

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH



ĐỖ DUY BÌNH

**THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CÂU LẠC BỘ NGƯỜI NHIỄM
HIV/AIDS TẠI TỈNH THÁI BÌNH VÀ HIỆU QUẢ
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Thái Bình - 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH



ĐỖ DUY BÌNH

**THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CÂU LẠC BỘ
NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI TỈNH THÁI BÌNH
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành : Y tế Công cộng

Mã số : 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. NGUYỄN QUỐC TIẾN
2. PGS.TS. NGUYỄN ĐỨC THANH

Thái Bình - 2021

LỜI CẢM ƠN

Để thực hiện thành công đề tài nghiên cứu và luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ của nhiều tập thể và cá nhân. Nhân dịp này tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế Công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các thầy giáo, cô giáo đã hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn các nhà khoa học trong và ngoài Trường đã giúp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn sâu sắc tới Ban Giám đốc Sở Y tế, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, Bệnh viện đa khoa huyện Kiến Xương, Tiền Hải, Đông Hưng, Thái Thụy đã tạo mọi điều kiện thuận lợi, hỗ trợ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn tới các đồng nghiệp Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS nay là trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình đã sát cánh cùng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi luôn ghi nhớ và tri ân sâu sắc tới những người thân yêu trong gia đình và bạn bè đã là nguồn động lực lớn lao cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành bản luận án. Đây là món quà đặc biệt tôi muốn gửi đến cha, mẹ, vợ và các con yêu quý của tôi.

Thái Bình, tháng năm 2021

Nghiên cứu sinh

Đỗ Duy Bình

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đỗ Duy Bình, học viên khoá đào tạo trình độ Tiến sỹ chuyên ngành Y tế Công cộng, của Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS Nguyễn Quốc Tiến và PGS.TS Nguyễn Đức Thanh.

2. Công trình không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của nơi nghiên cứu. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về những điều cam đoan trên.

Thái Bình, tháng năm 2021

Nghiên cứu sinh

Đỗ Duy Bình

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|---------------|--|
| AIDS | Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) |
| ARV | Anti Retro Virus (Thuốc kháng virút) |
| AZT | Azidothymidine |
| CLB | Câu lạc bộ |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người) |
| NVP | Nivirapine |
| T-CD4+ | Lymphocyte T- Cluster of differentiation4 (Tế bào T-CD4+) |
| UNAIDS | United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình Liên hợp quốc về HIV/AIDS) |
| WHO | World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới) |

MỤC LỤC

| | Trang |
|--|--------------|
| ĐẶT VẤN ĐỀ | 1 |
| Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU | 4 |
| 1.1. Đại cương về HIV/AIDS..... | 4 |
| 1.1.1. Một số khái niệm..... | 4 |
| 1.1.2. Cơ chế bệnh sinh | 4 |
| 1.2. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS | 7 |
| 1.2.1. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS trên Thế giới..... | 7 |
| 1.2.2. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam..... | 10 |
| 1.2.3. Thực trạng điều trị HIV/AIDS bằng thuốc ARV | 13 |
| 1.3. Nhu cầu và các biện pháp hỗ trợ chăm sóc điều trị của người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng | 19 |
| 1.3.1. Nhu cầu hỗ trợ chăm sóc, điều trị của người nhiễm HIV/AIDS.... | 19 |
| 1.3.2. Các biện pháp hỗ trợ chăm sóc, điều trị đối với người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng..... | 26 |
| 1.4. Mô hình câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình.... | 36 |
| Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU | 39 |
| 2.1. Đối tượng, địa bàn, thời gian nghiên cứu | 39 |
| 2.1.1. Địa bàn nghiên cứu | 39 |
| 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu..... | 41 |
| 2.1.3. Thời gian nghiên cứu | 42 |
| 2.2. Phương pháp nghiên cứu | 42 |
| 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu..... | 42 |
| 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu..... | 47 |
| 2.2.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin | 53 |
| 2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá | 57 |
| 2.2.6. Phương pháp phân tích số liệu | 58 |
| 2.2.7. Sai số có thể gặp phải và các biện pháp không chế sai số | 59 |
| 2.2.8. Đạo đức trong nghiên cứu | 60 |
| 2.2.9. Phạm vi nghiên cứu..... | 61 |
| Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU | 62 |
| 3.1. Hoạt động câu lạc bộ và kiến thức, thực hành của đối tượng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS..... | 62 |
| 3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu..... | 62 |
| 3.1.2. Thực trạng hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu | 64 |
| 3.1.3. Thực trạng kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS | 68 |
| 3.1.4. Thực hành của đối tượng về tuân thủ điều trị | 72 |
| 3.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS | 75 |
| 3.2.1. Thay đổi sự tham gia của đối tượng và sự hỗ trợ của câu lạc bộ... | 75 |
| 3.2.2. Thay đổi kiến thức chăm sóc, điều trị của đối tượng..... | 82 |
| 3.2.3. Thay đổi thực hành chăm sóc, điều trị của đối tượng..... | 93 |
| 3.2.4. Thay đổi về xét nghiệm tế bào T-CD4 của đối tượng | 97 |
| Chương 4 BÀN LUẬN | 98 |
| 4.1. Hoạt động câu lạc bộ và kiến thức, thực hành của đối tượng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS..... | 98 |
| 4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu | 98 |
| 4.1.2. Hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS | 100 |
| 4.1.3. Kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS | 103 |

| | |
|---|------------|
| 4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS | 109 |
| 4.2.1. Việc thực hiện các hoạt động can thiệp | 109 |
| 4.2.2. Thay đổi sự tham gia của đối tượng và sự hỗ trợ của câu lạc bộ. | 110 |
| 4.2.3. Thay đổi kiến thức chăm sóc, điều trị của đối tượng..... | 114 |
| 4.2.4. Thay đổi thực hành chăm sóc, điều trị của đối tượng..... | 122 |
| 4.2.5. Thay đổi chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 của đối tượng..... | 125 |
| 4.3. Hạn chế trong nghiên cứu..... | 126 |
| KẾT LUẬN | 128 |
| KHUYẾN NGHỊ..... | 130 |
| DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN | |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO | |
| PHỤ LỤC | |

DANH MỤC BẢNG

| | Trang |
|--|--------------|
| Bảng 1.2. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV..... | 16 |
| Bảng 2.2 Số người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu tính đến thời điểm điều tra..... | 40 |
| Bảng 3.1. Đặc điểm giới tính, độ tuổi và nghề nghiệp của đối tượng (n=420).... | 62 |
| Bảng 3.2. Trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân của đối tượng (n=420) .. | 63 |
| Bảng 3.3. Phương pháp quản lý, điều hành sinh hoạt và truyền thông của CLB (n=420)..... | 64 |
| Bảng 3.4. Đáp ứng tài liệu truyền thông và cơ sở vật chất của CLB (n=420) | 65 |
| Bảng 3.5. Thời gian sinh hoạt của CLB mỗi lần tổ chức..... | 65 |
| Bảng 3.6. Sự tham gia của nhân viên y tế trong sinh hoạt CLB..... | 66 |
| Bảng 3.7. Thành phần tham dự và phương pháp hỗ trợ kiến thức của nhân viên y tế tại CLB (n=61) | 66 |
| Bảng 3.8. Nội dung hỗ trợ nhận được từ sinh hoạt CLB và mức độ hài lòng của đối tượng tham gia (n=420)..... | 67 |
| Bảng 3.9. Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh và đường lây nhiễm HIV/AIDS (n=420) | 68 |
| Bảng 3.10. Nhận thức của đối tượng về thuốc ARV (n=420) | 69 |
| Bảng 3.11. Tỷ lệ đối tượng biết nội dung về tuân thủ điều trị ARV và hậu quả của không tuân thủ điều trị ARV (n=420) | 70 |
| Bảng 3.12. Tỷ lệ đối tượng biết về khoảng cách giữa các lần uống thuốc ARV . | 70 |
| Bảng 3.13. Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi quên uống thuốc ARV | 71 |
| Bảng 3.14. Số lần không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra và lý do đưa ra của đối tượng | 72 |
| Bảng 3.15. Tỷ lệ đối tượng cho biết lý do uống thuốc không đúng cách..... | 73 |

| | |
|---|----|
| Bảng 3.16. Tỷ lệ đối tượng đã tái khám trong tháng đầu điều trị ARV | 74 |
| Bảng 3.17. Tỷ lệ đối tượng gặp phải tác dụng phụ của thuốc ARV | 74 |
| Bảng 3.18. Tỷ lệ đối tượng cho biết tính chủ động tham gia sinh hoạt tại CLB . | 76 |
| Bảng 3.19. Việc có NVYT tham gia sinh hoạt CLB | 77 |
| Bảng 3.20. Nội dung của NVYT tuyên truyền tại CLB | 78 |
| Bảng 3.21. Nội dung chia sẻ giữa các thành viên CLB | 80 |
| Bảng 3.22. Nội dung hỗ trợ chung từ CLB..... | 81 |
| Bảng 3.23. Hiệu quả nâng cao kiến thức của đối tượng khi tham gia sinh hoạt CLB | 82 |
| Bảng 3.24. Tỷ lệ đối tượng biết đường lây nhiễm HIV/AIDS | 84 |
| Bảng 3.25. Tỷ lệ đối tượng biết dấu hiệu giai đoạn đầu của AIDS | 85 |
| Bảng 3.26. Tỷ lệ đối tượng biết về tác dụng của thuốc điều trị HIV/AIDS ... | 86 |
| Bảng 3.27. Tỷ lệ đối tượng biết nguồn cung cấp thông tin về thuốc ARV | 86 |
| Bảng 3.28. Tỷ lệ đối tượng biết tác dụng của thuốc ARV..... | 87 |
| Bảng 3.29. Tỷ lệ đối tượng biết thời gian cần cho điều trị HIV/AIDS..... | 88 |
| Bảng 3.30. Tỷ lệ đối tượng biết quy định tuân thủ điều trị ARV | 89 |
| Bảng 3.31. Tỷ lệ đối tượng biết hậu quả việc không tuân thủ điều trị ARV .. | 90 |
| Bảng 3.32. Tỷ lệ đối tượng biết khoảng cách đúng giữa các lần uống thuốc. | 91 |
| Bảng 3.33. Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi quên uống thuốc ARV..... | 91 |
| Bảng 3.34. Tỷ lệ đối tượng biết cách phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho người khác ... | 92 |
| Bảng 3.35. Tỷ lệ đối tượng quên, không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra | 93 |
| Bảng 3.36. Tỷ lệ đối tượng sử dụng biện pháp nhắc uống thuốc ARV | 94 |
| Bảng 3.37. Tỷ lệ đối tượng đưa xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc ARV | 95 |
| Bảng 3.38. Tỷ lệ đối tượng uống thuốc ARV từ 2 lần trở lên trong tháng trước. | 96 |
| Bảng 3.39. Tỷ lệ đối tượng hài lòng khi tham gia sinh hoạt CLB..... | 96 |
| Bảng 3.40. Chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 trước và sau can thiệp..... | 97 |

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

| | Trang |
|--|--------------|
| Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về tác dụng của thuốc (n=420) | 69 |
| Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đối tượng tham gia sinh hoạt CLB (tháng/lần) | 75 |
| Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đối tượng nhận được hỗ trợ của thành viên câu lạc bộ | 79 |
| Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS | 83 |
| Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đối tượng uống thuốc ARV không đúng giờ trong tháng trước thời điểm điều tra..... | 93 |

DANH MỤC HÌNH

| | |
|--|----|
| Hình 1.1. Số nhiễm HIV, mắc AIDS và tử vong do HIV/AIDS qua các năm..... | 12 |
| Hình 2.1. Bản đồ hành chính các huyện tham gia trong nghiên cứu | 41 |
| Hình 2.2. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu..... | 51 |

ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS được coi là một đại dịch, là hiểm họa toàn cầu [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), kể từ khi dịch bệnh bắt đầu vào năm 1981, khoảng 75 triệu người nhiễm vi-rút HIV/AIDS và khoảng 32 triệu người đã chết vì bệnh này. Ước tính có 37,9 triệu người đang sống chung với HIV/AIDS tính tới cuối năm 2018 trên toàn cầu [2].

Tại Việt Nam tính đến 31/12/2020, theo báo cáo của các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thì cả nước có 215.220 người nhiễm HIV hiện đang còn sống và 108.719 người nhiễm HIV đã tử vong [3]. Trên địa bàn tỉnh Thái Bình, tính đến ngày 29/11/2020 số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 2.186, trong đó số phụ nữ nhiễm HIV/AIDS là 74, số đang điều trị thuốc ARV là 1.296 bệnh nhân. Số xã, phường, thị trấn phát hiện có người nhiễm HIV/AIDS là 240/260 [4].

Trong bối cảnh trên, nhằm có cơ sở để Việt Nam thực hiện tốt công tác phòng chống HIV/AIDS, Thủ Tướng Chính phủ đã có quyết định số 1246/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 [5] trong đó đã đề ra nhiệm vụ huy động mọi nguồn lực và sự tham gia của các cơ quan, tổ chức, đơn vị, mỗi người dân và cộng đồng vào các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Trên địa bàn Thái Bình, việc quản lý, chăm sóc, tư vấn người nhiễm HIV/AIDS hiện gặp nhiều khó khăn do đối tượng là người nhiễm HIV/AIDS thường xuyên thay đổi địa chỉ vì sợ bị phân biệt đối xử và nhiều người phải chuyển tới các địa phương khác để sinh sống. Mặt khác, lực lượng cán bộ y tế tại cơ sở mỏng, kiêm nhiệm nhiều việc nên khó đảm đương được công việc [6]. Nhằm góp phần ngăn chặn HIV/AIDS lây lan tại cộng đồng, giảm sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, hỗ trợ người nhiễm tại cộng

đồng, tỉnh hiện có 10 CLB người có HIV/AIDS đã được hình thành và đi vào hoạt động. Mô hình các CLB người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng bước đầu đã cho kết quả tích cực. Tuy nhiên, các CLB vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc quản lý và điều hành, việc thu hút sự tham gia của những người nhiễm HIV/AIDS vào sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS còn chưa được như mong muốn. Một trong những lý do dẫn đến là việc các CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh chưa thể công khai danh tính của các thành viên tham gia, những kỹ năng điều hành, kỹ năng truyền thông, tư vấn của những người điều hành chưa có chương trình hỗ trợ chính thức một cách bài bản và đầy đủ, tâm lý bị kỳ thị của người nhiễm HIV/AIDSs vẫn còn khá phổ biến.

Thực tế trên đặt ra câu hỏi là mô hình CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh Thái Bình hiện hoạt động như thế nào? Những khó khăn gặp phải chủ yếu của các CLB là gì? Cần thực hiện những hoạt động nào để góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động mô hình các CLB này để có thể đóng góp hiệu quả và tích cực hơn trong công tác phòng chống HIV/AIDS tại cộng đồng nói chung và trên địa bàn nghiên cứu nói riêng? Trong bối cảnh trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Thực trạng hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình và hiệu quả một số biện pháp can thiệp”*** với các mục tiêu nghiên cứu sau:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị ARV của thành viên câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại 4 huyện của tỉnh Thái Bình năm 2017.

2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường quản lý, hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV trên địa bàn 4 huyện của tỉnh Thái Bình.

Chương 1.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về HIV/AIDS

1.1.1. Một số khái niệm

- HIV: Là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh "Human Immunodeficiency Virus", là vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người, làm cho cơ thể suy giảm khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh.

- AIDS: Được viết tắt từ tiếng Anh "Acquired Immunodeficiency Syndrome", có nghĩa là "hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải" do nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người HIV (Human Immunodeficiency Virus). HIV tấn công, tiêu huỷ dần các tế bào miễn dịch và làm suy giảm hệ thống miễn dịch của cơ thể. AIDS là giai đoạn cuối của quá trình nhiễm HIV, khi cơ thể không còn khả năng chống đỡ, nên dễ mắc thêm nhiều loại bệnh cơ hội dẫn đến tử vong, làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật bình thường không gây bệnh trở thành gây bệnh, tạo ra các nhiễm trùng cơ hội, làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính HIV/AIDS gây ra [7].

- ARV: Antiretrovaral là loại thuốc dùng cho điều trị HIV/AIDS, có tác dụng ức chế sự nhân lên của HIV/AIDS trong cơ thể.

1.1.2. Cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân gây bệnh: Nguyên nhân dẫn đến bệnh AIDS là do vi-rút HIV. Trên kính hiển vi điện tử, HIV có cấu trúc hình cầu, đường kính trung bình khoảng 110 nm (dao động từ 70 - 130 nm). HIV có đặc điểm chung của họ Retroviridae. Hạt virus hoàn chỉnh (virion) có cấu tạo gồm 3 lớp: vỏ ngoài, vỏ trong và lõi

Nguồn lây: Người nhiễm HIV/AIDS ở tất cả các giai đoạn đều có thể là nguồn bệnh HIV/AIDS. Các Lentivirus có nhiều hình thái và đặc tính sinh học. Sinh vật nhiễm các Lentivirus có đặc điểm chung là thời gian ủ bệnh dài. HIV/AIDS có cấu trúc hình cầu, đường kính khoảng 120nm, nhỏ hơn hồng cầu khoảng 60 lần [8].

HIV/AIDS có hai loại đặc trưng là HIV-1 và HIV-2: HIV-1 là vi-rút đã được phát hiện với những tên gọi như là virus liên quan đến hạch bạch huyết (LAV) và vi-rút lympho T-lympho 3 ở người (HTLV-III). HIV-1 có độc lực và lây nhiễm cao hơn HIV-2 [9]. Là nguyên nhân của phần lớn các trường hợp nhiễm HIV/AIDS trên Toàn cầu. Giao hợp qua đường hậu môn có nguy cơ bị lây nhiễm cao hơn nhiều, 1.7% cho mỗi lần quan hệ [10]. Xác suất rủi ro lây nhiễm HIV/AIDS qua đường tình dục từ rất thấp tới 138/10.000, trong đó cao nhất là hình thức quan hệ tiếp nhận qua đường hậu môn. Các hình thức quan hệ bằng miệng có nguy cơ thấp hơn [11].

- *Đường máu:* HIV/AIDS có trong máu toàn phần và các thành phần của máu như hồng cầu, tiểu cầu, huyết tương, các yếu tố đông máu. Do đó HIV/AIDS có thể được truyền qua máu hay các sản phẩm của máu có nhiễm HIV/AIDS [12]. Nguy cơ lây truyền qua đường máu có tỷ lệ rất cao, trên 90%.

- *Lây truyền từ mẹ sang con:* Việc lây truyền vi-rút từ mẹ sang con có thể xảy ra trong tử cung (trong thời kỳ mang thai), trong quá trình chuyển dạ (sinh con), hoặc thông qua việc cho con bú [12]. Trong trường hợp không điều trị, tỷ lệ lây truyền giữa mẹ và con lên đến khoảng 25%. Tuy nhiên, với sự kết hợp điều trị bằng thuốc kháng vi-rút và mổ lấy thai thì nguy cơ này có thể được giảm xuống thấp khoảng 1% [13].

Có tới 50% thanh thiếu niên bị nhiễm nhưng không biết tình trạng mắc bệnh của bản thân [14]. Mặc dù có một số xu hướng giảm ở nhóm tuổi 15-24, tỷ

lệ nhiễm HIV/AIDS luôn cao hơn ở phụ nữ trẻ so với nam thanh niên ở khắp miền đông và miền nam Châu Phi [11]. Các nguy cơ mà thanh thiếu niên hay gặp bao gồm việc có nhận thức hạn chế về nguy cơ nhiễm HIV/AIDS; chưa có thói quen đi xét nghiệm HIV; quan hệ tình dục không an toàn; tỷ lệ viêm nhiễm bệnh lây qua đường tình dục cao; vô gia cư hoặc bị kì thị, tự kỉ [14].

Các khảo sát dân số gần đây cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao hơn ở những cá nhân giàu có các Quốc gia ở Châu Phi cận Sahara [15], [16]. Về mặt lý thuyết, những người có tình trạng kinh tế xã hội cao hơn có thể có nhiều bạn tình hơn, khiến họ có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS cao hơn [17]. Tỷ lệ nhiễm mới được tìm thấy cao hơn ở phụ nữ trẻ (20-24 tuổi) so với nam giới cùng tuổi năm 2017. Nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ trẻ cao hơn nam giới trẻ tuổi có liên quan đến một số yếu tố, bao gồm các yếu tố xã hội chẳng hạn như nghèo đói và giáo dục thấp, các yếu tố văn hóa như nạn mại dâm, luật pháp, ngăn cản phụ nữ trẻ tiếp cận các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục và tiếp xúc với bạo lực tình dục [18], [19]. Các can thiệp đầy tham vọng nhằm giải quyết nhiều nguyên nhân khiến phụ nữ trẻ dễ bị nhiễm HIV/AIDS ở các nước Châu Phi cận Sahara đang được tiến hành [20].

Đồng nhiễm HIV/AIDS với các bệnh khác:

Một nghiên cứu cho thấy trên 30% người nhiễm HIV/AIDS có đồng nhiễm viêm gan C, HIV/AIDS có tác động rõ rệt làm tăng nhanh quá trình tiến triển của vi-rút viêm gan C, làm tăng tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh lý về gan ở những đối tượng này, đặc biệt làm tăng nguy cơ nhiễm độc gan do thuốc kháng vi-rút (ARV), các bệnh lý về chuyển hóa, nhanh chóng dẫn đến xơ gan [21]. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV/AIDS với viêm gan C ở Nhật bản là 20%, tại miền Tây Iran là 72% [22] và tại Hy Lạp là 90,4% [23]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ nhiễm viêm gan C là 10,6%, viêm gan C genotype 1 là 87,5%, trong đó đồng

nhiễm HIV/AIDS và viêm gan C là 24,8% [24]. Zhou J và cộng sự đánh giá về đồng nhiễm viêm gan và HIV/AIDS trên 2.979 bệnh nhân tại các nước Đông Nam Á cho kết quả 49% có đồng nhiễm viêm gan C [25]. Đánh giá về tỷ lệ đồng nhiễm HIV/AIDS với viêm gan C trong thời gian 2004-2005 tại Iran, Seyed Alinaghi S và cộng sự thấy có tới 67,2% bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan C, chủ yếu trong nhóm tiêm chích ma túy tĩnh mạch (85,1%) [26]. Douglas G. Fish nghiên cứu thấy từ 15% đến 30% người nhiễm HIV/AIDS ở Hoa Kỳ có đồng nhiễm với viêm gan C và 90% số trường hợp này là người tiêm chích ma túy tĩnh mạch. Bệnh lý gan mãn tính ở đối tượng này là xơ gan, ung thư gan nguyên phát và dẫn tới tử vong [27].

Liz Highleyman nghiên cứu so sánh 4.280 bệnh nhân đồng nhiễm HIV/AIDS và viêm gan C điều trị ARV với 6.079 bệnh nhân viêm gan C đơn thuần từ 1997-2010, thấy 45% bệnh nhân có số lượng T-CD4 trước điều trị ≤ 200 cells/mm³ [28].

Người nhiễm HIV/AIDS nghiện chích ma túy có nguy cơ cao bị lây nhiễm viêm gan B, C và HIV/AIDS. Trong một nghiên cứu về tỷ lệ đồng nhiễm các tác nhân này bằng việc xét nghiệm 250 mẫu huyết tương của người tiêm chích ma túy tại Hoa Kỳ, các tác giả nhận thấy: 140 (59,6%) có xét nghiệm khẳng định HIV/AIDS (+), 226 (90,4%) có viêm gan C (+) và 27 (10,8%) có HbsAg (+). Tỷ lệ đồng nhiễm cả 3 loại HIV/AIDS, viêm gan B và viêm gan C là 15 (6%). Đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C là 12 (4,8%) và đồng nhiễm HIV/AIDS với HIV/AIDS là 131 (52,4%) [23].

1.2. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS

1.2.1. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS trên Thế giới

Cho tới nay, nhiễm HIV/AIDS đang được coi là đại dịch, là hiểm họa toàn cầu. HIV/AIDS được xem là một trong sáu nguyên nhân quan trọng nhất

gây ra 3,3% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu, nó góp phần vào 2,8% số ca tử vong hàng năm [29].

Nhìn chung, số ca mắc mới HIV/AIDS đang có xu hướng giảm trên toàn cầu. Nếu trên toàn cầu, các trường hợp mới nhiễm HIV/AIDS đạt đỉnh vào năm 1999 (3,16 triệu người) và từ đó đã giảm dần xuống còn 1,94 triệu người vào năm 2017 [30].

Theo ước tính của UNAIDS, trong năm 2014, có khoảng 36,9 triệu người đang phải sống chung với HIV/AIDS; 2 triệu ca mắc mới (trong đó có 220.000 ca là trẻ em) và 1,2 triệu người tử vong do AIDS [31].

Châu Phi cận Sahara là nơi HIV/AIDS phát triển lây lan mạnh mẽ. Nhiễm HIV/AIDS đang trở thành đặc hữu ở Châu Phi cận Sahara, nơi chỉ có hơn 12% dân số Thế giới nhưng hai phần ba số người nhiễm HIV/AIDS [32]. Ước tính có khoảng 25 triệu người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống, chiếm 70% số người nhiễm Toàn cầu [3]. Tỷ lệ này được ước tính ở năm 2018 là khoảng 61% [33]. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở Nam Phi là 17,9%; và có 3 Quốc gia tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở người lớn vượt quá 20%, đó là Botswana (23,0%), Lesotho (23,6%) và Swaziland (26,5%). Hình thái lây nhiễm HIV/AIDS được phát hiện ở Châu Phi chủ yếu là qua quan hệ tình dục khác giới và nghiện chích ma túy [34].

Ở Trung Âu và Bắc Mỹ, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS giảm trong gần hai thập kỷ qua. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS giảm từ 6% năm 2000 xuống 3% vào năm 2017. Tỷ lệ mới nhiễm HIV/AIDS và tử vong ở người nhiễm HIV/AIDS miền Đông và Nam Châu Phi đã giảm từ 11% năm 2000 còn 4% năm 2017. Các tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS được báo cáo trong năm 2017 tương ứng ở Châu Á và Thái Bình Dương, Mỹ La Tinh, Caribbean, Tây và Trung Phi, Trung Đông và Bắc Phi, và Đông Âu và Trung Á trong khoảng 5 – 9% [33]. Quốc gia có số

người nhiễm HIV/AIDS cao nhất Thế giới trong năm 2017 được báo cáo là 7,06 triệu người ở Nam Phi [35]. Năm 2016, có khoảng 63.100 người nhiễm HIV/AIDS ở Canada [38]. Ước tính có 9090 người sống chung với HIV/AIDS không được chẩn đoán vào cuối năm 2016. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS đang gia tăng nhanh nhất trong số những người Canada bản địa, với 11,3% ca nhiễm mới trong năm 2016 [36].

Châu Mỹ La Tinh trong năm 2012 có tới 1,5 triệu người hiện mắc HIV/AIDS, chiếm 0,4% dân số. Tại một số thành phố ở Argentina gần 50% số người nghiện ma túy nhiễm HIV/AIDS. Brazil là nơi có số người nhiễm HIV/AIDS cao nhất ở khu vực này, tính đến cuối năm 2012, Brazil có 595.000 người nhiễm HIV/AIDS, chiếm 0,4% dân số [37].

Đường lây nhiễm HIV ở Châu Úc được phát hiện chủ yếu là qua đường tình dục và tiêm chích ma túy. Hiện nay, ở châu lục này có khoảng 53.000 người nhiễm HIV/AIDS còn sống và 1.300 người tử vong do AIDS [38], [39]. Tính tới năm 2017, Châu Úc có khoảng 27.545 trường hợp nhiễm HIV/AIDS. Từ năm 2007 đến 2017, nhiều Quốc gia ở Đông Âu và Trung Á đã chứng kiến tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS mới gia tăng và tỷ lệ tử vong cao liên tục; Nga đạt tỷ lệ tăng hàng năm cao nhất ở mức 13,2%. Dịch có xu hướng gia tăng ở hầu hết các nước Đông Âu và Trung Á xuất phát từ nhiều yếu tố, bao gồm quyền truy cập hạn chế ARV, không được tiếp cận đầy đủ với các dịch vụ giảm tác hại (ví dụ, chương trình bơm kim tiêm và liệu pháp thay thế opioid) và mức độ kỳ thị cao [40]. Điều trị thay thế opioid đã được chứng minh là giúp giảm đáng kể nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở những người tiêm chích ma túy; tuy nhiên, liệu pháp thay thế opioid vẫn không có sẵn ở Nga [41].

Ở Châu Á trong những năm đầu ở thập kỷ 1980, trong khi các Châu lục khác đang phải đối phó với tình hình nghiêm trọng HIV/AIDS, thì Châu Á

vẫn chưa bị ảnh hưởng. Nhưng vào những năm 1990 dịch HIV/AIDS bắt đầu xuất hiện ở một số nước Châu Á và đến cuối thập kỷ này, HIV/AIDS đã và đang lây lan nhanh chóng ở nhiều khu vực [39]. Đặc biệt, ở Philippines, quan hệ tình dục đồng giới nam chiếm phần lớn các trường hợp nhiễm mới. Một nghiên cứu giám sát HIV/AIDS được tiến hành bởi Tiến sĩ Louie Mar và các đồng nghiệp từ Đại học Philippines và Bệnh viện Đa khoa Philippines cho thấy trong số 406 người đồng tính nam được xét nghiệm HIV/AIDS ở Metro Manila, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS là 11,8% [42].

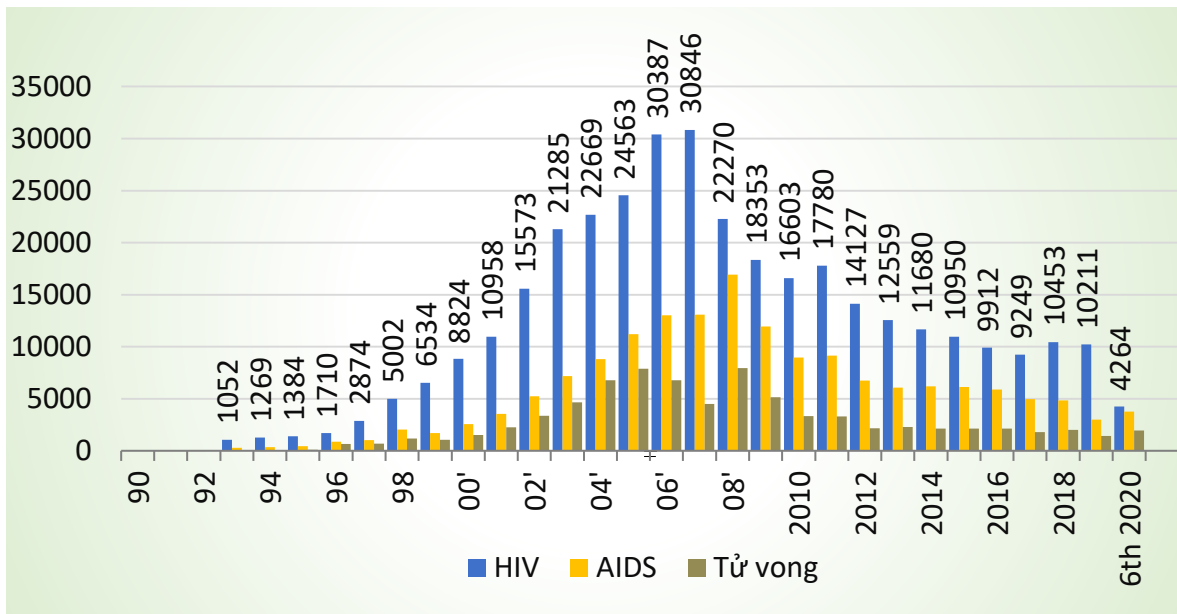
Khu vực Đông Nam Á là khu vực bị ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV/AIDS sau Châu Phi cận Sahara. Hiện nay, có khoảng 4,0 triệu người ở khu vực này đang nhiễm HIV/AIDS. Tại Indonesia, có khoảng 380.000 người nhiễm HIV/AIDS, là nơi có tốc độ lây lan nhanh nhất Châu Á. Quan hệ tình dục rộng rãi và tệ nạn nghiện chích ma túy là lý do chính làm gia tăng nhanh chóng đại dịch này tại Indonesia. Tỷ lệ phụ nữ bán dâm bị nhiễm HIV/AIDS là 15% và tỷ lệ này ở nhóm nghiện chích ma túy là 36% [37]. Thái Lan là một Quốc gia đã cam kết mạnh mẽ trong việc giải quyết đại dịch HIV/AIDS và đã gặt hái những thành công to lớn. Tuy nhiên, thời gian gần đây số nhiễm mới HIV/AIDS tăng cao trong nhóm quan hệ tình dục đồng giới nam, đặc biệt ở Bangkok, nơi tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm này đã tăng từ 17,3% năm 2003 lên 31,3% năm 2009. Hiện nay, có khoảng 590.000 người nhiễm HIV/AIDS, chiếm tỷ lệ 1,2% dân số [43].

1.2.2. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam

Theo báo cáo năm 2014, tỷ lệ người hiện nhiễm HIV/AIDS Toàn quốc trên 100.000 dân theo số báo cáo là 248 người, tỉnh Điện Biên vẫn là địa phương có tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS trên 100.000 dân cao nhất cả nước (875), tiếp đến là Thành phố Hồ Chí Minh (690), thứ 3 là Thái Nguyên (636)

[44]. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy tập trung cao ở các tỉnh ở khu vực ở miền núi phía Bắc, Đồng bằng Bắc bộ và Thành phố Hồ Chí Minh (Thái Nguyên 32%; Lai Châu 27,7%; Hà Nội 24%; Quảng Ninh 22,4%; Thành phố Hồ Chí Minh 18,24%; Cao Bằng 17,2%; Lạng Sơn 15,6%; Hải Phòng 14,67%; Sơn La 14,3%) [44].

Nghiên cứu của Trần Thị Bích Hội và cộng sự qua giám sát trọng điểm ở Hải Phòng trên 300 phụ nữ bán dâm và 150 đối tượng nam quan hệ tình dục đồng giới ở Hải Phòng năm 2016 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 2,0%. Có 85% số phụ nữ bán dâm đã xét nghiệm HIV/AIDS trong 12 tháng trước đó và tỷ lệ này trong nhóm đồng tính nam là 60,7% [45]. Ngoài ra, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm 2016 là 13,7%; Tập trung chủ yếu trong nhóm trên 30 tuổi (97,6%) và có thời gian tiêm chích ma túy trên 3 năm (97,6%). Về hành vi nguy cơ, tỷ lệ đã từng dùng chung bơm kim tiêm trong 1 tháng qua rất thấp 0,33%; Tỷ lệ có quan hệ với phụ nữ bán dâm và có sử dụng bao cao su trong 12 tháng qua là 100%. Có 19% nhận được bơm kim tiêm từ chương can thiệp dự phòng; 60% tham gia điều trị thay thế nghiện các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone. Có 82,9% trong số nhiễm HIV/AIDS (34/41 người) đã tham gia điều trị ARV [46].



Hình 1.1

Hình 1.1. Số nhiễm HIV, mắc AIDS và tử vong do HIV/AIDS qua các năm
(Báo cáo 30 năm phòng chống HIV/AIDS - Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế)

Theo Hoàng Bình Yên thực hiện nghiên cứu tại Trạm Y tế xã Thành Sơn và Trung Sơn, huyện Quan Hoá nhằm mô tả thực trạng sử dụng ma tuý và nhiễm HIV/AIDS, viêm gan B, C của người nghiện ma tuý ở thời điểm trước khi tham gia mô hình điều trị Methadone tại tuyến xã miền núi của tỉnh Thanh Hoá. Kết quả cho thấy đặc điểm quần thể nghiên cứu đa số là nam giới (96,6%); phần lớn tuổi từ 20-45 (84,2%); học vấn dưới trung học cơ sở (88,3%); độc thân (74,2%); nhiều người không có việc làm (53,8%). Đa số đối tượng này nghiện ma tuý trên 5 năm (77,9%), chích vào mạch máu (93,9%); và dùng chung bơm kim tiêm (18%). Tỷ lệ đối tượng có nhiễm HIV/AIDS là 17,9% [47].

Mô hình hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS một số tỉnh, thành phố triển khai và thành lập các CLB người nhiễm HIV/AIDS như CLB: “Bạn giúp bạn”, “Vì Ngày Mai Tươi Sáng”, “Hoa Sữa”, “Hoa Xương Rồng”, “Cho bạn cho tôi”, “Bầu Trời Xanh”, “Hoa Phượng Đỏ”... nhưng số người tham gia sinh hoạt cũng mới được khoảng 16% số người nhiễm và phát hiện. Năm

2012 tại Huyện Tân Hiệp, tỉnh Kiên Giang ra mắt CLB “Bạn Giúp Bạn” với sự tham gia của 20 thành viên người nhiễm HIV/AIDS. CLB ra đời nhằm giúp các thành viên CLB được tập huấn về kỹ năng phòng, chống HIV/AIDS, trở thành những tuyên truyền viên tích cực trong công tác tuyên truyền về phòng chống ma túy, HIV/AIDS và chống phân biệt đối xử với người bị nhiễm HIV/AIDS [48].

1.2.3. Thực trạng điều trị HIV/AIDS bằng thuốc ARV

Mục đích điều trị HIV/AIDS bằng thuốc ARV

Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV là nhằm ức chế tối đa và lâu dài quá trình HIV/AIDS nhân lên trong cơ thể. Đồng thời, phục hồi chức năng miễn dịch của người nhiễm HIV/AIDS. Điều trị HIV/AIDS bằng ARV giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV/AIDS. Bên cạnh đó, ARV cũng giúp dự phòng lây truyền HIV/AIDS từ người nhiễm sang người khác (như bạn tình, bạn chích). Ngoài ra, điều trị ARV sớm cũng giúp dự phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con [49].

Điều trị thuốc ARV

Việc sử dụng thuốc ARV rộng rãi có thể dẫn tới giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm mới HIV/AIDS [50], [51]. Thuốc ARV được chứng minh là làm giảm tải lượng vi-rút trong máu và dịch tiết sinh dục [52]. Một nghiên cứu trên 1.166 cặp vợ chồng có huyết thanh âm tính (trong đó một người dương tính với HIV/AIDS và người kia âm tính) cho thấy tỷ lệ lây truyền qua đường tình dục không xảy ra nếu bệnh nhân dương tính với HIV/AIDS dùng ARV, và tải lượng HIV/AIDS được kiểm soát dưới 200 bản sao/mL [53]. Ở Châu Phi, điều trị ARV từ khi được đề xuất đã nhanh chóng được nhân rộng trong khu vực thông qua Chương trình Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS của Hlabisa đến

giữa năm 2012, việc điều trị đã được bắt đầu ở hơn 20.000 người nhiễm HIV/AIDS [54].

Hướng dẫn điều trị bằng thuốc ARV đã thay đổi theo thời gian. Trước năm 1987, không có thuốc kháng virus có sẵn và điều trị HIV/AIDS chỉ dừng lại ở việc điều trị các biến chứng do nhiễm trùng cơ hội và khối u ác tính. Sau khi thuốc ARV được giới thiệu, hầu hết các bác sĩ lâm sàng đều đồng ý rằng bệnh người nhiễm HIV/AIDS có số lượng T-CD4 thấp nên được điều trị, nhưng không có sự đồng thuận nào về việc có nên điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS có số lượng T-CD4 cao hay không. Năm 1995, Merck bắt đầu tuyển dụng bệnh nhân để thử nghiệm kiểm tra tác dụng của ba loại thuốc kết hợp, bao gồm thuốc ức chế protease indinavir và hai chất tương tự nucleoside [55]. Các đánh giá sau đó vào cuối những năm 90 và đầu những năm 2.000 đã lưu ý rằng phương pháp này có những rủi ro đáng kể về việc tăng tác dụng phụ và phát triển kháng đa kháng thuốc và cách tiếp cận này phần lớn đã bị từ bỏ. Tuy nhiên, vẫn có sự tán thành khi điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS bị ức chế miễn dịch tiến triển (số lượng T-CD4 dưới $350/\mu\text{L}$) [56]. Một nghiên cứu những bệnh nhân bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng vi-rút với số lượng T-CD4 dưới $500/\mu\text{Lmm}^3$ so với dưới $350/\mu\text{Lmm}^3$ và cho thấy, những người bắt đầu điều trị ARV với số lượng T-CD4 thấp hơn có nguy cơ tử vong tăng 69% [57]. Nhưng sau đó tới năm 2015, các nghiên cứu lại cho thấy người nhiễm HIV/AIDS có cơ hội sống lâu hơn nếu họ bắt đầu dùng thuốc ARV sớm tại thời điểm chẩn đoán, thay vì chờ số lượng T-CD4 giảm xuống mức quy định [58], [59]. Cần điều trị ARV càng sớm càng tốt cho phụ nữ mang thai ngay khi phát hiện nhiễm HIV/AIDS để giảm tối đa lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con [60], [61], [62].

Một số tiêu chuẩn áp dụng, xét nghiệm, điều trị và tuân thủ điều trị ARV được quy định như sau [49], [60]:

Các tiêu chuẩn để áp dụng chỉ định điều trị ARV:

- Tất cả người nhiễm HIV/AIDS không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng và số lượng tế bào T-CD4.

- Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính hoặc có kháng thể kháng HIV/AIDS dương tính đồng thời có biểu hiện sau: Nấm miệng, viêm phổi nặng, nhiễm trùng nặng hoặc có bất kỳ bệnh lý nào của giai đoạn AIDS. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV/AIDS.

- Mẹ có xét nghiệm sàng lọc có kết quả phản ứng với kháng thể kháng HIV/AIDS khi chuyển dạ hoặc sau sinh hoặc đang cho con bú: Tư vấn và điều trị ARV ngay cho mẹ đồng thời làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV/AIDS. Nếu kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV/AIDS của mẹ âm tính thì ngừng điều trị ARV

Quy định xét nghiệm, theo dõi điều trị

+ Thời điểm đăng ký điều trị cần làm các xét nghiệm:

- Công thức máu, creatinine, AST, ALT

- HbsAg, anti HBs, anti HCV

- Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng

+ Trong quá trình điều trị ARV cần theo dõi các chỉ số xét nghiệm:

- Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương chức năng thận.

- Công thức máu 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu.

- AST, ALT, lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần.

- Tải lượng HIV:

+ Thường quy: Tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và định kỳ sau đó 12 tháng một lần. Trường hợp tại các thời điểm trên

không làm được xét nghiệm tải lượng HIV/AIDS cần làm xét nghiệm này sớm nhất ngay sau đó.

- T-CD4: 6 tháng một lần nếu không có xét nghiệm tải lượng HIV/AIDS thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội (tiên phát hoặc thứ phát).

Tuân thủ điều trị ARV được quy định như sau [49]:

Tuân thủ điều trị thuốc ARV là việc người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của thầy thuốc, đến khám và làm xét nghiệm theo lịch hẹn.

Tuân thủ điều trị tốt có tác dụng:

- Ức chế sự nhân lên của HIV/AIDS cải thiện tình trạng lâm sàng và miễn dịch.
- Giảm nguy cơ xuất hiện HIV/AIDS kháng thuốc ARV và làm giảm thất bại trong điều trị.
- Giảm nguy cơ lây truyền HIV/AIDS sang người khác.

Bảng 1.2. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV

| Số liều thuốc mỗi ngày | Mức độ tuân thủ | Số liều thuốc quên trong tháng |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Uống 2 liều ARV mỗi ngày | Tốt | 1-3 |
| | Không tốt | ≥ 4 |
| Uống 1 liều ARV mỗi ngày | Tốt | 1 |
| | Không tốt | ≥ 2 |

Đối với người bệnh điều trị ARV ổn định: có thể tái khám, kê đơn, cấp thuốc ARV với số lượng thuốc sử dụng tối đa 90 ngày. Đối với trường hợp điều trị ARV chưa ổn định, cần tái khám định kỳ hàng tháng hoặc sớm hơn. Số lượng thuốc được kê đơn và cấp tối đa 30 ngày.

Thực trạng điều trị bằng thuốc ARV

Các thuốc điều trị HIV/AIDS đang không ngừng được nghiên cứu, tuy nhiên tới thời điểm này, việc sử dụng thuốc ARV vẫn là biện pháp tốt nhất cho người bệnh [63]. Chính vì thế, tình trạng kháng thuốc là rất nguy hiểm, có khả năng phá vỡ tiến trình đang đạt được trong cuộc chiến chống lại HIV/AIDS trên Toàn cầu, ngăn chặn việc sớm đạt được mục tiêu "90-90-90" là chẩn đoán 90% trường hợp nhiễm HIV/AIDS, cung cấp điều trị cho 90% người nhiễm bệnh và ngăn chặn thành công tải lượng virus và 90% số người được điều trị ARV [64]. Một thử nghiệm cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng cơ hội, ung thư, đau tim và tử vong cao hơn ở những bệnh nhân điều trị ARV không liên tục [65].

Năm 2004, một nghiên cứu ước tính tỷ lệ dân số nhiễm HIV/AIDS ở Mỹ với một số dạng kháng thuốc là 76,3% [66]. Một nghiên cứu gần đây hơn ở Hàn Quốc ước tính rằng 50% người nhiễm HIV/AIDS dương tính có các chủng HIV/AIDS kháng đa thuốc, trong khi 10% có các chủng kháng đa nhóm. Các chủng kháng đa nhóm gây ra một vấn đề lớn hơn bởi vì mỗi nhóm bao gồm nhiều loại thuốc và không sử dụng được toàn bộ nhóm thuốc đó có thể làm hạn chế nghiêm trọng các lựa chọn điều trị [67].

Điều trị HIV/AIDS bằng ARV giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV/AIDS. Bên cạnh đó, điều trị ARV ở người nhiễm HIV/AIDS còn làm giảm lây truyền HIV/AIDS [68], [69]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc mở rộng quy mô điều trị ARV đã dẫn tới giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS trong dân số [70], [71].

Một nghiên cứu về HIV/AIDS toàn cầu cho thấy rằng việc tăng tỷ lệ tiếp cận với ARV từ 2,98 triệu người trong năm 2006 lên 21,8 triệu vào năm

2017 đã dẫn tới việc giảm 51% tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS, từ 1,95 triệu vào năm 2006 xuống 0,95 triệu trong năm 2017 [72].

Các nghiên cứu so sánh tỷ lệ tuân thủ phác đồ thuốc giữa các quốc gia thu nhập cao và thấp cho thấy người bệnh ở các quốc gia thu nhập thấp cũng tuân thủ khá đúng các hướng dẫn về thuốc. Trong một nghiên cứu, 77% bệnh nhân Châu Phi được tìm thấy đáp ứng tiêu chuẩn tuân thủ điều trị ARV, so với chỉ 55% người nhiễm HIV/AIDS Bắc Mỹ được nghiên cứu [73].

Một nghiên cứu khác thực hiện trên 250 người nhiễm HIV/AIDS đang được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS tuân thủ điều trị còn thấp (60,4%). Người nhiễm HIV/AIDS nữ giới có xu hướng tuân thủ điều trị cao hơn nam giới [74].

Năm 2011 có 8 triệu người dương tính với HIV/AIDS đã nhận được ARV (tăng gấp 20 lần kể từ năm 2003), chiếm 54% tổng số người đủ điều kiện ở các nước thu nhập thấp và trung bình [75]. Năm 2018, toàn Thế giới ước tính có khoảng 23,3 triệu người đang được điều trị bằng thuốc ARV, chiếm khoảng 62% tổng số người đang sống chung với HIV/AIDS. Tại khu vực Châu Phi 64% người nhiễm HIV/AIDS có thể sử dụng thuốc ARV trong năm 2018. Tương tự, tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS đang tiếp nhận điều trị ARV là 67% ở khu vực Châu Mỹ, 53% ở khu vực Đông Nam Á, 55% ở khu vực Châu Âu, 21% ở khu vực phía đông Địa Trung Hải và 59% ở khu vực Tây Thái Bình Dương [76].

Khả năng tiếp cận với điều trị ARV đã tăng nhanh kể từ năm 2005 từ chỉ 2,0 triệu lên 23,3 triệu vào cuối năm 2018. Mức độ bao phủ toàn cầu của ARV ước tính tăng từ 7% năm 2005 lên 62% vào năm 2018. Sự gia tăng lớn

nhất xảy ra ở khu vực Châu Phi, nơi ARV là không phổ biến tính đến năm 2005 (739.000 người điều trị ARV) và tăng lên 16,3 triệu vào năm 2018 [77].

1.3. Nhu cầu và các biện pháp hỗ trợ chăm sóc điều trị của người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng

1.3.1. Nhu cầu hỗ trợ chăm sóc, điều trị của người nhiễm HIV/AIDS

Nhu cầu nâng cao kiến thức chăm sóc, điều trị:

Một nghiên cứu cắt ngang về kiến thức, thái độ, niềm tin và thực hành đối với người nhiễm HIV/AIDS và điều trị bằng thuốc kháng virus (ARV) đã được thực hiện ở Soweto, Nam Phi. Trong số 105 bệnh nhân tới phòng khám HIV/AIDS được đánh giá, 89% có kiến thức tốt về nguyên nhân nhiễm HIV/AIDS và 83% biết về các phương thức lây truyền, 65% đồng ý rằng việc thiếu liệu ARV có thể dẫn đến tiến triển bệnh, 90% đã tiết lộ, đã truyền HIV/AIDS cho ít nhất 1 người, nhưng chỉ 62% những người có bạn tình hiện tại báo cáo đã nói với bạn tình. 49% tin rằng ARV có thể chữa khỏi HIV/AIDS [78].

Nhiều người nhận thức được rằng các biện pháp phòng tránh lây truyền HIV/AIDS có liên quan đến quan hệ tình dục. Một nghiên cứu được thực hiện ở Mozambique cho thấy, 75% những người nhiễm HIV/AIDS nghĩ rằng HIV/AIDS có thể được ngăn chặn bằng cách “kiêng khem” quan hệ tình dục. Ngoài ra, 89% số họ nghĩ rằng việc có một bạn tình duy nhất giúp ngăn ngừa lây truyền và phòng chống HIV/AIDS, 86% nhận thức được việc sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục có thể ngăn ngừa lây truyền HIV/AIDS [17].

Người nhiễm HIV/AIDS điều trị bằng thuốc ARV cần đạt tỷ lệ tuân thủ 90% với điều trị để ngăn ngừa tiến triển và kháng thuốc. Do vậy, việc có kiến thức tốt về ARV cũng như quản lý và điều trị HIV/AIDS là rất quan trọng để đảm bảo tuân thủ tốt, giảm nguy cơ kháng thuốc và tăng hiệu quả điều trị và

chi phí. Giáo dục người nhiễm HIV/AIDS đầy đủ được đặc biệt yêu cầu khi điều trị người nhiễm HIV/AIDS vì nó bao gồm nhiều khía cạnh cần được liên tục chú ý. Người nhiễm HIV/AIDS cần được thông báo đầy đủ về căn bệnh của mình để có thể đưa ra quyết định sáng suốt và tuân thủ điều trị, giúp họ có thể ngăn chặn căn bệnh này. Người nhiễm HIV/AIDS có thể tuân thủ trong việc ngăn ngừa lây truyền HIV/AIDS thông qua các thực hành tình dục an toàn, dùng thuốc theo quy định và chấp nhận trách nhiệm đối với sức khỏe của chính họ. Cuối cùng, điều này có thể góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS. Cũng như đóng góp tích cực cho kế hoạch chiến lược giải quyết vấn đề HIV/AIDS ở của các quốc gia [79].

Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện để đo lường các kiến thức chung về điều trị ARV tại tỉnh Hải Dương. Kết quả cho thấy, hiểu biết cụ thể về tác hại của việc không tuân thủ điều trị điều trị ARV khác nhau và còn hạn chế ở một số kiến thức về tuân thủ điều trị như không tuân thủ điều trị làm hạn chế cơ hội điều trị sau này (47,2%), không ức chế được HIV/AIDS (64%), bệnh tiếp tục nặng lên (61,2%) và gây ra sự kháng thuốc (82,4%). Nữ giới 95% bệnh nhân có nghề nghiệp ổn định và người nhiễm HIV/AIDS có thời gian điều trị trên 12 tháng, 95% có liên quan đến kiến thức tốt hơn về điều trị ARV [80].

Theo nghiên cứu của C Sarai và cộng sự, mặc dù không thấy khác biệt về kết quả điều trị theo sự hiểu biết về thuốc ARV, nhưng sự tuân thủ điều trị chung trong nghiên cứu là thấp, đồng thời hiểu biết đầy đủ về ARV ở bệnh nhân cũng còn khá thấp. Nếu sự hiểu biết của bệnh nhân có thể được cải thiện thông qua các cuộc thảo luận với bác sĩ và dược sĩ, khả năng tuân thủ điều trị và tăng hiệu quả điều trị có thể tăng lên đáng kể [81].

Theo Esther Kip và cộng sự, tỷ lệ tuân thủ điều trị. Trong 400 người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị tại 4 phòng khám ARV ở Botswana được

hỏi bao gồm cả nam và nữ, 40,3% không tin rằng họ có thể bị nhiễm lại HIV/AIDS thông qua quan hệ tình dục hoặc bất kỳ phương tiện nào khác. Một quan niệm sai lầm khác là một số người tin rằng HIV/AIDS có thể được chữa khỏi chiếm tới 30,5%. Trong cùng một nghiên cứu đã chỉ ra rằng 9,3% số người được hỏi tin rằng HIV/AIDS thậm chí không thực sự tồn tại [82].

Nhu cầu nâng cao thực hành chăm sóc, điều trị:

Một phân tích phân nhóm đã được thực hiện để kiểm tra các yếu tố liên quan đến giao hợp hậu môn không được bảo vệ ở những người đồng tính nam có quan hệ tình dục đồng giới. Khoảng 2/3 trong số 519 người nhiễm HIV/AIDS (65,7%) hoạt động tình dục và gần 50% người nhiễm HIV/AIDS có hoạt động tình dục đã báo cáo ít nhất 1 hành vi tình dục không an toàn. Không tiết lộ tình trạng nhiễm HIV/AIDS là 15% [83].

Nguy cơ lây HIV/AIDS cũng cao hơn ở những người có nhiều bạn tình hoặc có quan hệ tình dục không an toàn. Chính bởi thế, nhiều hành vi liên quan tới quan hệ tình dục an toàn có thể là hành vi sức khỏe ngăn lây nhiễm HIV/AIDS. Đồng thời cũng có những hành vi nguy cơ làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh. Việc sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục có thể giúp giảm bớt khả năng lây truyền HIV/AIDS [84], [85].

Một nghiên cứu được thực hiện ở Trung Quốc trên 2.575 người nhiễm HIV/AIDS cho thấy, 59,0% số người đã quan hệ tình dục trong 6 tháng trước trong số những người có quan hệ tình dục, 92,0% có bạn tình cố định. Trong số những người không có bạn tình cố định có 38,0% nhiều hơn ba đối tác trong số những người đàn ông có quan hệ tình dục, 34,7% có quan hệ tình dục với nam giới trong 6 tháng trước và 16,7% trong số này có hoạt động tình dục theo nhóm. Trong số những người tham gia có 72,2% sử dụng bao cao su mỗi

khi họ quan hệ tình dục trong khi 6,4% người không bao giờ sử dụng bao cao su. [86].

Quá trình điều trị ARV là rất phức tạp, đòi hỏi sự tuân thủ điều trị nghiêm ngặt về thời gian, liều lượng, cách dùng thuốc ARV để hạn chế sự nhân lên và đột biến kháng thuốc của vi-rút HIV/AIDS. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện để đo lường tuân thủ điều trị ARV và xác định các yếu tố liên quan trên 250 người nhiễm HIV/AIDS AIDS đang được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS tuân thủ điều trị còn thấp (60,4%). Có tới 95% người nhiễm HIV/AIDS nữ giới có xu hướng tuân thủ điều trị cao hơn nam giới. 95% những người không phải đi làm xa nhà có xu hướng tuân thủ điều trị cao hơn những người phải đi xa nhà và 95% người nhiễm HIV/AIDS không sử dụng rượu bia trong tuần tuân thủ điều trị cao hơn so với những người nhiễm HIV/AIDS có sử dụng.

Do chế độ nghiêm ngặt phải tuân thủ khi dùng thuốc, các nhà khoa học đã ngần ngại khi phân phối thuốc ở các nước có nguồn lực hạn chế, nơi họ lo lắng người nhiễm HIV/AIDS sẽ không sẵn sàng hoặc không thể tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu so sánh tỷ lệ tuân thủ phác đồ thuốc giữa các Quốc gia thu nhập cao và thấp cho thấy người bệnh ở các Quốc gia thu nhập thấp cũng tuân thủ khá đúng các hướng dẫn về thuốc. Trong một nghiên cứu, 77% người nhiễm HIV/AIDS Châu Phi được tìm thấy đáp ứng tiêu chuẩn tuân thủ điều trị ARV, so với chỉ 55% người nhiễm HIV/AIDS Bắc Mỹ được nghiên cứu [73].

Kết quả nghiên cứu của Trần Xuân Bách và Nguyễn Thanh Lương ở Nam Định cho thấy trong 1.054 người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV được đưa vào nghiên cứu. Các thông tin về tình trạng tuân thủ điều trị và các biện

pháp hỗ trợ tuân thủ được khảo sát. Kết quả cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV của người bệnh ở mức tối ưu là 41,9% [87].

Nghiên cứu tại hai tỉnh Thanh Hoá và Thái Nguyên khi điều trị ARV ngay cho người nghiện chích ma túy nhiễm HIV/AIDS. Đồng thời theo dõi tải lượng vi-rút, các hành vi nguy cơ trong vòng 12 tháng, duy trì điều trị ARV trước và sau khi can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hành vi nguy cơ được cải thiện sau 12 tháng khi điều trị ARV ngay như tăng sử dụng bao cao su (90% so với 66,4%), dùng bơm kim tiêm sạch (92,4% so với 90,4%) [88].

Một nghiên cứu tại Đắk Lắk và Đắk Nông năm 2015 nghiên cứu về hành vi của 263 người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị thuốc ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tại Đắk Lắk và Đắk Nông trong thời gian từ 6-12/2015. Kết quả cho thấy một số yếu tố liên quan chặt chẽ với sự tuân thủ điều trị thuốc ARV của người nhiễm HIV/AIDS như: Hành vi uống rượu thường xuyên, sử dụng ma túy, quan hệ tình dục trong quá trình điều trị thuốc ARV. Người nhiễm HIV/AIDS thường xuyên uống rượu có nguy cơ không tuân thủ điều trị gấp 2,2 lần so với người nhiễm HIV/AIDS không thường xuyên uống rượu. Người nhiễm HIV/AIDS sử dụng ma túy có nguy cơ không tuân thủ điều trị gấp 2,2 lần so với người nhiễm HIV/AIDS không sử dụng ma túy [89].

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 72 người nhiễm HIV/AIDS tại 08 phòng khám ngoại trú (OPC) tỉnh Thanh Hóa năm 2012-2013 để tìm hiểu thực trạng về người nhiễm HIV/AIDS bỏ trị ARV. Kết quả nghiên cứu cho thấy người nhiễm HIV/AIDS bỏ trị ARV 84,7% là nam giới, 66,6% trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, 91,6% khó khăn về tài chính, 88,9% không có việc làm ổn định và 63,9% vẫn đang sử dụng ma túy trong khi điều trị. Người nhiễm HIV/AIDS bỏ trị ARV hay quên uống thuốc ARV là 63,7%, trên 50% gặp tác dụng phụ khi uống thuốc ARV và 50% chưa hiểu đầy đủ

khái niệm tuân thủ điều trị ARV. Có ba nguyên nhân chính khiến người nhiễm HIV/AIDS bỏ điều trị ARV là 38,9% đi làm ăn xa, 25% sợ bị kỳ thị và 18% do điều trị không hiệu quả (dùng uống thuốc ARV để điều trị bệnh khác). Sử dụng mô hình hồi quy đa biến cho thấy yếu tố liên quan đến bỏ do điều trị không hiệu quả là tình trạng hôn nhân và đi làm ăn xa ($p < 0,05$); yếu tố liên quan đến bỏ trị do sợ bị kỳ thị là khoảng cách đến phòng OPC và ngại mọi người biết mình nhiễm HIV/AIDS ($p < 0,05$) [90].

Nhiều yếu tố đã được xác định là rào cản đối với chăm sóc và điều trị HIV/AIDS kể từ khi dịch bắt đầu và một số báo cáo đã cung cấp thông tin định tính quan trọng về các rào cản đối với việc chăm sóc và điều trị trong kỷ nguyên ARV hiện nay [91], [92], [93]. Trong số 60 người tham gia điều trị ARV trong một nghiên cứu trên 150 người nhiễm HIV/AIDS ở Mỹ, hầu hết đều trình bày mối quan tâm của họ về tác dụng phụ (77%) và tuân thủ điều trị (55%) là lý do quan trọng để không bắt đầu điều trị ARV [94].

Theo Kamini và các cộng sự, việc tin rằng cái chết là không tránh khỏi khi người bệnh nhiễm HIV/AIDS là một rào cản nghiêm trọng đối với việc tiếp cận điều trị bệnh. Ngoài ra, các rào cản khác cũng được báo cáo như là việc khó khăn trong duy trì và tuân thủ chăm sóc, chẳng hạn như phải thường xuyên dùng thuốc và có các cuộc hẹn định kỳ cũng như luôn chú ý ưu tiên sử dụng thuốc HIV/AIDS, hoặc là các tác dụng phụ khi sử dụng thuốc [95].

Nhiều tài liệu đã cho thấy, việc sử dụng chất gây nghiện cũng là một trong những rào cản quan trọng đối với việc tham gia điều trị cũng như tham gia các chương trình chăm sóc HIV/AIDS [96], [97]. Ngược lại, nhiều bệnh nhân cũng cho rằng, chẩn đoán HIV/AIDS cũng dẫn tới việc họ gia tăng sử dụng ma túy do suy nghĩ cái chết do HIV/AIDS là không thể tránh khỏi [95].

Nỗi sợ về tác dụng phụ của thuốc, thậm chí qua tin đồn cũng có thể gây ra rào cản dẫn tới việc người nhiễm HIV/AIDS lựa chọn không tham gia các chương trình điều trị. Có người nhiễm HIV/AIDS cho rằng, họ biết những người nhiễm HIV/AIDS vẫn ổn khi mắc bệnh, nhưng sau khi bắt đầu dùng thuốc, họ trở lên ốm yếu. Tương tự, có những người chỉ nghe nói về các tác dụng phụ của thuốc và thực sự sợ hãi tới nỗi không dám bắt đầu điều trị [95].

Sự kỳ thị đã được xác định là một rào cản đối với việc chăm sóc ở tất cả các bước, bao gồm xét nghiệm HIV/AIDS, theo dõi điều trị [98], [99] và tuân thủ điều trị ARV [100]. Sự tiết lộ tình trạng dương tính với HIV/AIDS của một người cũng là một rào cản được báo cáo về chăm sóc [68], nhưng nếu đạt được, việc tiết lộ có thể hỗ trợ mối liên kết để chăm sóc [101].

Ở nhiều nơi trên thế giới, việc thiếu bảo hiểm y tế hay không biết về các hỗ trợ y tế cho điều trị HIV/AIDS của chính phủ là một rào cản lớn đối với người nhiễm HIV/AIDS do lo ngại chi phí điều trị. Một nghiên cứu ở Hoa Kỳ cho thấy, thiếu bảo hiểm là rào cản quan trọng được báo cáo phổ biến nhất đối với dịch vụ chăm sóc (50%) [94].

Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng duy trì các cuộc hẹn khám tại phòng khám bao gồm các yếu tố cá nhân, bối cảnh và cộng đồng, môi trường bao gồm: mối quan hệ người nhiễm HIV/AIDS và nhà cung cấp, hỗ trợ gia đình, tiếp cận vận chuyên, cơ sở hạ tầng tổ chức của cơ sở chăm sóc sức khỏe đã đến thăm và nhận thấy sự kỳ thị HIV/AIDS trong cộng đồng. Mối quan hệ xấu với nhà cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS cũng là một rào cản đối với nhiều người nhiễm HIV/AIDS để tuân thủ điều trị ARV. Cảm giác không được tôn trọng, đồng cảm và quan tâm từ phía nhà cung cấp các dịch vụ y tế làm tăng khả năng trầm cảm, chán nản và không tuân thủ điều trị ở người nhiễm HIV/AIDS [95].

Những người đang sử dụng ma túy có xu hướng tuân thủ điều trị kém hơn. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, việc duy trì sử dụng ma túy là một trong các rào cản không chỉ đối với việc tuân thủ điều trị HIV/AIDS [102]. Những người nhiễm HIV/AIDS sử dụng ma túy trong một nghiên cứu giải thích rằng, ARV nhanh chóng bị lãng quên khi họ sử dụng ma túy.

Không chỉ sử dụng ma túy gây trở ngại với khả năng tuân thủ điều trị, việc sử dụng cô-ca-in, các chất kích thích và cả rượu đều có những tác động tiêu cực tới việc tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS [102]. Trong một nghiên cứu kéo dài mười hai tháng về những người điều trị ARV và sử dụng rượu, những người tham gia đã bỏ lỡ liều hoặc ngừng thuốc hoàn toàn khi sử dụng rượu. Một số cá nhân liên quan đến hành vi này cho rằng trộn ARV và rượu là nguy hiểm. Những người khác tán thành việc bỏ qua liều thuốc vì tin rằng rượu làm giảm hiệu quả của thuốc điều trị HIV/AIDS [103].

1.3.2. Các biện pháp hỗ trợ chăm sóc, điều trị đối với người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng

Một nghiên cứu đánh giá hệ thống được thực hiện cho thấy các can thiệp phổ biến nhằm tăng hiệu quả điều trị ở người nhiễm HIV/AIDS tập trung vào các nhóm biện pháp như là can thiệp vào hệ thống y tế, tăng cường sự thuận tiện và khả năng tiếp cận của bệnh nhân, can thiệp, thực hành hỗ trợ đồng đẳng như là cải thiện giao tiếp, hỗ trợ giáo dục..., và khuyến khích (ví dụ hỗ trợ thực phẩm cho người tham gia) thông qua các chính sách xã hội hoặc biện pháp truyền thông [104]. Một số nhóm biện pháp hiện đang được áp dụng có thể trình bày tóm tắt trong phần dưới đây:

Biện pháp 1: Phân cấp hệ thống chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS:

Một số nghiên cứu đã điều tra hiệu quả của việc đưa các dịch vụ chăm sóc HIV/AIDS đến gần nơi bệnh nhân cư trú thông qua phân cấp và tích hợp

dịch vụ để khắc phục các vấn đề về khoảng cách và khó khăn trong việc trả tiền vận chuyển trong bối cảnh chăm sóc trước điều trị ARV. Một tổng quan hệ thống gần đây đánh giá ảnh hưởng của các mô hình điều trị và chăm sóc HIV/AIDS phi tập trung khác nhau trong việc bắt đầu và duy trì điều trị ARV kết luận rằng phân cấp một phần có thể làm giảm sự suy giảm điều trị ARV của bệnh nhân [105].

Hiện tại, có khuyến nghị từ các hướng dẫn gần đây của WHO để phân cấp các dịch vụ HIV/AIDS từ chăm sóc thứ cấp (ví dụ: bệnh viện huyện) đến các phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu [106]. Điều này thường đi cùng với việc chuyển đổi nhiệm vụ điều trị ARV và quản lý bệnh nhân từ bác sĩ sang điều dưỡng.

Biện pháp 2: Hỗ trợ một phần hoặc chi trả toàn bộ chi phí điều trị HIV/AIDS:

Tại Việt Nam, thuốc ARV đã được áp dụng điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS hoàn toàn miễn phí. Hiện nay, cả nước có khoảng 98 nghìn người đang điều trị miễn phí ARV (chiếm khoảng 40% số người nhiễm HIV). Mỗi năm tiêu tốn khoảng 420 tỷ đồng từ các nguồn viện trợ. Hiện nay, các nguồn viện trợ đang dần kết thúc và có xu hướng giảm dần. Như vậy người nhiễm HIV/AIDS có nguy cơ phải tự chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS nói chung và ARV nói riêng. Tuy nhiên, ARV đã được đưa vào chi trả trong bảo hiểm y tế, như vậy, chỉ cần người bệnh có BHYT sẽ được chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS [107]. Điều này đã giải quyết mối lo ngại về tài chính khi điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS.

Biện pháp 3: Tăng cường hệ thống y tế phục vụ điều trị HIV/AIDS:

Một chương trình hỗ trợ điều trị bằng tăng cường hệ thống y tế đã được thực hiện và chứng minh những kết quả tích cực ở Mozambique. Năm 2005,

Bộ Y tế của Mozambique và Liên minh Y tế Quốc tế đã khởi xướng một nỗ lực tích hợp điều trị ARV vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu thông qua các đơn vị y tế được phân phối trên 23 quận của 2 tỉnh tại nước này [108].

Biện pháp 4: Xây dựng mô hình Điều dưỡng quản lý trong điều trị ARV

Việc chuyển đổi nhiệm vụ điều trị ARV và quản lý người nhiễm HIV/AIDS từ Bác sĩ sang Điều dưỡng được hỗ trợ bởi một thử nghiệm ngẫu nhiên theo cụm về khởi đầu điều trị ARV do Điều dưỡng quản lý ở Nam Phi cho thấy không có tác động bất lợi nào đối với việc duy trì chăm sóc trước điều trị ARV, hoặc kết quả miễn dịch và virus trong 6 tháng, cho thấy việc chuyển đổi nhiệm vụ là một cách tiếp cận khả thi ở một số cơ sở [109].

Biện pháp 5: Hỗ trợ xét nghiệm HIV/AIDS:

Chương trình hỗ trợ xét nghiệm T-CD4 ở thời điểm chẩn đoán HIV/AIDS đã làm tăng tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS hoàn thành đánh giá đủ điều kiện điều trị ARV (44% so với 79%) và giảm thời gian bắt đầu điều trị ARV (48 đến 20 ngày $p < 0,0001$) ở Mozambique [110]. Trong một nghiên cứu khác từ Nam Phi, xét nghiệm CD4 đã làm tăng gấp đôi khởi đầu điều trị ARV tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày sau chẩn đoán [110], [111].

Biện pháp 6: Hỗ trợ điều trị cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS:

Các chương trình điều trị cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS được thực hiện ở nhiều nơi trên Toàn cầu và cũng đã mang lại nhiều hiệu quả thiết thực. Nghiên cứu của Landry và cộng sự so sánh hai mô hình cung cấp dịch vụ trong dự phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con cho thấy mô hình điều trị ARV mang lại hiệu quả rõ rệt hơn so với biện pháp điều trị Nevirapine đơn liều trước đó [112]. Kết quả tương tự cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Karin và cộng sự [113].

Biện pháp 7: Điều trị người nhiễm HIV/AIDS tại nhà:

Chương trình điều trị ARV tại nhà là một trong những nỗ lực tăng cường sự thuận tiện cho bệnh nhân được thực hiện như một thử nghiệm ngẫu nhiên ở Malauy cho thấy hiệu quả rất tích cực làm tăng gấp 3 lần khả năng bắt đầu điều trị ARV ở người nhiễm HIV/AIDS là 95% [114].

Biện pháp 8: Truyền thông nâng cao hiệu quả điều trị HIV/AIDS:

Chương trình truyền thông can thiệp vào hệ thống y tế nhằm cải thiện sự giới thiệu, giao tiếp và giảng dạy cho thấy sự gia tăng tỷ lệ tham gia chăm sóc toàn diện HIV/AIDS, cụ thể làm tăng 15% phụ nữ mang thai ở Nam Phi [108], 27% người nhiễm HIV/AIDS lao trong 8 tuần đầu ở Campuchia và 15% người nhiễm HIV/AIDS ở Swaziland [115], [116] tham gia điều trị ARV.

- Truyền thông bằng tài liệu, áp phích:

Một chương trình truyền thông bằng các tài liệu quảng cáo, áp phích và thông điệp truyền thông về tầm quan trọng của việc đi khám thường xuyên đối với người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám HIV/AIDS đã cho thấy tác động tích cực [117].

- Tư vấn HIV/AIDS:

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát chương trình can thiệp tư vấn mở rộng và hỗ trợ cộng đồng được tiến hành ở Uganda cho thấy tư vấn sau xét nghiệm làm các chuyến thăm hàng tháng của một nhân viên hỗ trợ đồng đẳng gần như tăng gấp đôi liên kết với chăm sóc HIV/AIDS sau 5 tháng chẩn đoán [118]. Các chuyến thăm của các nhà nghiên cứu đều hướng tới đồng đẳng viên cũng làm tăng khả năng tìm kiếm sự chăm sóc sau xét nghiệm

HIV/AIDS dựa vào cộng đồng trong một nghiên cứu quan sát được thực hiện ở Kenya [119].

Chất lượng của mối quan hệ giữa nhà cung cấp và bệnh nhân cũng tác động đến việc tham gia chăm sóc HIV/AIDS. Bởi vậy, rất cần thiết phải tạo được môi trường thoải mái khi tiếp xúc giữa người nhiễm HIV/AIDS và cán bộ y tế tại các cơ sở điều trị. Bên cạnh đó, nhân viên y tế tại các cơ sở này phải tạo được sự tin tưởng của người bệnh không chỉ về mặt chuyên môn, mà còn phải làm cho người bệnh cảm nhận được sự đồng cảm, quan tâm. Các nghiên cứu cho thấy, những người nhiễm HIV/AIDS nhận thấy các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của họ có sự đồng cảm và hiểu biết về HIV/AIDS thể hiện tỷ lệ hài lòng cao hơn và tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV cũng cao hơn [120], [121]. Tư vấn phù hợp từ cán bộ y tế đã được chứng minh là thúc đẩy tiết lộ tình trạng HIV/AIDS cho các thành viên gia đình, cải thiện sự tuân thủ điều trị và thúc đẩy tâm lý thoải mái [122], [123].

- Truyền thông qua đào tạo, tập huấn cho bệnh nhân:

Nghiên cứu trên 420 đối tượng để tìm hiểu thực trạng hỗ trợ, chăm sóc điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại các CLB người có HIV/AIDS tỉnh Thái Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 66,2% đối tượng nghiên cứu đã từng bố trí thời gian tham dự các khóa tập huấn chăm sóc, điều trị HIV/AIDS, thực hành về chăm sóc tại nhà. 42,6% thành viên CLB người có HIV/AIDS đã từng hỗ trợ, chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng. Hỗ trợ của các thành viên CLB người HIV/AIDS đạt 83,8% hướng dẫn sử dụng thuốc; 74,9% hướng dẫn cách phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS cho người khác. 73,3% người nhiễm HIV/AIDS được các thành viên CLB hỗ trợ trong quá trình điều trị. 87,1% người có HIV/AIDS đã từng tham gia chăm sóc, hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại cộng đồng [124].

Trong khi việc nhận thức được tình trạng nhiễm HIV/AIDS của bản thân có thể thay đổi hành vi để giảm bớt khả năng lây truyền HIV/AIDS và có kiến thức tốt về bệnh giúp việc điều trị đạt hiệu quả cao hơn. Do vậy, các biện pháp nâng cao nhận thức của người nhiễm HIV/AIDS được xem là rất quan trọng để hỗ trợ chăm sóc họ. Bằng chứng là hỗ trợ tư vấn giáo dục (các buổi tư vấn tuân thủ điều trị tâm lý gắn với các nhà tổ chức thuốc hàng tuần) đã làm tăng đáng kể về tỷ lệ tuân thủ điều trị [125].

Biện pháp 9: Xây dựng các chương trình quản lý trường hợp nhiễm HIV/AIDS:

Can thiệp, quản lý trường hợp tại thời điểm và giai đoạn sau chẩn đoán có thể giúp cải thiện khả năng bệnh nhân giữ liên hệ và duy trì chế độ chăm sóc, điều trị [101], [126], [127]. Các hướng dẫn hiện tại cho thấy rằng việc quản lý trường hợp đối với từng người nhiễm HIV/AIDS mới được chẩn đoán cũng như tiếp cận sâu rộng cho các cá nhân không được chăm sóc trong vòng 6 tháng có thể giúp ngăn ngừa các cá nhân được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS gần đây bị mất dấu [104], [127]. Tại thời điểm chẩn đoán, các can thiệp nên liên quan đến giao tiếp tập trung vào bệnh nhân để giảm thiểu bất kỳ kết quả bất lợi nào liên quan đến kinh nghiệm chẩn đoán.

Ngoài ra, các can thiệp chuyên sâu, lặp đi lặp lại tại thời điểm chẩn đoán HIV/AIDS có thể rất quan trọng để giảm tỷ lệ mắc và tử vong ở những người nhiễm HIV/AIDS và sử dụng chất gây nghiện và giảm nguy cơ lây truyền qua chăm sóc sớm. Kết quả nghiên cứu của Lytt và các cộng sự cho thấy, một can thiệp quản lý trường hợp có thể cải thiện tỷ lệ duy trì theo dõi và chăm sóc ở người nhiễm HIV/AIDS mới được chẩn đoán [126].

Biện pháp 10: Sử dụng công cụ nhắc nhở điều trị HIV/AIDS:

Các công cụ nhắc nhở giúp nhớ lịch sử dụng thuốc và các cuộc hẹn với bác sĩ đã được xây dựng ở nhiều nơi và chứng minh hiệu quả như chương trình can thiệp bằng tin nhắn ở những người già được chẩn đoán HIV/AIDS dương tính người Mỹ gốc Phi. Chương trình can thiệp bằng tin nhắn ở những người già được chẩn đoán HIV/AIDS dương tính người Mỹ gốc Phi đã hỗ trợ những đối tượng này tăng khả năng tuân thủ điều trị HIV/AIDS [128]. Kết quả nghiên cứu của Trần Xuân Bách và cộng sự cũng cho thấy, nhắc nhở bằng điện thoại di động được xem là biện pháp hiệu quả nhất đảm bảo sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân (72,3%) ở những người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội và Nam Định [87]. Bệnh nhân trong nhóm can thiệp nhận được tin nhắn SMS hàng tuần từ một điều dưỡng của phòng khám và được yêu cầu trả lời trong vòng 48 giờ. Người nhiễm HIV/AIDS nhận được hỗ trợ SMS đã cải thiện đáng kể việc tuân thủ điều trị ARV và tỷ lệ ức chế virus so với các cá nhân đối chứng. Điện thoại di động có thể là công cụ hiệu quả để cải thiện kết quả của bệnh nhân trong điều kiện nguồn lực bị giới hạn [129].

Một số yếu tố liên quan tới hoạt động chăm sóc điều trị người nhiễm HIV/AIDS:

Tại Việt Nam, hiện nay đã có nhiều văn bản quy phạm pháp luật quy định việc triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại xã, phường. Bộ Y tế cũng như một số Bộ, Ngành khác đã ban hành một số hướng dẫn kỹ thuật giúp người quản lý và người tổ chức thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại xã, phường và tại cộng đồng dân cư. Tuy vậy, các tài liệu, hướng dẫn đã được ban hành còn riêng rẽ, phân tán hoặc không còn phù hợp với tình hình thực tế, do vậy không thuận tiện cho việc triển khai đồng bộ các hoạt động trên địa bàn, trong khi hầu hết cán bộ tham gia công tác quản

lý, chỉ đạo và tổ chức triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tuyến xã, phường đang làm việc kiêm nhiệm. Xuất phát từ thực tế đó Bộ Y tế đã ban hành “Hướng dẫn tổ chức, hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tuyến xã, phường” [130], trong đó chỉ rõ:

- Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi;
- Can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV;
- Chăm sóc và hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng;
- Huy động sự tham gia của người dân vào các sự kiện và các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS khác trên địa bàn dân cư;
- Huy động các nguồn lực về tài chính và trang thiết bị phục vụ cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Một nghiên cứu đã cho thấy, những người nhiễm HIV/AIDS có người nhà hỗ trợ tích cực tuân thủ điều trị cao hơn người không có sự hỗ trợ từ người nhà đạt 95%. Người nhiễm HIV/AIDS có sử dụng biện pháp nhắc uống thuốc có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn người nhiễm HIV/AIDS tự nhớ đạt 95% [74].

Nghiên cứu phân tích và đánh giá các yếu tố nguy cơ dẫn đến thất bại trong việc điều trị bằng ARV của người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV bậc 2 trên địa bàn tỉnh An Giang đã được thực hiện trên 126 người nhiễm HIV/AIDS trong tổng số 217 người nhiễm HIV/AIDS kháng ARV bậc 1 và đang điều trị ARV bậc 2 thuộc địa bàn. Kết quả nghiên cứu cho thấy 70,2 % người nhiễm HIV/AIDS, có 62% không tuân thủ điều trị ARV. Hơn nữa, sự tuân thủ điều trị ARV có liên quan tới thời gian kháng thuốc, tiền sử kháng thuốc, sự nhắc nhở của người thân, và tình trạng hôn nhân [131].

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại 03 phòng khám ngoại trú HIV/AIDS trên địa bàn Hà Nội. Kết quả nghiên cứu trên 352 người nhiễm HIV/AIDS cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị cao, trung bình và thấp tương ứng

là 66,2%, 23,8% và 10,0%. Các yếu tố ảnh hưởng không tốt đến tuân thủ điều trị gồm không có sự hỗ trợ của bạn bè là 95%, không tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân là 95% và gặp phải tác dụng phụ của thuốc là 95%. Các yếu tố hỗ trợ tích cực đối với tuân thủ điều trị gồm không uống rượu trong 30 ngày qua là 95%, có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế là 95% và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả đạt 95% [132].

Nghiên cứu mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV được thực hiện tại tỉnh Điện Biên. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị tại 3 phòng khám là 63,4% trong đó: Bệnh viện tỉnh là 65,3%, huyện Điện Biên là 64,5%, huyện Điện Biên Đông là 54,9%. Đi làm xa nhà không tuân thủ điều trị cao hơn những người làm gần nhà là 2,39 lần ($p=0.02$); Sử dụng rượu không tuân thủ điều trị cao hơn 3,6 lần ($p<0,001$); Sử dụng ma túy không tuân thủ điều trị cao hơn 2 lần ($p=0,04$); Có hỗ trợ điều trị từ người thân có tỷ lệ tuân thủ cao hơn 3,6 lần ($p<0,001$). Để tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị cần thiết tăng cường hỗ trợ từ người nhà, tăng cường tư vấn điều trị từ các cán bộ điều trị [133].

Việc mở rộng phạm vi điều trị ARV có thể đã góp phần đảo ngược xu hướng toàn cầu về tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS [134]. Thuốc ARV giúp ức chế tối đa và lâu dài quá trình HIV/AIDS nhân lên trong cơ thể, đồng thời, phục hồi chức năng miễn dịch của người nhiễm HIV/AIDS [49], [135].

Nghiên cứu nhằm phân tích và đánh giá các yếu tố nguy cơ dẫn đến thất bại trong việc điều trị bằng ARV của người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV bậc 2 trên địa bàn tỉnh An Giang cho thấy 70,2% người nhiễm HIV/AIDS không tuân thủ điều trị ARV [131]. Kết quả nghiên cứu trên 352 người nhiễm HIV/AIDS ở Hà Nội điều trị ARV cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị cao, trung bình và thấp tương ứng là 66,2%, 23,8% và 10,0% [132].

Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS bỏ trị ARV hay quên uống thuốc ARV được báo cáo trong một nghiên cứu là 63,7%. Nguyên nhân cũng được đưa ra với trên 50% gặp tác dụng phụ khi uống thuốc ARV và 50% chưa hiểu đầy đủ khái niệm tuân thủ điều trị ARV. Có ba nguyên nhân chính khiến bệnh nhân bỏ điều trị ARV là đi làm ăn xa (38,9%), sợ bị kỳ thị (25%) và do điều trị không hiệu quả (dừng uống thuốc ARV để điều trị bệnh khác-18%) [90].

Vị trí địa lý cũng có thể là một trong những rào cản đối với việc tiếp cận điều trị khi người nhiễm HIV/AIDS ở các khu vực nông thôn rộng lớn gặp nhiều khó khăn hơn trong tiếp cận với các dịch vụ điều trị HIV/AIDS [30]. Có 32% người tham gia trong một nghiên cứu đã coi các vấn đề về cuộc hẹn là một rào cản quan trọng trong việc không tuân thủ điều trị ARV, và hầu hết trong số này (63%) chỉ ra rằng họ muốn có một bác sĩ chính hơn là một nhóm bác sĩ điều trị [94]. Ngoài ra, giờ khám bệnh không linh hoạt cũng là một rào cản đối với việc tham gia chương trình chăm sóc HIV/AIDS ở bệnh nhân, đặc biệt là ở những người nhiễm HIV/AIDS đi làm [98], [136], [137].

Trầm cảm cũng là một lý do khá phổ biến được báo cáo khi người nhiễm HIV/AIDS ngừng điều trị ARV [94]. Theo Roberta và cộng sự, HIV/AIDS là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho các phụ nữ Mỹ gốc Phi từ 25 – 34 tuổi, các triệu chứng trầm cảm trong nhóm người này thường liên quan tới việc nhận điều trị ARV. Tuy nhiên, những người phụ nữ có triệu chứng trầm cảm lại ít điều trị ARV hoặc điều trị không liên tục. Điều này làm tăng khả năng lây truyền HIV/AIDS [138].

Đối với những trường hợp này, mục tiêu của can thiệp Y tế Công cộng là cần tích cực hỗ trợ để bệnh nhân tái tham gia chăm sóc HIV/AIDS và tham gia liên tục, bằng cách tạo điều kiện giao tiếp giữa người nhiễm HIV/AIDS và nhà cung cấp dịch vụ y tế [94].

1.4. Mô hình câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình

Thái Bình là tỉnh ven biển, thuộc đồng bằng Bắc Bộ, với diện tích: 1.542 km², nằm trong vùng ảnh hưởng của tam giác tăng trưởng kinh tế Hà Nội - Hải Phòng - Quảng Ninh. Phía Bắc giáp với tỉnh Hưng Yên, Hải Dương và Hải Phòng; phía Tây và Tây Nam giáp với tỉnh Nam Định và Hà Nam; phía Đông giáp với vịnh Bắc Bộ. Tỉnh được chia thành 07 huyện và 01 thành phố trực thuộc, toàn tỉnh có 260 xã/phường/thị trấn. Tình hình lây nhiễm HIV/AIDS ở Thái Bình vẫn tiếp tục gia tăng, người nhiễm HIV không chỉ ở nhóm nguy cơ cao mà đang có xu hướng lây nhiễm ra cộng đồng dân cư.

Ở tỉnh Thái Bình, như đã được trình bày ở phần đặt vấn đề, số người nhiễm, số trường hợp nhiễm HIV và số bệnh nhân đang điều trị thuốc ARV hiện ở mức khá cao [4]. Thái Bình hiện có 10 CLB người nhiễm HIV/AIDS được thành lập là hoàn toàn tự nguyện của những người sống chung với HIV/AIDS, địa chỉ sinh hoạt của CLB là tại nhà của chủ nhiệm CLB với mục đích họ tìm đến nhau, chia sẻ những kinh nghiệm và hỗ trợ lẫn nhau trong lúc ốm đau họ rất cần chăm sóc, an ủi động viên tinh thần, cũng như khi qua đời, vì sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS giữa người thân trong gia đình, cộng đồng còn quá nặng nề.

Các CLB trên địa bàn tỉnh được hình thành và đi vào hoạt động mang tính tự phát, chưa có cơ quan, chính quyền nào cấp phép hay hỗ trợ kinh phí, họ hoàn toàn tự nguyện và đóng góp kinh phí cho việc sinh hoạt của CLB mình tham gia. Đội ngũ cán bộ Y tế cơ sở làm công tác phòng, chống HIV/AIDS còn lồng ghép với các chương trình y tế, do vậy việc chăm sóc hỗ trợ theo dõi điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong đó có các CLB còn hạn chế.

Mặc dầu vậy, công tác ngăn chặn đại dịch HIV/AIDS lây lan tại cộng đồng, giảm sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và cộng đồng, chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng có sự góp phần không nhỏ của 10 CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh, tuy nhiên việc phát triển thu hút thêm các thành viên tham gia các CLB người nhiễm HIV/AIDS tại Thái Bình vẫn còn hạn chế công tác quản lý điều hành, thu hút sự tham gia của những người nhiễm HIV/AIDS chưa dám công khai danh tính, những kỹ năng chăm sóc thành viên trong CLB tại Thái Bình còn gặp nhiều khó khăn.

Bảng 2. 1 Danh sách quản lý người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh Thái Bình tính đến tháng 12 năm 2020

| Huyện/thành phố | Câu lạc bộ | Số người nhiễm HIV/AIDS | Số người tham gia CLB |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Thành phố Thái Bình | CLB Khát vọng | 575 | 42 |
| Thành phố Thái Bình | CLB Trà lý xanh | | 56 |
| Thành phố Thái Bình | CLB Hải đăng | | 35 |
| Huyện Kiến Xương | CLB Vì ngày mai tươi sáng | 334 | 130 |
| Huyện Quỳnh Phụ | CLB Thắp sáng niềm tin | 132 | 62 |
| Huyện Đông Hưng | CLB Hy vọng | 236 | 165 |
| Huyện Hưng Hà | CLB Triều dương | 152 | 69 |
| Huyện Vũ Thư | CLB Hoa cỏ may | 298 | 98 |
| Huyện Thái Thụy | CLB Hướng tới tương lai | 209 | 140 |
| Huyện Tiền Hải | CLB Chuông ban mai | 250 | 126 |
| Tổng | | 2.186 | 923 |

Tóm lại, tổng quan các tài liệu nghiên cứu trong và ngoài nước trong đó có tỉnh Thái Bình cho thấy: HIV/AIDS là căn bệnh nguy hiểm, hiện tỷ lệ nhiễm HIV và mắc AIDS tại cộng đồng vẫn còn ở mức cao. Người nhiễm HIV/AIDS ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam có kiến thức và kỹ năng thực hành tự chăm sóc, điều trị còn thiếu và yếu cần được hỗ trợ để nâng cao hơn. Mô hình CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh Thái Bình được hình thành và đi vào hoạt động mang tính tự phát. Mô hình các CLB này cần được quản lý và hỗ trợ bằng các biện pháp cụ thể để có thể nâng cao hiệu quả góp phần tích cực trong công tác phòng chống HIV/AIDS tại cộng đồng.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa bàn, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa bàn nghiên cứu

Địa bàn nghiên cứu là 04 đơn vị hành chính cấp huyện của tỉnh Thái Bình, được lựa chọn có chủ đích bao gồm: Huyện Tiền Hải, huyện Thái Thụy, huyện Kiến Xương và huyện Đông Hưng

Căn cứ chọn địa bàn nghiên cứu: Theo báo cáo của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thái Bình năm 2017 thì 04 huyện này có tỷ lệ người lao động xa nhà, người nhiễm HIV/AIDS được phát hiện mới có xu hướng gia tăng, có nhiều người đi lao động ngoại tỉnh.

Đặc điểm địa bàn nghiên cứu:

Thái Bình là tỉnh ven biển, thuộc đồng bằng Bắc Bộ, với diện tích: 1.542 km², nằm trong vùng ảnh hưởng của tam giác tăng trưởng kinh tế Hà Nội - Hải Phòng - Quảng Ninh. Phía Bắc giáp với tỉnh Hưng Yên, Hải Dương và Hải Phòng; phía Tây và Tây Nam giáp với tỉnh Nam Định và Hà Nam; phía Đông giáp với Vịnh Bắc Bộ.

Huyện Đông Hưng nằm giữa trung tâm tỉnh Thái Bình với Dân số 246.335 người, huyện có diện tích tự nhiên là 191,76 km², toàn bộ là đồng bằng. Trên địa bàn huyện hiện có 236 người nhiễm HIV/AIDS còn sống, đang được quản lý. Hiện tại có 165 thành viên tham gia sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS, Câu lạc bộ “Hy Vọng”.

Huyện Thái Thụy nằm ở phía Đông Bắc tỉnh Thái Bình với Dân số 267.012 người, diện tích 256,83 km². Trên địa bàn huyện hiện có 209 người

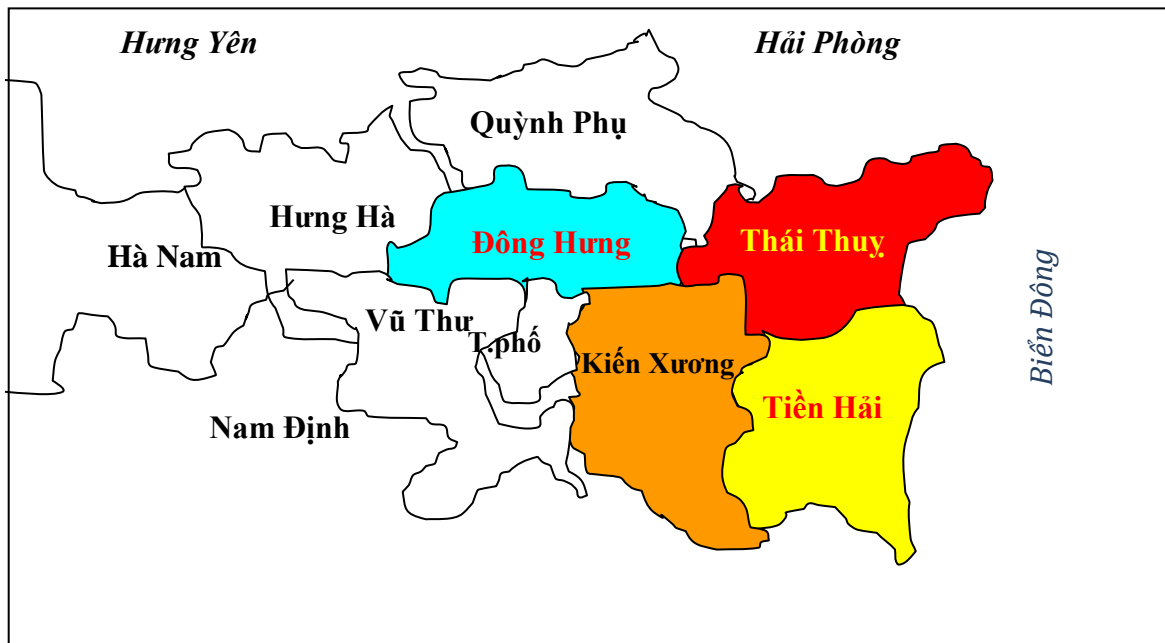
nhiễm HIV/AIDS còn sống, đang được quản lý. Hiện tại có 140 thành viên tham gia sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS, Câu lạc bộ “Hương Tới Tương Lai”.

Huyện Kiến Xương nằm chính phía nam của tỉnh với diện tích tự nhiên là 199,21 km², dân số 223.179 người. Trên địa bàn huyện hiện có 334 người nhiễm HIV/AIDS còn sống, đang được quản lý. Hiện tại có 224 thành viên tham gia sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS, Câu lạc bộ “Vì Ngày Mai Tươi Sáng”.

Huyện Tiền Hải giáp huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình về phía tây. Huyện có diện tích 266 km² với Dân số 218.616 người. Trên địa bàn huyện hiện có 250 người nhiễm HIV/AIDS còn sống, đang được quản lý. Hiện tại có 114 thành viên tham gia sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS, Câu lạc bộ “Chuông Ban Mai”.

Bảng 2.2 Số người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu tính đến thời điểm điều tra

| Số TT | Huyện | Số người nhiễm HIV/AIDS | Số người tham gia sinh hoạt CLB |
|-------|------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1 | Huyện Kiến Xương | 334 | 224 |
| 2 | Huyện Tiền Hải | 250 | 114 |
| 3 | Huyện Đông Hưng | 236 | 165 |
| 4 | Huyện Thái Thụy | 209 | 140 |



Hình 2.1. Bản đồ hành chính các huyện tham gia trong nghiên cứu

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng đáp ứng mục tiêu 1 (Mô tả thực trạng hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và kiến thức, thực hành về chăm sóc điều trị ARV của thành viên câu lạc bộ tại 4 huyện của tỉnh Thái Bình năm 2017)

Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại Phòng khám ngoại trú người lớn trên địa bàn tỉnh Thái Bình và đang sinh hoạt tại các CLB người nhiễm trên địa bàn nghiên cứu.

Đối tượng đáp ứng mục tiêu 2 (Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường quản lý, hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV trên địa bàn 4 huyện của tỉnh Thái Bình)

Cùng đối tượng là người nhiễm HIV/AIDS đã được lựa chọn cho nghiên cứu phục vụ mục tiêu 1.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:

- Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV từ 18 tuổi trở lên
- Đang sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS tại 04 huyện Đông Hưng, Thái Thụy và Kiến Xương, Tiên Hải tính đến ngày 31/3/2017.

- Có hộ khẩu thường trú tại Thái Bình;
- Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu loại trừ đối tượng:

- Những người không đủ sức khỏe hoặc minh mẫn trả lời các câu hỏi nghiên cứu.
- Không thể tham gia sinh hoạt CLB đều đặn trong thời gian diễn ra các hoạt động can thiệp.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018, các nội dung chính của nghiên cứu được triển khai như sau:

- Tháng 4 năm 2017: Điều tra mô tả thực trạng hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS và kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị của thành viên CLB người nhiễm HIV/AIDS
- Tháng 6 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018: Triển khai một số biện pháp can thiệp đến hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS
- Từ tháng 6/2018 đến tháng 8/2018: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường quản lý, hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV trên địa bàn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện theo 2 thiết kế nghiên cứu liên tiếp và logic với nhau: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích (Giai đoạn 1, đáp ứng Mục tiêu 1) và thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng (Giai đoạn 2, đáp ứng Mục tiêu 2). Những kết quả nghiên cứu có liên quan thu được từ Giai đoạn 1 được sử dụng làm căn cứ xây dựng các biện pháp phù hợp cho can thiệp của Giai đoạn 2.

- 02 huyện can thiệp: Kiến Xương và Tiền Hải

- 02 huyện đối chứng: Đông Hưng và Thái Thụy

2.2.1.1. Các giai đoạn nghiên cứu

- Giai đoạn 1 (Phục vụ nghiên cứu mục tiêu 1):

Điều tra cắt ngang bằng bảng hỏi nhằm mô tả thực trạng hoạt động CLB và kiến thức, thực hành của thành viên CLB tại 4 huyện đã được lựa chọn trong nghiên cứu:

+ Phỏng vấn đối tượng về hoạt động CLB

+ Phỏng vấn đối tượng về kiến thức, thực hành chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

- Giai đoạn 2 (Phục vụ nghiên cứu mục tiêu 2):

+ Tiến hành các hoạt động can thiệp tại 2 huyện can thiệp (Kiến Xương và Tiền Hải).

+ Điều tra trước và sau can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường, quản lý hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS tại CLB của 2 huyện can thiệp, có so sánh với 2 huyện không can thiệp (Đông Hưng và Thái Thụy) thông qua:

+ Phỏng vấn về hoạt động CLB kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu

+ Làm xét nghiệm máu đánh giá hiệu quả tác động tới tế bào T-CD4 của đối tượng nghiên cứu.

2.2.1.2. Các biện pháp can thiệp

* Cơ sở xây dựng các biện pháp can thiệp:

- Người nhiễm HIV/AIDS là người có sức khỏe không ổn định, hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, điều trị bệnh AIDS là điều trị kháng vi-rút HIV (ARV), HIV/AIDS kéo dài trong nhiều năm, phải tuân thủ chế độ điều trị, ăn uống nghỉ ngơi sinh hoạt hợp lý, bên cạnh đó họ cũng cần được khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng cơ hội, được xét nghiệm kiểm tra kết quả điều trị thường xuyên, được điều trị

ARV), HIV/AIDS kéo dài trong nhiều năm, phải tuân thủ chế độ điều trị. Để có thể hỗ trợ được các nhu cầu trên một cách bền vững thì biện pháp về đào tạo, hỗ trợ trang thiết bị là yếu tố quan trọng nhất nên chúng tôi tiến hành can thiệp đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường quản lý, hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu.

- Các biện pháp can thiệp và nội dung các biện pháp được định hướng và xây dựng dựa trên các phát hiện chính có liên quan đến thực trạng sinh hoạt, kiến thức và thực hành của đối tượng được phát hiện trong Giai đoạn 1 của nghiên cứu.

*** Thời gian can thiệp:**

Từ tháng 6 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018, trong đó đánh giá xét nghiệm tế bào T-CD4 giữa kỳ 6 tháng và 12 tháng.

*** Các biện pháp can thiệp:**

Khi biết mình nhiễm HIV/AIDS họ thường bị người thân trong gia đình, bạn bè, hàng xóm xa lánh, kỳ thị, phân biệt đối xử, bản thân họ tự kỳ thị với cộng đồng. Chính vì thế họ thường sống trong sự cô lập không biết chia sẻ cùng ai, có những lúc đã tìm đến cái chết. Từ những lý do trên CLB người nhiễm HIV/AIDS ra đời với mục đích ban đầu là chỉ để chia sẻ thông tin về tình trạng nhiễm bệnh của mình cũng như có người tâm sự để vơi đi nỗi sợ hãi về căn bệnh Thế kỷ này và tự tin để vươn lên trong cuộc sống, giúp đỡ nhau lúc ốm đau, khi qua đời. Hàng tuần họ thường gặp nhau sinh hoạt nhóm kín rất đơn giản như chỉ để tâm sự chuyện đời tư, tìm hiểu những điểm khám và điều trị ARV, vì họ rất sợ bị tiết lộ tình trạng nhiễm bệnh của mình với người thân và họ hàng, hàng xóm, thậm chí họ ở huyện này nhưng khám và điều trị huyện khác, có người còn khai sai tên thật của mình. Khi chúng tôi tiến hành nghiên cứu và can thiệp thì CLB được hỗ trợ về chuyên môn như: Có cán bộ y tế đến chia sẻ, động viên, hỗ trợ về tinh thần, nói chuyện chuyên đề phòng chống HIV/AIDS, cập nhật những phác đồ điều trị ARV mới, cấp

phát tờ rơi.., trang bị bàn ghế, tủ đựng tài liệu, bản tin HIV, xem băng đĩa hình, đây là những chỗ dựa tin cậy cho người nhiễm HIV/AIDS

1: Tập huấn cho các câu lạc bộ

- Tổ chức tập huấn kiến thức dành cho các đối tượng có trong danh sách: hỗ trợ kiến thức về HIV/AIDS và sự hiểu biết của họ về HIV/AIDS, cung cấp những phác đồ điều trị mới về HIV/AIDS

- Tổ chức buổi nói chuyện chuyên đề dành cho thành viên nòng cốt về những khó khăn thường gặp và cách giải quyết chúng.

- Tổ chức buổi nói chuyện chuyên đề với các thành viên CLB người nhiễm HIV/AIDS: Thảo luận về kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS và mô hình hoạt động CLB.

- Mỗi huyện chọn 15 - 20 thành viên nòng cốt đang sinh hoạt tại CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu.

- Các thành viên trong mỗi huyện được tập huấn, kiến thức, kỹ năng thuyết trình trong việc chuyển tải đến cộng đồng kiến thức và có hành vi đúng đối với vấn đề phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

2: Tổ chức định kỳ sinh hoạt các câu lạc bộ

* Tổ chức sinh hoạt: Vì đây là CLB người nhiễm được thành lập trên tinh thần tự nguyện, chưa có cơ quan, đơn vị, tổ chức nào tài trợ nên không có hội trường để sinh hoạt, CLB được đặt tại nhà riêng của Chủ nhiệm CLB với diện tích không đủ cho 105 người đến sinh hoạt nên phải bố trí thành các nhóm nhỏ. Hàng tuần có từ 25 – 30 thành viên/nhóm/tuần đến sinh hoạt là rất phù hợp với công việc của các thành viên CLB

* Phương pháp truyền thông: Các CLB tổ chức sinh hoạt với sự tham gia của nhân viên Y tế.

* Vật liệu truyền thông: Các CLB được trang bị các tài liệu truyền thông gồm tài liệu phát tay và tờ rơi. Các tài liệu được biên soạn dựa trên các tài liệu

của Cục phòng, chống HIV/AIDS có tham khảo ý kiến của các nhà khoa học thuộc Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Nội dung các tài liệu truyền thông sử dụng tại CLB:

- Yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV đối với người LĐXN và gia đình
- Kiến thức về HIV/AIDS và các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV
- Kỹ năng về thông tin - giáo dục - truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS
- Các biện pháp can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV.
- Chăm sóc, hỗ trợ và chống kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV
- Quyền, nghĩa vụ của cá nhân, gia đình và của người nhiễm HIV trong phòng, chống HIV/AIDS.

* Chủ đề sinh hoạt:

+ Kỹ năng tư vấn và sinh hoạt nhóm. Giúp cho học viên kỹ năng giao tiếp tích cực, tạo hứng thú cho người tham gia nhằm mục đích buổi sinh hoạt đạt được mục tiêu đề ra.

+ Chia sẻ những thắc mắc bản thân, bạn bè và gia đình người có HIV/AIDS về những bệnh nhiễm trùng cơ hội, những tác dụng phụ của thuốc điều trị ARV, giảng viên hỗ trợ xử lý các tình huống đó.

+ Chia sẻ những thắc mắc bản thân, bạn bè và gia đình người có HIV/AIDS về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế (BHYT), giảng viên hỗ trợ xử lý các tình huống thực tế của từng học viên liên quan đến việc sử dụng thẻ BHYT để tiến tới năm 2019 toàn bộ bệnh nhân điều trị HIV/AIDS thanh toán qua nguồn quỹ BHYT.

3: Hỗ trợ trang thiết bị

Trang bị bàn, ghế, bản tin về HIV/AIDS tại CLB để các thành viên CLB có điều kiện sinh hoạt được tốt hơn.

Kết quả thực hiện các biện pháp can thiệp

| Các biện pháp | Số lượng |
|--|-----------|
| 1. Đào tạo, tập huấn | |
| <i>Tập huấn tập trung cho thành viên CLB tại 2 huyện can thiệp</i> | 210 người |
| - Số giờ tập huấn | 08 giờ |
| - Tỷ lệ người tham gia tập huấn | 100% |
| <i>NVYT nói chuyện chuyên đề, cập nhật phác đồ điều trị</i> | |
| - Số buổi nói chuyện tại CLB (4 buổi/tháng x 12 tháng) | 48 buổi |
| - Thời lượng nói chuyện (60 phút/buổi x 48 buổi) | 2.880 giờ |
| - Tỷ lệ câu lạc bộ được hỗ trợ | 100% |
| <i>Trang bị tài liệu cho học viên</i> | |
| - Tài liệu phát cho học viên: (1 bộ/học viên x 210 học viên) | 210 bộ |
| 2. Truyền thông | |
| - Số tờ rơi cấp cho CLB phục vụ sinh hoạt | 500 tờ |
| 3. Hỗ trợ trang thiết bị | |
| - Trang bị bàn, ghế cho CLB sinh hoạt | 02 bộ |

Về kết quả thực hiện các biện pháp can thiệp của đề tài, cụ thể: Tổng số 210 thành viên CLB người nhiễm HIV/AIDS đã được đào tạo, tập huấn, trang bị tài liệu và hỗ trợ trang thiết bị cho các hoạt động này. Các hoạt động can thiệp được thực hiện đúng theo kế hoạch.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu giai đoạn 1:

Công thức tính cỡ mẫu được áp dụng:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

P: tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về HIV/AIDS. Chọn $p = 0,62$ theo nghiên cứu của Giáp Thanh Giang [139].

d: sai số tuyệt đối lựa chọn ($d=0,05$).

Thay các giá trị trên vào công thức thu được cỡ mẫu là $n = 364$

Thực tế chúng tôi điều tra tổng số đối tượng là 420 đối tượng, chia đều cho 4 huyện, số lượng 105 đối tượng được điều tra tại mỗi huyện.

Cỡ mẫu giai đoạn 2:

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên giả thuyết nghiên cứu về mong muốn sự khác biệt của nhóm đối tượng nghiên cứu vào thời điểm trước và sau can thiệp.

Công thức sau đây được áp dụng để tính cỡ mẫu can thiệp cộng đồng, so sánh trước – sau và so sánh đối chứng, với sự khác biệt về tỷ lệ của cùng một quần thể nghiên cứu:

$$n = \frac{\{Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{p_1(1-p_1)} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

p_1 : Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trước can thiệp, dự kiến bằng 0,60.

p_2 : Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS mong đợi sau can thiệp, dự kiến đạt 0,74

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, bằng 1,96 (tra trong bảng Z với $\alpha=0,05$)

$Z_{(1-\beta)}$: Xác suất tình huống, bằng 1,28 (tra trong bảng Z với $\beta=0,10$)

Vì việc chọn mẫu được thực hiện theo kỹ thuật chọn mẫu chùm; do vậy, cỡ mẫu cho cuộc điều tra được nhân với hiệu lực thiết kế bằng 2.

Thay vào công thức, cỡ mẫu tính được là $n = 102 \times 2 = 204$ đối tượng, làm tròn thành 210 đối tượng cho mỗi huyện can thiệp và huyện đối chứng.

Thực tế đã chọn được cỡ mẫu đối tượng như đã tính. Đối tượng nghiên cứu ở luận án này là người nhiễm HIV/AIDS đang sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu. Tỷ lệ nghiện chích chỉ chiếm 2% nam giới nhiễm HIV/AIDS. Nên tỷ lệ bỏ trị và đi cai nghiện bắt buộc là không có, số đối tượng nghiện ma túy ở luận án này họ đang uống Methadone và không sử dụng ma túy và đã có công việc ổn định

2.2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu giai đoạn 1:

Nghiên cứu này đã áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, cụ thể như sau:

* Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích để mô tả thực trạng hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS và kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị của thành viên CLB trên địa bàn nghiên cứu

- Phương pháp chọn huyện (chọn mẫu có chủ đích):

Từ nông thôn Thái Bình có 7 huyện và 1 thành phố, chọn chủ đích 4 huyện có một số đặc điểm liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS đang sinh hoạt tại CLB người nhiễm HIV/AIDS như sau để nghiên cứu:

- Là 2 huyện nội đồng, nông nghiệp là nghề sản xuất chính (Đông Hưng và Kiến Xương)

- Là 2 huyện ven biển, nghề nuôi trồng thủy, hải sản là chủ yếu, có địa lý, kinh tế, văn hóa tương đồng nhau (Tiền Hải và Thái Thụy).

- Là các địa phương có nhiều người HIV/AIDS đang sinh hoạt tại CLB người nhiễm HIV/AIDS.

Tại 4 huyện đã được chọn, lập danh sách các đối tượng và chọn ngẫu nhiên theo hình thức bốc thăm lấy 105 đối tượng mỗi huyện.

Chọn mẫu giai đoạn 2:

* Chọn huyện can thiệp: Chọn chủ đích 02 huyện gồm huyện Kiến Xương và Tiền Hải.

* Chọn huyện đối chứng: 02 huyện gồm huyện Đông Hưng và huyện Thái Thụy.

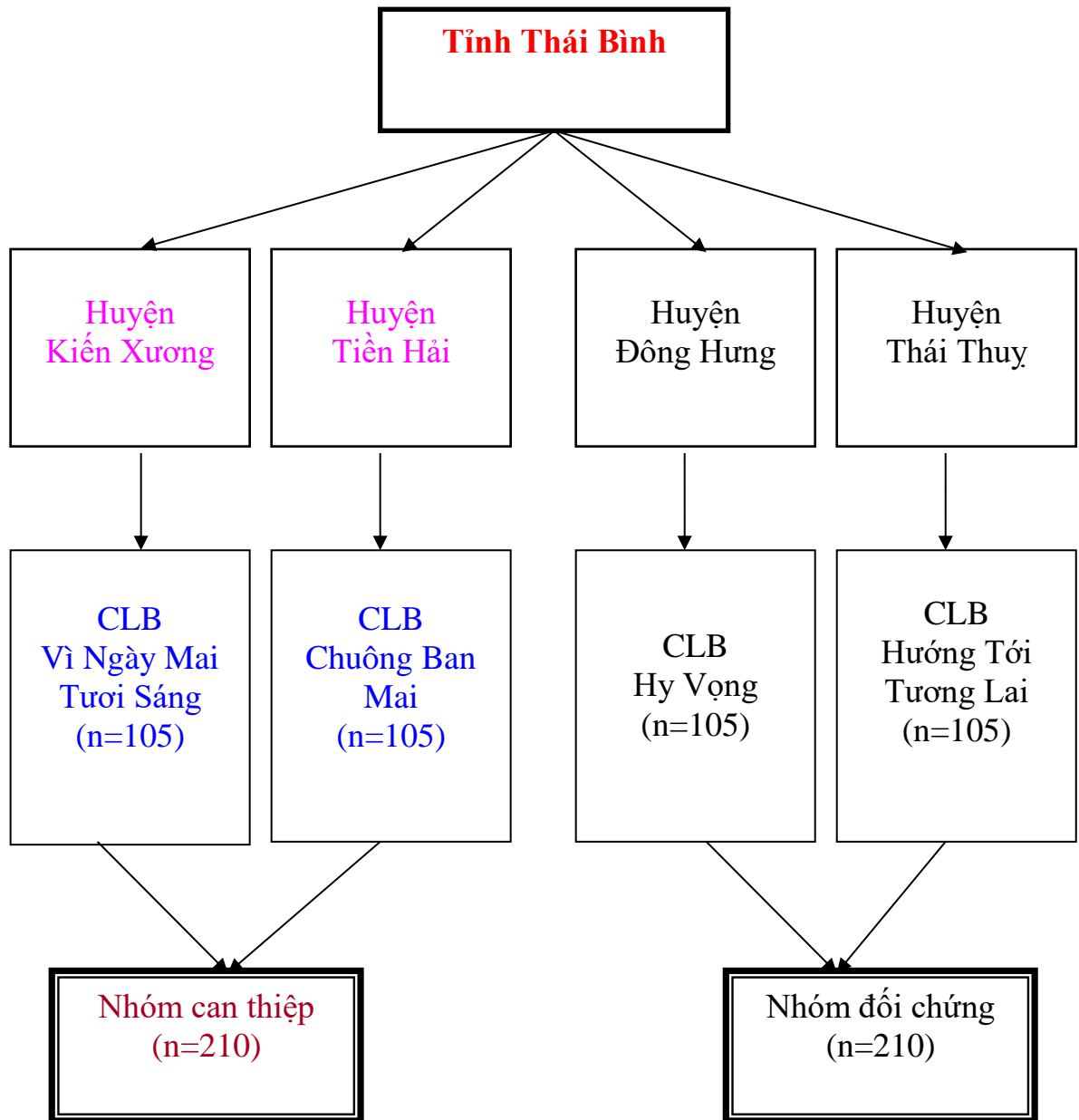
* Chọn đối tượng nghiên cứu:

- Tại huyện can thiệp, lấy cùng đối tượng đã được chọn tại Giai đoạn 1, tương đương 105 đối tượng mỗi huyện.

- Áp dụng phương pháp chọn mẫu tương tự như áp dụng với huyện can thiệp đối với 2 huyện đối chứng là huyện Đông Hưng và Thái Thụy.

Trong thời gian can thiệp từ tháng 6 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018, không có trường hợp đối tượng nào sau khi tham gia nghiên cứu đã di cư sống ở nơi khác hoặc bỏ cuộc điều trị. Việc bố trí sinh hoạt CLB theo cụm xã và khoảng cách đến nơi sinh hoạt không quá xa, đã tạo điều kiện thuận lợi cho các thành viên tham gia sinh hoạt CLB.

Có nhiều hoạt động can thiệp và chỉ số đánh giá tương ứng khác nhau trong nghiên cứu được trình bày cụ thể tại các mục tương ứng. Dưới đây là sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu đã được thực hiện:



Hình 2.2. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

Thái Bình là một tỉnh nông nghiệp có 7 huyện và 1 thành phố, các khu công nghiệp được nằm rải rác trên địa bàn huyện/thành phố, trên bản đồ là gần nhau, nhưng thực tế không có huyện nào là miền núi nên không ảnh hưởng đến quá trình và kết quả nghiên cứu.

2.2.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

Mục tiêu 1 “Mô tả thực trạng hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS và kiến thức, thực hành về chăm sóc điều trị ARV của thành viên câu lạc bộ tại 4 huyện của tỉnh Thái Bình năm 2017”.

* Các biến số:

- Biến độc lập: Hình thức, nội dung sinh hoạt CLB, đặc điểm nhân khẩu học, y tế và sự tham gia sinh hoạt CLB của đối tượng.

- Biến phụ thuộc: Kiến thức và thực hành về chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS của đối tượng.

* Các chỉ số đánh giá:

- Tỷ lệ đối tượng đưa ra các hình thức quản lý đối tượng tại CLB, thời gian trung bình sinh hoạt của CLB, các phương pháp truyền thông được áp dụng và đáp ứng cơ sở vật chất, tài liệu truyền thông tại CLB

- Tỷ lệ các CLB có cán bộ y tế tham gia sinh hoạt, tỷ lệ đối tượng nhận hỗ trợ từ thành viên CLB, các mức độ hài lòng, chủ động trong sinh hoạt tại CLB của các đối tượng.

- Tỷ lệ phân bố theo tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, học vấn, tình trạng kinh tế của các đối tượng

- Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh và đường lây nhiễm HIV

- Tỷ lệ đối tượng biết cách tuân thủ điều trị ARV, hậu quả của không tuân thủ điều trị ARV, cách xử trí khi quên thuốc, tác dụng phụ của thuốc.

- Tỷ lệ đối tượng không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra, tỷ lệ các lý do đưa ra của đối tượng, các tác dụng phụ gặp phải trong quá trình điều trị.

- Tỷ lệ đã chủ động trong các hoạt động của CLB và nhận được sự chia sẻ giữa các thành viên CLB

Mục tiêu 2 “Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường quản lý, hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV trên địa bàn 4 huyện của tỉnh Thái Bình”.

* Các biến số:

- Biến độc lập (Đầu vào): Thay đổi về hình thức, nội dung sinh hoạt và sự tham gia sinh hoạt CLB của đối tượng.

- Biến phụ thuộc (Đầu ra): Thay đổi về kiến thức, thực hành chăm sóc, điều trị, chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 của đối tượng.

* Các chỉ số đánh giá:

- Sự thay đổi về tỷ lệ đối tượng đưa ra các hình thức quản lý đối tượng tại CLB, thời gian trung bình sinh hoạt của CLB, các phương pháp truyền thông được áp dụng và đáp ứng cơ sở vật chất, tài liệu truyền thông tại CLB

- Sự thay đổi về tỷ lệ CLB có cán bộ y tế tham gia, đối tượng nhận hỗ trợ từ thành viên CLB, và sự hài lòng của các đối tượng, đối tượng chủ động trong sinh hoạt tại CLB.

- Sự thay đổi về tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh và đường lây nhiễm HIV/AIDS, cách tuân thủ điều trị ARV, hậu quả của không tuân thủ điều trị ARV, cách xử trí khi quên thuốc, tác dụng phụ của thuốc ARV

- Sự thay đổi về tỷ lệ đối tượng không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra, lý do đưa ra và các tác dụng phụ gặp phải.

- Sự thay đổi về tỷ lệ chủ động trong các hoạt động của CLB và nhận được sự chia sẻ giữa các thành viên CLB

- Sự thay đổi về chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng về tế bào T-CD4

2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin

2.2.4.1. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin:

Để đánh giá được kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị của đối tượng nghiên cứu một cách khách quan, trung thực, bộ câu hỏi được xây dựng

đảm bảo yếu tố ngắn, gọn, súc tích, thu thập được đầy đủ các thông tin, có khả năng kiểm chứng trong mỗi câu hỏi hoặc trong nhiều câu hỏi để tránh tình trạng người trả lời theo hướng tích cực.

- Bộ câu hỏi định lượng được sử dụng chung cho 2 lần điều tra gồm 5 phần với 64 câu, thời gian hoàn thành phỏng vấn trong khoảng 30- 45 phút. Nội dung xây dựng các câu hỏi về kiến thức chăm sóc và điều trị được dựa trên các văn bản hiện hành liên quan tới chăm sóc và điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế.

- Trong quá trình tập huấn, bộ câu hỏi được thử nghiệm và tiếp tục được sửa đổi đảm bảo các câu hỏi được đơn giản hoá, dễ hiểu đối với đối tượng phỏng vấn. Bộ câu hỏi được hoàn thiện sau khi xin ý kiến góp ý của Cục phòng chống HIV/AIDS và các chuyên gia giàu kinh nghiệm của Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Điều tra viên và giám sát viên:

Đây là một cuộc điều tra liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS là thành viên đang sinh hoạt tại CLB người nhiễm HIV/AIDS. Trong số đối tượng điều tra, có thể có một số người còn e ngại đối với một số thông tin nhạy cảm như đang uống thuốc ARV và sử dụng ma tuý. Vì vậy điều tra viên và giám sát viên trong nghiên cứu đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Điều tra viên là cán bộ của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, tuổi từ 25- 45 tuổi, nhiệt tình, có kinh nghiệm điều tra, có ít nhất 2 năm kinh nghiệm theo dõi chương trình phòng, chống HIV/AIDS và hỗ trợ CLB. Điều tra viên tham gia thu thập số liệu là người cởi mở, có kỹ năng quan sát, kỹ năng lắng nghe, kỹ năng phản hồi và quan tâm đến đối tượng nghiên cứu. Các điều tra viên, giám sát viên được tập huấn kỹ về phương pháp điều tra, mỗi điều tra viên được điều tra thử 10 trường hợp trước khi điều tra chính thức.

- Giám sát viên được lựa chọn từ lãnh đạo Trung tâm, lãnh đạo khoa, phòng của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, cán bộ giảng dạy của khoa Y tế Công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Các giám sát viên được tập huấn về giám sát hành vi tổng thể, các thông tin cơ bản về đối tượng, quan sát phỏng vấn viên, kiểm tra toàn bộ, bộ câu hỏi để kiểm soát chất lượng, hỗ trợ mã hoá số liệu.

2.2.4.2. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Đối tượng nhiễm HIV/AIDS hiện đang sinh hoạt CLB người nhiễm HIV/AIDS và đang điều trị ARV nên xét nghiệm đếm tế bào T- CD4 là rất quan trọng đây là chỉ số (**vàng**) để đánh giá hiệu quả can thiệp

Xét nghiệm đếm tế bào T-CD4:

- Việc lấy mẫu máu, vận chuyển, bảo quản mẫu và làm các xét nghiệm được thực hiện bởi kỹ thuật viên xét nghiệm Phòng xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Các xét nghiệm trong nghiên cứu được làm theo quy trình hướng dẫn tại Quyết định số 1099/QĐ- BYT ngày 14 tháng 4 năm 2013 của Bộ Y tế về việc ban hành quy định điều kiện thực hiện và quản lý chất lượng xét nghiệm đếm tế bào T-CD4.

Thời điểm xét nghiệm T-CD4:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm T-CD4 được thực hiện tại 3 thời điểm trong thời gian can thiệp, cụ thể:

- Thời điểm 1: Là thời điểm ngay trước khi bệnh nhân chuẩn bị điều trị thuốc ARV.

- Thời điểm 2: Là thời điểm bệnh nhân đã điều trị thuốc ARV thời điểm sau 6 tháng.

- Thời điểm 3: Là thời điểm đã điều trị ARV sau 12 tháng

Phương pháp xác định tế bào T-CD4:

- Bằng cách sử dụng máy CYFLOW SL3 dựa trên nguyên lý dòng chảy sau khi máu toàn phần (chống đông EDTA) được pha loãng với tỷ lệ nhất định (1/42) nhuộm và nhận biết tín hiệu huỳnh quang thông qua tia laze.

- Hệ thống máy CYFLOW SL3 xác định số lượng tuyệt đối của quần thể tế bào phân tích dựa trên việc đo lường thể tích thực (200 μ l) giữa hai đầu điện cực khi hút mẫu. Đây là hệ thống đóng, có thiết kế đơn giản, gọn nhẹ và giá thành xét nghiệm tương đối thấp. Sau thời gian xử lý mẫu khoảng 30 phút, máy có công suất 15 – 20 mẫu/giờ.

Quy trình lấy mẫu và bảo quản mẫu:

+ Lấy mẫu:

- Sử dụng ống lấy mẫu có chất chống đông EDTA (Ethylene diamine tetraacetic acid), thường có nắp màu tím hoặc xanh dương. Chất chống đông EDTA phù hợp với các xét nghiệm công thức máu và phân tích các thành phần tế bào máu.

- Ghi ngày giờ lấy mẫu, mã số hoặc họ tên, tuổi, giới tính của bệnh nhân trên nhãn của ống đựng máu.

- Vị trí lấy máu: Tĩnh mạch cánh tay

- Dụng cụ lấy máu: Bằng bơm kim tiêm (21-23G) hoặc lấy bằng bộ lấy máu có áp suất âm.

- Thể tích máu 1ml- 2ml. Lấy đủ thể tích máu vào ống chứa chất chống đông theo quy định của nhà sản xuất để đạt được kết quả xét nghiệm chính xác.

- Đảo ngược ống nhẹ nhàng 10 lần để đảm bảo máu được trộn đều với chất chống đông, tránh đông vón, đông dây.

+ Bảo quản mẫu:

Kiểm tra tất cả các ống máu về thể tích máu, chất lượng mẫu máu và các thông tin trên ống. Đóng gói theo các bước sau:

- Xếp thẳng đứng các ống máu vào giá đựng mẫu, dùng băng dính cố

định các ống mẫu, đặt nhiệt kế vào giá đựng mẫu

- Cho đủ vật thấm, hút vào thùng vận chuyển mẫu để giảm va chạm hoặc hút, thấm khi mẫu đổ ra

- Đặt 1 hoặc 2 túi giữ lạnh vào thùng đựng mẫu nếu nhiệt độ môi trường ngoài $>25^{\circ}\text{C}$, tránh tiếp xúc trực tiếp với mẫu. Đảm bảo mẫu được bảo quản và vận chuyển ở nhiệt độ phòng ($18 - 25^{\circ}\text{C}$).

- Đậy nắp thùng đựng mẫu và khoá lại, nếu không có khoá thì dùng băng dính dán xung quanh.

- Dán hoặc in ký hiệu “NGUY HIỂM SINH HỌC” và số điện thoại, địa chỉ của cơ sở gửi mẫu bên ngoài thùng đựng mẫu.

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

+ *Đánh giá kiến thức về HIV/AIDS:*

Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, kiến thức của đối tượng được đánh giá dựa theo từng nội dung của các câu hỏi phỏng vấn được đưa ra.

Đối tượng được đánh giá là có kiến thức đúng về nội dung liên quan khi đưa ra các ý trả lời tương ứng với các nhận định đúng đã được liệt kê trước trong câu hỏi.

Đối tượng được đánh giá là có kiến thức không đúng về nội dung liên quan khi đưa ra các ý trả lời 'không biết' hoặc đồng ý với những nhận định 'không đúng' đã đưa ra trong câu hỏi.

+ *Đánh giá sự tuân thủ điều trị:*

Các tiêu chí đánh giá sự tuân thủ các nguyên tắc điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS được xác định theo Quyết định số 5456/QĐ- BYT ban hành tháng 11 năm 2019 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

Đối tượng nghiên cứu được coi là tuân thủ điều trị ARV khi thực hiện uống thuốc đáp ứng đủ 4 tiêu chuẩn sau:

- Uống đúng thuốc

- Uống đúng liều lượng
- Uống đúng giờ, khoảng cách
- Uống đều đặn suốt đời

+ *Đánh giá chỉ số tế bào T-CD4:*

- Số lượng tế bào T-CD4 là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch của người nhiễm HIV/AIDS.

- Chỉ số tế bào T-CD4 giúp cho việc theo dõi diễn tiến bệnh và chỉ định điều trị thuốc kháng virus (ARV).

- Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV:

+ Người nhiễm HIV có số lượng tế bào T-CD4 ≤ 350 tế bào/mm³ không phụ thuộc vào giai đoạn lâm sàng

+ Trẻ từ 24 tháng tuổi đến 60 tháng tuổi: điều trị ARV khi: Trẻ có % tế bào T-CD4 $\leq 25\%$ hoặc số lượng tế bào T-CD4 ≤ 750 tế bào/mm³ không phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng.

Tế bào T-CD4 trong nghiên cứu được đánh giá tại các thời điểm: Ngay trước khi bắt đầu can thiệp (T₀), sau 6 tháng can thiệp (T₆) và sau 12 tháng can thiệp (T₁₂). Các chỉ số thu được được tại thời điểm T₆ và T₁₂ được so sánh với chỉ số tương ứng tại thời điểm T₀ để xác định mức độ thay đổi

Lượng tế bào T-CD4 thay đổi so với thời điểm T₀ là chỉ số đánh giá hiệu quả điều trị và trực tiếp đối với các đối tượng là hiệu quả của việc tuân thủ điều trị ARV.

2.2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Với các số liệu điều tra định lượng: Toàn bộ thông tin được xử lý thô và nhập vào máy tính 2 lần tại trường Đại học Y Dược Thái Bình, nhập số liệu vào máy tính bằng phần mềm Epi Data 3.1; phân tích kết quả bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Các kết quả được trình bày bằng các bảng tần suất, tỷ lệ phần trăm và biểu đồ theo quy định.

- Sử dụng kiểm định Khi bình phương (χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa tỷ lệ trong nghiên cứu của 2 quần thể.

- Sử dụng kiểm định T-tes để so sánh sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình trong nghiên cứu của 2 quần thể.

- Hiệu quả can thiệp và hiệu quả can thiệp được sử dụng để đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp. Hiệu quả can thiệp (HQCT) và hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính như sau:

Hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính theo các bước sau:

* Bước 1: Đánh giá chỉ số hiệu quả (%) của nhóm nghiên cứu can thiệp ($CSHQ_{(CT)}$):

$$CSHQ_{(CT)} = \frac{|p_2 - p_1|}{p_1} \times 100$$

Trong đó: p_1 : Chỉ số đánh giá trước thời điểm can thiệp.

p_2 : Chỉ số đánh giá sau thời điểm can thiệp.

* Bước 2: Đánh giá chỉ số hiệu quả (theo tỷ lệ %) của nhóm nghiên cứu đối chứng ($CSHQ_{(ĐC)}$): Tương tự cách tính như đã thực hiện đối với nhóm can thiệp.

* Bước 3: Đánh giá hiệu quả can thiệp (theo tỷ lệ %) của nghiên cứu (HQCT):

$$HQCT = CS HQ_{(CT)} - CS HQ_{(ĐC)}$$

2.2.7. Sai số có thể gặp phải và các biện pháp khống chế sai số

Sai số có thể gặp phải:

Việc nghiên cứu thu thập số liệu dựa vào việc tự báo cáo về kiến thức, thực hành của bản thân đối tượng đã thực hiện trong thời gian can thiệp 12 tháng của đề tài nghiên cứu, nên các số liệu thu được do các đối tượng báo cáo có thể gặp sai số của việc nhớ lại. Bên cạnh đó, tâm lý chung của đối tượng do vậy, rất dễ dẫn đến việc che dấu thông tin, không muốn tiết lộ thông tin cá nhân khi trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

Bên cạnh đó, điều tra viên có thể khác nhau về kinh nghiệm phỏng vấn đối tượng cộng đồng, điều này dễ dẫn đến cách thức phỏng vấn khác nhau giữa các điều tra viên nếu như không được tập huấn kỹ và đầy đủ về nội dung bảng hỏi và cách thức phỏng vấn.

Biện pháp không chế sai số:

Bộ công cụ điều tra được điều tra thử và chỉnh sửa phù hợp với trình độ học vấn của đối tượng, phong tục, văn hóa của địa phương, dễ hiểu, dễ trả lời đối với đối tượng nghiên cứu.

Thực hiện tập huấn các nội dung và phương pháp nghiên cứu thống nhất cho điều tra viên của 4 huyện trong nghiên cứu, việc điều tra cũng như triển khai hoạt động can thiệp đều được tiến hành đồng nhất.

Các điều tra viên, giám sát viên được lựa chọn kỹ càng, theo các tiêu chuẩn đã nêu (thực tế đã chọn được những người có nhiều kinh nghiệm trong các điều tra nghiên cứu về HIV/AIDS).

Trong điều tra sau can thiệp, điều tra viên, giám sát viên là những người đã từng được tập huấn và tham gia điều tra trước can thiệp.

Việc làm sạch số liệu cũng được tiến hành trước khi nhập số liệu nhằm loại bỏ sai số.

2.2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học và đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

- Đề tài được thực hiện có sự chấp thuận của các cấp chính quyền địa phương và của người nhiễm HIV/AIDS đang sinh hoạt CLB trên địa bàn nghiên cứu, tham gia vào nghiên cứu.

- Thông tin cá nhân và kết quả xét nghiệm của những người xét nghiệm HIV đều được giữ bí mật theo quy định của Pháp luật

- Sự tham gia của đối tượng nghiên cứu là tự nguyện và họ có quyền không tham gia nếu không muốn.

- Người tham gia có quyền từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào họ không muốn hoặc có thể dừng tham gia ở bất cứ giai đoạn nào mà không bị ảnh hưởng đến quyền lợi của tượng nghiên cứu.

- Tuyệt đối giữ bí mật thông tin về người tham gia nghiên cứu cũng được nhấn mạnh trong toàn bộ quá trình. Những đối tượng được mời tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa, các thông tin thu thập của cuộc điều tra, đối tượng có quyền lựa chọn có tham gia vào nghiên cứu hay không.

2.2.9. Phạm vi nghiên cứu

- Do nguồn lực dành cho nghiên cứu có hạn nên địa bàn nghiên cứu chỉ được lựa chọn là 04 huyện của tỉnh Thái Bình, không phải là toàn bộ 08 huyện/thành phố của tỉnh.

- Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thực hành của đối tượng về tuân thủ điều trị ARV thông qua việc tự báo cáo về thực hiện tuân thủ của đối tượng thay bằng việc trực tiếp quan sát đối tượng bởi các nghiên cứu viên

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoạt động câu lạc bộ và kiến thức, thực hành của đối tượng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm giới tính, độ tuổi và nghề nghiệp của đối tượng (n=420)

| Đặc điểm | | Số lượng (n=420) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| Giới tính | Nam | 227 | 54,0 |
| | Nữ | 193 | 46,0 |
| Độ tuổi | Từ 18 - 29 | 46 | 11,0 |
| | Từ 30 - 39 | 153 | 36,4 |
| | Từ 40 - 49 | 190 | 45,2 |
| | Từ 50 - 59 | 26 | 6,2 |
| | ≥ 60 | 5 | 1,2 |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 171 | 40,7 |
| | Công nhân | 139 | 33,1 |
| | Lái xe | 34 | 8,1 |
| | Nội trợ, buôn bán nhỏ.... | 79 | 18,2 |

Số liệu bảng trên cho thấy: Đối tượng nam giới chiếm 54%, tỷ lệ đối tượng nữ là 46%. Đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi từ 30-49. Tỷ lệ đối tượng từ 40-49 tuổi chiếm cao nhất (45,2%). Chỉ 1,2% số đối tượng từ 60 tuổi trở lên. Tỷ lệ đối tượng từ 18-29 tuổi chiếm 11,0%. Tỷ lệ đối tượng

là nông dân và công nhân lần lượt chiếm 40,7% và 33,1%. Tỷ lệ người làm nghề tự do là 12,9%; có 8,1% số đối tượng là lái xe, còn lại 18,2% số người làm các nghề khác như nội trợ, buôn bán nhỏ...

Bảng 3.2. Trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân của đối tượng (n=420)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Trình độ học vấn | Tiểu học | 57 | 13,6 |
| | Trung học cơ sở | 207 | 49,3 |
| | Trung học phổ thông | 96 | 22,9 |
| | Trung cấp/ngành | 43 | 10,2 |
| | Cao đẳng trở lên | 17 | 4,0 |
| Tình trạng hôn nhân | Vợ/chồng | 38 | 9,0 |
| | Bố/mẹ | 241 | 57,4 |
| | Một mình | 98 | 23,3 |
| | Bạn | 43 | 10,2 |

Kết quả trong bảng trên cho thấy: Số đối tượng nghiên cứu chỉ tốt nghiệp trung học cơ sở là (49,3%). Tỷ lệ người có trình độ trung cấp nghề và cao đẳng trở lên chỉ chiếm 10,2% và 4,0%. Số đối tượng hiện đang sống chung như vợ/chồng chiếm 57,4%. Số người ly dị/ly thân chiếm tới 23,3%. Tỷ lệ góa và chưa vợ/chồng lần lượt là 10,2% và 9,0%.

3.1.2. Thực trạng hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu

Bảng 3.3. Phương pháp quản lý, điều hành sinh hoạt và truyền thông của CLB (n=420)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------------------------|----------|-----------|
| Phương pháp quản lý của CLB | Theo dõi trên sổ quản lý | 227 | 54,0 |
| | Theo dõi không có sổ quản lý | 22 | 5,2 |
| | Ban hành nội quy tham gia | 164 | 39,0 |
| | Khác | 7 | 1,7 |
| Phương pháp điều hành sinh hoạt CLB | Người tham gia còn bị thụ động | 117 | 27,9 |
| | Người tham gia được chủ động | 127 | 30,2 |
| | Thời gian chia sẻ còn thiếu | 276 | 65,7 |
| | Thời gian chia sẻ đã đủ | 30 | 7,1 |
| Phương pháp truyền thông của CLB | Thảo luận nhóm | 81 | 19,3 |
| | Xem ti-vi, đĩa hình | 52 | 12,4 |
| | Cả hai hình thức trên | 287 | 68,3 |

Bảng trên cho thấy: Số đối tượng nghiên cứu được theo dõi trên sổ sách quản lý chiếm 54,0%. Có 39,0% số người cho biết có các nội quy của CLB. Tỷ lệ nhận thấy người tham gia các hoạt động còn bị thụ động là 27,9%. Có 30,2% số đối tượng cho rằng đã được chủ động trong các hoạt động sinh hoạt của CLB. Tỷ lệ đối tượng được truyền thông bằng cả hai hình thức là xem qua tivi, đĩa hình và tham gia thảo luận, chiếm 68,3%, tham gia thảo luận nhóm tại CLB là 19,3% và xem qua các hình ảnh trên tivi, băng đĩa là 12,4%.

Bảng 3.4. Đáp ứng tài liệu truyền thông và cơ sở vật chất của CLB (n=420)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Tài liệu truyền thông | Đáp ứng đủ | 32 | 7,6 |
| | Đáp ứng tạm đủ | 105 | 25,0 |
| | Đáp ứng chưa đủ | 283 | 67,4 |
| Cơ sở vật chất | Đáp ứng đủ | 35 | 8,3 |
| | Đáp ứng tạm đủ | 137 | 32,6 |
| | Đáp ứng chưa đủ | 248 | 59,0 |

Theo kết quả trình bày trong bảng trên, tỷ lệ đối tượng đánh giá các tài liệu truyền thông đáp ứng đủ nhu cầu chiếm 7,6%. Có 67,4% số đối tượng cho rằng các tài liệu truyền thông được sử dụng là chưa đủ. Có 8,3% cho rằng cơ sở vật chất đã được đáp ứng đủ cho nhu cầu sinh hoạt của CLB, 32,6% đánh giá là tạm đủ và hơn một nửa cho là chưa đủ để phục vụ các hoạt động (59%).

Bảng 3.5. Thời gian sinh hoạt của CLB mỗi lần tổ chức

| Thời gian (giờ/lần) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|-----------------|------------------|
| < 2 giờ/lần | 4 | 1,0 |
| 2-4 giờ/lần | 412 | 98,0 |
| >4 giờ/lần | 4 | 1,0 |
| Tổng | 420 | 100,0 |

Số liệu trong bảng trên cho thấy: Về thời gian sinh hoạt CLB mỗi lần được tổ chức, hầu hết đối tượng nghiên cứu cho biết tổng thời gian sinh hoạt tại CLB trong khoảng 2-4 giờ, chiếm 98,1%.

Bảng 3.6. Sự tham gia của nhân viên y tế trong sinh hoạt CLB

| Sự tham gia | Nam | | Nữ | | chung | |
|------------------------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| | SL | % | SL | % | SL | % |
| Có NVYT tham gia | 29 | 12,8 | 32 | 16,6 | 61 | 14,5 |
| Không có NVYT tham gia | 198 | 87,2 | 161 | 83,4 | 359 | 85,5 |
| Tổng | 227 | 100,0 | 193 | 100,0 | 420 | 100,0 |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ người tham gia sinh hoạt CLB có cán bộ y tế cùng tham gia sinh hoạt các hoạt động của CLB là 14,5%. Hầu hết mọi người tham gia các hoạt động không có sự có mặt của nhân viên y tế, chiếm 85,5%.

Bảng 3.7. Thành phần tham dự và phương pháp hỗ trợ kiến thức của nhân viên y tế tại CLB (n=61)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|
| Thành phần NVYT tham dự | Trung tâm phòng chống HIV/AIDS | 31 | 50,8 |
| | Phòng khám ngoại trú | 12 | 19,7 |
| | Trạm y tế | 13 | 21,3 |
| | Trung tâm y tế huyện | 5 | 8,2 |
| Phương pháp hỗ trợ kiến thức | Tư vấn điều trị ARV | 34 | 55,7 |
| | Phổ biến kiến thức điều trị ARV | 12 | 19,7 |
| | Nói chuyện chuyên đề | 5 | 8,2 |
| | Cả 3 hình thức trên | 10 | 16,4 |

Tổng số 420 đối tượng được phỏng vấn thì có 61 đối tượng nghiên cứu trả lời có sự tham gia của NVYT trong sinh hoạt CLB đã được hỏi về các sự tham gia và hỗ trợ của NVYT. Theo đó, số nhân viên y tế của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS là 50,8%; 21,3% là nhân viên trạm y tế, 19,7% là nhân viên y tế Phòng khám ngoại trú; còn lại 8,2% là NVYT của Trung tâm Y tế huyện. Các kiến thức chia sẻ chủ yếu liên quan tới tư vấn điều trị ARV 55,7%, phổ biến kiến thức ARV 19,7% và nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS 8,2%

Bảng 3.8. Nội dung hỗ trợ nhận được từ sinh hoạt CLB và mức độ hài lòng của đối tượng tham gia (n=420)

| | Nội dung | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
| Hỗ trợ riêng từ thành viên CLB | Hướng dẫn tuân thủ điều trị | 222 | 60,5 |
| | Chia sẻ kinh nghiệm điều trị | 226 | 61,6 |
| | Hỗ trợ đi lại khi nhận dịch vụ | 192 | 52,2 |
| Hỗ trợ chung từ sinh hoạt CLB | Hỗ trợ về tinh thần | 184 | 43,8 |
| | Hỗ trợ kiến thức điều trị | 295 | 70,2 |
| | Hỗ trợ nhận thức giảm bị kỳ thị | 193 | 46,0 |
| Mức độ hài lòng về CLB | Rất hài lòng | 27 | 6,4 |
| | Hài lòng | 344 | 81,9 |
| | Không hài lòng | 49 | 11,7 |

Bảng trên cho thấy: 420 đối tượng đã nhận được các hỗ trợ từ thành viên CLB và đưa ra ý kiến: các nội dung hỗ trợ bao gồm hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV (60,5%), chia sẻ kinh nghiệm điều trị ARV (61,6%) và hỗ trợ đi lại để nhận các dịch vụ chăm sóc (52,2%). Tỷ lệ cho biết được hỗ trợ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS chiếm 70,2%, tiếp theo là nâng cao nhận thức

về HIV để giảm kì thị (46%) và hỗ trợ về tinh thần (43,8%). Tỷ lệ đối tượng hài lòng với các hoạt động của CLB chiếm 81,9%.

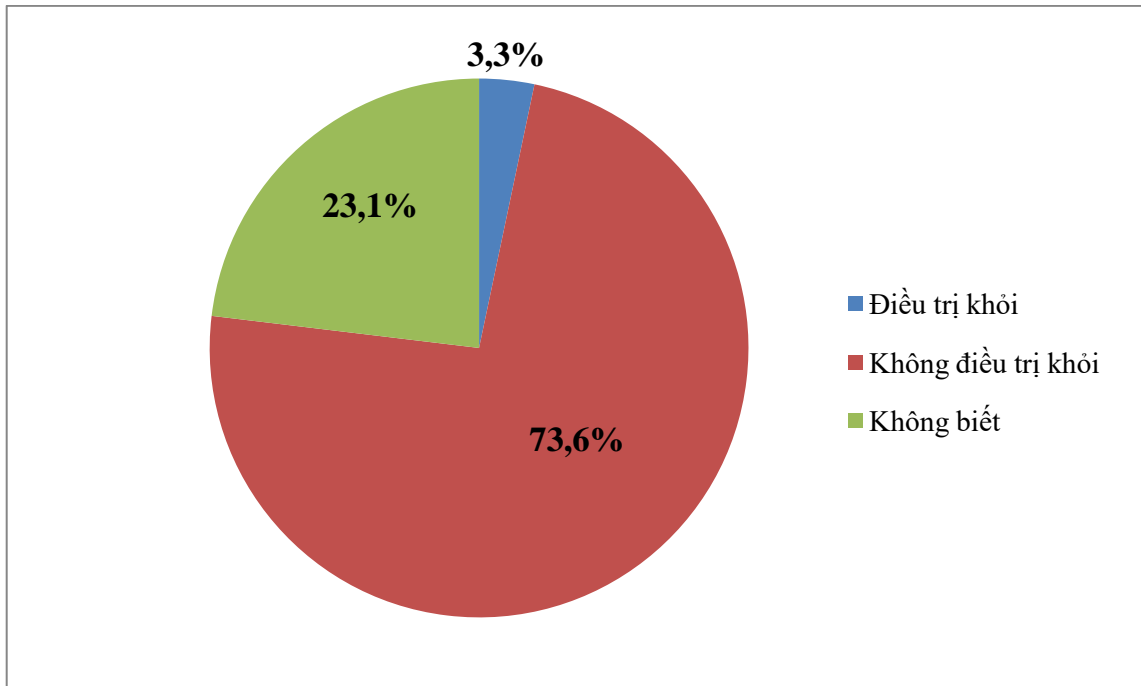
3.1.3. Thực trạng kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

Bảng 3.9. Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh và đường lây nhiễm HIV/AIDS (n=420)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|---------------------------------|----------|-----------|
| Nguyên nhân gây bệnh | Vi khuẩn | 19 | 4,5 |
| | Ký sinh trùng | 29 | 6,9 |
| | Vi-rút HIV* | 341 | 81,2 |
| | Nhiễm độc | 9 | 2,1 |
| | Tác nhân khác | 22 | 5,2 |
| Đường lây bệnh | Đường máu* | 333 | 79,3 |
| | Mẹ truyền sang con* | 179 | 42,6 |
| | Quan hệ tình dục không an toàn* | 270 | 64,3 |

* Câu trả lời đúng

Kết quả bảng bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết về tác nhân gây bệnh là virus HIV chiếm 81,2%. Tuy nhiên vẫn còn một số đối tượng có hiểu biết sai lầm về nguyên nhân gây bệnh, như là do vi khuẩn (4,5%), ký sinh trùng (6,9%), nhiễm độc (2,1%) và tác nhân khác (5,2%). Tỷ lệ đối tượng biết về đường lây bệnh là đường máu chiếm 79,3%, do quan hệ tình dục không an toàn là 64,3%, và chỉ 42,6% cho rằng đường lây là từ mẹ truyền sang con.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về tác dụng của thuốc (n=420)

Biểu đồ trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết chưa có thuốc chữa khỏi HIV/AIDS chiếm 73,6%. Tỷ lệ không biết thông tin này chiếm 23,1%, có 3,3% số người cho rằng đã có thuốc chữa khỏi căn bệnh này.

Bảng 3.10. Nhận thức của đối tượng về thuốc ARV (n=420)

| Nội dung | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|----------|-----------|
| Giảm sự phát triển của vi-rút* | 332 | 79,0 |
| Làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS* | 303 | 72,1 |
| Tiêu diệt HIV | 15 | 3,6 |
| Cả 3 ý trên | 28 | 6,7 |

* Câu trả lời đúng

Theo kết quả bảng trên, tỷ lệ đối tượng biết rằng ARV có tác dụng làm giảm sự phát triển của vi-rút chiếm 79,0%; làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS chiếm 72,1%. Có 3,6% cho rằng ARV có tác dụng tiêu diệt HIV và 6,7% đồng ý cả ba tác dụng trên của thuốc.

Bảng 3.11. Tỷ lệ đối tượng biết nội dung về tuân thủ điều trị ARV và hậu quả của không tuân thủ điều trị ARV (n=420)

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------------------------------|----------|-----------|
| Cách tuân thủ điều trị | Uống đúng thuốc | 224 | 53,3 |
| | Uống đúng liều lượng | 216 | 51,4 |
| | Uống đúng giờ, khoảng cách | 276 | 65,7 |
| | Uống đều đặn suốt đời | 179 | 42,6 |
| Hậu quả không tuân thủ điều trị | Không ngăn chặn được vi-rút HIV | 335 | 79,8 |
| | Phát sinh vi rút mới kháng thuốc | 299 | 71,2 |
| | Chi phí trong điều trị tăng cao | 113 | 26,9 |

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng cho rằng tuân thủ điều trị ARV bao gồm uống thuốc đúng giờ, đúng khoảng cách chiếm 65,7%, uống đúng thuốc chiếm 53,3%, đúng liều là 51,3%; chỉ 42,6% cho rằng phải uống thuốc đều đặn suốt đời. Tỷ lệ đồng ý rằng việc không tuân thủ điều trị sẽ không ngăn chặn được sự tăng sinh của virus (79,8), gây kháng thuốc (71,2%).

Bảng 3.12. Tỷ lệ đối tượng biết về khoảng cách giữa các lần uống thuốc ARV

| Nội dung | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|----------|-----------|
| Không cần | 23 | 5,5 |
| Cách 6 tiếng | 61 | 14,5 |
| Cách 8 tiếng | 32 | 7,6 |
| Cách 12 tiếng (Phác đồ 2)* | 272 | 64,8 |
| Cách 24 tiếng (Phác đồ 1)* | 32 | 7,6 |
| Tổng | 420 | 100,0 |

* Câu trả lời đúng

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng cho rằng khoảng cách giữa các lần uống thuốc là cách 12 giờ (Phác đồ 2) chiếm 64,8%. Vẫn có 5,5% số người nghĩ rằng không cần thiết phải tuân thủ khoảng cách giữa các lần uống thuốc.

Bảng 3.13. Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi quên uống thuốc ARV

| Nội dung | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Bỏ liều, uống liều tiếp theo | 94 | 22,4 |
| Uống liền lúc 2 liều khi nhớ ra | 41 | 9,8 |
| Uống ngay khi nhớ, cách liều trước ít nhất 4 giờ* | 270 | 64,3 |
| Không biết | 15 | 3,6 |
| Tổng | 420 | 100,0 |

* Câu trả lời đúng.

Kết quả bảng trên cho thấy: Số đối tượng cho rằng nếu quên thuốc cần uống bổ sung ngay khi nhớ cách liều trước ít nhất 4 giờ chiếm 64,3%. Có 9,8% cho rằng cần uống liền lúc 2 liều khi nhớ ra và 3,6% không biết gì về cách xử lý khi quên uống thuốc.

3.1.4. Thực hành của đối tượng về tuân thủ điều trị

Bảng 3.14. Số lần không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra và lý do đưa ra của đối tượng

| Nội dung | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|--------------------------|----------|-----------|
| Số lần không uống thuốc (n= 420) | 0 lần | 365 | 86,9 |
| | 1 lần | 41 | 9,8 |
| | 2 lần | 12 | 2,9 |
| | 3 lần | 2 | 0,5 |
| Lý do không uống thuốc (n= 55) | Bận nhiều việc | 14 | 24,6 |
| | Không mang theo thuốc | 28 | 49,1 |
| | Ngủ quên | 10 | 17,5 |
| | Không có ai nhắc nhở | 1 | 1,8 |
| | Cảm thấy mệt, không uống | 5 | 8,8 |
| | Chỉ đơn giản là quên | 5 | 8,8 |

Bảng trên cho thấy: Số đối tượng nghiên cứu chưa từng bỏ không uống thuốc chiếm 86,9%. Tỷ lệ từng quên thuốc 1 lần, 2 lần và 3 lần lần lượt là 9,8%, 2,9% và 0,5%. Trong số đối tượng từng quên uống thuốc, lý do phổ biến nhất là do không mang theo thuốc, chiếm 49,1%; tiếp theo là do bận việc (24,6%), ngủ quên (17,5%), cảm thấy mệt không uống (8,8%), chỉ đơn giản là quên (8,8%) và 1,8% số người cho rằng họ quên thuốc là do không có người nhắc nhở.

Bảng 3.15. Tỷ lệ đối tượng cho biết lý do uống thuốc không đúng cách

| Nội dung | Nam (n=42) | | Nữ (n=23) | | Chung (n= 65) | |
|--|---------------|-----------|--------------|-----------|------------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Không nhớ cách uống/liều uống | 11 | 26,2 | 4 | 17,4 | 15 | 19,5 |
| Phải uống quá nhiều thuốc | 3 | 7,1 | 7 | 30,4 | 10 | 15,4 |
| Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày | 24 | 57,1 | 17 | 73,9 | 41 | 63,1 |
| Cảm thấy mệt, không khỏe | 8 | 19,0 | 3 | 13,0 | 11 | 16,9 |
| So sánh | p>0,05 | | | | | |

Kết quả bảng trên cho thấy: Lý do uống thuốc không đúng cách phổ biến nhất là do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày, chiếm 73,9% ở nam và 57,1% ở nữ. Không nhớ cách uống, liều uống là lý do phổ biến thứ hai ở nam (26,2%) nhưng ít phổ biến nhất ở nữ (17,4%). Ngược lại, phải uống quá nhiều thuốc là nguyên nhân phổ biến dẫn tới không tuân thủ điều trị ARV ở nữ (30,4%), nhưng lại ít gặp trong nam giới (7,1%). Tuy vậy, không có sự khác biệt theo giới ở mỗi nguyên nhân uống thuốc không đúng cách.

Bảng 3.16. Tỷ lệ đối tượng đã tái khám trong tháng đầu điều trị ARV

| Nội dung | Nam | | Nữ | | Chung | |
|----------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Hàng tuần | 154 | 67,8 | 141 | 73,1 | 295 | 70,2 |
| 2-3 lần/tháng | 17 | 7,5 | 9 | 4,7 | 26 | 6,2 |
| 1 lần/tháng | 52 | 22,9 | 36 | 18,7 | 88 | 21,0 |
| Không tái khám | 4 | 1,8 | 7 | 3,6 | 11 | 3,6 |
| Tổng | 227 | 100,0 | 193 | 100,0 | 420 | 100,0 |
| So sánh | p>0,05 | | | | | |

Bảng trên cho thấy: Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đã tái khám hàng tuần trong tháng đầu điều trị (70,2%), tỷ lệ này cao hơn ở nữ so với nam (73,1%) và (67,8%). Tỷ lệ tái khám mỗi tháng một lần là 21,0%, có 6,2% số người đã khám 2-3 lần trong tháng đầu tiên. Tuy nhiên, có 3,6% số đối tượng đã không tái khám ngay trong tháng đầu tiên tiếp nhận điều trị.

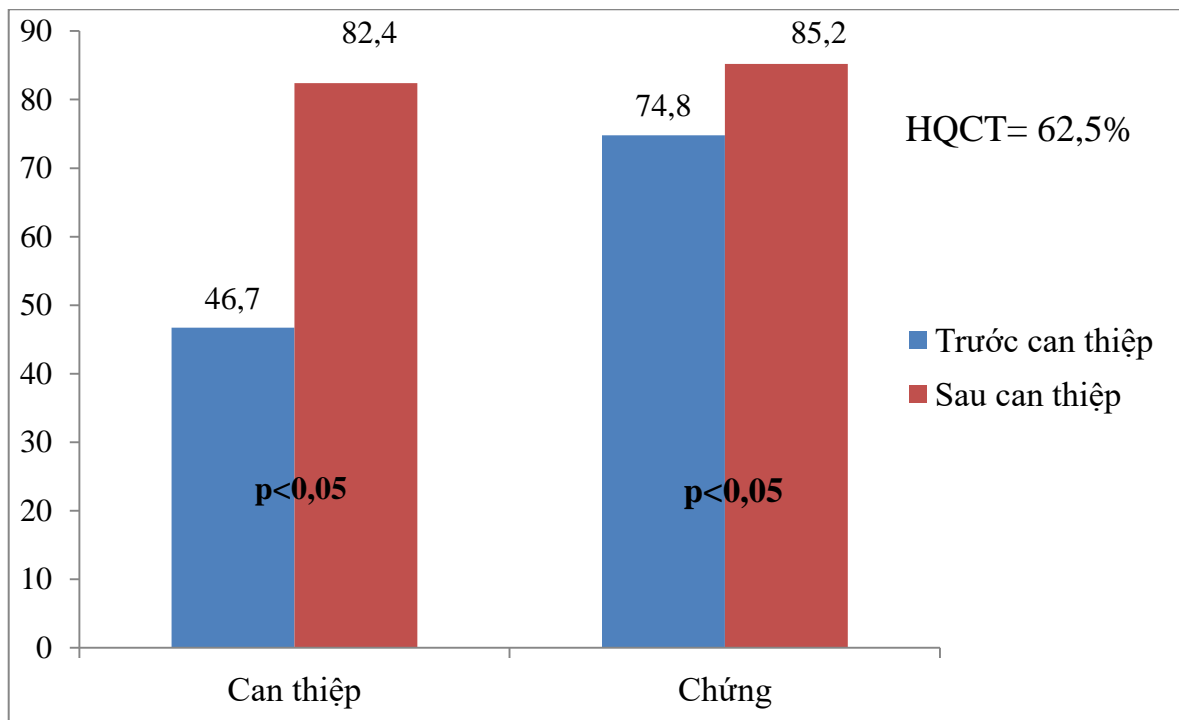
Bảng 3.17. Tỷ lệ đối tượng gặp phải tác dụng phụ của thuốc ARV

| Nội dung | Nam (n=88) | | Nữ (n=69) | | Chung (n=157) | |
|---------------|---------------|-----------|--------------|-----------|------------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Buồn nôn/nôn* | 47 | 53,4 | 22 | 31,9 | 69 | 43,9 |
| Phát ban | 33 | 37,5 | 22 | 31,9 | 55 | 35,0 |
| Đau đầu | 33 | 37,5 | 31 | 44,9 | 64 | 40,8 |
| Chóng mặt | 42 | 47,7 | 36 | 52,2 | 78 | 49,7 |
| Mệt mỏi | 37 | 42,0 | 26 | 37,7 | 63 | 40,1 |
| So sánh | *p<0,05 | | | | | |

Sau khi phỏng vấn có 157/420 đối tượng đã gặp phải tác dụng phụ khi điều trị ARV, chiếm 37,4%, các tác dụng không mong muốn phổ biến là chóng mặt (49,7%), buồn nôn hoặc nôn (43,9%), đau đầu (40,8%), mệt mỏi (40,1%) và phát ban (35%). Trong đó, tỷ lệ gặp buồn nôn/ nôn cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nam giới (53,4%) so với nữ giới (31,9%) với $p < 0,05$.

3.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

3.2.1. Thay đổi sự tham gia của đối tượng và sự hỗ trợ của câu lạc bộ



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đối tượng tham gia sinh hoạt CLB (tháng/lần)

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người tham gia các hoạt động CLB trước can thiệp trong nhóm can thiệp là 46,7% và nhóm chứng là 74,8%. Mặc dù nhóm chứng sau can thiệp có cao hơn nhóm can thiệp, nguyên nhân nhóm chứng khi đến khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú cũng được các nhân viên y tế tư vấn về HIV/AIDS, tỷ lệ này lần lượt ở hai nhóm trên là (82,4% và

85,2%). Mặc dù tỷ lệ tham gia sinh hoạt thường xuyên đều tăng ở cả hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, mức tăng trong nhóm can thiệp vẫn cao hơn với hiệu quả can thiệp là 62,5%.

Bảng 3.18. Tỷ lệ đối tượng cho biết tính chủ động tham gia sinh hoạt tại CLB

| Nội dung | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|---|--|---------------|-----------------------|---------------|-------|
| | Trước | Sau | Trước | Sau | |
| | SL (%) (1) | SL (%) (2) | SL (%) (3) | SL (%) (4) | |
| Người tham gia còn bị thụ động* | 29(13,8) | 28(13,3) | 88(44,0) | 67(31,9) | 23,9 |
| Người tham gia chủ động trong sinh hoạt CLB | 45(21,4) | 185(88,1) | 82(39,0) | 130(61,9) | 253,0 |
| Thời gian chia sẻ còn thiếu | 151(71,9) | 24(11,4) | 125(59,5) | 77(36,7) | 45,8 |
| Thời gian chia sẻ đủ | 23(11,0) | 183(87,1) | 7(3,3) | 126(60,0) | 922,5 |
| So sánh | P _(1,2) <0,05, P _(3,4) <0,05; * P _(1,2) >0,05 | | | | |

Bảng trên cho thấy: Sau thời gian nghiên cứu, đối tượng trong cả hai nhóm nghiên cứu đều nhận thấy có sự cải thiện đáng kể về thời gian chia sẻ ($p<0,05$). Tỷ lệ cho rằng thời gian chia sẻ còn thiếu giảm từ 71,9% xuống 11,0% ở nhóm can thiệp và 59,5% xuống 36,7% trong nhóm chứng sau thời gian can thiệp. Hiệu quả can thiệp là 45,8%.

Bảng 3.19. Việc có NVYT tham gia sinh hoạt CLB

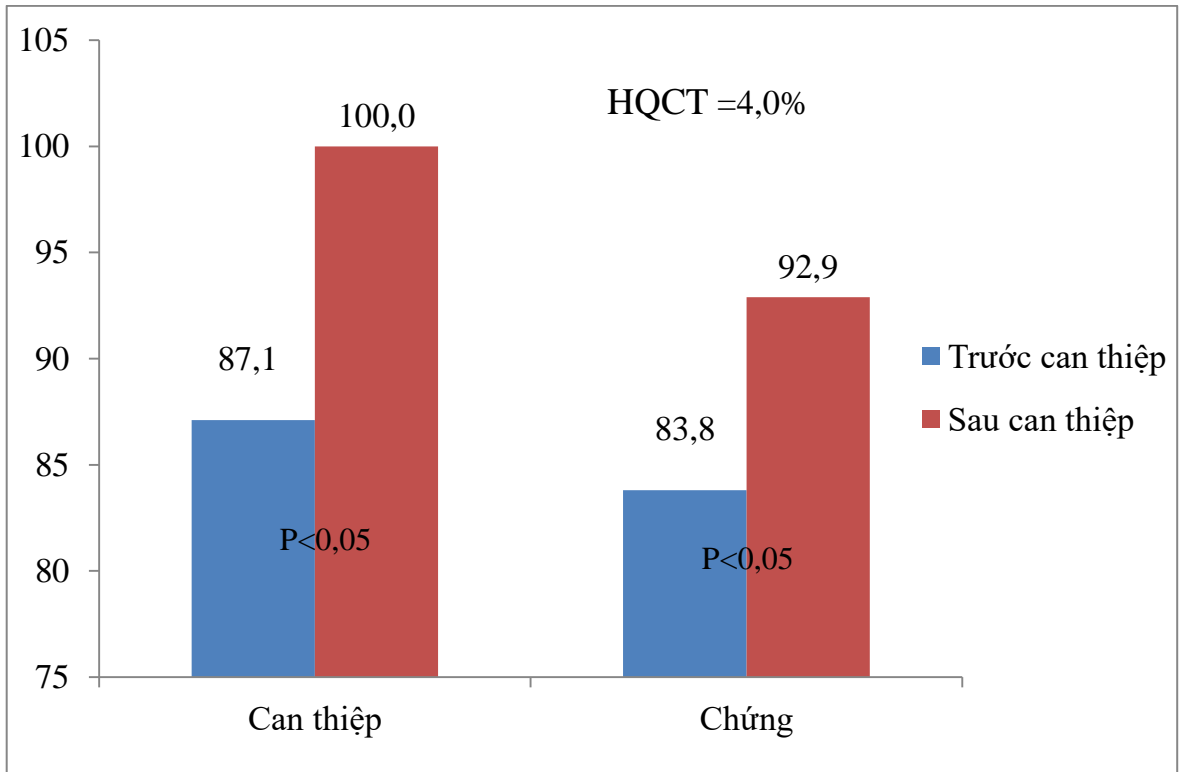
| Nhân viên y tế | Nhóm can thiệp | | Nhóm chứng | | HQCT |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------|
| | Trước SL(%) (n=44) (1) | Sau SL(%) (n=207) (2) | Trước SL(%) (n=17) (3) | Sau SL(%) (n=1) (4) | |
| Trung tâm phòng chống HIV/AIDS* | 23(52,3) | 207(100,0) | 8(47,1) | 0(0,0) | 191,2 |
| Phòng khám ngoại trú | 6(13,6) | 0(0,0) | 6(35,3) | 0(0,0) | - |
| Trạm y tế | 11(25,0) | 0(0,0) | 2(11,8) | 0(0,0) | - |
| Thôn/xóm | 4(9,1) | 0(0,0) | 1(5,9) | 1(100,0) | - |
| So sánh | * $p_{(1,2)} < 0,05$; $P_{(3,4)} < 0,05$ | | | | |

Theo kết quả trong bảng trên, trước nghiên cứu, tỷ lệ cán bộ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tham gia chiếm khoảng một nửa trong số các nhân viên y tế có tham gia các buổi sinh hoạt tại CLB. Tỷ lệ này sau nghiên cứu tăng lên 100% ở nhóm can thiệp và giảm còn 0% ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu là 191,2%.

Bảng 3.20. Nội dung của NVYT tuyên truyền tại CLB

| Nội dung | Nhóm can thiệp | | Nhóm chứng | | HQCT |
|---|--------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------|
| | Trước | Sau | Trước | Sau | |
| | SL(%) (n=44) (1) | SL(%) (n=207) (2) | SL(%) (n=17) (3) | SL(%) (n=1) (4) | |
| Tư vấn điều trị bằng thuốc ARV* | 21(47,7) | 4(1,9) | 13(76,5) | 0(0,0) | 4,0 |
| Cập nhật kiến thức mới về điều trị bằng ARV | 9(20,5) | 32(15,5) | 3(17,6) | 1(100,0) | - |
| Nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS* | 4(9,1) | 171(82,6) | 1(5,9) | 0(0,0) | - |
| So sánh | P _(1,2) <0,05 | | | | |

Bảng 3.20 cho thấy: Nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là 9,1% và 5,9%. Tỷ lệ này tăng sau thời gian nghiên cứu trong nhóm can thiệp lên 82,6% và không được thực hiện ở nhóm chứng.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đối tượng nhận được hỗ trợ của thành viên câu lạc bộ

Theo biểu đồ trên, số đối tượng nhận được hỗ trợ từ các thành viên CLB tăng lên sau can thiệp ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này tăng nhiều hơn trong nhóm can thiệp (87,1% tăng lên 100%) so với nhóm chứng (83,8% tăng lên 92,9%). Hiệu quả can thiệp là 4,0%.

Bảng 3.21. Nội dung chia sẻ giữa các thành viên CLB

| Nội dung | Nhóm can thiệp | | Nhóm chứng | | HQCT |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Trước | Sau | Trước | Sau | |
| | SL (%) (n=183) (1) | SL (%) (n=210) (2) | SL (%) (n=177) (3) | SL (%) (n=195) (4) | |
| Hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV* | 87(47,5) | 203(96,7) | 135(76,3) | 158(81,0) | 101,9 |
| Chia sẻ kinh nghiệm | 89(48,6) | 158(75,2) | 138(78,0) | 113(57,9) | 82,7 |
| Hỗ trợ đi đến phòng khám ngoại trú* | 107(58,8) | 122(58,1) | 84(47,5) | 78(40,0) | 18,2 |
| So sánh | $p_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; * $P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Theo bảng trên, tỷ lệ đối tượng tham gia sinh hoạt CLB được hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV từ các thành viên trong CLB tăng trong nhóm can thiệp từ 47,5% lên 97,7%. Hiệu quả can thiệp đạt 101,9%. Tỷ lệ chia sẻ kinh nghiệm điều trị giữa các thành viên trong CLB tăng trong nhóm can thiệp từ 48,6% lên 75,2%. Hiệu quả can thiệp là 82,7%.

Bảng 3.22. Nội dung hỗ trợ chung từ CLB

| Nội dung | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|--------------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| | Hỗ trợ về tinh thần* | 88(41,9) | 178(84,8) | 96(45,7) | |
| Chăm sóc, điều trị HIV/AIDS | 130(61,9) | 184(87,6) | 165(78,6) | 187(89,0) | 28,3 |
| Nâng cao nhận thức | 96(45,7) | 198(94,3) | 97(46,2) | 124(59,0) | 78,6 |
| So sánh | p _(1,2) <0,05, P _(3,4) <0,05; * P _(3,4) >0,05 | | | | |

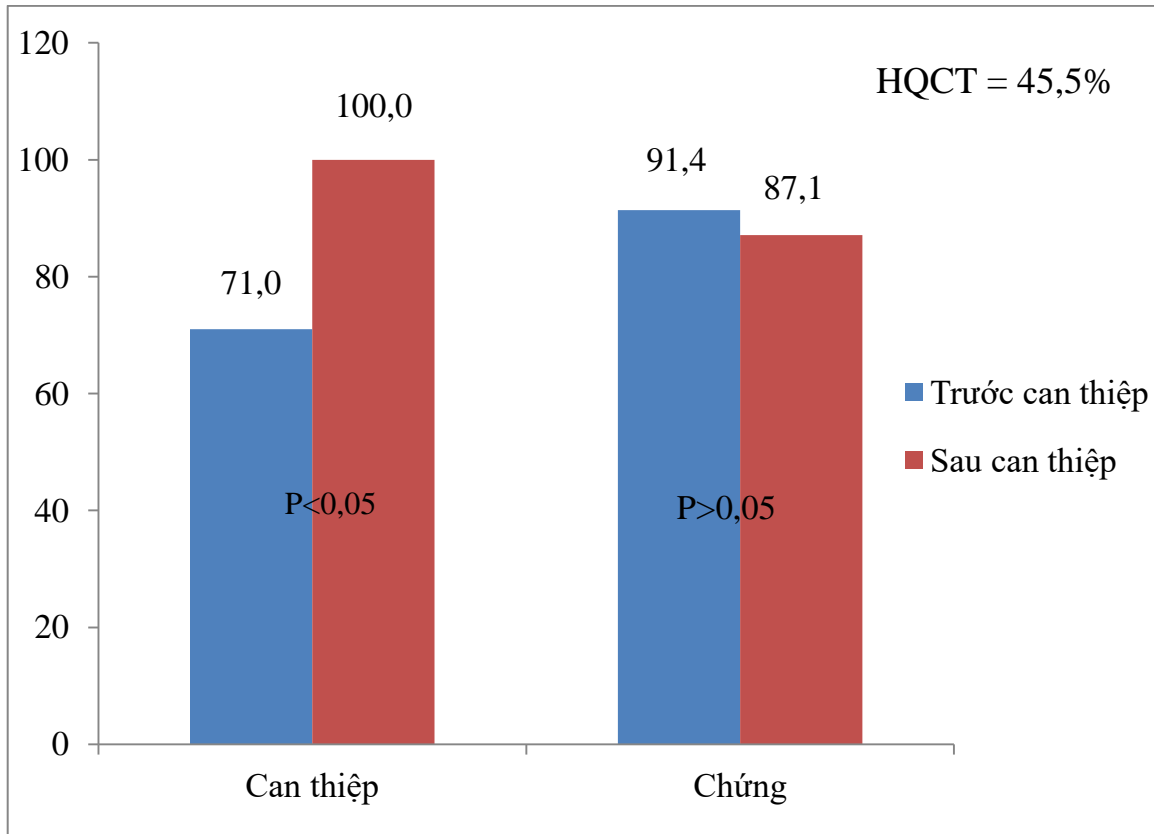
Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng nhận được hỗ trợ tinh thần tăng đáng kể trong nhóm can thiệp (41,9% lên 84,8%). Hiệu quả can thiệp tăng cường hỗ trợ về tinh thần đối với đối tượng nghiên cứu là 96,0%. Tỷ lệ đối tượng được chăm sóc điều trị HIV tăng trong cả hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng cao hơn ở nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp đạt được là 28,3%. Nhóm can thiệp có tỷ lệ nâng cao nhận thức về HIV để giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử (45,7% lên 94,3%) cao hơn so với nhóm chứng (46,2% lên 59,0%). Hiệu quả can thiệp là 78,6%.

3.2.2. Thay đổi kiến thức chăm sóc, điều trị của đối tượng

Bảng 3.23. Hiệu quả nâng cao kiến thức của đối tượng khi tham gia sinh hoạt CLB

| Nội dung | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|---|--|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Cách điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS* | 134(63,8) | 156(74,3) | 158(75,2) | 142(67,6) | 26,6 |
| Cách tự chăm sóc các nhiễm trùng cơ hội | 130(61,9) | 167(79,5) | 162(77,1) | 145(69,0) | 38,9 |
| Cách tự chăm sóc, điều trị tại nhà | 80(38,1) | 202(96,2) | 91(43,3) | 142(67,6) | 96,4 |
| Cách hỗ trợ phát triển kinh tế | 28(13,3) | 12(5,7) | 14(6,7) | 2(1,0) | 35,5 |
| Cách đảm bảo tự tin, không mặc cảm | 117(55,7) | 185(88,1) | 92(43,8) | 117(55,7) | 31,0 |
| So sánh | $p_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; * $P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Theo kết quả bảng 3.23 cho thấy: Nhóm can thiệp có tỷ lệ hiểu biết về điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV tăng lên (63,8% lên 74,3%) trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ này lại giảm đi sau nghiên cứu (75,6% xuống 67,6%). Tỷ lệ biết cách tự chăm sóc các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội cũng tăng trong nhóm can thiệp (61,9% lên 79,5%). Tỷ lệ đối tượng biết cách tự chăm sóc, điều trị tại nhà tăng lên đáng kể sau nghiên cứu ở cả hai nhóm, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (38,1% lên 96,2%)



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS

Theo biểu đồ trên, tỷ lệ đối tượng có hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS ở nhóm can thiệp tăng đáng kể sau can thiệp (71% lên 100%, $p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp làm tăng hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh của can thiệp trong nghiên cứu đạt được là 45,5%.

Bảng 3.24. Tỷ lệ đối tượng biết đường lây nhiễm HIV/AIDS

| Đường lây | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Đường máu | 158(75,2) | 210(100,0) | 175(83,3) | 198(94,3) | 19,8 |
| Mẹ truyền cho con | 85(40,5) | 210(100,0) | 94(44,8) | 160(76,2) | 76,8 |
| Quan hệ tình dục không an toàn | 130(61,9) | 210(100,0) | 140(66,7) | 182(86,7) | 31,6 |
| So sánh | $p_{(1,2)} < 0,05; P_{(3,4)} < 0,05$ | | | | |

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng có hiểu biết về tất cả các đường lây bệnh tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức về lây qua đường máu là 19,8%, mẹ truyền cho con là 76,8% và quan hệ tình dục không an toàn là 31,6%.

Bảng 3.25. Tỷ lệ đối tượng biết dấu hiệu giai đoạn đầu của AIDS

| Dấu hiệu | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--------------|-------------|
| | Trước | Sau | Trước | Sau | |
| | SL(%) (1) | SL(%) (2) | SL(%) (3) | SL(%) (4) | |
| Mệt mỏi kéo dài ** | 93(44,3) | 192(91,4) | 140(66,7) | 151(71,9) | 98,5 |
| Sút cân hơn 10% trọng lượng* | 117(55,7) | 190(90,5) | 146(69,5) | 193(91,9) | 30,2 |
| Rối loạn tiêu hoá* | 94(44,8) | 195(92,9) | 104(49,5) | 184(87,6) | 30,4 |
| Viêm da ngứa toàn thân* | 75(35,7) | 159(75,7) | 29(13,8) | 104(49,5) | 146,7 |
| Không biết* | 22(10,5) | 2(1,0) | 14(6,7) | 2(1,0) | 5,4 |
| So sánh p | * $p_{(1,2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} < 0,05$; ** $p_{(1,2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết mệt mỏi kéo dài là một trong các triệu chứng về giai đoạn đầu của AIDS tăng lên đáng kể trong nhóm can thiệp (44,3% lên 91,4%, $p < 0,05$). Tỷ lệ này mặc dù cũng tăng trong nhóm chứng nhưng không đáng kể (66,7% lên 71,9%, $p > 0,05$). Hiệu quả can thiệp là 98,5%. Tỷ lệ đối tượng biết viêm da ngứa toàn thân là một biểu hiện của giai đoạn đầu chuyển sang AIDS đều tăng đáng kể ở cả hai nhóm nghiên cứu, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (35,7% lên 75,7%).

Bảng 3.26. Tỷ lệ đối tượng biết về tác dụng của thuốc điều trị HIV/AIDS

| Nội dung | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|--|---|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh* | 152(72,4) | 210(100,0) | 157(74,8) | 205(97,6) | 9,5 |
| Đã có thuốc điều trị khỏi bệnh/không biết | 58(27,6) | 0(0,0) | 53(25,2) | 5(2,4) | - |
| So sánh | *P _(1,2) < 0,05; P _(3,4) < 0,05 | | | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết chưa có thuốc chữa khỏi HIV/AIDS tăng đáng kể trong cả hai nhóm. Mức tăng tương đương ở nhóm can thiệp (72,4% lên 100%) so với nhóm chứng (74,8% lên 97,6%). Hiệu quả can thiệp thu được là 9,5%.

Bảng 3.27. Tỷ lệ đối tượng biết nguồn cung cấp thông tin về thuốc ARV

| Nguồn thông tin | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-------------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| NVYT Phòng khám ngoại trú* | 92(43,8) | 3(1,4) | 98(46,7) | 42(20,0) | 39,6 |
| NVYT thôn/ xóm | 12(5,7) | 0(0,0) | 1(0,5) | 0(0,0) | - |
| Trạm Y tế** | 21(10,0) | 0(0,0) | 4(1,9) | 1(0,5) | 26,3 |
| Người nhiễm HIV/AIDS* | 83(39,5) | 207(98,6) | 102(48,6) | 165(78,6) | 87,9 |
| So sánh | *p _(1,2) < 0,05 P _(3,4) < 0,05; **P _(1,2) < 0,05, P _(3,4) > 0,05 | | | | |

Bảng trên cho thấy: Nguồn cung cấp thông tin về thuốc ARV từ nhân viên y tế giảm ở cả hai nhóm sau can thiệp. Ngược lại, nguồn cung cấp thông tin cho đối tượng từ chính những người nhiễm bệnh khác lại tăng đáng kể trong cả hai nhóm. Mức tăng cao hơn ở nhóm can thiệp (39,5% lên 98,6%) so với nhóm chứng (48,6% lên 78,6%). Hiệu quả can thiệp là 87,9%.

Bảng 3.28. Tỷ lệ đối tượng biết tác dụng của thuốc ARV

| Tác dụng của thuốc ARV | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|----------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| | Làm giảm sự phát triển của HIV** | 150(71,4) | 207(98,6) | 182(86,7) | |
| Làm chậm chuyển sang AIDS* | 136(64,8) | 206(98,1) | 167(79,5) | 188(89,5) | 41,2 |
| Tiêu diệt vi-rút HIV** | 9(4,3) | 0(0,0) | 6(2,9) | 2(1,0) | 34,5 |
| Cả ba ý trên** | 19(9,0) | 2(1,0) | 9(4,3) | 13(6,2) | 133,1 |
| So sánh | *P _(1,2) < 0,05 P _(3,4) < 0,05; **p _(1,2) < 0,05, P _(3,4) > 0,05 | | | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết tác dụng của ARV làm giảm sự phát triển của vi-rút và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp là 31,5%. Tỷ lệ đối tượng cho rằng ARV tiêu diệt được vi-rút HIV giảm đi trong cả hai nhóm, tuy nhiên mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức về ARV có thể tiêu diệt HIV là 34,5%.

Bảng 3.29. Tỷ lệ đối tượng biết thời gian cần cho điều trị HIV/AIDS

| Thời gian điều trị HIV/AIDS | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-----------------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Điều trị một thời gian | 5(2,4) | 0(0,0) | 3(1,4) | 3(1,4) | - |
| Điều trị khi thấy hết triệu chứng | 13(6,2) | 0(0,0) | 3(1,4) | 1(0,5) | - |
| Điều trị khi thấy cơ thể khỏe lên | 35(16,7) | 0(0,0) | 53(25,2) | 24(11,4) | 45,2 |
| Điều trị suốt đời | 142(67,6) | 210(100,0) | 150 (71,4) | 180(85,7) | 27,9 |
| Không biết* | 15(7,1) | 0(0,0) | 1(0,5) | 2(1,0) | 200,0 |
| So sánh | $P_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; * $P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Bảng trên cho thấy: Sau can thiệp, tất cả bệnh nhân đều không còn suy nghĩ chỉ điều trị HIV một thời gian hoặc điều trị khi hết triệu chứng. Tỷ lệ cho rằng chỉ cần điều trị đến khi cơ thể khỏe lên cũng giảm trong cả hai nhóm, mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp (16,7% còn 0%) so với nhóm chứng (25,2% còn 11,4%). Tỷ lệ người không biết về thời gian điều trị HIV với hiệu quả can thiệp là 200%. Tỷ lệ đối tượng biết thời gian điều trị HIV/AIDS kéo dài suốt đời tăng lên trong cả hai nhóm với hiệu quả can thiệp là 274,9%.

Bảng 3.30. Tỷ lệ đối tượng biết quy định tuân thủ điều trị ARV

| Tuân thủ điều trị ARV | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|---------------------------|---|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| | Đúng thuốc* | 105(50,0) | 139(66,2) | 119(56,7) | |
| Đúng liều lượng | 96(45,7) | 209(99,5) | 120(57,1) | 167(79,5) | 78,5 |
| Đúng giờ/đúng khoảng cách | 149(71,0) | 210(100,0) | 127(60,5) | 194(92,4) | 11,9 |
| Đều đặn suốt đời | 90(42,9) | 208(99,0) | 89(42,4) | 190(90,5) | 17,3 |
| So sánh | P _(1,2) <0,05, P _(3,4) <0,05; *P _(3,4) >0,05 | | | | |

Kết quả thu được trong bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết về tuân thủ điều trị ARV bao gồm uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ/khoảng cách và uống đều đặn suốt đời tăng lên trong cả hai nhóm tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp đối với các kiến thức kể trên lần lượt (26,6%); (78,5%); (11,9%) và (17,3%).

Bảng 3.31. Tỷ lệ đối tượng biết hậu quả việc không tuân thủ điều trị ARV

| Không tuân thủ điều trị ARV | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|---------------------------------------|---|---------------------|------------------------|---------------------|------|
| | TrưQ1 SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trư(%) SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Không ngăn chặn tăng sinh của vi-rút* | 152(72,4) | 210(100,0) | 183(87,1) | 172(81,9) | 44,1 |
| Phát sinh vi-rút mới* | 128(61,0) | 205(97,6) | 171(81,4) | 166(79,0) | 62,9 |
| Chi phí trong điều trị tăng cao | 69(32,9) | 206(98,1) | 44(21,0) | 127(60,5) | 10,0 |
| So sánh | $P_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; $*P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Theo kết quả trong bảng trên, tỷ lệ đối tượng biết hậu quả của không tuân thủ điều trị là không ngăn chặn được sự tăng sinh của vi-rút HIV và tăng chi phí điều trị tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp là 44,1% và 10% theo thứ tự. Tỷ lệ đối tượng biết không tuân thủ điều trị dẫn tới phát sinh vi-rút mới kháng thuốc tăng lên trong nhóm can thiệp (61% lên 97,6%) trong khi giảm đi trong nhóm chứng (81,4% xuống 79%).

Bảng 3.32. Tỷ lệ đối tượng biết khoảng cách đúng giữa các lần uống thuốc

| Khoảng cách | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-------------------|---|------------|-----------------------|------------|-------|
| | Trước (1) | Sau (2) | Trước (3) | Sau (4) | |
| Cách nhau 12 giờ* | 143(68,1) | 57(27,1) | 129(61,4) | 140(66,7) | 68,8 |
| Cách nhau 24 giờ | 20(9,5) | 151(71,9) | 12(5,7) | 56(26,7) | 288,4 |
| So sánh | $P_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; $*P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Kết quả trong bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết thời gian uống ARV cách nhau 24 giờ tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (9,5% lên 71,9%) so với nhóm chứng (5,7% lên 26,7%). Hiệu quả can thiệp là 288,4%. Tỷ lệ đối tượng cho rằng khoảng cách giữa hai lần uống ARV cách nhau 12 giờ giảm đi trong nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê (68,1% xuống 27,1%).

Bảng 3.33. Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi quên uống thuốc ARV

| Quên uống thuốc | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|--|---|------------|-----------------------|------------|------|
| | Trước (1) | Sau (2) | Trước (3) | Sau (4) | |
| Bỏ liều, uống liều tiếp theo | 50(23,8) | 0(0,0) | 44(21,0) | 6(2,9) | 13,8 |
| Uống liền lúc 2 liều khi nhớ ra* | 29(13,8) | 1(0,5) | 12(5,7) | 11(5,2) | 87,6 |
| Uống ngay khi nhớ, cách liều trước ít nhất 4 giờ | 131(62,4) | 208(99,0) | 154(73,3) | 152(72,4) | 59,9 |
| So sánh | $P_{(1,2)} < 0,05$, $P_{(3,4)} < 0,05$; $*P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Theo kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng cho rằng nếu quên uống ARV thì cần bỏ liều đó đi, uống liều tiếp theo; hoặc uống liền lúc 2 liều giảm đi trong nghiên cứu với hiệu quả lần lượt là 13,8 % và 87,6%. Tỷ lệ đối tượng cho rằng uống thuốc ngay khi nhớ ra quên liều, liều tiếp theo cách liều trước đó ít nhất 4 giờ tăng lên có ý nghĩa ở nhóm can thiệp, trong khi giảm đi trong nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp là 59,9%.

Bảng 3.34. Tỷ lệ đối tượng biết cách phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho người khác

| Phòng lây nhiễm HIV/AIDS | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|--------------------------|---|------------------|--------------------|------------------|-------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| Rửa tay bằng xà phòng | 93(44,3) | 209(99,5) | 143(68,1) | 165(78,6) | 109,2 |
| Băng kín vết thương | 177(84,3) | 210(100,0) | 195(92,9) | 174(82,9) | 29,4 |
| Giặt riêng quần áo | 65(31,0) | 186(88,6) | 76(36,2) | 179(85,2) | 50,4 |
| So sánh | $p_{(1,2)} < 0,05$; $p_{(3,4)} < 0,05$ | | | | |

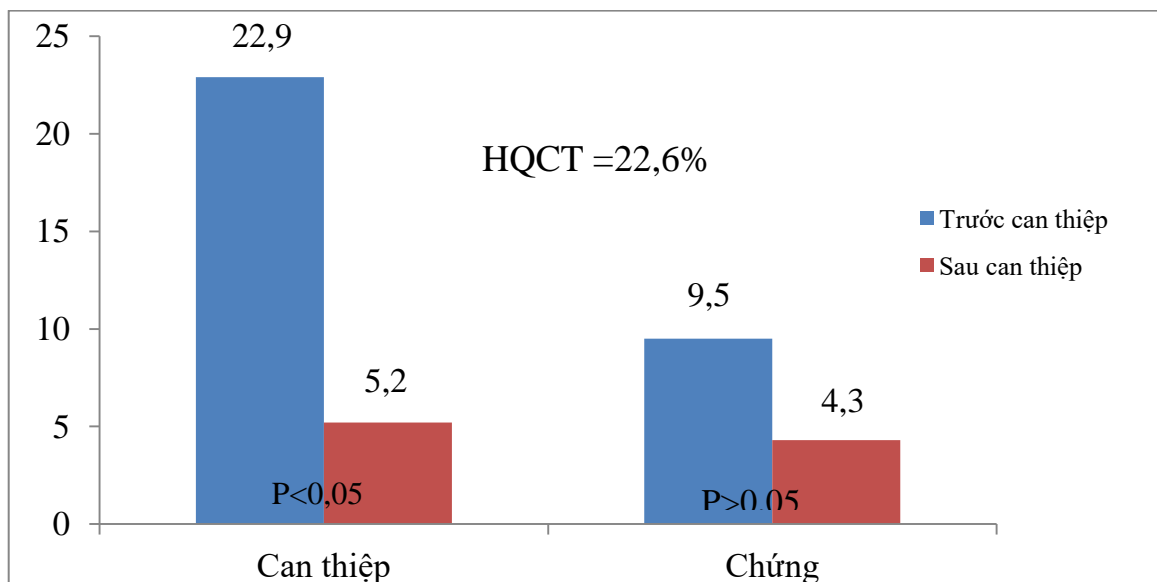
Theo bảng trên, tỷ lệ đối tượng biết thực hiện phòng lây bệnh cho người sống chung rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng khi thay chiếu hoặc giặt riêng quần áo tăng lên ở cả hai nhóm, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp lần lượt là 109,2% và 50,4%. Sau thời gian can thiệp, nhóm can thiệp tăng đáng kể tỷ lệ thực hiện băng kín vết thương khi xuất tiết để phòng lây bệnh cho người sống cùng (84,3% lên 100%, $p < 0,05$).

3.2.3. Thay đổi thực hành chăm sóc, điều trị của đối tượng

Bảng 3.35. Tỷ lệ đối tượng quên, không uống thuốc ARV trong tháng trước thời điểm điều tra

| Quên không uống thuốc trong tháng | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|------|
| | Trước (1) | Sau (2) | Trước (3) | Sau (4) | |
| Số lượng | 41 | 4 | 14 | 2 | 5,3 |
| Tỷ lệ (%) | 19,5 | 1,9 | 6,7 | 1,0 | |
| So sánh | P _(1,2) <0,05 | | P _(3,4) <0,05 | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng quên hoặc không uống thuốc ARV trong cả hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tỷ lệ này có mức giảm cao hơn ở nhóm can thiệp (19,5% xuống 1,9%) so với nhóm chứng (6,7% xuống 1%). Hiệu quả can thiệp là 5,3%.



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đối tượng uống thuốc ARV không đúng giờ trong tháng trước thời điểm điều tra

Theo biểu đồ trên: Tỷ lệ uống thuốc không đúng giờ trong tháng giảm đi trong cả hai nhóm. Tuy nhiên mức giảm trong nhóm can thiệp (22,9% xuống 5,2%) có ý nghĩa thống kê và cao hơn so với nhóm chứng (9% xuống 4,3%). Hiệu quả can thiệp là 22,6%.

Bảng 3.36. Tỷ lệ đối tượng sử dụng biện pháp nhắc uống thuốc ARV

| Biện pháp | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|------------------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------------|------|
| | Trước SL(%) (1) | Sau SL(%) (2) | Trước SL(%) (3) | Sau SL(%) (4) | |
| | Tự nhớ để uống* | 87(41,4) | 5(2,4) | 97(46,2) | |
| Dùng đồng hồ báo thức* | 121(57,6) | 205(97,6) | 107(51,0) | 75(35,7) | 99,4 |
| Đánh dấu thời gian uống vào lịch** | 2(1,0) | 0(0,0) | 6(2,9) | 2(1,0) | 34,5 |
| So sánh | * $p_{(1,2)} < 0,05$ $P_{(3,4)} < 0,05$; ** $p_{(1,2)} > 0,05$ $P_{(3,4)} > 0,05$ | | | | |

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng cho biết đã áp dụng tự nhớ không dùng biện pháp nào nhắc uống thuốc giảm đi ở nhóm can thiệp (41,1% xuống 2,4%); tăng lên ở nhóm chứng (46,2% lên 62,9%); hiệu quả can thiệp đạt 130,4%. Tỷ lệ đối tượng đã sử dụng đồng hồ báo thức, chuông điện thoại tăng lên trong nhóm can thiệp (57,6% lên 97,6%), giảm đi ở nhóm chứng (51% xuống 35,7%). Hiệu quả can thiệp là 99,4 %.

Bảng 3.37. Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc ARV

| Xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc | Nhóm can thiệp | | Nhóm chứng | | HQCT |
|---------------------------------------|--|-------------------|----------------------|-------------------|-------|
| | Trước (n=110) (1) | Sau (n=35) (2) | Trước (n=110) (1) | Sau (n=17) (4) | |
| Báo cho cán bộ Phòng khám ngoại trú | 69(62,7) | 33(94,3) | 17(36,2) | 1(5,9) | 134,1 |
| Đến Phòng khám ngoại trú | 28(25,5) | 2(5,7) | 24(51,1) | 0(0,0) | 22,4 |
| Tự điều trị tại nhà | 5(4,5) | 0(0,0) | 5(10,6) | 16(94,1) | - |
| Dừng thuốc điều trị | 8(7,3) | 0(0,0) | 1(2,1) | 0(0,0) | - |
| So sánh | P _(1,2) <0,05, P _(3,4) <0,05 | | | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết cách xử trí khi gặp tác dụng phụ của thuốc gồm: báo cho cán bộ phòng khám ngoại trú tăng lên trong nhóm can thiệp (62,7% lên 94,3%, $p<0,05$), nhưng lại giảm đi trong nhóm chứng (36,2% xuống 5,9%, $p<0,05$). Hiệu quả can thiệp đạt 134,1%. Tỷ lệ đối tượng biết lựa chọn tới phòng khám nội trú trong trường hợp khẩn cấp giảm trong cả hai nhóm, mức giảm trong nhóm can thiệp (25,5% xuống 5,7%) ít hơn trong nhóm chứng (51,1% xuống 0%).

Bảng 3.38. Tỷ lệ đối tượng uống thuốc ARV từ 2 lần trở lên trong tháng

| Uống thuốc từ 2 lần trở lên | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|--------------------------------|---------------------------|------------|-----------------------|------------|------|
| | Trước (1) | Sau (2) | Trước (3) | Sau (4) | |
| Số lượng | 45 | 0 | 13 | 1 | 8,1 |
| Tỷ lệ (%) | 21,4 | 0,0 | 6,2 | 0,5 | |
| So sánh | $P_{(1,2)} < 0,05$ | | $P_{(3,4)} < 0,05$ | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng đã uống thuốc từ 2 lần trở lên trong tháng giảm đáng kể trong cả hai nhóm, mức giảm cao hơn ở nhóm can thiệp (21,4% xuống 0%, $p < 0,05$) so với nhóm chứng (6,2% xuống 0,5%, $p < 0,05$).

Bảng 3.39. Tỷ lệ đối tượng hài lòng khi tham gia sinh hoạt CLB

| Đơn vị tính | Nhóm can thiệp (n=210) | | Nhóm chứng (n=210) | | HQCT |
|-------------|---------------------------|------------|-----------------------|------------|------|
| | Trước (1) | Sau (2) | Trước (3) | Sau (4) | |
| Số lượng | 188 | 210 | 183 | 173 | 17,1 |
| Tỷ lệ (%) | 89,5 | 100,0 | 87,1 | 82,4 | |
| So sánh | $p_{(1,2)} < 0,05$ | | $P_{(3,4)} > 0,05$ | | |

Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ đối tượng hài lòng khi tham gia CLB trước can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm, tuy nhiên, sau thời gian can thiệp, nhóm can thiệp có tỷ lệ này tăng đáng kể (89,5% lên 100%, $p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp làm tăng sự hài lòng của đối tượng với việc tham gia CLB là 17,1%.

3.2.4. Thay đổi về xét nghiệm tế bào T-CD4 của đối tượng

Bảng 3.40. Chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 trước và sau can thiệp

| Chỉ số T-CD4 (Số tế bào/mm ³) | | Nhóm can thIỆP (n = 210) $\bar{X} \pm SD$ | Nhóm đối chỨNG (n = 210) $\bar{X} \pm SD$ | P |
|--|---------------------------------|--|--|-------|
| Thời điểm trước can thIỆP | T ₀ | 233,6±224,3 | 215,8±169,0 | >0,05 |
| Tháng thứ 6 | T ₆ | 471±200,8 | 380±225,1 | >0,05 |
| Tháng thứ 12 | T ₁₂ | 592,4±240,9 | 268,5±169,8 | <0,05 |
| Số tế bào tăng sau 6 tháng | T ₆ -T ₀ | 238,3±201,8 | 164,5±166,5 | <0,05 |
| Số tế bào tăng sau 12 tháng | T ₁₂ -T ₀ | 358,2±436,6 | 54,4±299,6 | <0,05 |
| So sánh | | P _(1,2) <0,05 P _(1,3) <0,05 | P _(1,2) <0,05 P _(1,3) <0,05 | |

Bảng trên cho thấy: Sau can thiệp chỉ số tế bào T-CD4 đã tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với số lượng tế bào ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp là 471,0±200,8 TB/mm³ tăng lên đến 592,4±240,9 TB/mm³ sau 12 tháng can thiệp. Số lượng tế bào T-CD4 sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp ở nhóm can thiệp tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp với p<0,05.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động câu lạc bộ và kiến thức, thực hành của đối tượng về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong đề tài của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người từ 30-49 tuổi, và tỷ lệ đối tượng 40-49 tuổi chiếm cao nhất (45,2%). Đặc điểm trên của các đối tượng cũng tương tự như đặc điểm của đối tượng trong nghiên cứu của Hoàng Bình Yên, theo đó đối tượng nghiên cứu phần lớn tuổi từ 20-45 (84,2%) [47]. Điều này cũng phù hợp với kết quả trong giám sát trọng điểm 2016, theo đó, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy tập trung chủ yếu trong nhóm trên 30 tuổi (97,6%) [46].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng là nam giới chiếm khoảng một nửa (54%). Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo trên Toàn cầu, cho thấy số người nhiễm HIV/AIDS trên Thế giới dường như ngang bằng theo giới. Theo một báo cáo tại Việt Nam, trong số người nhiễm HIV/AIDS, mặc dù nam giới là đối tượng chủ yếu (66%), số lượng nữ giới nhiễm HIV đang tăng lên trong giai đoạn gần đây [140] dẫn đến việc không có sự chênh lệch lớn về giới tính của những người hiện nhiễm HIV/AIDS, không chỉ trên Thế giới, mà còn ở Việt Nam

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người làm nghề tự do là 12,9%. Có 8,1% số đối tượng là lái xe, và 5,3% số người làm các nghề khác. Đây là những đối tượng có công việc không ổn định hoặc thu nhập không cao. Trong thảo luận nhóm trong nghiên cứu trước đây của Đỗ Huy Giang tại Thái Bình, một thành viên CLB Hy vọng huyện Đông Hưng cũng đã chia sẻ “Đa số anh em trong CLB đều không có công ăn việc làm ổn định, chủ yếu là chạy chợ,

xe ôm...nên kinh tế rất khó khăn” [141]. Kết quả này tương tự với báo cáo của Hoàng Bình Yên, theo đó tỷ lệ không có việc làm trong số người HIV trước điều trị khá cao (53,8%) [47]. Đây có thể là nguyên nhân dẫn tới việc họ có nguy cơ cao hơn mắc bệnh HIV/AIDS, họ gặp nhiều yếu tố nguy cơ hơn với tiêm chích ma tuý hoặc quan hệ tình dục không an toàn. Thực tế cho thấy một trong những nguyên nhân dẫn đến việc không có việc làm ổn định và có thu nhập là do sự mặc cảm, tự ti hoặc kỳ thị xã hội trên người nhiễm HIV/AIDS.

Gần một nửa số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tốt nghiệp trung học cơ sở (49,3%). Theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Bình Yên, học vấn dưới trung học cơ sở cũng chiếm phần lớn trong nhóm người nhiễm HIV/AIDS điều trị Methadone tại Thanh Hóa (88,3%) [47]. Tỷ lệ đối tượng có trình độ văn hóa thấp là một hạn chế cho các đối tượng tiếp cận thông tin, dịch vụ chăm sóc và điều trị. Điều này có thể dẫn tới việc ảnh hưởng tới kiến thức về phòng chống bệnh cũng như làm tăng nguy cơ gây nhiễm bệnh của họ ra cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu hiện đang sống chung cùng vợ/chồng (57,4%) cũng là một yếu tố tích cực trong việc hỗ trợ họ về chăm sóc và điều trị tại nhà được tốt hơn. Hoàn cảnh sống cũng như người cùng sống với bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng lây cho người xung quanh. Đây có thể là căn cứ để có những hướng dẫn và áp dụng các biện pháp hỗ trợ tốt nhất cho nhóm đối tượng này trong quá trình điều trị và phòng chống lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Vợ/chồng hoặc con cái của người nhiễm HIV/AIDS sẽ là những người hỗ trợ tích cực cho các đối tượng không chỉ trong cuộc sống hàng ngày của họ, mà còn trong việc chăm sóc, điều trị bệnh. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, những người nhiễm HIV/AIDS nhận được hỗ trợ, nhắc nhở của người thân, bạn bè có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn [74], [132].

4.1.2. Hoạt động của câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

Các CLB người nhiễm HIV/AIDS ở Thái Bình đã được thành lập trong nhiều năm. Việc phát triển, thu hút thành viên còn nhiều khó khăn do sự e ngại, không dám công khai danh tính của các thành viên tham gia, cũng như những điểm yếu trong công tác tổ chức, quản lý. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ khoảng một nửa số đối tượng (54%) cho rằng họ được theo dõi trên sổ sách quản lý của CLB. Như vậy có thể thấy, việc quản lý các thành viên tham gia CLB chưa thực sự chặt chẽ, những trường hợp thành viên không tham gia đầy đủ sẽ khó có thể được nắm bắt bởi Ban chủ nhiệm CLB. Điều này cần có hình thức quản lý thành viên CLB một cách chặt chẽ hơn để việc sinh hoạt được thực hiện có hiệu quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết đối tượng nghiên cứu trả lời rằng họ có thời gian sinh hoạt tại CLB trong khoảng 2-4 giờ, chiếm 98,1%. Thực tế cho thấy, các hoạt động thời gian tập trung và chờ đợi trước khi các buổi sinh hoạt chính thức bắt đầu cũng khá nhiều, mang đặc thù của các sinh hoạt cộng đồng ở nông thôn Việt Nam nói chung cũng như trên địa bàn nghiên cứu nói riêng. Điều này dẫn tới thời gian chính thức dành cho buổi sinh hoạt bị ảnh hưởng. Chính vì thế việc tổ chức một cách khoa học áp dụng các phương pháp điều hành hợp lý mới có thể mang lại hiệu quả cao trong quỹ thời gian còn hạn chế cho việc sinh hoạt như được báo cáo bởi các đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, đa phần đối tượng nghiên cứu đều được truyền thông bằng cả hai hình thức là xem qua tivi, băng đĩa và tham gia thảo luận, chiếm 68,3%. Tỷ lệ chỉ tham gia thảo luận là 19,3% và chỉ xem qua các hình ảnh trên tivi, băng đĩa là 12,4%; đây là điều cần được cải thiện để các đối tượng tham gia sinh hoạt CLB có thể tiếp cận được các kênh thông tin

kể cả truyền thống và hiện đại, góp phần nâng cao hiệu quả của việc truyền thông trong sinh hoạt CLB

Điều đáng chú ý là tỷ lệ đối tượng được phỏng vấn báo cáo các buổi sinh hoạt CLB có nhân viên y tế cùng tham gia các hoạt động của CLB chỉ là 14,5%. Điều này cho thấy, việc triển khai hoạt động CLB trước thời gian can thiệp chưa thực sự bài bản và chưa có sự tham gia đầy đủ của nhân viên y tế là có chuyên môn, kênh thông tin hết sức quan trọng đối với thành viên CLB. Đây có thể là nguyên nhân giải thích cho việc trải qua các hoạt động này, người tham gia vẫn chưa thực sự hài lòng với các khía cạnh tổ chức và đó là một hạn chế đối với chất lượng của các buổi sinh hoạt CLB. Thiếu sự tham gia của cán bộ y tế làm hạn chế khả năng giải đáp cũng như hướng dẫn về mặt chuyên môn đối với các vấn đề liên quan tới điều trị bệnh, đặc biệt là đối với việc sử dụng thuốc ARV. Điều này cũng gợi mở hướng can thiệp nâng cao chất lượng sinh hoạt CLB bằng cách tăng cường sự tham gia của nhân viên y tế.

Đa số đối tượng nghiên cứu cho rằng thời gian chia sẻ các thông tin trong các buổi sinh hoạt CLB còn ít (65,7%), bên cạnh đó, tỷ lệ đối tượng cho rằng người tham gia các hoạt động còn bị thụ động là 27,9%. Có thể thấy, kết quả khảo sát trước can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra được việc tổ chức, thực hiện các hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS còn nhiều hạn chế và để nâng cao hiệu quả của các buổi sinh hoạt CLB cần tạo thêm nhiều thời gian cho các thành viên tham gia, đồng thời cần phải tạo môi trường thuận lợi để các thành viên CLB có thể chủ động hơn trong việc chia sẻ thông tin liên quan tới chăm sóc, điều trị.

Bên cạnh sự hỗ trợ từ nhân viên y tế, việc tăng cường hỗ trợ giữa các thành viên CLB là một trong những mục tiêu của các CLB người nhiễm HIV/AIDS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước thời điểm can thiệp, vẫn còn 14,5% số người cho rằng họ không nhận được sự hỗ trợ nào

của các thành viên còn lại trong CLB. Việc nhận được sự hỗ trợ của các thành viên còn lại trong CLB là một trong những hoạt động có ý nghĩa của CLB. Đó chính là một trong những động lực để các thành viên tham gia hoạt động của CLB. Theo logic tự nhiên, tăng cường sự hỗ trợ giữa các thành viên sẽ làm tăng sự tham gia CLB của họ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với phát hiện trong nghiên cứu của Đỗ Huy Giang chỉ khoảng 42,6% số người nhiễm HIV/AIDS đã từng hỗ trợ, chăm sóc tại cộng đồng [141].

Các nội dung hỗ trợ mà thành viên tham gia CLB nhận được sau các buổi sinh hoạt bao gồm hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV (60,5%), chia sẻ kinh nghiệm điều trị ARV (61,6%) và hỗ trợ đi lại để nhận các dịch vụ chăm sóc (52,2%), hoạt động của CLB tập trung vào chăm sóc và điều trị HIV/AIDS chiếm 70,2%. Kết quả này tương tự với kết quả trong báo cáo của Đỗ Huy Giang, các nội dung hỗ trợ chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS của các CLB tại Thái Bình năm 2013, các nội dung hỗ trợ từ CLB chủ yếu là hướng dẫn sử dụng thuốc (83,8%), cách phòng tránh lây nhiễm cho người khác (74,9%), chăm sóc khi gặp tác dụng phụ (64,2%), hướng dẫn tập thể thao, ăn uống hợp lý (51,4%) [141].

Có thể thấy, trên địa bàn tỉnh Thái Bình các nội dung hỗ trợ của các CLB người nhiễm HIV/AIDS không thay đổi nhiều sau nhiều năm thực hiện. Vẫn còn 11,7% số đối tượng được hỏi trong nghiên cứu của chúng tôi vào thời điểm trước can thiệp chưa hài lòng với kết quả thu được của họ từ việc tham gia sinh hoạt CLB. Điều này cho thấy cần có sự đổi mới, bổ sung các hình thức và nội dung sinh hoạt để nâng cao hiệu quả hỗ trợ của CLB đối với người tham gia, góp phần nâng cao kiến thức, thực hành của họ trong việc chăm sóc điều trị nói chung, việc tuân thủ dùng thuốc điều trị nói riêng. Đây

cũng là cơ sở để xây dựng cách thức phù hợp hơn cho việc sinh hoạt CLB mà nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng trong giai đoạn can thiệp.

4.1.3. Kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

Trong những năm gần đây, nỗ lực của ngành y tế và truyền thông không ngừng được đẩy mạnh để nâng cao nhận thức cũng như kiến thức phòng tránh HIV cho người dân. Tuy vậy, kiến thức và thực hành chăm sóc, điều trị HIV/AIDS của người bệnh vẫn cần tiếp tục phải được nâng cao hơn nữa. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kiến thức và thực hành về chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS tham gia hoạt động tại các CLB người nhiễm HIV/AIDS tại Thái Bình, làm một trong những cơ sở cho việc thiết kế các biện pháp hỗ trợ can thiệp cho họ ở giai đoạn tiếp theo của đề tài.

HIV là “vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người”, tấn công vào các tế bào của hệ thống miễn dịch, đặc biệt là T-CD4 [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết về tác nhân gây bệnh là vi-rút HIV chiếm 81,2%. Vẫn còn có những sai lầm của đối tượng nghiên cứu trong nhận biết về nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS là do vi khuẩn (4,5%), kí sinh trùng (6,9%), nhiễm độc (2,1%)... Bên cạnh đó, tỷ lệ đối tượng biết về đường lây bệnh cũng không cao, tỷ lệ người cho rằng bệnh lây qua đường máu chiếm 79,3%, qua quan hệ tình dục không an toàn là 64,3% và chỉ 42,6% cho rằng mẹ truyền sang con là một đường lây HIV/AIDS. Rõ ràng, các kết quả trên đây cho thấy một tỷ lệ thấp các đối tượng nhận biết được tác nhân gây bệnh cũng như biết được các phương thức lây truyền. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như phát hiện trong một nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của người nhiễm HIV/AIDS và điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (ARV) đã được thực hiện ở Soweto, Nam Phi trong số 105 bệnh nhân tới phòng khám HIV được đánh giá chỉ có 83% biết về các phương thức lây truyền [78].

Việc không biết được tác nhân gây bệnh cũng như đường lây gây ra những hậu quả đáng kể. Đây có thể là nguyên nhân khiến bệnh nhân không có cách phòng chống dẫn tới mắc bệnh. Thậm chí, sau khi mắc bệnh không có những kiến thức quan trọng này có thể gây ra tăng tỷ lệ lây truyền cho người xung quanh.

Mặc dù khoa học ngày càng phát triển, cho tới nay vẫn chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh AIDS. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 73,6% số đối tượng nghiên cứu biết chưa có thuốc chữa khỏi HIV/AIDS. Tỷ lệ không biết thông tin này chiếm 23,1%, thậm chí có 3,3% số người cho rằng đã có thuốc chữa khỏi căn bệnh này. Các phát hiện này cũng tương đồng với các phát hiện trong nghiên cứu của Esther Kip và cộng sự, theo đó tỷ lệ tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi những quan niệm sai lầm về HIV. Trong 400 người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị tại 4 phòng khám ARV ở Botswana được hỏi bao gồm cả nam và nữ 30,5% số người tin rằng HIV có thể được chữa khỏi bằng thuốc [82]. Việc tin rằng HIV có thể chữa khỏi có thể là nguyên nhân dẫn tới sự coi thường, thiếu cảnh giác, xem nhẹ việc phòng ngừa lây nhiễm và mắc bệnh, đồng thời gây ra việc không tuân thủ điều trị nghiêm ngặt.

Hiện nay chưa có thuốc chữa khỏi HIV/AIDS, tuy nhiên ARV đã được nghiên cứu và đi vào sử dụng cho người bệnh HIV/AIDS với mục đích là nhằm ức chế tối đa và lâu dài quá trình HIV nhân lên trong cơ thể, đồng thời phục hồi chức năng miễn dịch của người nhiễm HIV [49], [60]. Điều trị HIV/AIDS bằng ARV giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV/AIDS. Bên cạnh đó, ARV cũng giúp dự phòng lây truyền HIV/AIDS từ người nhiễm sang người khác (như bạn tình, bạn chích). Ngoài ra, điều trị ARV sớm cũng giúp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Một số mô hình dự đoán đã gợi ý rằng trong một số điều kiện, việc sử dụng ARV rộng rãi

có thể dẫn tới giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm mới HIV. Thuốc ARV được chứng minh là làm giảm tải lượng vi-rút trong máu và dịch tiết sinh dục. Điều này dẫn đến việc giảm lây truyền HIV đáng kể khi một bệnh nhân có tải lượng vi-rút bị ức chế (<50 bản sao/ml) quan hệ tình dục với bạn tình âm tính với HIV.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân biết rằng ARV có tác dụng làm giảm sự phát triển của vi-rút (79,0%) và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS (72,1%). Tuy nhiên, vẫn có 3,6% số người cho rằng ARV có tác dụng tiêu diệt HIV và 6,7% số người đồng ý cả ba tác dụng trên của thuốc. Như đã đề cập trong phần trước, việc lầm tưởng về tác dụng tiêu diệt vi-rút của thuốc có thể dẫn tới sự thiếu cảnh giác, chủ quan cho rằng điều trị có thể hết bệnh và giảm, bỏ các biện pháp phòng lây nhiễm cho người khác. Điều này có thể gây ra những tác dụng tiêu cực.

Mặc dù không chữa khỏi được bệnh HIV/AIDS, những tác dụng của ARV là rất có ý nghĩa. Tuy nhiên, để đạt được những hiệu quả của việc sử dụng thuốc, tuân thủ điều trị là một yêu cầu bắt buộc. Tuân thủ điều trị thuốc ARV được định nghĩa là người bệnh phải uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của thầy thuốc, đến khám và làm xét nghiệm theo lịch hẹn [49]. Tuy vậy, trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng cho rằng tuân thủ điều trị ARV chỉ bao gồm uống thuốc đúng giờ, đúng khoảng cách chiếm 65,7%, uống đúng thuốc chiếm 53,3%, đúng liều là 51,3% và chỉ 42,6% cho rằng tuân thủ điều trị ARV phải uống thuốc đều đặn suốt đời. Những thiếu sót trong nhận thức này có thể làm giảm hiệu quả của các thông điệp truyền thông về tuân thủ điều trị ARV. Đối tượng nếu không biết rõ như thế nào là tuân thủ điều trị thì khó có thể thực hiện được việc này.

Đa số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đồng ý rằng việc không tuân thủ điều trị gây ra không ngăn chặn được sự tăng sinh của vi-rút HIV

(79,8%), gây phát sinh vi-rút kháng thuốc (71,2%). Tuy nhiên, chỉ 26,9% số người cho rằng việc không tuân thủ gây ra chi phí điều trị tăng cao. Kết quả tương tự với phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi cũng được báo cáo trong nghiên cứu thực hiện ở Soweto, Nam Phi. Trong số 105 bệnh nhân tới phòng khám HIV/AIDS được đánh giá, 65% đồng ý rằng việc thiếu liều ARV có thể dẫn đến tiến triển bệnh nặng hơn [78].

Có thể nói, tỷ lệ người nhận biết đầy đủ các tác hại của không tuân thủ điều trị còn thấp trong nghiên cứu của chúng tôi trước giai đoạn can thiệp đã gợi ý và là cơ sở cho việc thiết kế các hoạt động truyền thông phù hợp để cung cấp thêm thông tin cho đối tượng về khía cạnh này trong can thiệp được thực hiện trong giai đoạn tiếp theo của đề tài.

Theo hướng dẫn điều trị bằng ARV được quy định thì người bệnh HIV/AIDS được kê đơn uống 1- 2 liều mỗi ngày, tương đương với việc uống thuốc 12 giờ hoặc 24 giờ. Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy: đa số đối tượng trong nghiên cứu cho rằng khoảng cách giữa các lần uống thuốc là cách 12 giờ (64,8%). Tỷ lệ cho rằng mỗi 6 giờ hoặc 8 giờ uống thuốc một lần chiếm 14,5% và 7,6%. Có 7,6% số bệnh nhân tin rằng cần uống thuốc mỗi 24 giờ. Vẫn có 5,5% số người nghĩ rằng không cần thiết phải tuân thủ khoảng cách giữa hai lần uống thuốc. Rõ ràng, trước đó khá nhiều đối tượng nghiên cứu đang điều trị ARV đã không biết cách uống thuốc đúng thời gian, thậm chí có nhiều người không coi trọng việc tuân thủ khoảng cách thời gian giữa hai lần uống thuốc. Đây là một trong những lý do quan trọng ảnh hưởng tới tỷ lệ tuân thủ điều trị, xa hơn là hiệu quả điều trị ARV ở người nhiễm HIV/AIDS.

Đa số bệnh nhân cho rằng nếu quên thuốc cần uống bổ sung ngay khi nhớ cách liều trước ít nhất 4 giờ (64,3%). Tuy vậy, tỷ lệ có kiến thức chưa đúng về cách xử lý khi quên liều còn cao. Tỷ lệ cho rằng nên bỏ liều đã quên

và uống liền tiếp theo bình thường là 22,4%. Có 9,8% số người cho rằng cần uống liền lúc 2 liều khi nhớ ra và 3,6% không biết gì về cách xử lý khi quên liều. Việc không biết cách xử lý dẫn tới không xử lý đúng khi gặp vấn đề là điều khó tránh. Hậu quả của việc này là làm tăng khả năng kháng thuốc do bỏ liều, cách liều hoặc có nguy cơ ngộ độc do quá liều. Điều này cũng là căn cứ để xây dựng nội dung các biện pháp can thiệp với một trong những nội dung ưu tiên là cách xử trí khi quên uống thuốc của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức tốt về HIV/AIDS cũng như điều trị ARV trong nghiên cứu còn chưa cao. Kết quả này tương tự với kết quả trong một nghiên cứu khác trên thế giới, theo đó, hiểu biết đầy đủ về ARV ở người nhiễm HIV/AIDS còn khá thấp [81] và nghiên cứu này cũng cho rằng, nếu sự hiểu biết của người nhiễm HIV/AIDS có thể được cải thiện thông qua các cuộc thảo luận với bác sĩ và dược sĩ, khả năng tuân thủ điều trị và tăng hiệu quả điều trị có thể tăng lên đáng kể.

Đa số người nhiễm HIV/AIDS trong nghiên cứu của chúng tôi chưa từng quên dùng thuốc, chiếm tỷ lệ 86,9%. Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS trong nghiên cứu từng quên thuốc 1 lần, 2 lần và 3 lần lần lượt là 9,8%, 2,9% và 0,5%. Những tỷ lệ này đều thấp hơn ở nữ so với nam. Tỷ lệ quên thuốc này thấp hơn trong những báo cáo được biết đến trước đó, cụ thể: Trần Văn Sơn đã báo cáo tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS quên uống thuốc là 63,7% [90].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Trong số những người nhiễm HIV/AIDS từng quên uống thuốc, lý do phổ biến nhất là do không mang theo thuốc, chiếm 49,1%; tiếp theo là do bận việc (24,6%); đáng chú ý có 1,8% số người cho rằng họ quên thuốc là do không có người nhắc nhở. Điều này cho thấy có người thân trong gia đình hỗ trợ chăm sóc điều trị nói

chung, hỗ trợ nhắc uống thuốc nói riêng sẽ góp phần nâng cao tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong số người nhiễm HIV/AIDS. Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS bỏ trị ARV hay quên uống thuốc ARV được báo cáo trong một nghiên cứu khác là 63,7% và theo nghiên cứu ngày, nguyên nhân cũng được đưa ra với trên 50% gặp tác dụng phụ khi uống thuốc ARV và 50% chưa hiểu đầy đủ khái niệm tuân thủ điều trị ARV. Có ba nguyên nhân chính khiến người nhiễm HIV/AIDS bỏ điều trị ARV là đi làm ăn xa (38,9%), sợ bị kỳ thị (25%) và do điều trị không hiệu quả (dừng uống thuốc ARV để điều trị bệnh khác (18%) [74], [90]. Kết quả trong một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra, người nhiễm HIV/AIDS có sự hỗ trợ của người nhà thì khả năng tuân thủ điều trị ARV cao hơn [74], [132], [142]. Thực tế cho thấy, để tránh quên uống thuốc, nhiều người nhiễm HIV/AIDS sử dụng các biện pháp tự nhắc uống thuốc khác cũng giúp làm tăng khả năng tuân thủ điều trị mà không cần có sự trợ giúp của người thân.

Lý do uống thuốc không đúng cách phổ biến nhất được đối tượng nghiên cứu đưa ra là do thay đổi chế độ sinh hoạt hằng ngày, chiếm 63,1% không nhớ cách uống, liều uống là lý do phổ biến thứ hai (19,5%). Những kết quả này cũng là cơ sở cho việc xây dựng các nội dung thảo luận trong giai đoạn can thiệp của đề tài nhằm hạn chế vấn đề đối tượng uống thuốc không đúng cách.

Đối với người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV ổn định: Có thể tái khám, kê đơn, cấp thuốc ARV với số lượng thuốc sử dụng tối đa 90 ngày. Đối với trường hợp điều trị ARV chưa ổn định, cần tái khám định kỳ hằng tháng hoặc sớm hơn. Số lượng thuốc được kê đơn và cấp tối đa 30 ngày. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, hầu hết đối tượng đã tái khám hằng tuần trong tháng đầu điều trị (70,2%), tỷ lệ này cao hơn ở nữ so với nam (73,1% so với

67,8%). Tỷ lệ tái khám mỗi tháng một lần là 21,0%, có 6,2% số người đã khám 2-3 lần trong tháng đầu tiên. Tuy nhiên, có 3,6% số đối tượng đã không tái khám ngay trong tháng đầu tiên tiếp nhận điều trị. Chính vì thế việc phổ biến để những người nhiễm HIV/AIDS hiểu rõ được vai trò quan trọng của việc tái khám định kỳ cần được xác định là một trong những nội dung ưu tiên trong việc xây dựng các biện pháp can thiệp trong giai đoạn sau của đề tài nghiên cứu.

4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

4.2.1. Việc thực hiện các hoạt động can thiệp

Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS bao gồm các dịch vụ ở cả người nhiễm HIV/AIDS nội trú và ngoại trú, được tài trợ chủ yếu thông qua kinh phí của các chính phủ và các chương trình hỗ trợ phát triển dành cho sức khỏe. Các chương trình chăm sóc, hỗ trợ cần được xây dựng phù hợp với văn hóa, nhu cầu của người nhiễm, đồng thời giải quyết được các rào cản mà các đối tượng này gặp phải trong việc tiếp cận và tuân thủ điều trị HIV/AIDS. Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc, các biện pháp hỗ trợ và chăm sóc như tăng liên hệ giữa nhà cung cấp dịch vụ và người nhiễm HIV/AIDS, nâng cao kiến thức và nhận thức cho người nhiễm HIV/AIDS, xóa bỏ khoảng cách và kỳ thị đối với nhóm đối tượng này của xã hội, tăng cường sự quan tâm chăm sóc của gia đình và người thân cũng như thiết kế các chương trình hỗ trợ điều trị và ổn định cuộc sống khác là vô cùng cần thiết.

Dựa trên khảo sát ban đầu về thực trạng hoạt động CLB cũng như kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi đã thiết kế các biện pháp can thiệp tập trung vào cải thiện các hoạt động tại CLB người nhiễm HIV/AIDS tại địa bàn can thiệp của nghiên cứu. Các hoạt động can thiệp đã thực hiện bao gồm các biện pháp truyền thông thông qua đào tạo, tập huấn và

hỗ trợ vật liệu truyền thông, trang thiết bị sinh hoạt cho các CLB. Tất cả các hoạt động đã tiếp cận được 100% số thành viên CLB là cơ sở để đảm bảo hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

Việc thực hiện các biện pháp can thiệp này cũng phù hợp với những biện pháp được chứng minh hiệu quả. Một nghiên cứu đánh giá một cách có hệ thống đã được thực hiện cho thấy các can thiệp phổ biến nhằm tăng hiệu quả điều trị ở người nhiễm HIV/AIDS tập trung vào các nhóm biện pháp như là can thiệp vào hệ thống y tế, tăng cường sự thuận lợi và khả năng tiếp cận của bệnh nhân, can thiệp hành vi hỗ trợ đồng đẳng như là việc cải thiện giao tiếp, hỗ trợ giáo dục..., và khuyến khích [104].

4.2.2. Thay đổi sự tham gia của đối tượng và sự hỗ trợ của câu lạc bộ

Tỷ lệ người tham gia các hoạt động CLB trước can thiệp trong nhóm can thiệp là 46,7% và nhóm chứng là 74,8%. Sau can thiệp, tỷ lệ này lần lượt ở hai nhóm trên là 82,4% và 85,2%. Mặc dù tỷ lệ tham gia sinh hoạt thường xuyên đều tăng ở cả hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, mức tăng trong nhóm can thiệp vẫn cao hơn so với nhóm chứng, với hiệu quả can thiệp là 62,5%. Bên cạnh đó, tỷ lệ người tham gia chủ động hơn sau can thiệp tăng từ 21,4% lên 88,1% trong nhóm can thiệp, trong khi đó, cùng thời gian, tỷ lệ này chỉ tăng từ 39,0% lên 61,9% ở nhóm chứng. Điều này cho thấy sự thu hút tham gia CLB của các đối tượng đã được gia tăng, là một trong những cơ sở để các hoạt động can thiệp khác tại CLB được thực hiện.

Theo kết quả nghiên cứu thu được, các hoạt động can thiệp đã làm tăng tính chủ động nhiều hơn của các đối tượng tham gia CLB, hiệu quả can thiệp tương ứng với chỉ số đánh giá này là 253,0%. Những kết quả này cho thấy các hoạt động can thiệp đã thực sự có hiệu quả trong việc thu hút sự tham gia, đặc biệt là tính chủ động tham gia của người nhiễm HIV/AIDS. Điều này có ý

nghĩa quan trọng trong các can thiệp sau này làm tăng nhận thức, hành vi đúng và tăng hiệu quả điều trị.

Sau thời gian can thiệp trong nghiên cứu, đối tượng trong cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng đều nhận thấy có sự cải thiện đáng kể về thời gian chia sẻ tại CLB ($p < 0,05$). Tỷ lệ đối tượng cho rằng thời gian chia sẻ còn thiếu đã giảm từ 71,9% xuống 11,4% ở nhóm can thiệp và 59,5% xuống 36,7% trong nhóm chứng sau thời gian can thiệp. Hiệu quả can thiệp đạt được là 45,8%. Kết quả này là hợp lý khi mà mỗi thành viên tham gia nhiệt tình và chủ động hơn, việc chia sẻ từ chính người bệnh được khuyến khích và ngày càng phổ biến dẫn đến thời gian chia sẻ giữa các thành viên của CLB được gia tăng hơn.

Bên cạnh đó, sự tham gia của nhân viên y tế trong các buổi sinh hoạt tăng lên, thời gian chia sẻ theo đó cũng tăng cao. Trước hoạt động can thiệp trong nghiên cứu, tỷ lệ cán bộ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS chiếm khoảng một nửa trong số các nhân viên y tế có tham gia các buổi sinh hoạt tại CLB. Tỷ lệ này sau can thiệp đã tăng lên 100% ở nhóm can thiệp và giảm còn 0% ở nhóm chứng. Điều này cho thấy các hoạt động can thiệp đã làm tăng tỷ lệ tham gia của cán bộ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS đạt hiệu quả can thiệp 191,2%. Nhận xét này cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Phạm Xuân Sáng và cộng sự đề tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị cần thiết tăng cường hỗ trợ từ người nhà, tăng cường tư vấn điều trị từ các cán bộ điều trị là những nhân viên y tế [133].

Không chỉ tăng sự có mặt của nhân viên y tế tại các buổi sinh hoạt CLB, nội dung các nhân viên y tế tuyên truyền tại CLB cũng đa dạng hơn. Trước khi can thiệp các nhân viên y tế chủ yếu thực hiện tư vấn về điều trị bằng thuốc ARV và cập nhật kiến thức mới về điều trị thuốc này, sau can thiệp các nhân viên đã tăng thời lượng cho chủ đề nói chuyện chuyên đề về

HIV/AIDS; tỷ lệ này lần lượt ở nhóm can thiệp là 9,1% trước can thiệp và tăng mạnh sau thời gian can thiệp lên 82,6%. Các hoạt động can thiệp đã làm gia tăng tỷ lệ hoạt động nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS với hiệu quả can thiệp thu được là 907,7%. Dựa trên khảo sát đầu vào nghiên cứu được thực hiện trong giai đoạn 1, nhóm nghiên cứu đã thiết kế các nội dung các buổi sinh hoạt tập trung với mục đích cải thiện các vấn đề mà các đối tượng còn thiếu trong kiến thức và thực hành đúng của họ. Bởi vậy, các buổi nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS tại các buổi sinh hoạt CLB đã được xác định là nội dung chủ yếu, xuyên suốt các hoạt động can thiệp.

Số đối tượng nhận được hỗ trợ từ các thành viên CLB tăng lên tại thời điểm sau can thiệp ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ này tăng nhiều hơn trong nhóm can thiệp (87,1% lên 100%) so với nhóm chứng (83,8% lên 92,9%). Kết quả này có thể được giải thích do việc tham gia các hoạt động của CLB gia tăng, đồng thời, mỗi thành viên tham gia cũng tăng cường sự chủ động. Các buổi sinh hoạt được tổ chức thường xuyên, hiệu quả cùng với sự tham gia nhiệt tình của mỗi thành viên dẫn tới sự chia sẻ, gắn kết trong cộng đồng của bản thân họ. Điều này góp phần cải thiện các mối quan hệ, tạo điều kiện tăng cường sự hỗ trợ chéo giữa những người tham gia và chính người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn nghiên cứu của đề tài.

Tỷ lệ đối tượng báo cáo có sự hướng dẫn cách tuân thủ điều trị giữa các thành viên trong CLB tăng đáng kể trong nhóm can thiệp (47,5% lên 96,7%), trong khi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm chứng (76,3% lên 77,6%). Hiệu quả can thiệp trong việc làm tăng tỷ lệ đối tượng báo cáo có việc hướng dẫn tuân thủ trong các thành viên của can thiệp đạt 101,9%. Sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng báo cáo có sự chia sẻ kinh nghiệm điều trị giữa các thành viên trong CLB tăng đáng kể trong

nhóm can thiệp (48,6% lên 75,2%), trong khi giảm ở nhóm chứng (không có sự khác biệt có ý nghĩa 78,0% xuống 56,2%). Hiệu quả can thiệp đối với việc chia sẻ kinh nghiệm điều trị trong các thành viên của can thiệp đạt ở mức khá cao là 82,7%. Có thể nói rằng so với các kiến thức được hướng dẫn từ nhân viên y tế, việc các đối tượng chia sẻ cho nhau kinh nghiệm điều trị của bản thân có ý nghĩa thực tiễn, gần gũi và khiến những người trong cộng đồng dễ đồng cảm, tiếp thu hơn và nhận được sự tin tưởng hơn từ đối tượng tiếp nhận.

Không chỉ hỗ trợ lẫn nhau về kiến thức, kinh nghiệm trong chăm sóc, điều trị, nhiều thành viên CLB trong nghiên cứu của chúng tôi còn hỗ trợ những thành viên CLB còn gặp khó khăn khi đi lại, nhận dịch vụ điều trị. Chính vì thế, mặc dù không có sự khác biệt đáng kể ở cả hai nhóm nghiên cứu về tỷ lệ nhận được hỗ trợ đi lại từ các thành viên khác của CLB khi họ nhận dịch vụ điều trị tại phòng khám ngoại trú. Tuy nhiên, tỷ lệ này mới chỉ tăng nhẹ trong nhóm can thiệp (58,8% lên 59%) trong khi giảm trong nhóm chứng (47,5% còn 39%). Hiệu quả can thiệp đối với việc hỗ trợ đi lại của can thiệp đạt 18,2%. Như vậy, đây là loại hình hoạt động rất có ý nghĩa đối với các đối tượng tham gia nghiên cứu vì thực tế cho thấy những người nhiễm HIV/AIDS gặp khó khăn hơn nhiều so với những người bình thường khác trong việc tìm kiếm hỗ trợ khi đi khám chữa bệnh tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS và việc hỗ trợ các thành viên khác cũng gặp khó khăn hơn so với người mắc bệnh khác hoặc người dân bình thường. Một trong những lý do có thể đề cập đến là sự e ngại khi gần gũi, tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS còn khá phổ biến trong cộng đồng hiện nay. Điều này dẫn tới việc người khác trong cộng đồng mặc dù muốn giúp, chia sẻ với người bệnh nhưng dè dặt trong sự giúp đỡ. Qua đó có thể thấy, việc làm giảm kỳ thị trong cộng đồng đối với những người nhiễm HIV có vai trò hết sức quan trọng và cần được tiếp tục đẩy mạnh công tác tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS hơn nữa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ đối tượng nhận được hỗ trợ tinh thần nhờ tham gia CLB đã tăng mạnh trong nhóm can thiệp (41,9% lên 84,8%) trong khi tăng rất ít ở nhóm chứng (45,7% lên 48,6%). Hiệu quả can thiệp tính cho hoạt động hỗ trợ về tinh thần đối với đối tượng nghiên cứu của can thiệp là 96,0%. Kết quả này có thể được giải thích do việc tăng cường chia sẻ giữa những người mắc bệnh giúp các đối tượng có cơ hội, hỗ trợ và nhận hỗ trợ khi cần thiết. Họ cũng dễ dàng nhận được sự đồng cảm hơn trong cộng đồng của mình, nhờ đó hiệu quả tích cực đối với chất lượng cuộc sống cũng như đời sống tinh thần. Tuy nhiên, trong khuôn khổ nghiên cứu này chúng tôi không đánh giá, hay tiến hành việc đo lường cụ thể sự thay đổi về tinh thần của người nhiễm HIV/AIDS.

4.2.3. Thay đổi kiến thức chăm sóc, điều trị của đối tượng

Sau can thiệp của nhóm can thiệp có tỷ lệ đối tượng nâng cao kiến thức về giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử (45,7% lên 94,3%) cao hơn so với nhóm chứng (46,2% lên 59,0%) mặc dù sự thay đổi ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả can thiệp đối với nhận thức về bệnh và giảm phân biệt đối xử của các đối tượng đạt 78,6%. Việc các đối tượng có kiến thức đúng về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử cũng giúp người nhiễm HIV/AIDS tự tin hơn trong cuộc sống, thậm chí là mạnh dạn hơn trong các hoạt động xã hội và việc tiếp nhận và duy trì điều trị. Điều này có thể gián tiếp tăng cường hiệu quả quản lý và điều trị HIV/AIDS. Đây cũng chính là điều giải thích trong kết quả thu được sau can thiệp, tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS tự tin, không mặc cảm tăng lên đáng kể ở cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp như đã được mô tả trong phần kết quả nghiên cứu.

Nếu như trước can thiệp, kiến thức của các đối tượng về nguyên nhân gây bệnh cũng như đường lây không cao, tỷ lệ đối tượng có hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS ở nhóm can thiệp đã tăng đáng kể sau thời

gian can thiệp (71% lên 100%, $p < 0,05$), trong khi tỷ lệ này giảm nhẹ ở nhóm chứng (91,4% xuống 87,1%). Bên cạnh đó, tỷ lệ có hiểu biết về tất cả các đường lây bệnh tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Rõ ràng, các chia sẻ trong các buổi sinh hoạt được lên kế hoạch thực hiện có hiệu quả tích cực, trực tiếp cải thiện các mảng kiến thức thiếu sót trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Việc hiểu biết về tác nhân gây bệnh, về đường lây của bệnh sẽ giúp cho các đối tượng phòng tránh được việc lây nhiễm chéo có thể xảy ra cho người thân và cộng đồng nơi họ sinh sống và làm việc. Điều này cũng là cơ sở giải thích cho việc kiến thức của các đối tượng ở nhóm can thiệp có tỷ lệ hiểu biết về cách điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS tăng lên (63,8% lên 74,8%) trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ này giảm sau nghiên cứu (75,2 % xuống 67,6%). Có thể thấy mức tăng tỷ đối tượng có kiến thức về dự phòng lây nhiễm chưa thực sự nhiều, nhưng so với nhóm không được can thiệp, những người tham gia các buổi sinh hoạt được chuẩn bị nội dung của nhóm nghiên cứu có kiến thức tốt hơn về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Điều này khẳng định hiệu quả của các biện pháp can thiệp đã được thực hiện.

Các đối tượng nhiễm HIV có nguy cơ bị nhiễm trùng cơ hội cao nhất là khi số lượng tế bào bạch cầu T-CD4 của họ giảm xuống dưới 200 TB/mm³. Tuy nhiên, một số nhiễm trùng cơ hội vẫn có thể xảy ra khi số lượng T-CD4 của một người dưới 500 TB/mm³. Điều đó là cho thấy hệ thống miễn dịch đã bắt đầu suy yếu. Hiện nay, các loại nhiễm trùng cơ hội nhìn chung đã ít phổ biến hơn so với thời kỳ đầu của đại dịch HIV. Điều này có được là nhờ vào những thành tựu trong việc điều chế và ứng dụng các loại thuốc kháng HIV, làm giảm lượng HIV trong cơ thể và giữ cho hệ thống miễn dịch khỏe mạnh hơn, qua đó có khả năng chống lại nhiễm trùng tốt hơn.

Tuy nhiên, một số người nhiễm HIV vẫn có nguy cơ mắc phải nhiễm trùng cơ hội nếu họ có một trong những lý do sau đây:

- Không biết bị nhiễm HIV và vì vậy không được điều trị
- Biết bị nhiễm HIV nhưng không dùng thuốc kháng vi - rút
- Đã sống chung với HIV trong một thời gian dài trước khi được chẩn đoán và do đó hệ thống miễn dịch đã bị suy yếu
- Đang dùng thuốc kháng vi-rút nhưng phác đồ kém hiệu quả trong kiểm soát vi-rút

Chính vì thế, những người này trở thành đối tượng tấn công của các loại nhiễm trùng cơ hội và khi bị nhiễm trùng cơ hội thì việc điều trị các nhiễm trùng cơ hội không chỉ bởi các cơ sở y tế mà cần có sự tham gia tích cực, hiệu quả của bản thân người nhiễm HIV/AIDS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng biết cách tự chăm sóc các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội tăng trong nhóm can thiệp từ 61,9% lên 74,8% và giảm trong nhóm chứng từ 77,5% xuống 68,1%; hiệu quả can thiệp đạt được là 41,4%. Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS biết cách tự chăm sóc, điều trị tại nhà tăng lên đáng kể sau can thiệp ở cả hai nhóm, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (38,1% lên 92,4%) so với nhóm chứng (43,5% lên 68,6%); hiệu quả can thiệp đạt được là 93,5%. Kết quả này có ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS. Vì nhiễm trùng cơ hội là thường gặp trong nhóm đối tượng này, việc biết cách tự chăm sóc khi có nhiễm trùng cơ hội nói riêng và tự chăm sóc điều trị tại nhà nói chung góp phần giảm gánh nặng bệnh tật lên gia đình người bệnh và xã hội. Người nhiễm HIV/AIDS có thể tự chăm sóc tốt cho họ giúp tiết kiệm nguồn lực, đồng thời đảm bảo việc chăm sóc luôn được thực hiện kịp thời, hiệu quả.

Việc nhận biết các triệu chứng về giai đoạn đầu chuyển sang AIDS cũng có tác dụng để người bệnh có thể đánh giá và tự nắm bắt được tình trạng của bản thân, nhằm kịp thời có thông báo cho nhân viên y tế để có điều chỉnh phác đồ điều trị nếu cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người biết một mỗi kéo dài là một trong các triệu chứng về giai đoạn đầu của AIDS tăng lên đáng kể trong nhóm can thiệp (44,3% lên 91,4%, $p < 0,05$); hiệu quả can thiệp đạt 98,5%. Tỷ lệ đối tượng trong nghiên cứu biết sút cân trên 10% là một biểu hiện của giai đoạn đầu chuyển sang AIDS đều tăng đáng kể sau can thiệp ở cả hai nhóm nghiên cứu, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (55,7% lên 90,5%) so với nhóm chứng (69,5% lên 91,9%). Tỷ lệ biết dấu hiệu tiêu chảy kéo dài là một biểu hiện của giai đoạn đầu chuyển sang AIDS đều tăng đáng kể ở cả hai nhóm nghiên cứu, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (44,8% lên 92,9%). Tương tự với tỷ lệ đối tượng biết viêm da ngứa toàn thân là một biểu hiện của giai đoạn đầu chuyển sang AIDS (35,7% lên 75,7%); hiệu quả can thiệp đạt được là 146,7%. Các triệu chứng kể trên là những dấu hiệu đặc trưng trong thời kì đầu chuyển sang AIDS. Tuy nhiên, vẫn có nhiều người không biết các triệu chứng này. Sau can thiệp, tất cả đối tượng nghiên cứu được chia sẻ đều nắm được các thông tin này, tỷ lệ người không biết triệu chứng của thời kì đầu chuyển sang AIDS giảm nhiều hơn trong nhóm can thiệp (10,5% xuống 1,0%) so với nhóm chứng (6,7% xuống 1%). Rõ ràng, theo thời gian, các đối tượng nghiên cứu cũng dần có thêm kiến thức về triệu chứng của AIDS, tuy nhiên, nhóm được can thiệp có kiến thức được cải thiện nhanh chóng và rõ rệt hơn hẳn. Điều này cho thấy các hoạt động can thiệp đã mang lại hiệu quả tích cực trong việc nâng cao hiểu biết của các đối tượng về nhận biết các dấu hiệu, triệu chứng chuyển sang giai đoạn AIDS của người nhiễm HIV.

Việc nhận thức được rằng chưa có thuốc trị khỏi HIV/AIDS có ý nghĩa quan trọng làm người bệnh nâng cao cảnh giác với việc phòng chống lây truyền, đồng thời có ý thức hơn trong tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đối tượng cho rằng chưa có thuốc chữa khỏi HIV/AIDS tăng đáng kể trong cả hai nhóm. Mức tăng tương đương ở nhóm can thiệp (72,4% lên 100%) so với nhóm chứng (74,8% lên 97,6%); hiệu quả can thiệp đạt được là 9,5%.

Các thông tin về thuốc điều trị trước thời gian can thiệp thường được chia sẻ bởi nhân viên y tế, tuy nhiên, theo chương trình can thiệp các nội dung chia sẻ này được thực hiện bởi chính những thành viên trong CLB là những người nhiễm HIV/AIDS.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguồn cung cấp thông tin về thuốc ARV từ nhân viên y tế giảm ở cả hai nhóm sau can thiệp. Ngược lại, nguồn cung cấp thông tin cho đối tượng từ chính những người nhiễm bệnh khác lại tăng đáng kể trong cả hai nhóm. Mức tăng cao hơn ở nhóm can thiệp (39,5% lên 98,6%) so với nhóm chứng (48,6% lên 78,6%); hiệu quả can thiệp là 87,9%. Việc tự chia sẻ trong cộng đồng nhiễm bệnh dường như giúp những thành viên khác dễ tiếp thu các thông tin hơn hẳn. Tất nhiên, việc chia sẻ thông tin vẫn có sự tham gia và góp ý và kiểm soát từ nhân viên y tế. Đây là một trong những hình thức đảm bảo sự duy trì đều đặn các hoạt động của CLB và cho thấy tính bền vững của mô hình được đưa ra.

ARV là thuốc có tác dụng giúp ức chế tối đa và lâu dài quá trình HIV/AIDS nhân lên trong cơ thể, đồng thời, phục hồi chức năng miễn dịch của người nhiễm HIV/AIDS [49], [60]. Điều trị HIV/AIDS bằng ARV giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV/AIDS. Bên cạnh đó, điều trị ARV ở người nhiễm HIV/AIDS còn làm giảm lây truyền HIV. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc mở rộng quy mô điều trị ARV đã dẫn tới

giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS trong dân số [70], [71]. Ngoài ra, điều trị ARV sớm cũng giúp dự phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con [49]. Tuy nhiên, quá trình điều trị ARV rất phức tạp, đòi hỏi sự tuân thủ điều trị nghiêm ngặt về thời gian, liều lượng, cách dùng thuốc ARV để hạn chế sự nhân lên và đột biến kháng thuốc của vi-rút HIV/AIDS. Việc tuân thủ điều trị có ảnh hưởng rất nhiều tới hiệu quả điều trị và tình trạng sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS. Người nhiễm HIV/AIDS điều trị bằng thuốc ARV cần đạt tỷ lệ tuân thủ 90% với điều trị để ngăn ngừa tiến triển và kháng thuốc. Do vậy, việc có kiến thức tốt về ARV cũng như quản lý và điều trị bệnh là rất quan trọng để đảm bảo tuân thủ tốt, giảm nguy cơ kháng thuốc và tăng hiệu quả điều trị và chi phí [79]. Giáo dục người nhiễm HIV/AIDS cần được thực hiện đầy đủ vì nó bao gồm nhiều khía cạnh cần được liên tục chú ý. Người nhiễm HIV/AIDS cần được thông báo đầy đủ về căn bệnh của mình để có thể đưa ra quyết định sáng suốt và tuân thủ điều trị, giúp họ có thể ngăn chặn căn bệnh này. Người nhiễm HIV/AIDS có thể tuân thủ trong việc ngăn ngừa lây truyền HIV/AIDS thông qua các thực hành tình dục an toàn, dùng thuốc theo quy định và chấp nhận trách nhiệm đối với sức khỏe của chính họ. Cuối cùng, điều này có thể góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS, cũng như đóng góp tích cực cho kế hoạch chiến lược giải quyết vấn đề HIV ở của các Quốc gia.

Quá trình điều trị ARV đòi hỏi có kiến thức về điều trị ARV nói chung và kiến thức tuân thủ điều trị nghiêm ngặt về thời gian, liều lượng, cách dùng thuốc ARV nói riêng để hạn chế sự nhân lên và đột biến kháng thuốc của vi-rút HIV. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng biết tác dụng của ARV làm giảm sự phát triển của vi-rút và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê; tuy nhiên, mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp tương ứng đạt lần lượt

là 31,5%, và 41,2%. Tỷ lệ đối tượng cho rằng ARV tiêu diệt được vi-rút HIV/AIDS cũng giảm đi trong cả hai nhóm, tuy nhiên mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp. Đồng thời, tỷ lệ đối tượng biết tác dụng của ARV làm giảm sự phát triển của vi-rút và làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS tăng lên trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp. Các kết quả thu được như trên cho thấy rằng, các hoạt động can thiệp đã có hiệu quả làm tăng đáng kể kiến thức của các đối tượng nghiên cứu về tác dụng, hiệu quả của ARV trong điều trị ở người nhiễm HIV/AIDS.

Đối với người nhiễm HIV/AIDS thì ARV cần điều trị cả đời. Điều này là do tác dụng ức chế không hoàn toàn đối với sự nhân lên của vi-rút khi điều trị bằng thuốc. Chính tác dụng này cho phép các chủng kháng thuốc trở nên chiếm ưu thế. Bởi vậy mà việc điều trị cho người nhiễm bệnh cũng như những người bị lây bệnh trở lên khó khăn hơn. Một thử nghiệm cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng cơ hội, ung thư, tử vong cao hơn ở những bệnh nhân điều trị ARV không liên tục [65]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng nhận thức sai lầm rằng chỉ cần điều trị đến khi cơ thể khỏe lên đã giảm trong cả hai nhóm, mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp (16,7% còn 0%). Tỷ lệ người không biết về thời gian điều trị HIV/AIDS trong nhóm chúng không đổi tuy nhiên giảm rõ rệt trong nhóm can thiệp với hiệu quả can thiệp là 200%. Tỷ lệ đối tượng biết thời gian điều trị HIV/AIDS kéo dài suốt đời tăng lên trong cả hai nhóm, tuy nhiên mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp (67,6% lên 100%) với hiệu quả can thiệp là 27,9%. Ngoài ra, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng có hiểu biết đúng về tuân thủ điều trị ARV bao gồm: uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, khoảng cách và uống đều đặn suốt đời tăng lên trong cả hai nhóm tuy nhiên mức tăng đều cao hơn trong nhóm can thiệp.

Rõ ràng, các biện pháp can thiệp đã làm tăng kiến thức đúng của đối tượng về các nội dung và yêu cầu trong quá trình điều trị ARV, việc này đã giúp họ ý thức hơn trong việc có kế hoạch và tiến hành điều trị kéo dài liên tục, suốt cuộc đời. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao việc tuân thủ điều trị đối với căn bệnh của họ, góp phần tích cực trong điều trị bệnh.

Tỷ lệ đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi biết hậu quả của không tuân thủ điều trị là không ngăn chặn được sự tăng sinh của vi-rút HIV và tăng chi phí điều trị tăng lên trong cả hai nhóm, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp. Tỷ lệ đối tượng biết không tuân thủ điều trị dẫn tới phát sinh vi-rút mới kháng thuốc tăng lên trong nhóm can thiệp (61% lên 97,6%) trong khi giảm đi trong nhóm chứng (81,4% xuống 79%) với hiệu quả can thiệp là 62,9%. Như vậy, hầu hết đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp sau khi tham gia các buổi chia sẻ đều biết được nguy cơ của việc không tuân thủ điều trị. Nhận thức được điều này là một trong những yếu tố quan trọng góp phần làm giảm tỷ lệ không tuân thủ điều trị.

Hành vi luôn có mối liên hệ giữa kiến thức và thực hành, đặc biệt trong các vấn đề liên quan tới sức khỏe. Các kết quả nghiên cứu trước đây đã chứng minh những người nhận thức được tình trạng nhiễm HIV/AIDS của bản thân có thể thay đổi hành vi để giảm bớt khả năng lây truyền HIV/AIDS [84], [85]. Theo Esther Kip và cộng sự, rào cản chủ yếu đối với việc tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS là thiếu kiến thức về ARV. Tác giả cũng tin rằng tỷ lệ tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi những quan niệm sai lầm về HIV [82]. Điều này cũng được nêu ra trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà thực hiện trên 263 người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú bằng thuốc ARV, theo đó, kiến thức của người nhiễm HIV/AIDS về thuốc ARV và kiến thức về tuân thủ điều trị cũng liên quan đến sự tuân thủ điều trị

của người nhiễm HIV/AIDS. Người nhiễm HIV/AIDS có kiến thức về ARV và kiến thức về tuân thủ điều trị tốt hơn có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm khác ($p < 0,05$) [89].

4.2.4. Thay đổi thực hành chăm sóc, điều trị của đối tượng

Sau thời gian can thiệp, tỷ lệ đối tượng bỏ, quên hoặc không uống thuốc ARV hoặc uống thuốc không đúng giờ đã giảm đi trong cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Tỷ lệ quên thuốc trong tháng trước thời điểm điều tra giảm đáng kể trong cả hai nhóm, mức giảm cao hơn ở nhóm can thiệp (17,1% xuống 1,4%) so với nhóm chứng (5,7% xuống 0,5%). Tỷ lệ đối tượng đã uống thuốc từ 2 lần trở lên trong tháng giảm đáng kể trong cả hai nhóm, mức giảm cao hơn ở nhóm can thiệp (21,5% xuống 0%, $p < 0,05$) so với nhóm chứng (6,8% xuống 0,5%, $p < 0,05$). Điều này cho thấy hiệu quả tích cực của can thiệp đối với việc tuân thủ điều trị ở đối tượng nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả của một nghiên cứu trước đó chứng minh những hỗ trợ tư vấn giáo dục (các buổi tư vấn tuân thủ điều trị tâm lý gắn với các nhà tổ chức thuốc hàng tuần) đã làm tăng đáng kể về tỷ lệ tuân thủ điều trị [125].

Một số nghiên cứu cho thấy, những người nhiễm HIV/AIDS nhận được hỗ trợ, nhắc nhở của người thân, bạn bè có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn [74], [132], sự tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS có liên quan tới sự nhắc nhở của người thân, và tình trạng hôn nhân [131]. Rõ ràng, người nhiễm HIV/AIDS cần nhận được những hỗ trợ từ bạn bè hoặc người thân cho việc tham gia và tuân thủ điều trị HIV/AIDS và sử dụng thuốc ARV một cách hiệu quả.

Các biện pháp nhắc nhở uống thuốc cũng được chứng minh có thể hỗ trợ gia tăng tuân thủ điều trị. Theo một nghiên cứu ở Hải Dương, những người nhiễm HIV/AIDS có người nhà hỗ trợ tích cực tuân thủ điều trị cao hơn

người không có sự hỗ trợ từ người nhà, người nhiễm HIV/AIDS có sử dụng biện pháp nhắc uống thuốc có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn người nhiễm HIV/AIDS tự nhớ [74]. Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả sự tuân thủ điều trị và các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV ở những người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội và Nam Định cho thấy nhắc nhở bằng điện thoại di động được xem là biện pháp hiệu quả nhất đảm bảo sự tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV/AIDS (72,3%); kết quả gợi ý nhu cầu phát triển các ứng dụng dịch vụ điện thoại di động có sự tương tác giữa nhân viên y tế, nhằm cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị [87]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng tự nhớ mà không dùng biện pháp nhắc thuốc nào giảm đi ở nhóm can thiệp (41,4% xuống 2,4%), thay vào đó, tỷ lệ đối tượng sử dụng phương tiện nhắc uống thuốc như đồng hồ báo thức, chuông điện thoại tăng lên trong nhóm can thiệp (57,6% lên 97,6%). Không nhiều người nhiễm HIV/AIDS áp dụng phương pháp đánh dấu vào lịch để nhớ uống thuốc. Tuy nhiên, tỷ lệ này giảm đi trong cả hai nhóm và mức giảm cao hơn trong nhóm can thiệp (1,0% xuống 0%) so với nhóm chứng (2,9% xuống 1,0%). Có thể thấy, các đối tượng nghiên cứu trong nhóm có sử dụng các biện pháp hỗ trợ nhắc uống thuốc thay vì phải tự cố nhớ lịch uống thuốc thông qua các biện pháp khác nhau và hiệu quả để nhắc nhở và ghi nhớ uống thuốc theo quy định. Đây có thể được xem là kết quả của các chia sẻ kinh nghiệm trong những buổi sinh hoạt CLB.

Tác dụng phụ gặp phải khi điều trị là một trong các trở ngại tới việc tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV/AIDS [132]. Một nghiên cứu trên 150 người nhiễm HIV/AIDS ở Mỹ cho thấy có tỷ lệ 77% trình bày mối quan tâm của họ về tác dụng phụ là lý do quan trọng để không bắt đầu điều trị ARV [94]. Nỗi sợ về tác dụng phụ của thuốc, thậm chí qua tin đồn cũng có thể gây ra rào cản dẫn tới việc người nhiễm HIV/AIDS lựa chọn không tham gia các

chương trình điều trị. Thậm chí có người nhiễm HIV/AIDS cho rằng, họ biết những người nhiễm HIV/AIDS vẫn ổn khi mắc bệnh, nhưng sau khi bắt đầu dùng thuốc, họ trở lên ốm yếu. Tương tự, có những người chỉ nghe nói về các tác dụng phụ của thuốc và thực sự sợ hãi tới nỗi không dám bắt đầu điều trị [95]. Bởi vậy việc biết cách nhận biết và xử lý đúng khi gặp những tác dụng không mong muốn cũng là một trong những nội dung quan trọng cần cung cấp và hướng dẫn cho người nhiễm HIV/AIDS. Trong nội dung can thiệp của nghiên cứu này, có những buổi nói chuyện chuyên đề về nội dung này. Hiệu quả của can thiệp cũng thể hiện qua sự khác biệt về hành vi của người bệnh khi đối mặt với sự cố này.

Tất cả người nhiễm HIV/AIDS sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi đều không còn quyết định ngừng thuốc khi gặp tác dụng phụ. Có thể thấy rằng, người bệnh và cũng là đối tượng nghiên cứu đã có cách giải quyết đúng đắn và tích cực hơn khi đối mặt với tác dụng phụ của thuốc, thay vì sợ hãi bỏ điều trị như trước đây.

Tỷ lệ thực hiện phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho người sống chung bằng rửa tay bằng xà phòng sạch, khi thay chiếu hoặc giặt riêng quần áo tăng lên ở cả hai nhóm, mức tăng cao hơn trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng; hiệu quả can thiệp lần lượt là 109,2% và 50,4%. Bên cạnh đó, sau thời gian can thiệp, nhóm can thiệp tăng đáng kể tỷ lệ thực hiện việc băng kín vết thương khi xuất tiết để phòng lây bệnh cho người sống cùng (84,3% lên 100%, $p < 0,05$), ngược lại nhóm chứng lại có xu hướng giảm tỷ lệ này (92,9% còn 82,9%, $p < 0,05$). Tỷ lệ cho rằng việc phòng lây bệnh cho người sống chung là không cần thiết giảm trong cả hai nhóm nghiên cứu, mức giảm cao hơn ở nhóm can thiệp (6,7% xuống 0%, $p < 0,05$) so với nhóm chứng (1,4% xuống 0,5%, $p > 0,05$). Việc ý thức được tầm quan trọng của hành động phòng lây nhiễm và các hành vi cụ thể như băng bó vết thương hở góp phần giảm

đáng kể tỷ lệ lây nhiễm trong cộng đồng. Kết quả nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của các can thiệp tới thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

4.2.5. Thay đổi chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 của đối tượng

Hiệu quả về điều trị HIV/AIDS: Nhiễm HIV/AIDS thường xảy ra bằng cách đưa các chất dịch cơ thể từ người bị nhiễm bệnh vào cơ thể của một người không bị nhiễm bệnh. Giai đoạn vi-rút nhân lên một cách nhanh chóng xảy ra ngay sau đó, dẫn đến có nhiều vi-rút trong máu ngoại biên. Ở giai đoạn này, có thể lên đến vài triệu hạt vi-rút trong mỗi ml máu [143]. Phản ứng này đi kèm với việc lưu lượng tế bào T-CD4 bị giảm đáng kể. Trong tất cả các bệnh nhân, mức nhân lên của vi-rút này thực tế là do sự hoạt hóa của các tế bào T-CD8 đã giết chết những tế bào bị nhiễm HIV, sau đó sản sinh các kháng thể hoặc biến đổi huyết thanh [144]. Trong thời gian này (thường là 2-4 tuần sau khi phơi nhiễm), hầu hết các bệnh nhân (80-90%) sẽ mắc bệnh cúm hoặc bệnh gần giống như bệnh bạch cầu đơn nhân, gọi chung là nhiễm HIV/AIDS cấp tính, có thể với các triệu chứng phổ biến bao gồm sốt, nổi hạch, viêm họng, phát ban, đau cơ, khó chịu, lở miệng và thực quản, và ít phổ biến hơn còn có các triệu chứng như nhức đầu, buồn nôn và nôn, sưng gan, lá lách, giảm cân, bệnh tưa miệng, và các triệu chứng thần kinh. Từng cá thể bị nhiễm bệnh có thể có 1 hoặc vài triệu chứng này, cũng có trường hợp không xuất hiện bất cứ triệu chứng nào. Thời gian của các triệu chứng là khác nhau, trung bình kéo dài 28 ngày và ngắn nhất thường là một tuần [145].

Mặc dù chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 không còn được dùng để làm quyết định điều trị ARV cho bệnh nhân nhiễm HIV vì theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2019 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn điều và chăm sóc HIV/AIDS thì cứ xét nghiệm khẳng định HIV (+) là chỉ định

vào điều trị, việc xét nghiệm định kỳ tế bào T-CD4 là tiếp tục giữ vai trò rất quan trọng để đánh giá tình trạng miễn dịch của người nhiễm HIV/AIDS và việc duy trì được tế bào T-CD4 trong thời gian điều trị là rất quan trọng để người nhiễm HIV tránh được các nhiễm trùng cơ hội khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp chỉ số tế bào T-CD4 đã tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với số lượng tế bào ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp là $471,0 \pm 200,8$ TB/mm³ tăng lên đến $592,4 \pm 240,9$ TB/mm³ sau 12 tháng can thiệp. Số lượng tế bào T-CD4 sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp ở nhóm can thiệp tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp, $p < 0,05$. Mức thay đổi về chỉ số T-CD4 ở tháng thứ 6 so với tháng đầu tiên và tháng thứ 12 so với tháng đầu tiên đều cao hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Những kết quả tích cực về chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 đã chứng minh hiệu quả của các can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhờ các biện pháp can thiệp tác động trực tiếp cải thiện kiến thức của đối tượng nghiên cứu, kiến thức của các đối tượng này được thay đổi theo chiều hướng tích cực hơn và theo như hệ quả, hành vi tuân thủ điều trị và phòng bệnh của các đối tượng được can thiệp, nhờ đó, cũng được cải thiện thông qua các chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4 như đã trình bày.

Tóm lại, qua các nội dung trình bày ở trên có thể thấy, nhờ các biện pháp can thiệp tại CLB, các đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp thông qua việc tham gia sinh hoạt đã nâng cao được kiến thức về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, đã thực hiện việc tuân thủ điều trị tốt hơn. Kết quả cuối cùng đã thể hiện sự thay đổi tích cực về chỉ số xét nghiệm tế bào T-CD4.

4.3. Hạn chế trong nghiên cứu

Bên cạnh những điểm mạnh trong nghiên cứu, đề tài của chúng tôi thực hiện còn có một số hạn chế có thể kể đến như:

Trong nhiều năm triển khai công tác phòng chống HIV/AIDS, nhận thức của cấp uỷ Đảng, chính quyền và các tầng lớp nhân dân tuy đã có chuyển biến song vẫn còn hạn chế.

Trong cộng đồng dân cư, sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS vẫn còn khá phổ biến, tâm lý chung của đối tượng do vậy, rất dễ dẫn đến việc che giấu thông tin, không muốn tiết lộ thông tin cá nhân khi trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

Nghiên cứu thu thập số liệu dựa vào việc tự báo cáo về kiến thức, thực hành của đối tượng đã thực hiện trong quá khứ nên khó tránh khỏi sai sót nhớ lại khi trả lời các câu hỏi.

Giai đoạn đầu của can thiệp, các đồng đảng viên khi thực hiện các hội nghị, hội thảo, giao lưu truyền thông về HIV/AIDS còn gặp nhiều khó khăn khi vận động đối tượng đích tham gia, nên phần nào ảnh hưởng đến kết quả can thiệp.

Đây là nghiên cứu can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của các đối tượng nhiễm HIV/AIDS với mô hình sinh hoạt CLB. Có rất ít tài liệu tham khảo về mô hình hoạt động CLB người nhiễm HIV/AIDS, dẫn đến việc so sánh kết quả trong đề tài nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu tương tự bị hạn chế.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hoạt động câu lạc bộ và kiến thức, thực hành về chăm sóc, điều trị của đối tượng nghiên cứu

- Đa số (98%) các thành viên CLB đã tham gia CLB từ 2-4 giờ mỗi buổi sinh hoạt. Phương pháp truyền thông tại CLB chủ yếu là xem ti-vi, băng đĩa và thảo luận nhóm (68,3%).

- Có 59% số đối tượng cho rằng CLB chưa đủ cơ sở vật chất cho sinh hoạt, chưa đủ tài liệu truyền thông (67,4%), thời gian chia sẻ thông tin còn thiếu (67,3%), người tham gia còn thụ động (27,9%), không có sự tham gia của nhân viên y tế (85,5%).

- Các đối tượng nhận được hỗ trợ từ thành viên khác về hướng dẫn cách thủ điều trị ARV chiếm 60,5% hỗ trợ đi lại trong chăm sóc, điều trị (52,2%).

- Các chủ đề sinh hoạt tập trung vào chăm sóc và điều trị bệnh (70,2%) kiến thức để giảm kì thị (46%).

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh, đường lây bệnh và tác dụng của thuốc ARV không quá 81,2%.

- Còn 5,5% số đối tượng cho rằng không cần tuân thủ thời gian khi uống thuốc. Chỉ có 64,3% trả lời đúng về cách xử trí khi quên uống thuốc.

- Có 13,1% số đối tượng quên thuốc ít nhất một lần. Tỷ lệ đã xử lý đúng khi quên thuốc chưa cao (64,3%). Lý do phổ biến nhất là không mang theo thuốc (49,1%), bận nhiều việc dẫn đến quên (24,6%).

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp đến hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS

- Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng tham gia CLB (tháng/lần) tăng từ 46,7% lên 82,4%; tỷ lệ chủ động trong sinh hoạt tăng từ 21,4% lên 88,1%; có 100% các buổi sinh hoạt đã có nhân viên y tế tham gia.

- Kiến thức của đối tượng sau can thiệp về cách sử dụng thuốc đã tăng lên rõ rệt: tỷ lệ biết khoảng cách đúng giữa các lần uống thuốc tăng từ 9,5% lên 71,9%, HQCT đạt 288,4%, $p < 0,05$

- Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng quên, không uống thuốc ARV giảm từ 19,5% xuống còn 1,9%, $p < 0,05$. Tỷ lệ uống thuốc không đúng giờ giảm từ 22,9% còn 5,2%, CSHQ đạt 22,6%; $p < 0,05$.

- Chỉ số tế bào T-CD4 sau 12 tháng can thiệp tăng đáng kể, từ $358,2 \pm 436,6$ tế bào/ mm^3 lên $592,4 \pm 240,9$ tế bào/ mm^3 , $p < 0,05$.

- Tỷ lệ đối tượng hài lòng khi tham gia CLB đã tăng từ 89,5% lên 100,0% sau can thiệp, $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Từ các kết quả thu được của đề tài, chúng tôi có một số khuyến nghị như sau:

1. Chính quyền địa phương cần có chính sách vận động người nhiễm HIV/AIDS tham gia vào hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS, hỗ trợ địa điểm và tổ chức cho các câu lạc bộ.

2. Ngành y tế có kế hoạch hỗ trợ chuyên môn giúp nâng cao hiệu quả của hoạt động sinh hoạt tại câu lạc bộ, ưu tiên các chủ đề về dự phòng lây nhiễm HIV ra cộng đồng, kiến thức và kỹ năng tuân thủ điều trị thuốc ARV.

3. Nhân rộng mô hình hoạt động câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS ở những địa bàn có điều kiện kinh tế văn hoá, xã hội có nhiều nét tương đồng với địa bàn can thiệp trong nghiên cứu.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ
NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Đỗ Duy Bình, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Quốc Tiến (2020), "Hoạt động Câu lạc bộ và nhận thức, hành vi về tự chăm sóc, điều trị của thành viên câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại một số huyện của tỉnh Thái Bình năm 2017", *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 479, tháng 12- số 01 – 2020. Tr 61-65.

2. Đỗ Duy Bình, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Quốc Tiến (2020), "Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao hiệu quả hoạt động của Câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thái Bình", *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 479, tháng 12- số 01 – 2020. Tr 169-173.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Myron S. Cohen, Nick Hellmann, Jay A Levy (2008), The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic.
2. WHO (2018)., *Global Health Observatory (GHO) data*, <https://www.who.int/gho/hiv/en/>, [truy cập ngày 03/06/2020].
3. UNAIDS (2013), *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*.
4. Sở Y tế Thái Bình (2020), *Báo cáo tổng kết chương trình phòng chống HIV/AIDS năm 2020 và nhiệm vụ trọng tâm 2021*.
5. Chính phủ (2020), *Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030*, ban hành theo Quyết định số 1246/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 14 tháng 8 năm 2020.
6. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thái Bình (2020), *Báo cáo quý 6 tháng đầu năm 2020 và nhiệm vụ 6 tháng cuối năm*.
7. Daniel C., Douek., Mario Roederer., *et al* (2009), Emerging Concepts in the Immunopathogenesis of AIDS, *Annual Review of Medicine*. 60(1), pp. 471-484.
8. Susan L., McGovern., Emilia Caselli., *et al* (2002), A common mechanism underlying promiscuous inhibitors from virtual and high-throughput screening, *J Med Chem*. 45(8), pp. 1712-22.
9. Peter B., Gilbert (2003), Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal, *Statistics in Medicine*. 22(4), pp. 573-593.
10. Marie-Claude Boily (2009), Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies, *The Lancet. Infectious diseases*. 9(2), pp. 118-129.
11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014), *The Gap Report*.

12. World Health Organization (2017), *HIV/AIDS*, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/hiv-aids>, [truy cập ngày 3/6/2020].
13. Hoosen Coovadia (2004), "Antiretroviral Agents How Best to Protect Infants from HIV and Save Their Mothers from AIDS", *N Engl J Med.* 351, pp. 289-292.
14. Centers for Disease control and Prevention (2015), *HIV Among Youth*, <http://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>, [truy cập ngày 1-11-2015]
15. Mishra S, Assche B, Rutstein S, *et al* (2007), "HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa", *Aids.* 21 Suppl 7, pp. S17-28.
16. Msisha W. M. (2008), "Socioeconomic status and HIV seroprevalence in Tanzania: a counterintuitive relationship", *Int J Epidemiol.* 37(6), pp. 1297-303.
17. E. Kainne Dokubo., Ray W. Shiraishi., Peter W. Young., *et al* (2014), Awareness of HIV status, prevention knowledge and condom use among people living with HIV in Mozambique, *PLoS One.* 9(9), pp. 106760.
18. Janet Saul, Gretchen Bachman (2018) The DREAMS core package of interventions: A comprehensive approach to preventing HIV among adolescent girls and young women
19. Global AIDS (2017), *Ending AIDS Progress towards the 90 - 90 - 90 Targets*, UNAIDS.
20. Birdthistle., (2018), "Evaluating the impact of the DREAMS partnership to reduce HIV incidence among adolescent girls and young women in four settings: a study protocol", *BMC Public Health.* 18(1), pp. 912.
21. Lacombe K., Rockstroh J, *et al.* (2012), "HIV and viral hepatitis coinfections: advances and challenges", *Gut.* 61 Suppl 1, pp. i47-i58.
22. Mohsen Mohammadi., Gholamreza Talei., Ali Sheikhan., *et al* (2009), Survey of both hepatitis B virus (HBsAg) and hepatitis C virus (HCV-Ab) coinfection among HIV positive patients, *Virol J.* 6, pp. 202.

23. Devi KhS (2009), "Coinfection by human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus in injecting drug users", *J Indian Med Assoc.* 107(3), pp. 146-7.
24. Bräu N (2002) "Prevalence of hepatitis C and coinfection with HIV among United States veterans in the New York City metropolitan area" *Infectious Disease Section.* Bronx, New York 10468, USA.
25. Zhou J (2007), "Hepatitis B and C virus coinfection in The TREAT Asia HIV Observational Database", *J Gastroenterol Hepatol.* 22(9), pp. 1510-8.
26. Sharma S (2010), "Opportunistic infections in relation to CD4 level among HIV seropositive patients from central Nepal", *Nepal Med Coll J.* 12(1), pp. 1-4.
27. Douglas G. Fish (2011), "HIV and Hepatitis C Co-infection: Guideline and Commentary, *Disclosures*".
28. Liz Highleyman (2012), "HIV/HCV Coinfection, *AIDS 2012*": *HIV/HCV Coinfected People at Greater Risk for Liver Decompensation*(the XIX International AIDS Conference (AIDS 2012) in Washington, DC).
29. Theo Vos (2014), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet.* 386(9995), pp. 743-800.
30. GBD 2017 HIV collaborators (2019), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017", *The Lancet.* 6(12), pp. E831-E859.
31. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015), *Fact sheet: 2014 global statistics.*
32. UNAIDS (2011), *UNAIDS World Aids Day Report.*

33. UNAIDS (2019), UNAIDS data 2019
34. Levy J. A. (2009), HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges, *Aids*. 23(2), pp. 147-60.
35. Stata South Africa (2018), *Mid-year population estimates*
36. CATIE (2018), *The epidemiology of HIV in Canada*
37. UNAIDS (2013), *Regional Fact Sheet 2013: Asia and the Pacific*.
38. World Health Organization (2013), *Global summary of the AIDS epidemic*, New York, USA.
39. UNAIDS (2011), *AIDS epidemic update*, New York.
40. DeHovitz J, Uuskula A, El-Bassel N, *et al* (2014), "The HIV epidemic in Eastern Europe and Central Asia", *Curr HIV/AIDS Rep*. 11(2), pp. 168-76.
41. Zelenev A. (2018), "Access to opioid agonist therapy in Russia": time for reform, *Lancet HIV*. 5(10), pp. e542-e543.
42. Gangcuangco L. M., Tan M. L. (2013), "Prevalence and risk factors for HIV infection among men having sex with men in Metro Manila, Philippines", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 44(5), pp. 810-7.
43. UNGASS (2012), *Thailand: Global AIDS Response Country Progress Report*, Bangkok.
44. Cục phòng chống HIV/AIDS (2014), *Báo cáo Tình hình nhiễm HIV/AIDS và kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS 4 tháng đầu năm 2014*
45. Trần Thị Bích Hòì (2018), "Thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ ở nhóm phụ nữ bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới qua giám sát trọng điểm tại Hải Phòng năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*. 28 (9).
46. Phạm Thu Xanh (2018), "Thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ trên nhóm nghiện chích ma túy giám sát trọng điểm tại Hải Phòng năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*. 28 (9).
47. Hoàng Bình Yên (2019), "Thực trạng sử dụng ma túy và nhiễm HIV, viêm gan B, C của người nghiện ma túy ở thời điểm trước khi tham gia

- mô hình điều trị Methadone tại tuyến xã miền núi tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí Y học dự phòng*. 29 (7).
48. Ngân hàng Thế giới (1999), *Đương đầu với AIDS những ưu tiên của chính phủ trong một dịch bệnh toàn cầu*, NXB Lao động, tr 19
 49. Bộ Y tế (2019), *Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019, chủ biên.
 50. Jeffrey W Leigh F, Joshua A, *et al* (2012), "HIV treatment as prevention: systematic comparison of mathematical models of the potential impact of antiretroviral therapy on HIV incidence in South Africa", *PLoS Med.* 9(7), pp. e1001245.
 51. Reuben G, Kahn G, Rod B, *et al*, (2012), "Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050", *PLoS One.* 7(2), pp. e30216.
 52. Myron S, Ying Q, Marybeth M, *et al.* (2007), "Initiation of antiretroviral therapy leads to a rapid decline in cervical and vaginal HIV-1 shedding", *Aids.* 21(4), pp. 501-7.
 53. Alison JR., Valentina C., Tina B., *et al* (2016), "Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy", *Jama.* 316(2), pp. 171-81.
 54. Houlihan C. F. (2011), "Cohort profile: Hlabisa HIV treatment and care programme", *Int J Epidemiol.* 40(2), pp. 318-26.
 55. Roy M, John W, Diane H, *et al.*, (1997), "Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy", *N Engl J Med.* 337(11), pp. 734-9.
 56. Harrington M, Carpenter (2000), "Hit HIV-1 hard, but only when necessary", *Lancet.* 355(9221), pp. 2147-52.

57. Mari M, Stephen J, *et al.* (2009), "Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival", *N Engl J Med.* 360(18), pp. 1815-26.
58. Lundgren J (2015), "Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection" *N Engl J Med.* 373(9), pp. 795-807.
59. Danel C, Raoul M, Delphine G, *et al.* (2015), "A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa", *N Engl J Med.* 373(9), pp. 808-22.
60. Kemnic T, Gulick P, *et al.* (2020), *HIV Antiretroviral Therapy.*, StatPearls Publishing, Treasure Island.
61. Burgos J, Ribera E, *et al.* (2018), "Antiretroviral Therapy in Advanced HIV Disease: Which is the Best Regimen", *AIDS Rev.* 20(1), pp. 3-13.
62. Saleska J, Abigail N, Courtney M, *et al.* (2018), "Use of Antiretroviral Therapy During Pregnancy and Adverse Birth Outcomes Among Women Living With HIV-1 in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 79(1), pp. 1-9.
63. World Health Organization (2013), *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Recommendations for a public health approach.*
64. World Health Organization (2017), *HIV drug resistance report 2017*, World Health Organization, Geneva.
65. El-Sadr W, Neaton J, Gordin F, *et al.* (2006), "CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment", *N Engl J Med.* 355(22), pp. 2283-96.
66. Richman D, Sally C, Terri W, *et al.* (2004), "The prevalence of antiretroviral drug resistance in the United States", *Aids.* 18(10), pp. 1393-401.

67. Choi J, Oh-Kyung K, Byeong-Sun C, *et al.* (2014), "The prevalence of antiretroviral multidrug resistance in highly active antiretroviral therapy-treated patients with HIV/AIDS between 2004 and 2009 in South Korea", *J Clin Virol.* 60(2), pp. 154-60.
68. Myron S, Ying Q, Marybeth M, *et al.*, (2011), "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy", *N Engl J Med.* 365(6), pp. 493-505.
69. Frank T, Till B, Erofilo G, *et al.*, (2013), "High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal", South Africa, *Science.* 339(6122), pp. 966-71.
70. Abraham J, Tshepiso M, Marie-Louise N, (2009), "Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu-Natal, South Africa", *Bull World Health Organ.* 87(10), pp. 754-62.
71. Jacob B, Abraham J., Marie-Louise N., Till B, (2013), "Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment", *Science.* 339(6122), pp. 961-5.
72. Sandro G, Robert A (2019), "The global burden of HIV and prospects for control", *The Lancet.* 6(12), pp. E809-E811.
73. Nachega J, Vincent C, Gert U, *et al.* (2011), "HIV treatment adherence, drug resistance, virologic failure": evolving concepts, *Infect Disord Drug Targets.* 11(2), pp. 167-74.
74. Phan Thi Thu Hương (2017), "Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS đang được điều trị tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương, năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng.* 27(3).
75. UNAIDS (2011), *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic: 2012.* Geneva, Switzerland, UNAIDS.
76. World Health Organization (2018), *Antiretroviral therapy (ART) coverage among all age groups.*

77. Tran Xuan Bach (2013), "Prevalence and correlates of alcohol use disorders during antiretroviral treatment in injection-driven HIV epidemics in Vietnam", *Drug Alcohol Depend.* 127(1-3), pp. 39-44.
78. Nachega J, Dara A, Dorothy H, *et al.* (2005), "HIV/AIDS and antiretroviral treatment knowledge, attitudes, beliefs, and practices in HIV-infected adults in Soweto, South Africa", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 38(2), pp. 196-201.
79. Lauren M, Terblanche., Ethelwynn L, *et al* (2014), "Patient knowledge of HIV and its treatment in South Africa", *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2014; 6(1): 518.
80. Phan Thị Thu Hương (2017), "Kiến thức về điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS tại Hải Dương, năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng.* 27(Số 2 (191) Phụ bản), tr. 55.
81. Sarai Racey C., Wendy Z, Eirikka., *et al.*, (2010), "HIV antiviral drug resistance: patient comprehension", *AIDS Care.* 22(7), pp. 816-26.
82. Kip E.,V., J. Ehlers., *et al* (2009), "Patients' adherence to anti-retroviral therapy in Botswana", *J Nurs Scholarsh.* 41(2), pp. 149-57.
83. Du P. (2015), "HIV transmission risk behaviors among people living with HIV/AIDS: the need to integrate HIV prevention interventions and public health strategies into HIV care", *J Public Health Manag Pract.* 21(2), pp. E1-e10.
84. Nora E. Rosenberg., Lauren A. Graybill., Austin Wesevich., *et al.*, (2013), "HIV testing and counseling leads to immediate consistent condom use among South African stable HIV-discordant couples", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 62(2), pp. 226-33.
85. Agha S. (2012), "Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs", *Reprod Health.* 9, pp. 20.

86. Xu J, Wang C, *et al* (2020), "Health related behaviors among HIV-infected people who are successfully linked to care: an institutional-based cross-sectional study", *Infect Dis Poverty*. 9(1), pp. 28.
87. Trần Xuân Bách, Nguyễn Thanh Lương (2016), "Sự tuân thủ và các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị ART của người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội và Nam Định", *Tạp chí Y học dự phòng*. XXVI (5, 9178)
88. Nguyễn Ngọc Long, Nguyễn Hữu Vui (2019), *Giáo trình triết học Mac - Lênin*, Tái bản lần thứ 3, Nhà xuất bản chính trị quốc gia, Hà Nội.
89. Phạm Thọ Dược, Nguyễn Thị Thu Hà, Phạm Ngọc Thanh và cs. (2016), "Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc kháng vi-rút (ARV) của bệnh nhân nhiễm HIV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Đắk Lắk và Đắk Nông năm 2015", *Tạp chí Y học dự phòng*. XXVI(10) (183).
90. Trần Văn Sơn, Lê Trường Sơn, Nguyễn Bá Cẩn và cs. (2015), "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến bệnh nhân AIDS bỏ trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Thanh Hóa năm 2012-2013", *Tạp chí Y học dự phòng*. XXV(10 (170) Số đặc biệt).
91. Christopoulos K.A. (2013), "Taking a half day at a time: patient perspectives and the HIV engagement in care continuum", *AIDS Patient Care STDS*. 27(4), pp. 223-30.
92. Quinlivan E, Lynne C, Adaora A, *et al* (2013), "Experiences with HIV testing, entry, and engagement in care by HIV-infected women of color, and the need for autonomy, competency, and relatedness", *AIDS Patient Care STDS*. 27(7), pp. 408-15.
93. Whitehead N, Lauren E, Larry B, *et al*. (2014), "The association between depressive symptoms, anger, and perceived support resources among underserved older HIV positive black/African American adults", *AIDS Patient Care STDS*. 28(9), pp. 507-12.

94. Elizabeth J, Mark F, Angela N, Julia C (2015), "Barriers to HIV Care and Treatment Among Participants in a Public Health HIV Care Relinkage Program", *AIDS patient care and STDs*. 29(5), pp. 279-287.
95. Kuchinad K, Heidi E, Anne K, *et al.* (2016), "A qualitative study of barriers to and facilitators of optimal engagement in care among PLWH and substance use/misuse", *BMC Res Notes*. 9, pp. 229.
96. Lucas G. M, Michael G, Kelly A, *et al.* (2006), "Licit drug use and HIV-1 disease progression: a longitudinal study in the era of highly active antiretroviral therapy", *Am J Epidemiol*. 163(5), pp. 412-20.
97. Cofrancesco J, Scherzer R, *et al.* (2008), "Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort", *Aids*. 22(3), pp. 357-65.
98. Alvarez-Uria G, Pakam R, Midde M, *et al.* (2013), "Entry, Retention, and Virological Suppression in an HIV Cohort Study in India: Description of the Cascade of Care and Implications for Reducing HIV-Related Mortality in Low- and Middle-Income Countries", *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2013, pp. 384805.
99. Govindasamy D, Hón, Kienke V, *et al.* (2011), "Linkage to HIV care from a mobile testing unit in South Africa by different CD4 count strata", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 58(3), pp. 344-52.
100. Matilda N, Rebecca P, Charles K, *et al.* (2013), "Reasons for poor adherence to antiretroviral therapy postnatally in HIV-1 infected women treated for their own health: experiences from the Mitra Plus study in Tanzania", *BMC Public Health*. 13, pp. 450.
101. Maria A, Hilary L, *et al.* (2014), "HIV stigma among substance abusing people living with HIV/AIDS: implications for HIV treatment", *AIDS Patient Care STDS*. 28(8), pp. 442-51.

102. Rosen M, Black A, Arnsten J, *et al* (2013), "Association between use of specific drugs and antiretroviral adherence: findings from MACH 14", *AIDS Behav.* 17(1), pp. 142-7.
103. Kalichman S, Christina M, Denise W, *et al* (2009), "Prevalence and clinical implications of interactive toxicity beliefs regarding mixing alcohol and antiretroviral therapies among people living with HIV/AIDS", *AIDS Patient Care STDS.* 23(6), pp. 449-54.
104. Darshini G, Jamilah M, Eyerusalem K, *et al* (2014), "Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings--a systematic review", *J Int AIDS Soc.* 17(1), pp. 19032.
105. Kredo T, Nathan F, Folasade B, *et al.* (2013), "Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries", *Cochrane Database Syst Rev*(6), pp. Cd009987.
106. World Health Organization (2016), *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.*
107. Trâm Anh (2015), *Bệnh nhân HIV tham gia bảo hiểm y tế: Được cấp thuốc điều trị miễn phí*, Cục quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế, <https://kcb.vn/benh-nhan-hiv-tham-gia-bao-hiem-y-te-duoc-cap-thuoc-dieu-tri-mien-phi.html>, [truy cập ngày 06/06/2020].
108. Pfeiffer J, Pablo M, Alberto J, *et al.* (2010), "Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study", *J Int AIDS Soc.* 13, pp. 3.
109. Fairall L, Max O, Carl L, Venessa T, Kerry U (2012), "Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South

- Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial", *Lancet*. 380(9845), pp. 889-98.
110. Jani I, Nádia E, Eunice R, Patrina L (2011), "Effect of point-of-care CD4 cell count tests on retention of patients and rates of antiretroviral therapy initiation in primary health clinics: an observational cohort study", *Lancet*. 378(9802), pp. 1572-9.
 111. Faal M, Nicolette N, Deborah K, *et al* (2011), "Providing immediate CD4 count results at HIV testing improves ART initiation", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 58(3), pp. e54-9.
 112. Landry T., Fatima O., Rosalind J., *et al* (2010), "Comparing two service delivery models for the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV during transition from single-dose nevirapine to multi-drug antiretroviral regimens", *BMC Public Health*. 10, pp. 753.
 113. Van der Merwe K, Matthew F, Karl T, *et al.* (2006), "Integration of antiretroviral treatment within antenatal care in Gauteng Province, South Africa", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 43(5), pp. 577-81.
 114. Peter M, David G, Emily L, Hendramoorthy M, *et al* (2014), "Effect of optional home initiation of HIV care following HIV self-testing on antiretroviral therapy initiation among adults in Malawi: a randomized clinical trial", *Jama*. 312(4), pp. 372-379.
 115. Choun K, Reaksmey P, Sopheak T, Natalie L, *et al.* (2013), "Timing of antiretroviral therapy in Cambodian hospital after diagnosis of tuberculosis: impact of revised WHO guidelines", *Bull World Health Organ*. 91(3), pp. 195-206.
 116. David B., William W, Susan E, *et al.* (2012), "Introduction and evaluation of a 'pre-ART care' service in Swaziland: an operational research study", *BMJ Open*. 2(2), pp. e000195.

117. Lytt I. Gardner (2012), "A low-effort, clinic-wide intervention improves attendance for HIV primary care", *Clin Infect Dis* 55(8), pp. 1124-1134.
118. Muhamadi L. Nazarius M, Daniel K, Gaetano M, *et al.* (2011), "A single-blind randomized controlled trial to evaluate the effect of extended counseling on uptake of pre-antiretroviral care in Eastern Uganda", *Trials*. 12, pp. 184.
119. Abigail M, Janet M, Hannah H. *et al* (2012), "Predictors of linkage to care following community-based HIV counseling and testing in rural Kenya," *AIDS Behav.* 16(5), pp. 1295-307.
120. Sullivan L, Michael D, Jacqueline B, *et al.* (2000), "The doctor-patient relationship and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians", *J Gen Intern Med.* 15(7), pp. 462-9.
121. Schneider J, Sherrie H, Sheldon G, *et al* (2004), "Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection", *J Gen Intern Med.* 19(11), pp. 1096-103.
122. Finocchiaro-Kessler S, Delwyn C, Domonique T, *et al.* (2012), "Patient communication tools to enhance ART adherence counseling in low and high resource settings", *Patient Educ Couns.* 89(1), pp. 163-70.
123. Kalichman S, Chauncey C, Moira O, Christina A, *et al* (2013), "Randomized clinical trial of HIV treatment adherence counseling interventions for people living with HIV and limited health literacy", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 63(1), pp. 42-50.
124. Đỗ Huy Giang (2015), "Nghiên cứu thực trạng chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và cộng đồng của các câu lạc bộ người có H tỉnh Thái Bình, năm 2013", *Tạp chí Y học dự phòng.* XXV 10 (170).
125. Ware N, Wyatt A, *et al* (2005), "Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs", *Soc Sci Med.* 61(3), pp. 565-76.

126. Gardner L, Lisa R, Pamela A, *et al* (2005), "Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care", *Aids*. 19(4), pp. 423-31.
127. Craw J, Lytt I, Gary M, *et al* (2008), "Brief strengths-based case management promotes entry into HIV medical care: results of the antiretroviral treatment access study-II", *J Acquir Immune Defic Syndr*. 47(5), pp. 597-606.
128. Pagan-Ortiz M, Paul G, Laura K, *et al*. (2019), "Feasibility of a Texting Intervention to Improve Medication Adherence Among Older HIV+ African Americans: A Mixed-Method Pilot Study", *Gerontol Geriatr Med*. 5, pp. 2333721419855662.
129. Lester R, Paul R, Edward J, *et al*. (2010), "Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya" (WeTel Kenya1): a randomised trial, *Lancet*. 376(9755), pp. 1838-45.
130. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn tổ chức, hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tuyến xã, phường*, Ban hành kèm theo Quyết định số 4994/QĐ-BYT ngày 14 tháng 12 năm 2012.
131. Trần Thị Ngọc Giàu (2019), "Các yếu tố nguy cơ dẫn đến thất bại điều trị trên những bệnh nhân đang được điều trị ARV bậc 2 trên địa bàn tỉnh An Giang", *Tạp chí Y học dự phòng*. 29 (3).
132. Nguyễn Anh Tuấn, Đào Đức Giang, 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*. 27(9).
133. Phạm Xuân Sáng, Phan Thị Thu Hương (2017), "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*. 27(2-190).
134. The Lancet (2011), "A strategic revolution in HIV and global health", *Lancet*. 377(9783), pp. 2055.

135. Pham Ba Tuyen (2020), "Effects of Diabetic Complications on Health-Related Quality of Life Impairment in Vietnamese Patients with Type 2 Diabetes", *Journal of diabetes research*. 2020, pp. 4360804-4360804.
136. Musheke M., Bond. V, Merten S, *et al.* (2012), "Individual and contextual factors influencing patient attrition from antiretroviral therapy care in an urban community of Lusaka, Zambia", *J Int AIDS Soc.* 15 Suppl 1(Suppl 1), pp. 1-9.
137. Ferguson L, James L, Alison D, *et al.* (2012), "Patient attrition between diagnosis with HIV in pregnancy-related services and long-term HIV care and treatment services in Kenya: a retrospective study", *J Acquir Immune Defic Syndr.* 60(3), pp. 90-7.
138. Waite R., Brawner B, Gipson-Jones, *et al* (2008), "Factors that shape mental health treatment-seeking behaviors of HIV-positive African-American women with depressive symptoms: a review of the literature", *J Natl Black Nurses Assoc.* 19(2), pp. 50-8.
139. Dáp Thanh Giang, Đỗ Mai Hoa, Lại Kim Anh và cs. (2015) " Kiến thức, hành vi và tiếp cận với can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV trên nhóm nghiện chích ma túy tại Cần Thơ năm 2014 " *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170), tr.221-229
140. Vietnam Authority of HIV/AIDS Control (2015), *The annual review of HIV/AIDS control and prevention in the first six months 2015 and action plan in the last six months in 2015*, Ministry of Health, Hanoi.
141. Đỗ Huy Giang (2015), "Nghiên cứu thực trạng chăm sóc điều trị người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và cộng đồng của các Câu lạc bộ người có H tình Thái Bình, năm 2013", *Tạp chí Y học dự phòng.* XXV(10 (170)), tr. 251-259.
142. Đào Đức Giang (2019), "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 văn thạc sỹ Y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.*

143. Piatak M, Saag M, Yang L, *et al* (1993), "High levels of HIV-1 in plasma during all stages of infection determined by competitive PCR", *Science*. 259(5102), pp. 1749.
144. Giuseppe Pantaleo, Demarest J, Schacker T, *et al* (1997), "The qualitative nature of the primary immune response to HIV infection is a prognosticator of disease progression independent of the initial level of plasma viremia", *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 94(1), pp. 254-258.
145. James O. Kahn, Bruce D. Walker, *et al*. (1998), "Acute human immunodeficiency virus type 1 infection", *N Engl J Med*. 339(1), pp. 33-9.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1:

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN THÀNH VIÊN CLB NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

Họ và tên:.....

Địa chỉ:.....

Câu lạc bộ:

| I | THÔNG TIN CHUNG |
|---------------|---|
| Câu 1. | Giới tính của đối tượng: 1. Nam 2. Nữ |
| Câu 2. | Anh/chị bao nhiêu tuổi?..... |
| Câu 3. | Anh chị theo tôn giáo nào ? 1. Phật giáo 2. Thiên Chúa giáo 3. Không theo tôn giáo nào 4. Tôn giáo khác (ghi rõ)..... |
| Câu 4. | Công việc chính của anh /chị hiện nay là gì? 1. Nông dân 2. Công nhân 3. Thợ thủ công 4. Lái xe 5. Học sinh/sinh viên 6. Tự do 7. Thất nghiệp 8. Khác |
| Câu 5. | Anh/chị học hết lớp mấy? 1. Tiểu học (1-5) 2. Trung học cơ sở (6-9) 3. Trung học phổ thông (10 -12) 4. Trung cấp/nghề 5. Cao đẳng, Đại học 6. Sau đại học |

| | |
|----------------|---|
| Câu 6. | Tình trạng hôn nhân của anh/chị? 1. Chưa vợ/chồng 2. Đang chung sống với vợ/chồng 3. Ly dị/ly thân 4. Góa |
| Câu 7. | Hiện nay anh/chị đang chung sống với ai? 1. Vợ/chồng 2. Bố/mẹ 3. Một mình 4. Bạn 5. Khác..... |
| Câu 8. | Thu nhập bình quân của anh, chị/tháng khoảng bao nhiêu tiền?000 đồng/1 người |
| Câu 9. | Anh/chị bắt đầu điều trị ARV từ tháng, năm nào Tháng/ năm..... <i>(kể cả thời gian điều trị ở nơi khác)?</i> |
| Câu 10. | Hiện tại anh/chị đang điều trị cơ sở y tế nào? 1. Bệnh viện đa khoa huyện nơi cư trú 2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình 3. Khác..... |
| II | KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS |
| 2.1 | KIẾN THỨC VỀ HIV/AIDS VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV |
| Câu 11. | Theo anh chị nguyên nhân gây bệnh HIV/AIDS là gì? 1. Vi khuẩn 2. Ký sinh trùng 3. Vi-rút HIV 4. Nhiễm độc 5. Tác nhân khác |
| Câu 12. | Theo anh/chị HIV lây qua con đường nào? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i> 1. Đường máu 2. Mẹ truyền cho con 3. Quan hệ tình dục không an toàn 4. Khác (sai) |

| | |
|----------------|---|
| Câu 13. | Dấu hiệu của giai đoạn đầu của AIDS là gì? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mệt mỏi kéo dài nhiều tuần 2. Sút cân hơn 10% trọng lượng cơ thể sau 2 tháng 3. Tiêu chảy kéo dài hơn 1 tháng 4. Viêm da ngứa toàn thân 5. Không biết 6. Khác..... |
| Câu 14. | Theo anh/chị đã có thuốc chữa khỏi hẳn được bệnh AIDS chưa? <ol style="list-style-type: none"> 1. Đã có rồi 2. Chưa có 3. Không biết |
| Câu 15. | Anh/chị biết về ARV từ nguồn thông tin nào? <ol style="list-style-type: none"> 1. Cán bộ y tế tại phòng khám ngoại trú 2. Nhân viên y tế thôn/ xóm 3. Trạm y tế xã 4. Người nhiễm HIV 5. Người thân 6. Khác |
| Câu 16. | Anh/chị hiểu thế nào là thuốc ARV? <ol style="list-style-type: none"> 1. Là thuốc kháng sinh 2. Là thuốc kháng vi-rút HIV 3. Loại khác (ghi rõ) |
| Câu 17. | Anh/chị cho biết điều trị ARV có tác dụng gì? <i>(Có thể chọn nhiều câu trả lời)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Làm giảm sự phát triển của vi-rút HIV 2. Làm chậm giai đoạn HIV sang AIDS 3. Tiêu diệt vi-rút HIV 4. Cả ba ý trên 5. Theo anh/chị thuốc ARV điều trị trong bao lâu? 6. Điều trị một thời gian 7. Điều trị khi thấy hết triệu chứng 8. Điều trị khi thấy cơ thể khỏe lên 9. Điều trị suốt đời 10. Không biết 11. Khác <i>(ghi rõ)</i>..... |
| Câu 18. | Theo anh/chị, thế nào là tuân thủ điều trị ARV? <i>(Có thể chọn nhiều</i> |

| | |
|----------------|---|
| | <p><i>câu trả lời)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uống đúng thuốc 2. Uống đúng liều lượng 3. Uống đúng giờ/đúng khoảng cách 4. Uống đều đặn suốt đời 5. Khác (Ghi rõ) |
| Câu 19. | <p>Anh/chị cho biết việc không tuân thủ điều trị có thể dẫn đến hậu quả gì? (<i>Có thể chọn nhiều câu trả lời</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Không ngăn chặn được sự tăng sinh của vi-rút HIV 2. Phát sinh vi-rút mới kháng thuốc 3. Chi phí trong điều trị tăng cao 4. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 20. | <p>Anh/chị cho biết thuốc ARV phải uống mấy lần trong ngày?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Một lần 2. Hai lần 3. Ba lần 4. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 21. | <p>Anh/chị cho biết khoảng cách giữa các lần uống thuốc là bao lâu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uống cách nhau thế nào cũng được 2. Uống cách nhau 6 tiếng 3. Uống cách nhau 8 tiếng 4. Uống cách nhau 12 tiếng (<i>Phác đồ 2</i>) 5. Uống cách nhau 24 tiếng (<i>Phác đồ 1</i>) 6. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 22. | <p>Theo anh/chị, nếu một người quên uống thuốc thì phải làm thế nào?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bỏ liều đó đi, uống liều tiếp theo đúng giờ quy định 2. Uống liền một lúc 2 liều khi nhớ ra 3. Uống ngay liều đó khi nhớ ra. Liều tiếp theo phải uống cách liều trước ít nhất 4 tiếng đồng hồ. 4. Cách khác (<i>ghi rõ</i>)..... 5. Không biết. |
| 2.2 | THỰC HÀNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV |
| Câu 23. | <p>Anh/chị hiện đang điều trị phác đồ nào?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1a: D4T-3TC-NVP 2. 1b: D4T-3TC-EFV 3. 1c: ZDV-3TC-NVP |

| | |
|----------------|---|
| | <p>4. 1d: ZDV-3TC-EFV</p> <p>5. 1e: TDF-3TC-NVP</p> <p>6. 1f: TDF-3TC-EFV</p> <p>7. 1g: TDF-D4T-3TC</p> <p>8. 1k: AZT- 3TC-TDF</p> <p>9. 2a: TDF-3TC-LPV/r</p> <p>10.2b: ABC-DDI-LPV/r</p> <p>11.2c: ABC-3TC-LPV/r</p> <p>12. Không nhớ</p> |
| Câu 24. | <p>Trong tháng qua anh/chị đã bỏ/không uống thuốc ARV mấy lần?</p> <p>1. Có lần</p> <p>2. Không bỏ lần nào -> Chuyển C 26</p> |
| Câu 25. | <p>Nếu có bỏ, lý do tại sao? (Có thể chọn nhiều câu trả lời)</p> <p>1. Bạn nhiều việc</p> <p>2. Đi làm không mang theo thuốc</p> <p>3. Ngủ quên</p> <p>4. Không có ai nhắc nhở</p> <p>5. Muốn tránh tác dụng phụ của thuốc</p> <p>6. Hết thuốc chưa kịp đi lấy</p> <p>7. Cảm thấy mệt nên không uống</p> <p>8. Chỉ đơn giản là quên</p> <p>9. Lý do khác (ghi rõ)</p> |
| Câu 26. | <p>Trong tháng qua anh/chị uống thuốc không đúng giờ mấy lần? (uống sai giờ so với giờ đã chọn từ 1 tiếng đồng hồ trở lên)</p> <p>1. Cómấy lần</p> <p>2. Không uống sai giờ lần nào -> Chuyển C28</p> |
| Câu 27. | <p>Nếu không đúng giờ, lý do tại sao? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)</p> <p>1. Bạn nhiều việc nên quên</p> <p>2. Đi làm không mang theo thuốc</p> <p>3. Ngủ quên</p> <p>4. Không có ai nhắc nhở</p> <p>5. Muốn tránh tác dụng phụ của thuốc</p> <p>6. Cảm thấy mệt nên không uống</p> <p>7. Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày</p> <p>8. Chỉ đơn giản là quên</p> <p>9. Lý do khác (ghi rõ)</p> |

| | |
|----------------|--|
| Câu 28. | Trong tháng qua anh/chị có uống thuốc từ hai lần trở lên không? 1. Có 2. Không → <i>Chuyển câu 30</i> |
| Câu 29. | Nếu không đúng cách, lý do tại sao? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) 1. Không nhớ cách uống/liều uống bác sĩ dặn 2. Phải uống quá nhiều thuốc 3. Do thay đổi chế độ sinh hoạt hàng ngày 4. Cảm thấy mệt, không khỏe 5. Lý do khác (ghi rõ) |
| Câu 30. | Hiện tại anh/chị đang dùng biện pháp nào để nhắc mình uống thuốc? 1. Tự nhớ, không dùng biện pháp nào 2. Đồng hồ báo thức, chuông điện thoại 3. Đánh dấu vào lịch 4. Nhờ người khác nhắc nhở 5. Khác (ghi rõ) |
| Câu 31. | Anh/chị có gặp phải tác dụng phụ nào của thuốc không? 1. Có 2. Không → <i>Chuyển câu 34</i> |
| Câu 32. | Nếu có anh/chị có gặp phải tác dụng phụ nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) 1. Buồn nôn/nôn 2. Phát ban 3. Đau đầu 4. Chóng mặt 5. Mệt mỏi 6. Khác..... |
| Câu 33. | Nếu có, anh/chị đã làm gì khi gặp tác dụng phụ của thuốc? 1. Thông báo cho nhân viên y tế phòng khám ngoại trú 2. Đến phòng khám trong trường hợp khẩn cấp 3. Tự điều trị tại nhà 4. Tự ngưng thuốc điều trị ARV 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 34. | Trong tháng qua anh/chị có quên hoặc uống quá số lần nào không? 1. Cónhiều lần 2. Không → <i>Chuyển câu 36</i> |
| Câu 35. | Anh/chị đã làm gì khi quên uống thuốc? |

| | |
|----------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Uống một lúc 02 liều 2. Uống bù theo hướng dẫn của nhân viên y tế 3. Ghi lại liều quên và ghi lại lý do quên 4. Không làm gì cả, uống tiếp như bình thường 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 36. | <p>Trong tháng đầu điều trị ARV, anh/ chị đã tái khám như thế nào?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hàng tuần 2. 2-3 lần/tháng 3. 1 lần/tháng 4. Không tái khám lần nào |
| 2.3 | CÁC NỘI DUNG CHĂM SÓC KHÁC |
| Câu 37. | <p>Theo anh/chị người nhiễm HIV/AIDS được chăm sóc như thế nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chăm sóc các rối loạn về tâm lý 2. Bảo vệ nhân quyền 3. Cung cấp kiến thức và kỹ năng cho người chăm sóc ngay tại nhà 4. Hỗ trợ về kinh tế 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 38. | <p>Theo anh/chị người nhiễm HIV/AIDS được chăm sóc về mặt xã hội như thế nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Giới thiệu tham gia sinh hoạt CLB người có HIV/AIDS 2. Giới thiệu chuyên gửi tới các cơ sở hỗ trợ pháp lý 3. Giới thiệu và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tiếp cận với nguồn xã hội sẵn có 4. Hỗ trợ chăm sóc giai đoạn cuối và mai táng 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 39. | <p>Anh/chị cho biết cần làm gì để chăm sóc thể chất cho người nhiễm HIV như thế nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Giới thiệu chuyên gửi đăng ký điều trị HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú 2. Giới thiệu chuyên gửi tới những điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội (như lao...) 3. Hỗ trợ tuân thủ điều trị với những người đang điều trị ARV 4. Hỗ trợ xử lý các triệu chứng chăm sóc tổn thương đơn giản tại nhà, CLB 5. Khác (ghi rõ)..... |

| | |
|----------------|--|
| Câu 40. | <p>Anh/chị cho biết cần làm gì để chăm sóc về tinh thần như thế nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Động viên, khuyến khích sống tích cực 2. Giới thiệu, chuyển gửi khi có bất thường về tâm lý 3. Chăm sóc tinh thần khi bị tổn thương do mất mát người thân 4. Chăm sóc tinh thần giai đoạn cuối 5. Khác (ghi rõ) |
| Câu 41. | <p>Anh/chị đã làm gì để phòng tránh lây nhiễm cho người thân qua sinh hoạt hàng ngày? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng khi thay chiếu 2. Băng kín những vết thương bị xuất tiết 3. Giặt riêng quần áo của người khác trong gia đình 4. Không nên, không cần thiết 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 42. | <p>Trong tháng qua anh/chị đã được ai chăm sóc chính về mặt thể chất?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Người thân chăm sóc 2. Bạn câu lạc bộ chăm sóc 3. Tự chăm sóc 4. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 43. | <p>Trong tháng qua anh/chị đã được chăm sóc về mặt tinh thần như thế nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Động viên, khuyến khích sống tích cực 2. Giới thiệu, chuyển gửi khi có bất thường về tâm lý 3. Chăm sóc tinh thần khi bị tổn thương do mất mát người thân 4. Chăm sóc tinh thần giai đoạn cuối 5. Khác (ghi rõ) |
| Câu 44. | <p>Trong tháng qua anh/chị đã làm gì để phòng tránh lây nhiễm HIV sang người khác? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng khi thay chiếu 2. Băng kín những vết thương bị xuất tiết 3. Giặt riêng quần áo của người khác trong gia đình 4. Không nên, không cần thiết 5. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 45. | <p>Hiện tại ai là người hỗ trợ anh/chị chính trong việc điều trị ARV?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Người thân hỗ trợ 2. Bạn câu lạc bộ hỗ trợ 3. Tự hỗ trợ bản thân |

| | |
|----------------|--|
| | 4. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| III | THAM GIA CÂU LẠC BỘ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS |
| Câu 46. | <p>Ai là người giới thiệu anh/chị đến CLB?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cán bộ y tế phòng khám ngoại trú 2. Cán bộ y tế thôn/ xóm 3. Trạm y tế xã/thị trấn 4. Người nhiễm HIV đang sinh hoạt tại CLB 5. Người thân 6. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 47. | <p>Anh/chị tham gia Câu lạc bộ tính đến nay được bao nhiêu tháng?tháng</p> |
| Câu 48. | <p>Anh/chị được quản lý như thế nào khi tham gia CLB?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Theo dõi trên sổ sách quản lý 2. Không có sổ quản lý 3. Có nội quy khi tham gia CLB 4. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 49. | <p>Anh/chị sinh hoạt Câu lạc bộ bao lâu một lần?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 tháng/lần 2. 2 tháng/lần 3. > 2 tháng/lần |
| Câu 50. | <p>Trong những lần tổ chức sinh hoạt CLB anh/chị có tham gia đều đặn không?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toàn bộ số buổi 2. 3/4 số buổi 3. 2/4 số buổi 4. 1/4 số buổi 5. < 1/4 số buổi |
| Câu 51. | <p>Một lần sinh hoạt kéo dài bao lâu?.....giờ</p> |
| Câu 52. | <p>Những phương pháp truyền thông anh/chị thường được tiếp cận tại CLB?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thảo luận nhóm 2. Tivi, xem băng đĩa 3. Cả hai đáp án trên 4. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 53. | <p>Theo anh chị về cơ sở vật chất đã đáp ứng đủ chưa? (nghe ngòi...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Đáp ứng đủ |

| | |
|----------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Tạm đủ 3. Chưa đủ |
| Câu 54. | <p>Theo anh chị tài liệu truyền thông đã đáp ứng đủ chưa? (như tờ rơi, đĩa DVD, tranh, ảnh, áp phích)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Đáp ứng đủ 2. Tạm đủ 3. Chưa đủ |
| Câu 55. | <p>Phương pháp điều hành hoạt động trong buổi sinh hoạt? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Người tham gia còn bị thụ động 2. Người tham gia đã được chủ động 3. Thời gian chia sẻ còn thiếu 4. Thời gian chia sẻ đã đủ 5. Khác..... |
| Câu 56. | <p>Khi sinh hoạt Câu lạc bộ có cán bộ y tế tham gia không?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không → <i>Chuyển câu 59</i> |
| Câu 57. | <p>Nếu có cán bộ y tế, là ai?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cán bộ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS 2. Cán bộ y tế phòng khám ngoại trú 3. Cán bộ trạm y tế 4. Cán bộ y tế thôn/xóm 5. Khác..... |
| Câu 58. | <p>Nếu có hình thức tham gia là gì?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tư vấn điều trị ARV 2. Cập nhật kiến thức mới về điều trị ARV 3. Nói chuyện chuyên đề về HIV/AIDS 4. Khác..... |
| Câu 59. | <p>Ai là người hỗ trợ tốt nhất trong quá trình anh/chị điều trị ARV và các nhiệm vụ trùng cơ hội?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cán bộ Trạm Y tế xã 2. Cán bộ phòng khám ngoại trú 3. Người nhà 4. Thành viên Câu lạc bộ 5. Không ai hỗ trợ 6. Khác (<i>ghi rõ</i>)..... |
| Câu 60. | <p>Anh/chị có nhận được sự hỗ trợ chăm sóc từ thành viên CLB?</p> |

| | |
|----------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. không |
| Câu 61. | <p>Nếu có thì là nội dung nào? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hướng dẫn cách tuân thủ điều trị ARV 2. Chia sẻ kinh nghiệm điều trị khi có biến chứng của thuốc và bệnh 3. Hỗ trợ đi lại khi nhận dịch vụ điều trị tại phòng khám ngoại trú 4. Khác..... |
| Câu 62. | <p>Anh/chị cho biết khi tham gia sinh hoạt tại CLB có những hiệu quả gì? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiểu biết điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV 2. Cách tự chăm sóc các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội 3. Biết cách tự chăm sóc, điều trị tại nhà 4. Tự tin, không mặc cảm 5. Phát triển kinh tế gia đình 6. Không có lợi ích gì |
| Câu 63. | <p>Anh/chị cho biết hoạt động của câu lạc bộ là gì? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hỗ trợ về tinh thần 2. Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS 3. Nâng cao nhận thức về HIV giảm sự kỳ thị phân biệt đối xử 4. Khác (ghi rõ)..... |
| Câu 64. | <p>Anh chị có hài lòng với hoạt động hiện tại Câu lạc bộ không?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rất hài lòng 2. Hài lòng 3. Không hài lòng |

Kết thúc phỏng vấn