV như sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao tăng đáng kể (từ 66,2% lên 84,4%).
- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ARV bậc 1 duy trì ở mức cao và tăng nhẹ (từ 91,5% lên 99,7%). Trong đó tăng chủ yếu là phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) tăng (từ 67,3% trước can thiệp lên 78,1% sau can thiệp).
- Phần lớn các bệnh nhân được xét nghiệm CD4 (90% trước nghiên cứu và 95% sau nghiên cứu). Tăng đáng kể tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây từ mức 5,1% trước nghiên cứu năm 2016 lên 96,8%
- Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV, tỷ lệ bệnh nhân có công việc ổn định đã tăng tương ứng từ 10,6%; 53,6% và 43,5% trước nghiên cứu lên 17,4%; 63,9% và 54,2% sau nghiên cứu.
- Tăng tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện từ xấp xỉ 10% trước nghiên cứu lên khoảng 15%. Mặc dù vậy kết quả này cần được phiên giải thận trọng do không có xét nghiệm nào được thực hiện để xác định tình trạng sử dụng các chất gây nghiện. Xấp xỉ 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân và tỷ lệ này tăng thêm xấp xỉ 10% sau can thiệp.
- Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc giảm đáng kể (từ 9,0% xuống 3,5%). Tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65%.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên các kết quả nghiên cứu trong hai vòng điều tra năm 2016 và 2017 và kết quả đạt được trong quá trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị về nội dung chương trình can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị kháng retrovirus cho bệnh nhân HIV/AIDS như sau:

1. Tiến hành sàng lọc, phỏng vấn nhanh các bệnh nhân đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú để xác định các bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV cao dựa theo các yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị, từ đó có biện pháp tư vấn hỗ trợ phụ thêm cho nhóm bệnh nhân này.
2. Mở rộng việc triển khai thí điểm, đánh giá hiệu quả của can thiệp tư vấn tăng cường và định kỳ nhắc bệnh nhân việc sử dụng thuốc qua điện thoại đối với các bệnh nhân thuộc nhóm có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị tại các phòng khám trên các địa bàn khác để việc đánh giá hiệu quả được toàn diện hơn.
3. Tăng cường tập huấn cho tư vấn viên tuân thủ điều trị tập trung vào vấn đề các lưu ý khi sử dụng thuốc, các tương tác thuốc-thuốc đối với thuốc ARV cần lưu ý trong quá trình điều trị, vấn đề tiết lộ tình trạng nhiễm HIV cho người thân.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ

1. Đào Đức Giang, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Dương (2017), "Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng retrovirus tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội và một số yếu tố có liên quan", *Tạp chí Y học dự phòng* XXVII (9), tr. 11.
2. Đào Đức Giang, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Dương (2018), "Hiệu quả can thiệp tăng tuân thủ điều trị kháng retrovirus tại các phòng khám ngoại trú ở Hà Nội", *Tạp chí Y học dự phòng* XXVIII (4), tr. 27.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU THAM KHẢO TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y Tế. Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22 tháng 7 năm 2015 về việc ban hành Hướng dẫn Quản lý, Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS.
2. Bộ Y Tế. Quyết định số 471/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2014 về việc ban hành hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc về điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú
3. Bùi Đức Dương và cs (2010), Dự báo nhu cầu và ngân sách sử dụng thuốc ARV tại Việt Nam (2011-2015).
4. Cục Phòng Chống HIV/AIDS - Bộ Y Tế. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018
5. Cục Phòng Chống HIV/AIDS - Bộ Y Tế. Báo cáo số 796/BC-BYT ngày 9/8/2016. Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2016 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2016.
6. Đỗ Lê Thuý. Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Bệnh viện A Thái Nguyên. *Tạp chí khoa học công nghệ y dược* số 89-2012
7. Hoàng Huy Phương. *Đánh giá sự tuân thủ điều trị và một số kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình năm 2012*. Báo cáo của Trung Tâm Phòng Chống HIV/AIDS Tỉnh Ninh Bình.
8. Huỳnh Văn Su, Huỳnh Ngọc Phượng, Nguyễn Thị Kim Duyên, Trần Thị Tuyết Hằng. *Khảo Sát Kiến Thức, Thực Hành Về Tuân Thủ Điều Trị ARV Trên Bệnh Nhân HIV/ADIS Tịa Phòng Khám Ngoại Trú Tỉnh Biên Năm 2015*. Báo cáo của Bệnh viện Tịnh Biên, Tỉnh An Giang.
9. Ngọc LB, Ly AT, Hòa TT, Giang LM. Hỗ trợ của gia đình đối với nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV tại Hà Nội [Family Supports for HIV - Infected Male Injection Drug Users in Hanoi]. *Tạp Chí Nghiên Y Học*. 2016;99(1):173-181.
10. Phạm Xuân Sáng, Phan Thị Thu Hương. Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân tại các phòng khám ngoại trú của tỉnh Điện Biên năm 2016. *Tạp chí Y học Dự phòng*. Tập 27, số 2 (190) 2017.
11. Phan Thị Thu Hương. 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*. Tập 27, số 3 2017.
12. Phan Văn Tường, Nguyễn Minh Hạnh. Sự tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan tại 8 quận huyện thành phố Hà Nội năm 2007. *Tạp chí Y Học Thực Hành* (696) – số 1/2010
13. Trần Thị Ngọc. *Nghiên cứu thực trạng tuân thủ trong điều trị thuốc ARV của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Thừa*

Thiên Huế năm 2014. Báo cáo của Trung Tâm Phòng Chống HIV/AIDS Thừa Thiên Huế.

14. Võ Thị Năm, Phùng Đức Nhật. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại thành phố Cần Thơ năm 2009. *Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh* Vol. 14 - Supplement of No 1 - 2010: 151 – 156
15. Vũ Công Thảo. *Thực trạng và đánh giá hiệu quả hoạt động chăm sóc, hỗ trợ, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú người lớn ở 3 tỉnh Việt Nam, 2009 – 2010*, Luận án tiến sỹ y học

TÀI LIỆU THAM KHẢO TIẾNG ANH

16. Altice FL, Maru DS, Bruce RD, Springer SA, Friedland GH. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis* 2007; 45:770–778.
17. Antinori, A., Angeletti, C., Ammassari, A., Sangiorgi, D., Giannetti, A., Buda, S., Girardi, E., & Degli Esposti, L. 2012. Adherence in HIV-positive patients treated with single-tablet regimens and multi-pill regimens: findings from the COMPACT study. *Journal of the International AIDS Society*, 15(Suppl 4)
18. Antiretroviral drugs used in the treatment of HIV infection, retrieved on 25th April 2018, <https://www.fda.gov/ForPatients/Illness/HIVAIDS/Treatment/ucm118915.htm>
19. Arnsten, J., P. Demas, H. Farzadegan, et al. 2001. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: Comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis* 33:1417-1432
20. Arnsten, J., P. Demas, M. Gourevitch, et al. 2000, Adherence and viral load in HIV-infected drug users: comparison of self-report and medication event monitors (MEMS). Abstract no. 69, Seventh Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, January 30-February 2, 2000, San Francisco, CA.
21. Bangsberg DR, Acosta EP, Gupta R, et al. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *AIDS*. 2006; 20(2):223-231.
22. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, Bamberger JD, Chesney MA, Moss A. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *Aids* 2000; 14:357-66
23. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis*. 2006;43(7):939-941.

24. Bangsberg, D., F. Hecht, E. Charlebois, et al. 2001. Comparing objective methods of adherence assessment: Electronic medication monitoring and unannounced pill count. *AIDS Behav* 2001;5:275-281
25. Barrow, G. J., Hylton-Kong, T., Rodriguez, N., Yamamura, Y., & Figueroa, J. P. 2013. HIV-1 drug resistance in treatment-naïve chronically infected patients in Jamaica. *Antivir Ther*, 18(7): 941-944
26. Bartlett JA, DeMasi R, Quinn J, Moxham C, Rousseau F. Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naïve HIV-1 infected adults. *AIDS*. 2001 Jul;15(11):1369-77
27. Belzer ME, Naar-King S, Olson J, et al. The Use of Cell Phone Support for Non-adherent HIV-Infected Youth and Young Adults: An Initial Randomized and Controlled Intervention Trial. *AIDS and behavior*. 2014;18(4):686-696. doi:10.1007/s10461-013-0661-3.
28. British HIV Association/Medical Society for the Study of Venereal Diseases (MSSVD). 2002. Guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy. <<http://www.aidsmap.com/cms1032065.asp>> (accessed June 1, 2007).
29. Brown, S., G. Friedland, and U. Bodasing. 2004. Assessment of adherence to antiretroviral therapy in HIVinfected South African adults. Abstract B12223 presented at the XV International AIDS Conference, July 11-16, Bangkok, Thailand.
30. Charurat M, Oyegunle M, Benjamin R, et al. Patient retention and adherence to antiretrovirals in a large antiretroviral therapy program in Nigeria: a longitudinal analysis for risk factors. *PLoS ONE* 2010;5: e10584.
31. Chesney, M.A. 2000, Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000; 30 S171– S76.
32. Chi BH, Cantrell RA, Zulu I, et al. Adherence to first-line antiretroviral therapy affects non-virologic outcomes among patients on treatment for more than 12 months in Lusaka, Zambia. *Int J Epidemiol* 2009;38:746–56.
33. Dahab M, Charalambous S, Hamilton R, et al. “That is why I stopped the ART”: patients’ & providers’ perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health* 2008;8:63.
34. Dejesus, E., Young, B., Morales-Ramirez, J. O., Sloan, L., Ward, D. J., Flaherty, J. F., Ebrahimi, R., Maa, J. F., Reilly, K., Ecker, J., McColl, D., Seekins, D., & Farajallah, A. 2009. Simplification of antiretroviral therapy to a single-tablet regimen consisting of efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate versus unmodified antiretroviral therapy in virologically suppressed HIV-1-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 51(2): 163-174

35. Diabaté S, Alary M, Koffi CK. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-1-infected patients in Côte d'Ivoire. *AIDS* 2007;21:1799–803.
36. Do, H. M., Dunne, M. P., Kato, M., Pham, C. V., & Nguyen, K. V. 2013. Factors associated with suboptimal adherence to antiretroviral therapy in Viet Nam: a cross-sectional study using audio computer-assisted self-interview (ACASI). *BMC Infect Dis*, 13(1): 154
37. Duc, N. B., Hien, B. T., Wagar, N., Tram, T. H., Giang le, T., Yang, C., Wolfe, M. I., Hien, N. T., & Tuan, N. A. 2012. Surveillance of transmitted HIV drug resistance using matched plasma and dried blood spot specimens from voluntary counseling and testing sites in Ho Chi Minh City, Vietnam, 2007-2008. *Clin Infect Dis*, 54 Suppl 4: S343-347
38. Duncan, L. G., J. T. Moskowitz, et al. (2012). "Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial." *J Pain Symptom Manage* 43(2): 161-171.
39. Duwell MM, Knowlton AR, Nachega JB, et al. Patient-Nominated, Community-Based HIV Treatment Supporters: Patient Perspectives, Feasibility, Challenges, and Factors for Success in HIV-Infected South African Adults. *AIDS Patient Care and STDs*. 2013;27(2):96-102. doi:10.1089/apc.2012.0348.
40. Ezzell, C. 1987. AIDS drug gets green light. *Nature*, 329(6142): 751
41. Falang KD, Akubaka P, Jimam NS. Patient factors impacting antiretroviral drug adherence in a Nigerian tertiary hospital. *J Pharmacol Pharmacother* 2012;3:138–42.
42. Farmer P., F. Léandre, J. Mukherjee, et al. 2001. DOT-HAART explained: Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *ImpActAIDS*. <http://www.impactaids.org.uk/farmer.htm>
43. Feinstein, A.R. 1990, On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med* 150:1377-1378.
44. Ferris, D., H. Dawood, M. Chiasson, et al. 2004. Self-reported adherence to antiretroviral therapy and virologic outcomes in HIV-infected persons in Durban, KwaZulu Natal, South Africa. Paper presented at XV International AIDS Conference, July 11-16, Bangkok, Thailand.
45. Finitis, D. J., J. A. Pellowski, et al. (2014). "Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy (ART): a meta-analysis of randomized controlled trials." *PLoS One* 9(2).
46. Fletcher, C., M. Testa, R. Brundage, et al. 2005. Four measures of antiretroviral medication adherence and virologic response in AIDS clinical trials group study 359. *J Acquir Immune Defic Syndr* 40(3):301-6.

47. Garvie, P. A., S. Lensing, et al. (2007). "Efficacy of a pill-swallowing training intervention to improve antiretroviral medication adherence in pediatric patients with HIV/AIDS." *Pediatrics* 119(4): 12.
48. Gavin Steel, Jude Nwokike, Mohan P. Joshi. Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource-Constrained Settings: The South Africa Experience. 2007. Rational Pharmaceutical Management Plus Program Center for Pharmaceutical Management Management Sciences for Health.
49. Giordano, T., D. Guzman, R. Clark, et al. 2004. Measuring Adherence to Antiretroviral Therapy in a Diverse Population Using a Visual Analogue Scale. *HIV Clin Trials*. 5(2):74-79.
50. Godin, G., C. Gagne, and H. Naccache. 2003. Validation of a Self-Reported Questionnaire Assessing Adherence to Antiretroviral Medication. *AIDS Patient Care STDs* 17(7):325-332.
51. Golin CE, Liu H, Hays RD, Miller LG, Beck CK, Ickovics J, Kaplan AH, Wenger NS. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med*. 2002 Oct;17(10):756-65
52. Goujard C, Bernard N, Sohier N, et al. Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34: 191–94
53. Haddad, M., C. Inch, et al. (2000). "Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS." *Cochrane Database Syst Rev* 3.
54. Haubrich, R.H., S.J. Little, J.S. Currier, et al. 1999. The value of patient reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS* 13(9):1099-1107.
55. Heestermaans, T., J. L. Browne, 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).
56. Hodder, S. L., Mounzer, K., Dejesus, E., Ebrahimi, R., Grimm, K., Esker, S., Ecker, J., Farajallah, A., & Flaherty, J. F. 2010, Patient-reported outcomes in virologically suppressed, HIV-1-Infected subjects after switching to a simplified, single-tablet regimen of efavirenz, emtricitabine, and tenofovir DF. *AIDS Patient Care STDS*, 24(2): 87-96
57. Hogg, R., B. Yip, K. Chan. 2000, Nonadherence to triple combination therapy is predictive of AIDS progression and death in HIV-positive men and women. Paper presented at the 13th International AIDS Conference, July 9-14, Durban, South Africa.
58. Holstad MM, DiIorio C, Kelley ME, Resnicow K, Sharma S. Group motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications and risk reduction behaviors in HIV infected women. *AIDS Behav* 2011; 15:885–896

59. Huang D, Sangthong R, McNeil E, Chongsuvivatwong V, Zheng W, Yang X. Effects of a Phone Call Intervention to Promote Adherence to Antiretroviral Therapy and Quality of Life of HIV/AIDS Patients in Baoshan, China: A Randomized Controlled Trial. *AIDS Research and Treatment*. 2013;2013:580974. doi:10.1155/2013/580974.
60. Ickovics JR, Cameron A, Zackin R, Bassett R, Chesney M, Johnson VA, Kuritzkes DR. Consequences and determinants of adherence to antiretroviral medication: results from Adult AIDS Clinical Trials Group protocol 370, *Antivir Ther* 2002; 7:185-93
61. Kanfers, S., J. J. H. Park, et al. "Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis." *The Lancet HIV* 4(1): e31-e40,
62. Kapadia, S., Grant, R., & Hodder, S. Virologic response better with single tablet fixed dose antiretroviral regimens compared with multiple tablet regimens in an urban population of HIV-infected persons, *IDWeek 2013: Advancing Science, Improving Care*. San Francisco, California. Abstract 168
63. Kekwaletswe C, Morojele N. Alcohol use, antiretroviral therapy adherence, and preferences regarding an alcohol-focused adherence intervention in patients with human immunodeficiency virus. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:401–13.
64. Krisda H. Chaiyachati, Osondu Ogbuaji, Matthew Price, Amitabh B. Suthar, Eyerusalem K. Negussie and Till Bärnighausen Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. Article from AIDS supplement: *2013 WHO Consolidated Guidelines on the use of Antiretroviral drugs: Evidence and Implementation*
65. Lanzafoame, M., M. Trevenzoli, A. Cattelan, et al. 2000, Directly observed therapy in HIV: A realistic perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr* 25:200-201.
66. Lester, R. T., P. Ritvo, et al. (2010). "Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial." *Lancet* 376(9755): 1838-1845
67. Linh, N. N., Huong, N. T., & Thuy, H. T. 2015. Evolving trade policy and the Trans-Pacific Partnership Agreement: does it threaten Vietnam's access to medicine and its progress towards scaling up HIV prevention, treatment and care? *Global public health*, 10 Suppl 1: S149-160
68. Lingappa, J.R., et al., Estimating the impact of plasma HIV-1 RNA reductions on heterosexual HIV-1 transmission risk. *PLoS One*, 2010, 5(9): p. e12598.
69. Little SJ(1), Holte S, Routy JP, Daar ES, Markowitz M, Collier AC, Koup RA, Mellors JW, Connick E, Conway B, Kilby M, Wang L, Whitcomb JM, Hellmann NS, Richman DD. Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *N Engl J Med*. 2002 Aug 8;347(6):385-94.

70. Liu, H., et al. 2001. A comparison study of multiple measures. *Ann Intern Med*.
71. Maneesriwongul, W., A. Willaims. 2004. Measuring medication adherence AIDS patients in Thailand: A pilot study. Paper presented at XV International Conference on AIDS, July 11–16, Bangkok, Thailand.
72. Mannheimer, S., G. Friedland, and J. Matts. 2002. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis* 34:1115-21.
73. Manoharan, G., S. Dharmarajan, et al. (2012). "Mobile phone communication and health system strengthening: a pilot study of telephonic warmline consultation in HIV care and support in South India." *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 11(3): 184-187.
74. Maqutu D, Zewotir T, North D, et al. Factors affecting first-month adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in South Africa. *Afr J AIDS Res* 2010;9:117–24.
75. Maqutu D, Zewotir T. Optimal HAART adherence over time and time interval between successive visits: their association and determinants. *AIDS Care* 2011;23:1417–24.
76. Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, et al. Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Yaoundé, Cameroon (EVAL survey, ANRS 12-116). *Trop Med Int Health* 2008;13:1470–8.
77. Mbuagbaw, L., S. Mursleen, et al. (2015). "Mobile phone text messaging interventions for HIV and other chronic diseases: an overview of systematic reviews and framework for evidence transfer." *BMC Health Serv Res* 15(33): 014-0654.
78. Murphy DA, Lu MC, Martin D, Hoffman D, Marelich WD. Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV-positive patients. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2002; 13:57–69.
79. Mweete D Nglazi, Linda-Gail Bekker, Robin Wood, Gregory D Hussey and Charles S Wiysonge. Mobile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2013;13:566 DOI: 10.1186/1471-2334-13-566
80. N. Crichton. 2001. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 697±706. Blackwell Science Ltd.
81. Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, et al. Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. *Ann Intern Med*. 2007;146(8):564-573.
82. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in Southern Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;51:65–71.

83. Naidoo P, Peltzer K, Louw J, et al. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2013;13:396–406.
84. Negash T, Ehlers V. Personal factors influencing patients' adherence to ART in Addis Ababa, Ethiopia. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2013;24:530–8.
85. Nguyen, N. T. 2013. *Methadone Maintenance Treatment (MMT) Outcomes Analyses Led to An Integrated 3-In-1 Model (HTC-MMT-ART) and Improved Compliance in Vietnam*, 5th National HIV Conference, Hanoi, Vietnam.
86. Nguyen, T. T., Nguyen, L. T., Pham, M. D., Vu, H. H., & Mulvey, K. P. 2012. Methadone maintenance therapy in Vietnam: an overview and scaling-up plan. *Adv Prev Med*, 2012: 732484
87. Nozaki I, Dube C, Kakimoto K, et al. Social factors affecting ART adherence in rural settings in Zambia. *AIDS Care* 2011;23:831–8.
88. Nunnally, J., and I. Bernstein. 1994. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York, McGraw-Hill.
89. Parienti, J., R. Verdon, and C. Bazin. 2001. The pills identification test: a tool to assess adherence to antiretroviral therapy. *JAMA* 285(4):412.
90. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000 Jul;133(1):21-30
91. Pham, Q. D., Wilson, D. P., Law, M. G., Kelleher, A. D., & Zhang, L. 2014. Global burden of transmitted HIV drug resistance and HIV-exposure categories: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 28(18): 2751-2762
92. Pop-Eleches C, Thirumurthy H, Habyarimana JP, et al. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS* (London, England). 2011;25(6):825-834. doi:10.1097/QAD.0b013e32834380c1.
93. Pradier C, Bentz L, Spire B, et al. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials* 2003; 4: 121–31
94. Quinn, T.C., et al., Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med*, 2000, 342(13): p. 921-9.
95. Rai S, Mahapatra B, Sircar S, Raj PY, Venkatesh S, Shaikat M, et al. (2013) Adherence to Antiretroviral Therapy and Its Effect on Survival of HIV-Infected Individuals in Jharkhand, India. *PLoS ONE* 8(6): e66860, doi:10.1371/journal.pone.0066860
96. Rawlings, M. K., M. A. Thompson, et al. (2003). "Impact of an educational program on efficacy and adherence with a twice-daily

- lamivudine/zidovudine/abacavir regimen in underrepresented HIV-infected patients." *J Acquir Immune Defic Syndr* 34(2): 174-183.
97. Reiter GS SE, Wojtusik L, Hewitt R, Segal-Maurer S, Johnson M, Fisher A, Zackin R, Masters H, Bangsberg DR. Elements of success in HIV clinical care. *Topics in HIV Medicine* 2000;8:67
 98. Remien RH, Mellins CA, Robbins RN, et al. Masivukeni: Development of a Multimedia Based Antiretroviral Therapy Adherence Intervention for Counselors and Patients in South Africa. *AIDS and behavior*. 2013;17(6):1979-1991. doi:10.1007/s10461-013-0438-8.
 99. Rodrigues R, Shet A, Antony J, et al. Supporting Adherence to Antiretroviral Therapy with Mobile Phone Reminders: Results from a Cohort in South India. Myer L, ed. *PLoS ONE*. 2012;7(8):e40723. doi:10.1371/journal.pone.0040723.
 100. Rusine, J., Asiimwe-Kateera, B., van de Wijgert, J., Boer, K. R., Mukantwali, E., Karita, E., Gasengayire, A., Jurriaans, S., de Jong, M., & Ondo, P. 2013. Low primary and secondary HIV drug-resistance after 12 months of antiretroviral therapy in human immune-deficiency virus type 1 (HIV-1)-infected individuals from Kigali, Rwanda. *PLoS One*, 8(8): e64345
 101. S.A. Olowookerea, A.A. Fatiregunb, M.M.A. Ladipoc, E.A. Abioye-Kuteyia, I.F. Adewoled (2015) Effects of adherence to antiretroviral therapy on body mass index, immunological and virological status of Nigerians living with HIV/AIDS. *Alexandria Journal of Medicine*. Volume 52, Issue 1, March 2016, Pages 51–54
 102. Shaahu VN, Lawoyin TO, Sangowawa AO. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAAT) at a Federal Medical Centre. *Afr J Med Med Sci* 2008;37:29–36.
 103. Shet, A., A. D. Costa, et al. (2014). "Effect of mobile telephone reminders on treatment outcome in HIV: evidence from a randomised controlled trial in India." *BMJ: British Medical Journal* 349
 104. Shuter, J. 2004. Measuring adherence. <http://www.hivguidelines.org/admin/files/ce/slidepresentations/measuring-adherence.ppt#267>
 105. Sohn, A. H., Srikantiah, P., Sungkanuparph, S., & Zhang, F. 2013. Transmitted HIV drug resistance in Asia. *Curr Opin HIV AIDS*, 8(1): 27-33
 106. Stadeli, K. M., & Richman, D. D. 2013. Rates of emergence of HIV drug resistance in resource-limited settings: a systematic review. *Antivir Ther*, 18(1): 115-123.
 107. Sullivan P, Kayitenkore K, Chomba E, et al. *Reduction of HIV transmission risk and high risk sex while prescribed ART: results from discordant couples in Rwanda and Zambia*, Abstract 52bLB. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA. October 6, 2009

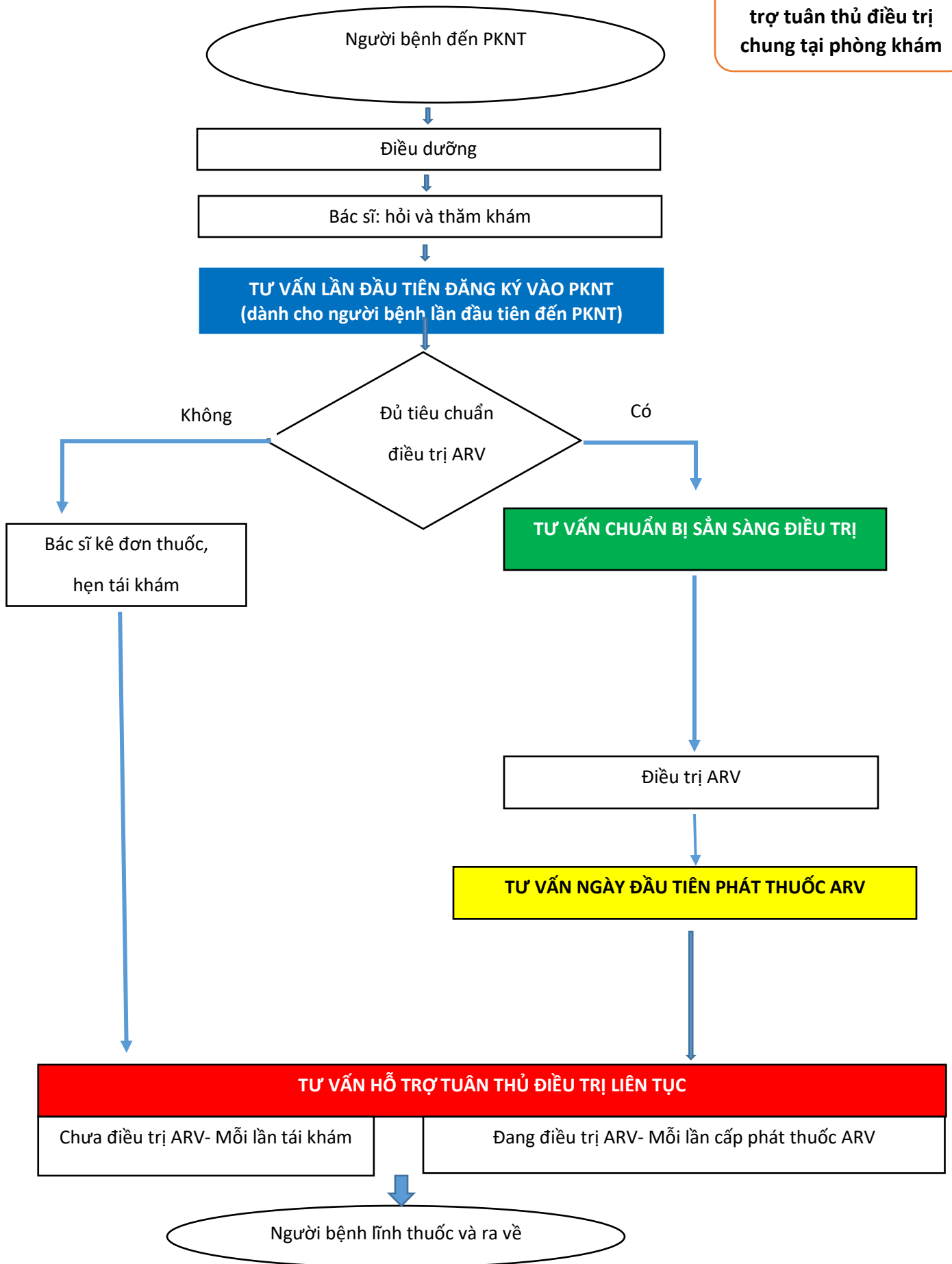
108. Tanuma, J., Quang, V. M., Hachiya, A., Joya, A., Watanabe, K., Gatanaga, H., Van Vinh Chau, N., Chinh, N. T., & Oka, S. 2014. Low prevalence of transmitted drug resistance of HIV-1 during 2008-2012 antiretroviral therapy scaling up in Southern Vietnam. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 66(4): 358-364.
109. Thompson, M. A., Mugavero, M. J., Amico, K. R., Cargill, V. A., Chang, L. W., Gross, R., Orrell, C., Altice, F. L., Bangsberg, D. R., Bartlett, J. G., Beckwith, C. G., Dowshen, N., Gordon, C. M., Horn, T., Kumar, P., Scott, J. D., Stirratt, M. J., Remien, R. H., Simoni, J. M., & Nachega, J. B. 2012. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Annals of internal medicine*, 156(11): 817-833
110. TRAN, Bach Xuan et al. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/ AIDS patients: a multisite study. *Global Health Action*, [S.l.], v. 6, mar. 2013. ISSN 1654-9880,
111. Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE, Onoka AC, et al. Determinants of non-adherence to subsidized anti-retroviral treatment in southeast Nigeria. *Health Policy Plan* 2009;24:189–96.
112. Wagner GJ, Linnemayr S, Ghosh-Dastidar B, Currier JS, Hoffman R, Schneider S. Supporting Treatment Adherence Readiness through Training (START) for patients with HIV on antiretroviral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17:162. doi:10.1186/s13063-016-1287-3.
113. Walsh, J., S. Mandalia, B. Gazzard. 2002. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS* 2002 Jan 25;16(2):269-77.
114. Wang, H., J. Zhou, et al. (2010). "Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China." *J Clin Nurs* 19(3-4): 380-388
115. Wang, H. and Chow, S.-C. 2007. Sample Size Calculation for Comparing Proportions. *Wiley Encyclopedia of Clinical Trials*.
116. White, B. L., C. E. Golin, et al. (2015). "Effect of directly observed antiretroviral therapy compared to self-administered antiretroviral therapy on adherence and virological outcomes among HIV-infected prisoners: a randomized controlled pilot study." *AIDS Behav* 19(1): 128-136
117. WHO. 2003. *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES- Evidence for action*
118. WHO. 2006. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach, 2006 revision*. Geneva: World Health Organization.

119. WHO. 2009. *Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneva: World Health Organization.
120. WHO. 2013. *Consolidated Guidelines on The Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventin HIV Infection*
121. Wong IY, Lawrence NV, Struthers H, et al.: Development and assessment of an innovative culturally sensitive educational videotape to improve adherence to highly active antiretroviral therapy in Soweto, South Africa. *J Acquir Immune Defi c Syndr* 2006, 43(Suppl 1):S142–S148.
122. WHO/UNAIDS- RW Eisinger, CW Dieffenbach, AS Fauci. HIV viral load and transmissibility of HIV infection: undetectable equals untransmittable. *Journal of the American Medical Association* DOI: 10.1001/jama.2018.21167 (2019).

PHỤ LỤC

- 1. Phụ lục 1: Sơ đồ tư vấn tuân thủ điều trị tại cơ sở nghiên cứu và tư vấn tuân thủ điều trị liên tục**
- 2. Phụ lục 2: Tài liệu tập huấn nhắc lại về quy trình tiết lộ tình trạng nhiễm cho bạn tình, bạn chích**
- 3. Phụ lục 3: Phiếu thu thập thông tin nghiên cứu trước và sau can thiệp**

Sơ đồ 1: Các tư vấn hỗ trợ tuân thủ điều trị chung tại phòng khám



Sơ đồ 2: Các nội dung tư vấn

TƯ VẤN LẦN ĐẦU TIÊN ĐĂNG KÝ VÀO PKNT

TƯ VẤN CHUẨN BỊ SẴN SÀNG ĐIỀU TRỊ

TƯ VẤN NGÀY ĐẦU TIÊN PHÁT THUỐC ARV

TƯ VẤN HỖ TRỢ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ LIÊN TỤC

TƯ VẤN LẦN ĐẦU TIÊN ĐĂNG KÝ VÀO PKNT

NỘI DUNG

1. Lợi ích của điều trị và dự phòng NTCH: lao, Cotrimoxazole, INH...
2. Thông tin cơ bản về HIV/AIDS và lợi ích của việc điều trị ARV kịp thời
3. Vai trò của dinh dưỡng và sống tích cực, và dự phòng lây nhiễm HIV cho người khác
4. Sự cần thiết của XN HIV đối với bạn tình, bạn chích và thành viên khác trong gia đình
5. Tư vấn hỗ trợ tâm lý

TƯ VẤN CHUẨN BỊ SẴN SÀNG ĐIỀU TRỊ

NỘI DUNG TƯ VẤN

1. Thông tin cơ bản về HIV/AIDS và lợi ích của việc điều trị ARV kịp thời
2. Thông tin cơ bản về điều trị ARV và thuốc ARV, tác dụng phụ và cách xử lý
3. Tuân thủ điều trị: thảo luận rào cản và biện pháp khắc phục
4. Lịch nhận thuốc và tái khám
5. XN CD4 và kế hoạch theo dõi xét nghiệm

TƯ VẤN NGÀY ĐẦU TIÊN PHÁT THUỐC ARV

NỘI DUNG

1. Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản thuốc
2. Phát hiện tác dụng phụ và xử lý
3. Lịch nhận thuốc và tái khám

TƯ VẤN HỖ TRỢ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ LIÊN TỤC

NỘI DUNG TƯ VẤN

Đánh giá mức độ TTĐT ARV-
Các khó khăn trở ngại và biện pháp hỗ trợ phù hợp

I. CÁC VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý KHI TƯ VẤN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV HÀNG THÁNG CHO BỆNH NHÂN.

STT	Các vấn đề cần lưu ý khi tư vấn tuân thủ điều trị
1	Bệnh nhân không tuân thủ điều trị trong tháng qua
2	Bệnh nhân không có sự hỗ trợ của bạn bè, người thân
3	Bệnh nhân chưa tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho gia đình, người thân
4	Bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong tháng qua
5	Giờ làm việc, sinh hoạt của bệnh nhân thất thường
6	Bệnh nhân sử dụng rượu hoặc các chất ma túy trong tháng qua

Lưu ý: Bệnh nhân có một trong các đặc điểm từ 1 đến 6 được xác định là bệnh nhân trong nhóm có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị ARV.

Tư vấn viên hoặc bác sỹ điều trị xác định vấn đề làm bệnh nhân không tuân thủ điều trị và tư vấn tiếp theo, trực tiếp cho bệnh nhân theo nội dung của từng vấn đề bệnh nhân gặp phải (tham khảo trang tiếp theo)

II. TÓM TẮT CÁCH THỨC TƯ VẤN CHO BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO KHÔNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

STT	Vấn đề	Chiến lược tư vấn
1	Bệnh nhân không tuân thủ điều trị trong tháng qua.	Tìm hiểu khó khăn trong việc tư vấn tuân thủ điều trị và thực hiện tư vấn theo từng vấn đề của bệnh nhân
2	Bệnh nhân không có sự hỗ trợ của bạn bè, người thân	- Xác định người thân, bạn bè có thể hỗ trợ cho bệnh nhân về tinh thần cũng như vật chất. - Xác định bạn cùng điều trị ARV hỗ trợ cho bệnh nhân. - Xác định các nhóm hỗ trợ đồng đẳng. - Xác định các tổ chức xã hội có thể hỗ trợ. - Bác sỹ, tư vấn viên dành nhiều thời gian tư vấn hơn cho bệnh nhân thuộc nhóm này.
3	Bệnh nhân chưa tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho gia đình, người thân.	- Nhấn mạnh đến sự hỗ trợ quan trọng của gia đình đối với người nhiễm về cả mặt vật chất và tinh thần. - Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, bạn tình, người thân.
4	Bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong tháng qua không	- Nhấn mạnh tầm quan trọng của tuân thủ điều trị - Cách thức xử lý các tác dụng phụ thường gặp - Hỗ trợ thông tin và giới thiệu chuyển gửi đến các dịch vụ chăm sóc y tế khác
5	Giờ làm việc, sinh hoạt của bệnh nhân thất thường	Hướng dẫn bệnh nhân cách nhớ dùng thuốc một cách phù hợp với hoàn cảnh của mình, ví dụ đặt chuông điện thoại nhắc thuốc, sử dụng hộp chia thuốc, hoặc đặt lọ thuốc ở một vị trí dễ nhớ với mình.
6	Bệnh nhân sử dụng rượu hoặc các chất ma túy trong tháng qua	- Hỗ trợ thông tin và giới thiệu chuyển gửi đi điều trị cai nghiện chất. - Gợi ý người hỗ trợ và giám sát điều trị cho bệnh nhân. - Điều trị theo phương pháp giám sát trực tiếp (DOT) nếu có thể.

Lưu ý: Với các bệnh nhân có một trong các đặc điểm này, tư vấn viên trao đổi và **ghi nhận lại số điện thoại** để thực hiện tư vấn qua điện thoại mỗi 2 tuần, mỗi lần khoảng 5 phút.

CÔNG CỤ I: CÁC NỘI DUNG CẦN TRAO ĐỔI VỚI KHÁCH HÀNG NGUỒN



USAID
TƯ NHÂN DÂN MỸ

SHIFT
Dự án Hỗ trợ Kỹ thuật Hướng tới
Chương trình Phòng Chặn
HIV/AIDS Bùn Vàng



Sử dụng khi giới thiệu cho khách hàng nguồn về việc hỗ trợ thông báo với bạn tình/bạn chích chung về nguy cơ lây nhiễm HIV và khuyến cáo họ đi xét nghiệm.

► Giải thích tầm quan trọng về việc bạn tình/bạn chích chung cần được xét nghiệm HIV:

- Chỉ có xét nghiệm HIV mới xác định được một người có nhiễm HIV hay không
- Khi nhiễm HIV, người bệnh cần được điều trị sớm để tiếp tục duy trì một cuộc sống khỏe mạnh và giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác.
- Bạn tình/bạn chích chung của khách hàng có thể có nguy cơ lây nhiễm HIV

► Giải thích về 3 phương án thông báo với bạn tình/bạn chích chung:



a. KHÁCH HÀNG THÔNG BÁO: Khách hàng chủ động liên hệ với bạn tình/bạn chích chung, nói cho họ về nguy cơ và khuyến cáo họ đi xét nghiệm HIV



b. NHÂN VIÊN Y TẾ THÔNG BÁO: Nhân viên y tế sẽ trực tiếp thông báo tới bạn tình/bạn chích chung của khách hàng với sự cho phép của khách hàng



c. KHÁCH HÀNG VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ CÙNG NHAU THÔNG BÁO: Nhân viên y tế và khách hàng cùng thông báo và khuyến cáo bạn tình/bạn chích chung của họ xét nghiệm khi khách hàng đưa bạn tình/bạn chích chung tới cơ sở.

► Giải thích với khách hàng nguồn về nguyên tắc bảo mật:

Trong trường hợp khách hàng lựa chọn phương án B: Tất cả thông tin của họ sẽ được hoàn toàn bảo mật.

- Bạn tình/bạn chích chung sẽ KHÔNG được biết về tên khách hàng hay kết quả xét nghiệm của khách hàng
- Khách hàng cũng sẽ KHÔNG được biết kết quả xét nghiệm của (những) bạn tình/bạn chích chung cũng như việc người đó có đến xét nghiệm HIV hay không.

► Giải thích về tính tự nguyện:

- Khách hàng tự quyết định có đồng ý cung cấp thông tin về bạn tình/bạn chích chung hay không và cung cấp ở mức độ nào.
- Đề nghị khách hàng liệt kê nhiều nhất có thể danh sách và thông tin bạn tình/bạn chích chung chung trong vòng 12 tháng qua (Sau khi đã cân nhắc kỹ các yếu tố rủi ro).

► Đưa cho khách hàng điền **Phiếu thông tin bạn tính/bạn chích chung** nếu khách hàng đồng ý thông báo. Giải thích cách sử dụng Phiếu nếu khách hàng gặp khó khăn.

► Trả lời bất kỳ câu hỏi nào từ phía khách hàng



**Sử dụng khi thông báo cho bạn tình/bạn chích chung về
nguy cơ lây nhiễm HIV và khuyến cáo họ đi xét nghiệm
(PHƯƠNG ÁN B)**

HÌNH THỨC: Thông qua điện thoại 

Chỉ tư vấn khi người trả lời điện thoại đúng theo tên của bạn tình/bạn chích trong danh sách.

Tôi là Tôi gọi từ Bệnh Viện

Hiện tại anh/chị có bận không ạ? Anh/chị có thể nói chuyện được bây giờ không?

[Nếu KHÔNG]: Khi nào thuận tiện hơn cho anh/chị ạ? Tôi có thể gọi lại hoặc anh/chị có thể gọi lại cho tôi theo số.

.....

[Nếu CÓ]: Một trong số bạn tình/bạn chích chung chung của anh/chị đã làm xét nghiệm tại cơ sở của chúng tôi và có kết quả xét nghiệm HIV dương tính. Điều đó có nghĩa là anh/chị cũng có thể có nguy cơ lây nhiễm HIV. Anh/chị nên đến (Tên cơ sở y tế) sớm để xét nghiệm và kiểm tra tình trạng của mình.

Anh/chị không cần phải quá lo lắng. Hiện tại đã có thuốc điều trị HIV, gọi là ARV. Với thuốc điều trị ARV, người nhiễm hoàn toàn có thể có một cuộc sống khỏe mạnh và lâu dài. Tuy nhiên, chỉ có xét nghiệm HIV mới xác định được anh/chị có nhiễm HIV hay không.

Chúng tôi cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV từ Thứ Hai tới Thứ Sáu, bắt đầu từ 8:30 sáng cho tới 5:00 chiều. Thông tin của anh/chị sẽ hoàn toàn được bảo mật. Chi phí xét nghiệm HIV hiện tại đều miễn phí.

Vậy anh/chị có thể đến xét nghiệm HIV vào ngày nào?

Bây giờ tôi sẽ nhắn 1 tin điện thoại có lịch hẹn và số phiếu hẹn. Khi đến nơi anh/chị chỉ cần đưa cho nhân viên y tế xem tin nhắn đó.

Nếu anh/chị cần tư vấn thêm, anh/chị có thể liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại:

.....

Mong sớm gặp anh/chị.



Sử dụng khi thông báo cho bạn tình/bạn chích chung về nguy cơ lây nhiễm HIV và khuyến khích họ xét nghiệm (PHƯƠNG ÁN C)

HÌNH THỨC: Gặp trực tiếp 

Chỉ tư vấn khi người trả lời điện thoại đúng theo tên của bạn tình/bạn chích trong danh sách.

Xin chào anh chị. Mời anh chị ngồi.

Tên tôi là Tôi là tư vấn viên/nhân viên y tế tại cơ sở y tế này.

Hôm nay tôi mời chị đến đây vì có thông tin quan trọng cần chia sẻ. Anh đã làm xét nghiệm tại cơ sở của chúng tôi và có kết quả xét nghiệm HIV dương tính. Điều đó có nghĩa là chị cũng có thể có nguy cơ lây nhiễm HIV. Chị nên làm xét nghiệm sớm để kiểm tra tình trạng của mình.

Chị không cần phải quá lo lắng. Hiện tại đã có thuốc điều trị HIV, gọi là ARV. Với thuốc điều trị ARV, người nhiễm hoàn toàn có thể có một cuộc sống khỏe mạnh và lâu dài. Tuy nhiên, chỉ có xét nghiệm HIV mới xác định được chị có nhiễm HIV hay không.

Tôi có thể sắp xếp giúp chị xét nghiệm ngay bây giờ tại cơ sở này nếu chị cảm thấy sẵn sàng. Thông tin của chị và kết quả xét nghiệm sẽ hoàn toàn được bảo mật. Anh (tên khách hàng nguồn) cũng sẽ không được biết kết quả xét nghiệm của chị. Chi phí xét nghiệm HIV hiện tại miễn phí. Chị có muốn làm xét nghiệm luôn không ạ?

NẾU khách hàng đồng ý, tiến hành xét nghiệm theo quy trình

NẾU khách hàng từ chối:

Chúng tôi cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV từ Thứ Hai tới Thứ Sáu, bắt đầu từ 8:30 sáng cho tới 5:00 chiều.

Chị nên sắp xếp xét nghiệm càng sớm càng tốt để sớm biết tình trạng của mình chị ạ. Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ và chuyển gửi chị đến dịch vụ chăm sóc điều trị nếu cần. Chị có thể đến xét nghiệm vào ngày nào?

Bây giờ tôi sẽ nhắn tin điện thoại có lịch hẹn và số phiếu hẹn. Khi đến nơi chị chỉ cần đưa cho nhân viên y tế xem tin nhắn đó.

Nếu chị cần tư vấn thêm, chị có thể liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại:

Mong sớm gặp chị.

CÔNG CỤ 4: LỜI THOẠI DÀNH CHO KHÁCH HÀNG NGUỒN



USAID | SHIFT
TƯ NHÂN DÂN MỸ

SHIFT
Dự án Hỗ trợ Kỹ thuật Hướng tới
Chương trình Phòng Chống
HIV/AIDS Bình Dương



Sử dụng khi thông báo cho bạn tình/bạn chích chung về nguy cơ lây nhiễm HIV và khuyến cáo họ đi xét nghiệm (PHƯƠNG ÁN A)

HÌNH THỨC: Thông báo trực tiếp

LÊN KẾ HOẠCH



Có thể bạn sẽ cảm thấy không dễ dàng khi thông báo về tình trạng nhiễm HIV hay thuyết phục bạn tình/bạn chích chung của mình đi xét nghiệm. ĐỪNG QUÁ LO LẮNG. Rất nhiều người lúc đầu cũng cảm thấy như bạn. – **Chuẩn bị trước cách thông báo cũng như thời điểm phù hợp để thông báo** sẽ giúp bạn thực hiện việc này dễ dàng hơn!

- ▶ Đặt mình vào vị trí của người bạn tình/bạn chích chung để suy nghĩ cách thông báo phù hợp cho họ
- ▶ Lựa chọn thời điểm thích hợp để thông báo. Lưu ý, tránh thời điểm khi bạn tình/bạn chích chung của bạn đang căng thẳng, tức giận hay vừa uống rượu
- ▶ Lựa chọn một nơi riêng tư mà bạn cảm thấy thoải mái và an toàn để thông báo

MỞ ĐẦU CUỘC TRÒ CHUYỆN



- ▶ Lựa chọn cách thức đề cập vấn đề HIV một cách khéo léo và mềm mại, để cho bạn tình/bạn chích chung dần hiểu được là bản thân bạn đã xét nghiệm và đã biết mình nhiễm HIV, và điều đó có nghĩa là người bạn tình/bạn chích chung đó cũng có thể có nguy cơ nhiễm (nhưng không phải là chắc chắn 100%).
- ▶ Giải thích rằng mục đích mình thông báo vì lo lắng cho sức khỏe của người bạn tình/bạn chích chung đó chứ không có mục đích nào khác.

DỰ ĐOÁN CÁC PHẢN ỨNG TỪ BẠN TÌNH/BẠN CHÍCH CHUNG



- ▶ Khi nghe bạn thông báo, bạn tình/bạn chích chung của bạn có thể có phản ứng sau:
 - Không tin đó là sự thật
 - Cảm thấy bối rối hoặc buồn
 - Cảm thấy tức giận và có các phản ứng tiêu cực
 - Các phản ứng khác (nếu có)
- ▶ Suy nghĩ trước cách bạn xử lý từng tình huống này như thế nào cho phù hợp. Suy nghĩ trước xem bạn tình/bạn chích chung có thể hỏi bạn điều gì và bạn sẽ trả lời những câu hỏi đó như thế nào.

ĐỘNG VIÊN BẠN TÌNH/BẠN CHÍCH CHUNG ĐI XÉT NGHIỆM HIV



- ▶ Nói với bạn tình/bạn chích chung rằng **chỉ có xét nghiệm HIV mới xác định được một người có bị nhiễm HIV hay không**. Điều quan trọng là họ cần biết được tình trạng nhiễm của mình.
- ▶ Nếu họ nhiễm HIV, **họ cần được điều trị sớm. HIV có thể điều trị hiệu quả bằng thuốc ARV**. Việc điều trị sớm sẽ **giúp họ duy trì cuộc sống khỏe mạnh, lâu dài và làm giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác**.
- ▶ Đưa cho bạn tình/bạn chích chung của bạn danh thiếp của cơ sở xét nghiệm HIV do tư vấn viên cung cấp. Nói với bạn tình/bạn chích chung của bạn rằng khi tới xét nghiệm tại địa chỉ trên danh thiếp, hãy nói với nhân viên y tế họ tên và số điện thoại của bạn để nhân viên y tế có thể hỗ trợ tốt nhất.

LUYỆN TẬP TRƯỚC



- ▶ Hãy luyện tập trước những gì bạn định nói và làm. Điều này sẽ giúp bạn cảm thấy thoải mái hơn khi thực hiện.

Nên nhớ: Việc thông báo tình trạng nhiễm của mình và khuyến cáo bạn tình/bạn chích chung đi xét nghiệm là rất cần thiết. Chúc bạn thành công! Nếu cần thêm hỗ trợ gì từ chúng tôi, xin liên hệ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUY TRÌNH HỖ TRỢ THÔNG BÁO CHO BẠN TÌNH/BẠN CHÍCH CHUNG VỀ HIV



USAID | SHIFT
TƯ NHÂN DÂN MỸ
Dự án Hỗ trợ Kỹ thuật Hướng tới
Chương trình Phòng, Chẩn
HIV/AIDS Bền Vững

BUỐC 1:



Giới thiệu cho khách hàng nguồn về việc hỗ trợ thông báo cho bạn tình/bạn chích chung.

BUỐC 2:



Hoàn thành **Phiếu thông tin** bạn tình/ bạn chích chung

BUỐC 3:



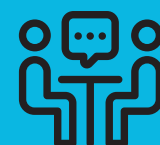
Nhập thông tin vào **Sổ theo dõi kết quả thông báo** bạn tình/ bạn chích chung (**Sổ theo dõi**) cột (01 - 06)

BUỐC 4:



Thực hiện hỗ trợ thông báo cho bạn tình/bạn chích chung. Cập nhật kết quả vào **Sổ theo dõi** cột (07 - 08) (Đối với phương án B và C)

BUỐC 5:



Hỗ trợ cho bạn tình/bạn chích chung **nhận tư vấn** xét nghiệm HIV, cập nhật thông tin vào **Sổ theo dõi** cột (09 - 11)

BUỐC 6:



Làm thủ tục đăng ký điều trị cho trường hợp (+), cập nhật thông tin vào **Sổ theo dõi** cột (12 - 14)



PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP.

Tên viết tắt của bệnh nhân: |__|__|__|

Mã bệnh án của bệnh nhân tại OPC:

Ngày phỏng vấn: |__|__|/|__|__|/20|__|__|

Tên viết tắt của người phỏng vấn: |__|__|__|

I. A. Các thông tin nhân khẩu học & lâm sàng (thu thập từ bệnh án hoặc dữ liệu tại OPC)

1. Tuổi (tính bằng năm): |__|__|

2. Giới (1=nam, 0=nữ): |__|

3. Cân nặng trong lần khám gần nhất: |__|__| kg

4. Giai đoạn lâm sàng HIV: |__|

(Ghi tại lần khám gần nhất, ghi số 1-4 tương ứng với giai đoạn bệnh WHO)

5. Bệnh nhân có đang mắc các bệnh đồng nhiễm nào dưới đây không?

☐ Không☐ Có (ghi rõ- chọn tất cả các ô phù hợp):☐ Viêm gan B☐ Viêm gan C☐ Lao☐ Nấm candida☐ Viêm màng não do nấm☐ Sẩn ngứa PPE☐ Nấm P. marneffei☐ Herpes sinh dục☐ Viêm phổi CPC☐ Tiêu chảy☐ Nhiễm Toxoplasma☐ Khác (ghi rõ):.....**I. B. Các thông tin điều trị ARV (thu thập từ bệnh án hoặc dữ liệu tại OPC)**1. Ngày chẩn đoán khẳng định HIV: |__|__|/|__|__|/20..... **hoặc** ☐ Không rõ2. Ngày điều trị ARV đầu tiên: |__|__|/|__|__|/20..... **hoặc** ☐ Không rõ3. CD4 tại thời điểm mới điều trị ARV: |__|__| **hoặc** ☐ Không rõ4. CD4 tại thời điểm gần nhất: |__|__| **hoặc** ☐ Không rõ

5. Bệnh nhân có được xét nghiệm tải lượng virus trong 12 tháng qua không?

☐ Không☐ Có:☐ Dưới ngưỡng phát hiện☐ |__|__|

6. Phác đồ điều trị ARV hiện tại:

hoặc ☐ Không rõ

- ☐ 1c (NVP+3TC+AZT)
☐ 1d (EFV+3TC+ AZT)
☐ 1e (NVP+3TC+TDF)
☐ 1f (EFV+3TC+TDF)
☐ Phác đồ khác: ghi rõ:.....

7. Số lần uống thuốc trong một ngày hiện nay:

hoặc ☐ Không rõ

- ☐ 1 lần/ngày
☐ 2 lần/ngày
☐ 3 lần/ngày trở lên

8. Trong 12 tháng qua bệnh nhân có phải đổi phác đồ ARV không:



- ☐ Có
☐ Không
☐ Không rõ

9. 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

10. Trong 3 tháng qua, ước tính số lần bệnh nhân đến khám không đúng lịch hẹn là bao nhiêu?



|__| lần

11. Trong 3 tháng qua, bệnh nhân có gặp phải tác dụng phụ nào của thuốc ARV không?



- ☐ Có
☐ Không
☐ Không rõ

12. Trong 3 tháng qua, có lần nào bệnh nhân báo cáo phải dừng thuốc do tác dụng phụ của thuốc ARV hoặc thuốc điều trị khác kèm theo không?



- ☐ Có
☐ Không
☐ Không rõ

13. Trong 12 tháng qua, bệnh nhân có được điều trị dự phòng INH không?



- ☐ Có
☐ Không
☐ Không rõ

14. Trong 12 tháng qua, bệnh nhân có được điều trị dự phòng CTX không?



- ☐ Có
☐ Không
☐ Không rõ

II. A. Các thông tin phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân

1. Anh/chị có sống ở Hà Nội không?

☐ Có☐ Không

2. Từ nhà anh chị đến phòng khám OPC mất khoảng bao lâu? |__| giờ |__|__| phút

3. Khoảng cách từ nhà anh chị đến phòng khám OPC? |__|__|__| km

4. Anh chị thường đến phòng khám OPC bằng gì?

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

5. Trình độ học vấn của anh//chị?

- ☐ Không biết chữ, chưa đi học
☐ Tiểu học (lớp 1-5)
☐ Trung học cơ sở (6-9)
☐ Trung học phổ thông (10-12)
☐ Cao đẳng/Đại học/Sau đại học

6. Tình trạng hôn nhân của anh//chị?

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

7. Mức thu nhập bình quân một tháng của anh//chị?

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

8. Công việc của anh/chị có ổn định không? ☐ Có ☐ Không

9. Anh chị có hay phải đi xa nhà để làm việc không? ☐ Có ☐ Không

10. Anh/chị có điện thoại di động không? ☐ Có ☐ Không

11. Anh chị có đang sống chung với người thân (vợ/chồng/bạn bè/con cái/bố mẹ) không? ☐ Có ☐ Không

12. Những người thân của anh chị (vợ/chồng/bạn bè/con cái/bố mẹ) có ai biết tình trạng HIV của anh/chị không? ☐ Có ☐ Không

13. Tình trạng HIV của bạn tình, vợ/chồng của anh/chị?

- ☐ Dương tính
☐ Âm tính
☐ Không biết
☐ Không có bạn tình thường xuyên
☐ Không trả lời

14. Bạn tình thường xuyên của anh/chị có biết tình trạng HIV của anh/chị không?

- ☐ Biết
☐ Không biết
☐ Không có bạn tình thường xuyên
☐ Không trả lời

15. Tình trạng HIV của bạn chích/bạn nghiện của anh/chị?

- ☐ Dương tính
☐ Âm tính
☐ Không biết
☐ Không có bạn nghiện/bạn nghiện
☐ Không trả lời

16. Bạn chích/bạn nghiện của anh/chị có biết tình trạng HIV của anh/chị không?

- ☐ Biết
☐ Không biết
☐ Không có bạn nghiện/bạn chích
☐ Không trả lời

17. Anh/Chị có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng/hỗ trợ xã hội không?

- ☐ Có
☐ Không

18. Trong 30 ngày qua, anh chị có uống rượu, bia không?

- ☐ Có
☐ Không

19. Trong 30 ngày qua, anh chị có chích heroin không?

- ☐ Có → Số lần chích trong 30 ngày |__|__|
☐ Không

20. Trong 30 ngày qua, anh chị có hút thuốc phiện không?

- ☐ Có → Số lần hút trong 30 ngày |__|__|
☐ Không

21. Trong 30 ngày qua, anh chị có dùng thuốc lắc hoặc cần sa không?

- ☐ Có → Số lần dùng trong 30 ngày |__|__|
☐ Không

22. Nếu có sử dụng các chất dạng thuốc phiện (heroin, mocphin...), anh chị có tham gia điều trị methadone hoặc suboxone không?

- ☐ Có điều trị methadone hoặc suboxone
☐ Không điều trị
☐ Không sử dụng chất dạng thuốc phiện

23. Anh/chị có nhận được hỗ trợ từ bạn tình/vợ chồng đối với việc điều trị ARV không, nếu có thì ở mức độ nào?

- ☐ Không có bạn tình/vợ chồng
☐ Không
☐ Có
 ☐ Không chút nào
 ☐ Rất ít
 ☐ Bình thường
 ☐ Nhiều
 ☐ Rất nhiều

24. Anh/chị có nhận được hỗ trợ từ bạn chích đối với việc điều trị ARV không, nếu có thì ở mức độ nào?

- ☐ Không có bạn chích
☐ Không
☐ Có
 ☐ Rất ít
 ☐ Bình thường
 ☐ Nhiều
 ☐ Rất nhiều

25. Anh/chị có nhận được hỗ trợ từ bố mẹ/gia đình đối với việc điều trị ARV không và ở mức độ nào?

- ☐ Không có bố mẹ/gia đình
☐ Không
☐ Có
 ☐ Rất ít
 ☐ Bình thường
 ☐ Nhiều
 ☐ Rất nhiều

26. Anh/chị có nhận được hỗ trợ từ bạn bè khác (không phải bạn chích) đối với việc điều trị ARV không và ở mức độ nào?

- ☐ Không có bạn bè hoặc bạn bè không biết
☐ Không
☐ Có
 ☐ Rất ít
 ☐ Bình thường
 ☐ Nhiều
 ☐ Rất nhiều

27. Anh/chị 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

28. Anh/chị có đang 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
☐ Tự nhớ
☐ Nhờ người thân nhắc
☐ Không dùng biện pháp nào
☐ Biện pháp khác (*ghi rõ*):

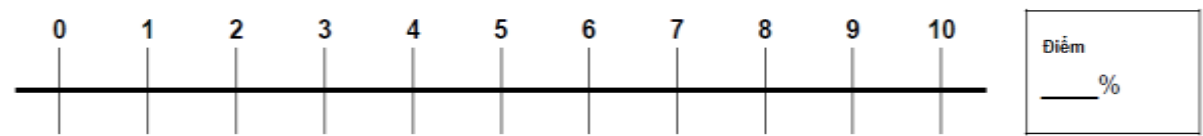
II.B. ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV HIỆN TẠI

1.1 Câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị dành cho bệnh nhân

Câu hỏi	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?		

1.2 Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS)

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



1.3 Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức

Hỏi bệnh nhân các thông tin về thuốc để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác

Tên thuốc	Biết tên thuốc (C/K)	Biết số viên cần dùng (C/K)	Thời điểm dùng thuốc			Nhớ các lưu ý khi dùng thuốc khác
			Sáng	Chiều	Đánh giá (Đ/S)	

1.4 Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ

1. Bệnh nhân có mang hộp đựng/túi đựng thuốc đến không?
- Có ☐
- Không ☐

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

$$\% \text{ Tuân thủ điều trị} = \frac{\text{Số viên đã cấp phát} - \text{Số viên còn lại}}{\text{Số viên được chỉ định uống trong kỳ}} \times 100\% = |__|__|. |__| \%$$

(Ví dụ: bệnh nhân được phát 28 liều, mỗi liều 1 viên/ngày, nhưng bệnh nhân uống thiếu 1 viên tính đến ngày khám thì tỷ lệ tuân thủ điều trị là 27/28= 96%).

Ghi chú:

- Nếu bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị.

1.5 Đánh giá tuân thủ điều trị theo phương pháp kết hợp

Tuân thủ điều trị	Cao	Trung Bình	Thấp
Phần 1.1	Tất cả các câu trả lời là “không”	Trả lời “có” một câu	Trả lời là “có” từ 2 câu trở lên
Phần 1.2	Từ 95% trở lên	Từ 75%-94%	Dưới 75%
Phần 1.3	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 1.4	Từ 95% trở lên	Từ 75%-94%	Dưới 75%
Kết quả (chọn 1 ô phù hợp nhất)	☐	☐	☐

Ghi chú:

- Nếu các câu trả lời 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 không nằm chung một cột thì lấy kết quả tương ứng với ô ngoài cùng bên tay phải (kết quả kém nhất)

III. PHÒNG VẤN BỆNH NHÂN

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

- 1 = Hoàn toàn không đồng ý
- 2 = Không đồng ý
- 3 = Hơi không đồng ý
- 4 = Không đồng ý cũng không phản đối
- 5 = Hơi đồng ý
- 6 = Đồng ý
- 7 = Hoàn toàn đồng ý

STT	Câu hỏi	Điểm
1	Giờ làm việc thất thường làm cho tôi khó nhớ để uống thuốc	1 2 3 4 5 6 7
2	Khi tôi đi chơi hoặc liên hoan, nhậu với bạn bè, tôi thường hay quên mang thuốc theo để uống	1 2 3 4 5 6 7
3	Uống rượu và sử dụng các thuốc kích thích trong các buổi liên hoan, tiệc tùng làm ảnh hưởng đến việc nhớ uống thuốc	1 2 3 4 5 6 7
4	Khi tôi bận làm những việc khác, tôi thường hay quên uống thuốc	1 2 3 4 5 6 7
5	Tác dụng phụ của thuốc mà tôi gặp phải làm cho tôi hay bỏ uống thuốc.	1 2 3 4 5 6 7
6	Sống xa nhà làm cho tôi hay quên không mang thuốc theo để uống	1 2 3 4 5 6 7
7	Tôi bị thay đổi tâm tính từ khi bắt đầu sử dụng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
8	Tôi cảm thấy đau khổ và bất hạnh nhiều hơn kể từ khi dùng thuốc ARV	1 2 3 4 5 6 7
9	Tôi thấy mình hình như bị trầm cảm kể từ khi dùng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
10	Tôi cảm thấy yên tâm hơn so với trước đây, kể từ khi tôi sử dụng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
11	Tôi cảm thấy mình dễ bị kích động kể từ khi dùng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
12	Tôi cảm thấy đủ khả năng để dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ	1 2 3 4 5 6 7
13	Tôi cảm thấy mình hoàn toàn kiểm soát được việc dùng các thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
14	Tôi có thể dự đoán được các khó khăn trong việc thực hiện tuân thủ điều trị và biết cách giải quyết khó khăn nếu xảy ra	1 2 3 4 5 6 7
15	Tôi cảm thấy rất tự tin về khả năng uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ	1 2 3 4 5 6 7
16	Tôi luôn có ý định cần phải dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn	1 2 3 4 5 6 7
17	Các thuốc mà tôi đang uống rất hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh	1 2 3 4 5 6 7
18	Tôi cảm thấy thuốc mà tôi đang dùng giúp cải thiện hệ thống miễn dịch của tôi (tế bào T)	1 2 3 4 5 6 7
19	Các thuốc tôi đang uống làm giảm đáng kể tải lượng vi-rút	1 2 3 4 5 6 7
20	Tôi tin là sức khỏe của tôi đã được cải thiện nhiều kể từ khi tôi dùng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7

21	Tôi rất tin là thuốc này sẽ giúp tôi khỏi ốm	1 2 3 4 5 6 7
22	Tôi cảm thấy lo lắng về tác dụng phụ của thuốc nếu dùng lâu dài sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe	1 2 3 4 5 6 7
23	Tôi thấy lo lắng về hậu quả có thể gặp phải của các tác dụng phụ của thuốc mà tôi đang dùng	1 2 3 4 5 6 7
24	Tôi cảm thấy mệt hơn kể từ khi điều trị dùng thuốc ARV	1 2 3 4 5 6 7
25	Tôi cảm thấy dùng thuốc này làm tôi ít mắc những bệnh khác hơn rất nhiều	1 2 3 4 5 6 7
26	Tôi cảm thấy khỏe lên về mặt thể chất khi dùng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
27	Tôi cảm thấy khỏe lên về mặt tinh thần khi dùng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
28	Kể từ khi dùng thuốc này, tôi thấy mình tham gia được các hoạt động xã hội nhiều hơn	1 2 3 4 5 6 7
29	Tôi cảm thấy cuộc sống của mình ngày càng tốt đi kể từ khi sử dụng thuốc này	1 2 3 4 5 6 7
30	Tôi tin là việc dùng thuốc không theo hướng dẫn của bác sỹ sẽ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của tôi về sau	1 2 3 4 5 6 7
31	Nhiễm HIV làm tôi khó thực hiện những công việc hoặc sở thích mà tôi hay làm trước đây	1 2 3 4 5 6 7
32	Tôi tin tôi luôn luôn là con người ngăn nắp, gọn gàng	1 2 3 4 5 6 7
33	Tôi thấy rất lo lắng là bệnh của tôi về sau sẽ trở nên trầm trọng do tôi nhiễm HIV	1 2 3 4 5 6 7
34	Kể từ khi dùng thuốc, tôi cảm thấy mình ít bị ốm hơn	1 2 3 4 5 6 7
35	Tôi nghĩ là so với những người nhiễm HIV khác tôi biết, tôi vẫn khỏe hơn nhiều và ít bị ốm hơn	1 2 3 4 5 6 7
36	Tôi tin là tôi có khả năng đề kháng lại bệnh tật, điều đó làm tôi ít bị ốm hơn so với người khác	1 2 3 4 5 6 7
37	Mặc dù đang dùng thuốc nhưng tôi vẫn tin là tôi sẽ bị ốm vì bệnh gì đó liên quan đến HIV	1 2 3 4 5 6 7
38	So sánh với các bệnh khác HIV là một bệnh rất nặng và nghiêm trọng	1 2 3 4 5 6 7
39	Tôi tin HIV bây giờ là bệnh hoàn toàn có thể kiểm soát được	1 2 3 4 5 6 7
40	Những người gần gũi, thân thiết với tôi nghĩ là việc tôi dùng thuốc theo đúng hướng dẫn rất quan trọng	1 2 3 4 5 6 7
41	Những người xung quanh tôi luôn khuyến khích tôi dùng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ	1 2 3 4 5 6 7
42	Khi biết những người quan trọng trong cuộc đời tôi muốn tôi dùng thuốc, tôi cảm thấy có động lực hơn	1 2 3 4 5 6 7
43	Tôi hiểu rất rõ khi nào tôi phải uống thuốc và cách uống thuốc như thế nào	1 2 3 4 5 6 7
44	Tôi hài lòng với các thông tin về cách uống thuốc mà bác sỹ của phòng khám tư vấn cho tôi.	1 2 3 4 5 6 7
45	Tôi hiểu rất rõ tầm quan trọng của việc uống thuốc đúng giờ và đúng liều trong phần thảo luận với bác sỹ	1 2 3 4 5 6 7
46	Tôi hài lòng với các thông tin về thuốc mà dược sỹ của phòng khám cung cấp cho tôi	1 2 3 4 5 6 7
47	Tôi hiểu rất rõ tầm quan trọng của việc uống thuốc đúng giờ và đúng liều trong phần thảo luận với dược sỹ, cán bộ phát thuốc	1 2 3 4 5 6 7
48	Tôi cảm thấy bị áp lực phải dùng thuốc đúng theo chỉ định của bác sỹ và cán bộ y tế	1 2 3 4 5 6 7
49	Tôi nghĩ việc tôi dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ là cách tốt nhất cho tôi, cho sức khỏe và tương lai của tôi	1 2 3 4 5 6 7
50	Tôi cảm thấy mình xấu hổ và tội lỗi khi bị nhiễm HIV	1 2 3 4 5 6 7

IV. PHÒNG VẤN BỆNH NHÂN

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

- 1 = Hoàn toàn không đồng ý
- 2 = Không đồng ý
- 3 = Hơi không đồng ý
- 4 = Không đồng ý cũng không phản đối
- 5 = Hơi đồng ý
- 6 = Đồng ý
- 7 = Hoàn toàn đồng ý

1	Tôi hiểu rất rõ các tác dụng phụ có thể có của thuốc ARV trong quá trình điều trị ARV	1 2 3 4 5 6 7
2	Tôi được cán bộ y tế hướng dẫn đầy đủ về việc cần phải làm gì nếu gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong quá trình điều trị ARV	1 2 3 4 5 6 7
3	Bác sỹ dành đủ thời gian để tìm hiểu các thuốc tôi đang dùng có ảnh hưởng như thế nào đến chất lượng cuộc sống của tôi	1 2 3 4 5 6 7
4	Những bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc cần được bác sỹ quan tâm nhiều hơn	1 2 3 4 5 6 7
5	Bạn thấy giờ mở cửa và lịch đến khám, lấy thuốc có phù hợp không?	☐ Có ☐ Không
6	Bạn thấy việc đi lại đến phòng khám OPC có dễ dàng không?	☐ Có ☐ Không
7	Theo bạn cần làm gì để bạn tuân thủ điều trị ARV tốt hơn, không bị quên thuốc?	

Người phỏng vấn ký tên