

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



ĐINH THỊ THANH THÚY

**KẾT QUẢ LÒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ BẰNG
SUBOXONE TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ HIV NGOẠI TRÚ
TRÊN NGƯỜI BỆNH HIV NGHIỆN CÁC CHẤT
MA TÚY DẠNG THUỐC PHIỆN Ở HÀ NỘI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



ĐINH THỊ THANH THÚY

**KẾT QUẢ LÒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ BẰNG
SUBOXONE TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ HIV NGOẠI TRÚ
TRÊN NGƯỜI BỆNH HIV NGHIỆN CÁC CHẤT
MA TÚY DẠNG THUỐC PHIỆN Ở HÀ NỘI**

Chuyên ngành: Y tế Công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Lê Minh Giang
2. PGS.TS. Trần Hữu Bình

HÀ NỘI – 2022

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án tốt nghiệp này, trước hết em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu và Phòng đào tạo Sau Đại học của Trường Đại học Y Hà Nội, Ban Lãnh đạo, Bộ môn Sức khỏe Toàn cầu và Phòng Đào tạo, Nghiên cứu khoa học và Hợp tác quốc tế, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng đã luôn tạo điều kiện và hỗ trợ tận tình trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Với tấm lòng biết ơn và kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc đến PGS.TS Lê Minh Giang và PGS.TS Trần Hữu Bình - những người thầy giáo mẫu mực và tận tâm, đã dành thời gian dạy dỗ, hướng dẫn, động viên và giúp đỡ em trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Em xin trân trọng cảm ơn các nhà khoa học, các Thầy/Cô trong các hội đồng đã dành thời gian đọc và có nhiều góp ý sâu sắc, khoa học và thiết thực giúp em hoàn thiện luận án.

Em xin chân thành cảm ơn Sở Y tế Hà Nội, Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hà Nội, Trung tâm y tế quận Nam Từ Liêm, quận Long Biên, quận Hoàng Mai và quận Đống Đa và các cơ sở điều trị ngoại trú HIV tại 4 quận huyện đã tạo điều kiện thuận lợi để em tiến hành nghiên cứu và thu thập dữ liệu. Em xin chân thành cảm ơn các anh/chị bệnh nhân đã tham gia và dành thời gian cung cấp thông tin cho nghiên cứu.

Em xin trân trọng cảm ơn GS. Todd Korthuis và các đồng nghiệp tại Đại học Khoa học và Sức khỏe Oregon (Hoa Kỳ) và Dự án “So sánh hiệu quả của Suboxone và methadone trên bệnh nhân HIV nghiện ma túy dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Việt Nam” do Viện Nghiên cứu quốc gia về lạm dụng chất (NIDA, Hoa Kỳ) tài trợ (R01DA037441) đã hỗ trợ về mặt chuyên môn và tạo điều kiện để em hoàn thành nghiên cứu.

Em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đối với Ban Lãnh đạo và đồng nghiệp Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo về Lạm dụng chất - HIV, trường Đại học Y Hà Nội. Nếu như không có sự hỗ trợ và động viên chia sẻ của Ban Lãnh đạo và đồng nghiệp của Trung tâm trong suốt thời gian học tập, triển khai nghiên cứu và hoàn thành luận án thì chắc chắn em không thể hoàn thành được luận án này.

Cuối cùng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè đã luôn động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Đinh Thị Thanh Thúy

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đinh Thị Thanh Thúy, nghiên cứu sinh khóa 35, chuyên ngành Y tế Công cộng tại Trường Đại học Y Hà Nội, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS. TS Lê Minh Giang, Trưởng Bộ môn Dịch tễ, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng và PGS. TS Trần Hữu Bình nguyên Trưởng Bộ môn và giảng viên cao cấp Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

Tác giả luận án

Đinh Thị Thanh Thúy

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Cách viết tiếng Anh	Nghĩa tiếng Việt
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
APA	American Psychological Association	Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ
ASAM	American Society of Addiction Medicine	Hiệp hội Y học nghiện Hoa Kỳ
ASI	Addiction Severity Index	Thang đo về Mức độ phụ thuộc chất
AST	Aspartate aminotransferase	Chỉ số men gan AST
ALT	Alanine aminotransferase	Chỉ số men gan ALT
CDTP		Chất dạng thuốc phiện
DSM - 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition	Sổ tay chuẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, phiên bản thứ 5
HBV	Hepatitis B virus	Virus viêm gan B
HCV	Hepatitis C virus	Virus viêm gan C
HIV	Human Immunodeficiency virus	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
TCMT		Tiêm chích ma túy
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime	Tổ chức Phòng chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp quốc
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU	3
1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ sử dụng trong nghiên cứu	3
1.2. Thực trạng nghiện chất dạng thuốc phiện, mối liên quan với dịch HIV/AIDS và các biện pháp ứng phó	5
1.2.1. Thực trạng nghiện chất dạng thuốc phiện trên thế giới và Việt Nam....	5
1.2.2. Mối liên quan giữa nghiện chất dạng thuốc phiện với nhiễm HIV và các biện pháp ứng phó trên thế giới và Việt Nam	9
1.3. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện	14
1.3.1. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trên thế giới..	14
1.3.2. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ở Việt Nam ...	19
1.3.3. Chỉ số đánh giá kết quả chương trình điều trị nghiện chất	22
1.4. Một số đặc điểm cơ sở triển khai nghiên cứu	24
1.5. Khung lý thuyết của vấn đề nghiên cứu.....	28
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	29
2.1. Mô tả về nghiên cứu gốc	29
2.2. Đối tượng nghiên cứu	29
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng.....	29
2.2.2. Đối tượng nghiên cứu định tính	30
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	31
2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	32
2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	32
2.5.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng.....	32
2.5.2. Cỡ mẫu nghiên cứu định tính.....	33
2.5.3. Chọn mẫu nghiên cứu	33

2.6. Quy trình nghiên cứu và can thiệp	34
2.6.1. Quy trình nghiên cứu	34
2.6.2. Quy trình can thiệp.....	38
2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu	40
2.8. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin	43
2.9. Sai số và không chế sai số.....	48
2.10. Xử lý và phân tích số liệu	49
2.11. Đạo đức nghiên cứu	51
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	52
3.1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội và tiền sử sử dụng chất của người tham gia nghiên cứu.....	52
3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu, sức khỏe và tiền sử sử dụng chất của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu	52
3.1.2. Tình trạng sức khỏe của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu.....	56
3.1.3. Tiền sử sử dụng chất của đối tượng tham gia nghiên cứu	59
3.2. Mục tiêu 1: Kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 - 2019.....	63
3.2.1. Kết quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone ...	63
3.2.2. Kết quả điều trị ARV của người bệnh điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú	71
3.3. Mục tiêu 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone trong cơ sở HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 -2019	76
3.3.1. Các yếu tố liên quan từ phía người bệnh đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú: kết quả định lượng	76

3.3.2. Một số yếu tố thuận lợi từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú	84
3.3.3. Một số yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả nghiên cứu định tính	90
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	101
4.1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội và tiền sử sử dụng chất của đối tượng tham gia nghiên cứu.....	101
4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu và xã hội của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu.....	101
4.1.2. Tình trạng sức khỏe và tiền sử sử dụng chất tại thời điểm tham gia nghiên cứu.....	103
4.2. Kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 -2019	107
4.2.1. Kết quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú.....	107
4.2.2. Kết quả điều trị ARV của người bệnh điều trị lồng ghép nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú .	112
4.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú.....	116
4.3.1. Các yếu tố liên quan từ phía người bệnh: kết quả định lượng....	116
4.3.2. Các yếu tố thuận lợi từ cấp độ cấp độ bệnh nhân, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả định tính	121

4.3.3. Các yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lòng ghép điều trị và kết quả điều trị lòng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú.....	123
4.4. Hạn chế của nghiên cứu	128
KẾT LUẬN	129
KHUYẾN NGHỊ.....	132
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

Bảng 1.1: Hình thức tổ chức điều trị buprenorphine ở một số quốc gia.....	17
Bảng 1.2: Thông tin về tình hình điều trị thay thế nghiện CDTP và ARV tại địa bàn Hà Nội	25
Bảng 1.3: Thông tin về tình hình điều trị methadone tại Trung tâm y tế quận Long Biên, Đống Đa, Hoàng Mai và Nam Từ Liêm.....	26
Bảng 1.4: Thông tin về tình hình điều trị ARV tại Trung tâm Y tế quận Long Biên, Đống Đa, Hoàng Mai và Nam Từ Liêm	27
Bảng 2.1: Phân bố mẫu nghiên cứu định tính.....	33
Bảng 2.2: Thang đo sử dụng trong bộ câu hỏi	44
Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu và xã hội của đối tượng tại thời điểm.....	52
Bảng 3.2: Nhận thức về kỳ thị và hỗ trợ xã hội của người tham gia	54
Bảng 3.3: Đặc điểm về tình trạng vi phạm pháp luật và cai nghiện	55
Bảng 3.4: Đặc điểm nhiễm HIV và điều trị ARV của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu	56
Bảng 3.5: Tỷ lệ mắc các bệnh đồng diễn	57
Bảng 3.6: Một số rối loạn sức khỏe tâm thần của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu	58
Bảng 3.7: Tiền sử sử dụng heroin của đối tượng tham gia nghiên cứu	59
Bảng 3.8: Hành vi sử dụng heroin trong 30 ngày trước khi tham gia vào nghiên cứu	60
Bảng 3.9: Đặc điểm tiền sử sử dụng ma túy tổng hợp dạng amphetamine của người tham gia nghiên cứu	61
Bảng 3.10: Đặc điểm sử dụng thuốc lá và rượu/bia của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu.....	62
Bảng 3.11: Hành vi sử dụng heroin của đối tượng nghiên cứu tại các thời điểm theo dõi.	63

Bảng 3.12: Hành vi sử dụng ma túy tổng hợp tại các thời điểm theo dõi	64
Bảng 3.13: Tỷ suất bỏ trị	67
Bảng 3.14: So sánh đặc điểm nhân khẩu xã hội tại thời điểm ban đầu của người bệnh duy trì điều trị và người bệnh dừng điều trị.	69
Bảng 3.15: Kết quả xét nghiệm tế bào CD4 của người tham gia tại các thời điểm theo dõi.....	71
Bảng 3.16: Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus HIV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi	72
Bảng 3.17: Tuân thủ điều trị ARV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi.	73
Bảng 3.18: Các yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine	76
Bảng 3.19: Các yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine	77
Bảng 3.20: Các yếu tố liên quan đến duy trì trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone.....	78
Bảng 3.21: Các yếu tố liên quan đến duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone	79
Bảng 3.22: Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV	80
Bảng 3.23: Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV	81
Bảng 3.24: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	82
Bảng 3.25: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV	83
Bảng 3.26: Yếu tố thuận lợi từ người bệnh	84
Bảng 3.27: Yếu tố thuận lợi từ cơ sở điều trị.....	87
Bảng 3.28: Yếu tố thuận lợi từ cấp độ chương trình.....	88
Bảng 3.29: Yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh.....	90
Bảng 3.30: Yếu tố thách thức từ cấp độ cơ sở điều trị.....	93
Bảng 3.31: Yếu tố thách thức từ cấp độ chương trình	97

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1: Quy trình triển khai nghiên cứu	37
Biểu đồ 3.1: Kết quả xét nghiệm nước tiểu tại các thời điểm theo dõi.....	65
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ tuân thủ điều trị nghiện CDTP tại các thời điểm theo dõi	66
Biểu đồ 3.3: Duy trì trong điều trị nghiện CDTP tại các thời điểm theo dõi..	67
Biểu đồ 3.4: Lý do dừng điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.....	68
Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ nhận thuốc ARV của người tham gia.....	75

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Phân bố sử dụng chất dạng thuốc phiện trên thế giới.....	5
Hình 1.2: Tỷ lệ sử dụng chất dạng thuốc phiện theo khu vực	6
Hình 1.3: Số người sử dụng ma túy tại Việt Nam qua các năm	8
Hình 1.4: Loại ma túy sử dụng tại Việt Nam.....	8
Hình 1.5: Ước tính tỷ lệ TCMT và tỷ lệ HIV trong nhóm TCMT theo khu vực ..	10
Hình 1.6: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao	11
Hình 1.7: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại một số tỉnh và thành phố năm 2019	12
Hình 1.8: Tình hình điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc methadone ở Việt Nam tính đến năm 2019	14

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện chất dạng thuốc phiện là một vấn đề y tế công cộng trên toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức Phòng chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp quốc (UNODC) năm 2020, số lượng người sử dụng chất dạng thuốc phiện (CDTP) là 57,8 triệu người, trong đó có 30,4 triệu người sử dụng heroin và thuốc phiện tương đương với 1,2% dân số toàn cầu độ tuổi 15-64.¹ Tại Việt Nam, tính đến tháng 12/2019, số người sử dụng ma túy có hồ sơ quản lý khoảng 246.000 người, trong đó khoảng 40%² người sử dụng heroin và hình thức sử dụng chủ yếu là tiêm chích. Sử dụng và tiêm chích ma túy dạng thuốc phiện là nguyên nhân gia tăng gánh nặng bệnh tật như HIV, Viêm gan virus C (HCV) và Viêm gan virus B (HBV). Tính đến năm 2017, trong tổng số 15,6 triệu người tiêm chích ma túy (TCMT) trên toàn cầu, có 17,6% người TCMT sống chung với HIV, 52,3% nhiễm HCV và 9% nhiễm HBV.³ Sử dụng chất dạng thuốc phiện là nguyên nhân góp phần lớn (80%) của 42 triệu năm sống khỏe mạnh bị mất đi do tàn tật và tử vong sớm.¹

Tiếp cận giải quyết nghiện CDTP chủ đạo hiện nay là tiếp cận theo quan điểm nghiện là bệnh mãn tính và cần được điều trị bằng các biện pháp y học kết hợp tâm lý và xã hội. Cách tiếp này bắt nguồn từ những nghiên cứu khoa học về thần kinh, chức năng não và tác động của ma túy đến não bộ.^{4,5} Liệu pháp dược lý điều trị nghiện CDTP được sử dụng phổ biến nhất trên thế giới là sử dụng thuốc đồng vận như methadone và buprenorphine. Ngoài ra, còn có liệu pháp dược lý sử dụng thuốc LAAM (Levo-Alpha Acetyl Methadol)⁶ và điều trị hỗ trợ bằng heroin (heroin-assisted treatment), tuy nhiên hai loại thuốc này chưa được sử dụng rộng rãi vì qui trình giám sát điều trị nghiêm ngặt.⁷ Bên cạnh liệu pháp điều trị bằng thuốc đồng vận là liệu pháp điều trị đối kháng với thuốc naltrexone, tuy nhiên hạn chế của liệu pháp này là tỷ lệ duy trì điều trị thấp.

Điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc thay thế methadone hoặc buprenorphine là hình thức điều trị phổ biến nhất được triển khai tại 86 quốc gia trong tổng số 179 quốc gia ghi nhận tình trạng tiêm chích ma túy trên toàn cầu.⁸ Tại Việt Nam, chương trình điều trị nghiện CDTP bằng methadone đã được triển khai thí điểm từ năm 2008 sau đó mở rộng từ năm 2010 và điều trị bằng buprenorphine được triển khai thí điểm vào năm 2019. Tính đến cuối năm 2019, đã có 335 cơ sở điều trị và 223 cơ sở cấp phát thuốc đang điều trị cho khoảng 52 200 bệnh nhân.⁹

Buprenorphine với những ưu điểm như nguy cơ quá liều thấp, không hoặc ít tương tác với thuốc ARV, thuốc điều trị lao và thời gian uống thuốc linh hoạt nên không cần triển khai tại cơ sở y tế chuyên biệt như methadone.^{10,11} Trong các mô hình lồng ghép điều trị thay thế nghiện CDTP bằng buprenorphine vào các cơ sở y tế thì mô hình lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú là mô hình phổ biến nhất.¹² Bằng chứng trên thế giới cho thấy lồng ghép điều trị nghiện CDTP tại các cơ sở điều trị HIV giúp tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ và cải thiện kết quả điều trị nghiện cũng như điều trị HIV trên nhóm nghiện chất dạng thuốc phiện nhiễm HIV.^{13,14} Tuy nhiên với bối cảnh Việt Nam, liệu mô hình điều trị lồng ghép điều trị Suboxone vào cơ sở HIV ngoại trú có giúp người bệnh nghiện CDTP cải thiện kết quả điều trị nghiện CDTP và điều trị HIV và tăng khả năng tuân thủ và duy trì điều trị hay không? Đây là câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi khi nghiên cứu “Kết quả lồng ghép điều trị bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú trên người bệnh HIV nghiện các chất ma túy dạng thuốc phiện ở Hà Nội” với hai mục tiêu:

Mục tiêu 1: Đánh giá kết quả điều trị lồng ghép Suboxone trong cơ sở điều trị HIV ngoại trú trên người bệnh HIV nghiện các chất dạng thuốc phiện ở Hà Nội từ 2016 – 2019.

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở nhóm người bệnh trên.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ sử dụng trong nghiên cứu

Chất gây nghiện

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) định nghĩa chất gây nghiện là “bất kỳ loại chất hóa học nào mà khi vào cơ thể làm thay đổi chức năng thực thể và tâm lý”.¹⁵

Theo Luật phòng, chống ma túy Việt Nam năm 2000, “chất gây nghiện là các chất kích thích hoặc ức chế thần kinh, dễ gây tình trạng nghiện đối với người sử dụng”.¹⁶

Nghiện chất

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa nghiện chất là “sự sử dụng lặp đi lặp lại nhiều lần một hay nhiều chất có tác dụng tâm thần, tới mức người sử dụng bị ngộ độc từng thời kỳ hay ngộ độc mãn tính, có biểu hiện thèm muốn khao khát không thể cưỡng lại được và rập tâm chiếm đoạt các chất ma túy bằng mọi cách cũng như rất khó hoặc đôi khi không thể từ bỏ hay thay đổi hành vi sử dụng các chất đó”.¹⁷ Biểu hiện chính của nghiện chất là khuynh hướng tăng liều và xuất hiện các hội chứng cai khi ngừng sử dụng chất ma túy.

Chất dạng thuốc phiện

Chất dạng thuốc phiện (Opioids) là thuật ngữ dùng để chỉ các chất dạng thuốc phiện có nguồn gốc hoàn toàn tự nhiên (opiats) hoặc là các chất dạng thuốc phiện bán tổng hợp hoặc tổng hợp hoàn toàn có tác động giống như morphine. Ví dụ các chất có nguồn gốc tự nhiên như morphine, codein và thebaine; chất bán tổng hợp như heroin, buprenorphine và oxycodone và các chất tổng hợp hoàn toàn như methadone, fentanyl, meperidine và pentazocine.¹⁶

Điều trị thay thế

Điều trị thay thế là việc dùng các thuốc tác động đến tâm thần được kê đơn dưới sự giám sát của y tế để điều trị

Methadone

Methadone là CDTP tổng hợp, đồng vận toàn phần với các thụ thể của CDTP (μ , κ và δ), tác động chủ yếu trên các thụ thể μ ở não. Methadone được hấp thu qua đường uống, thời gian bán hủy dài (trung bình là 24h) nên chỉ cần sử dụng 1 lần trong ngày. Methadone có độ dung nạp ổn định nên ít phải tăng liều khi điều trị lâu dài.¹⁸

Buprenorphine

Buprenorphine là CDTP bán tổng hợp, đồng vận một phần với các thụ thể của CDTP, vừa có tác dụng đồng vận với các thụ thể (μ và niciceptin), vừa có tác dụng đối vận với các thụ thể (κ và δ) của CDTP, nên nó được sử dụng để điều trị nghiện các CDTP giống như Methadone.¹⁸

Điều trị lồng ghép

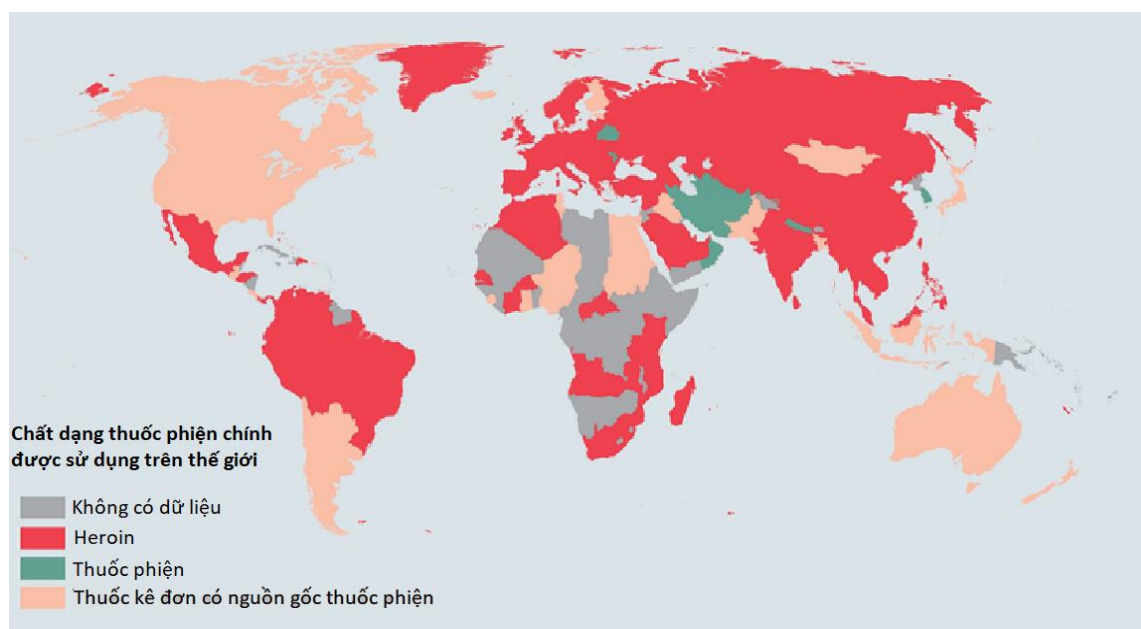
Là hình thức tổ chức mô hình kết hợp/lồng ghép nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhằm tăng độ bao phủ dịch vụ, tăng hiệu quả, tính chấp nhận và giảm chi phí. Có nhiều hình thức lồng ghép khác nhau như lồng ghép về mặt lâm sàng, lồng ghép dịch vụ và lồng ghép hệ thống. Trong lĩnh vực điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, các mô hình lồng ghép chủ yếu là lồng ghép điều trị nghiện chất với điều trị HIV, lồng ghép điều trị nghiện chất vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, lồng ghép với hệ thống phòng khám bác sỹ gia đình và hiệu thuốc.¹⁴

1.2. Thực trạng nghiện chất dạng thuốc phiện, mối liên quan với dịch HIV/AIDS và các biện pháp ứng phó

1.2.1. Thực trạng nghiện chất dạng thuốc phiện trên thế giới và Việt Nam

So với các loại ma túy khác đang lưu hành trên thị trường, các chất ma túy dạng thuốc phiện gây ra nhiều hệ quả tiêu cực đối với vấn đề sức khỏe như các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, HCV và HBV và gánh nặng bệnh tật. Theo ước tính năm 2015 của WHO về ước tính gánh nặng bệnh tật và tỷ suất chết thì chất dạng thuốc phiện là nguyên nhân của 76% số ca chết do rối loạn sử dụng chất ma túy.¹⁹

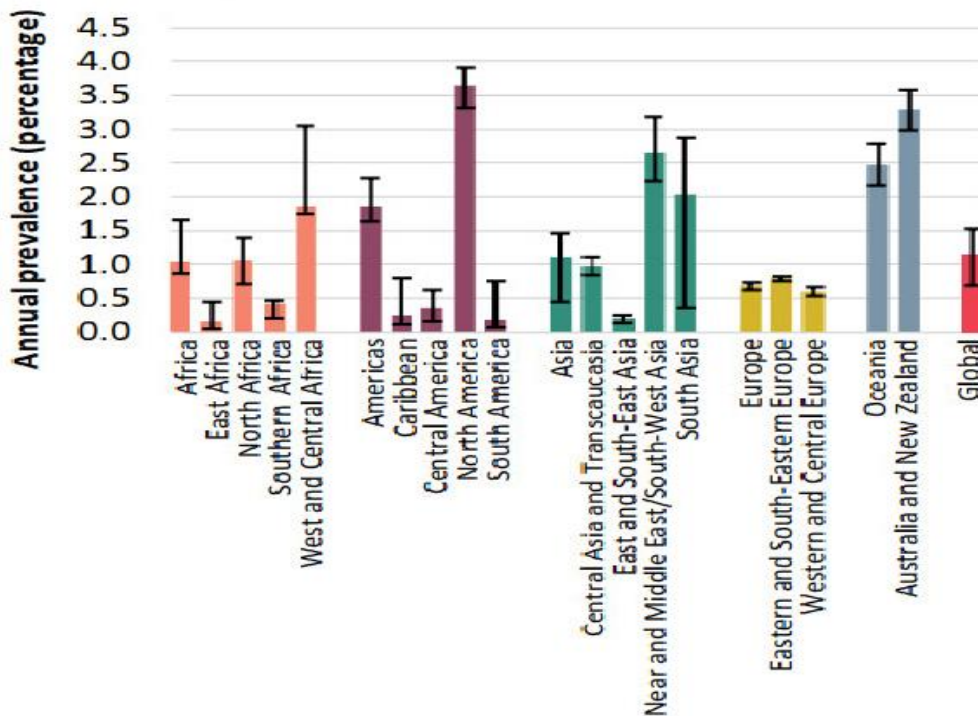
Vào năm 2017 các nguồn dữ liệu và báo cáo cho thấy tình trạng sử dụng hoặc lạm dụng CDTP ghi nhận ở 179 quốc gia trên tổng số 206 quốc gia và vùng lãnh thổ được nghiên cứu. Các quốc gia này chiếm hơn 99% dân số thế giới ở độ tuổi 15-64,³ điều này cho thấy mức độ phổ biến của chất dạng thuốc phiện trên toàn cầu so với các loại ma túy khác.



Hình 1.1: Phân bố sử dụng chất dạng thuốc phiện trên thế giới

(Nguồn: World Drug Report 2020)

Ước tính toàn thế giới có khoảng 57,8 triệu người sử dụng chất dạng thuốc phiện, tương đương 1,2% dân số toàn cầu ở độ tuổi 15-64. Mức độ sử dụng CDTP cao hơn tỷ lệ sử dụng toàn cầu ở khu vực Bắc Mỹ với 3,6%, New Zealand và Australia là 3,3% và khu vực Trung Đông và Tây Nam Á (2,6%). Trong đó, số người sử dụng CDTP ở khu vực Nam Á chiếm khoảng 20% dân số toàn cầu trong độ tuổi 15-64 và ước tính hơn một phần ba người sử dụng chất dạng thuốc phiện phân bố ở khu vực này.¹ (Hình 1.1)



Hình 1.2: Tỷ lệ sử dụng chất dạng thuốc phiện theo khu vực

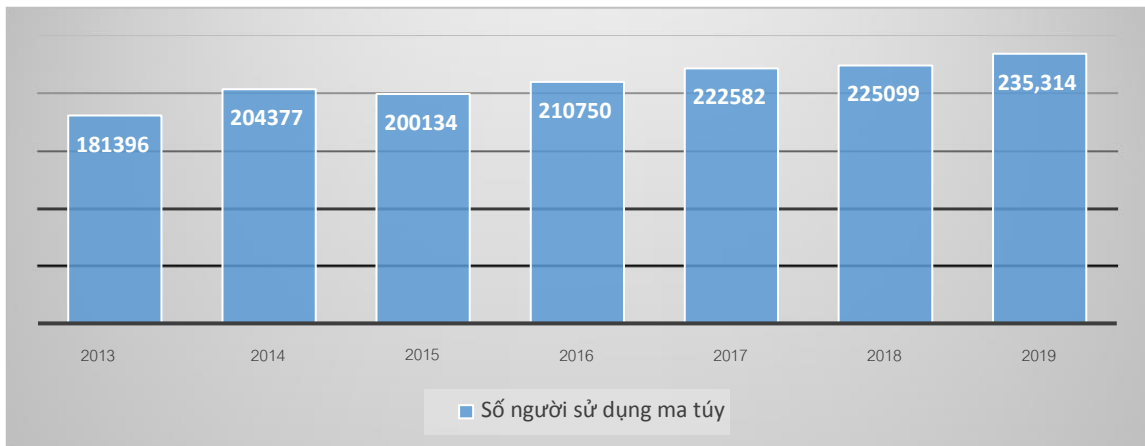
(Nguồn: World Drug Report 2020)

Trong tổng số 57,8 triệu người sử dụng chất dạng thuốc phiện có 30,4 triệu sử dụng chất thuốc phiện có nguồn gốc tự nhiên (thuốc phiện, heroin), tập trung nhiều nhất ở khu vực của Châu Á như Trung Á, Tây Nam Á và Nam Á. Khu vực này chiếm tới 60% số người sử dụng thuốc phiện có nguồn gốc tự nhiên trên toàn cầu.¹

Bên cạnh việc sử dụng thuốc phiện thô và heroin, trong những năm gần đây có sự gia tăng sự lạm dụng các thuốc kê đơn giảm đau có nguồn gốc từ thuốc phiện ở một số quốc gia vùng Bắc Mỹ, Trung Đông và Châu Âu. Tại Mỹ số lượng người lạm dụng các thuốc kê đơn dạng thuốc phiện tăng 40% so với cuối thập kỷ trước.²⁰ Trong tổng số 10,3 triệu người sử dụng chất dạng thuốc phiện thì có 9,9 triệu người có báo cáo sử dụng thuốc kê đơn dạng thuốc phiện không vì mục đích y tế.¹

Theo ước tính, có khoảng 15,6 triệu người tiêm chích ma túy (95% UI 10,2-23,7 triệu) trên toàn cầu năm 2017, tương đương với 0,33% dân số độ tuổi 15-64. Số lượng người tiêm chích ma túy tập trung đông nhất là ở khu vực Đông và Đông Nam Châu Á khoảng 4 triệu, Đông Âu có 3 triệu và Bắc Mỹ là 2,6 triệu.³ Ba khu vực này chiếm khoảng 61% tổng số người tiêm chích ma túy trên toàn cầu.

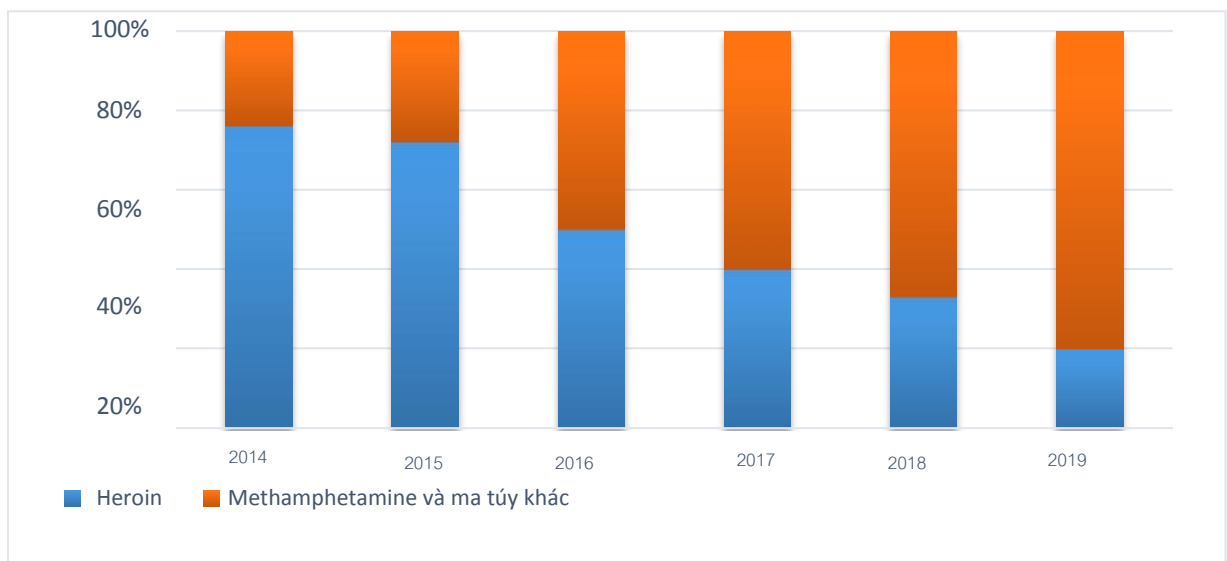
Việt Nam có lịch sử lâu dài trồng cây thuốc phiện cũng như vị trí gần khu vực Tam giác vàng, thuốc phiện và các chất ma túy dạng thuốc phiện là các chất gây nghiện được sử dụng lâu dài và rộng rãi nhất. Tuy nhiên, do chính sách quản lý cây thuốc phiện nghiêm ngặt từ giữa những năm 90 diện tích cây thuốc ở Việt Nam và việc sử dụng thuốc phiện giảm một cách rõ rệt.²¹ Thập kỷ 90 cũng đánh dấu sự xâm nhập của heroin vào thị trường Việt Nam và đánh dấu những thay đổi trong mô hình sử dụng ma túy. Heroin trở thành ma túy được sử dụng phổ biến ở các tỉnh biên giới phía Bắc và các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh trong suốt thập kỷ 90 và đầu những năm 2000.



Hình 1.3: Số người sử dụng ma túy tại Việt Nam qua các năm

(Nguồn: ASEAN Drug Monitoring Report 2019)

Theo thống kê, số người sử dụng ma túy tại Việt Nam năm 2013 là 181.396 người và tăng lên 235.314 người năm 2019.²² Cho đến giữa năm 2015, Việt Nam trong số người sử dụng ma túy có hồ sơ quản lý có 85% sử dụng heroin và hình thức sử dụng chủ yếu là tiêm chích (62,2%).² Nam giới chiếm 92,2% đến 97% quần thể tiêm chích ma túy. Tuổi của người tiêm chích ma túy đang có xu hướng trẻ hóa, với độ tuổi trung bình dưới 25 tuổi ở một số tỉnh trong điểm ma túy.²³



Hình 1.4: Loại ma túy sử dụng tại Việt Nam

(Nguồn: ASEAN Drug Monitoring Report 2019)

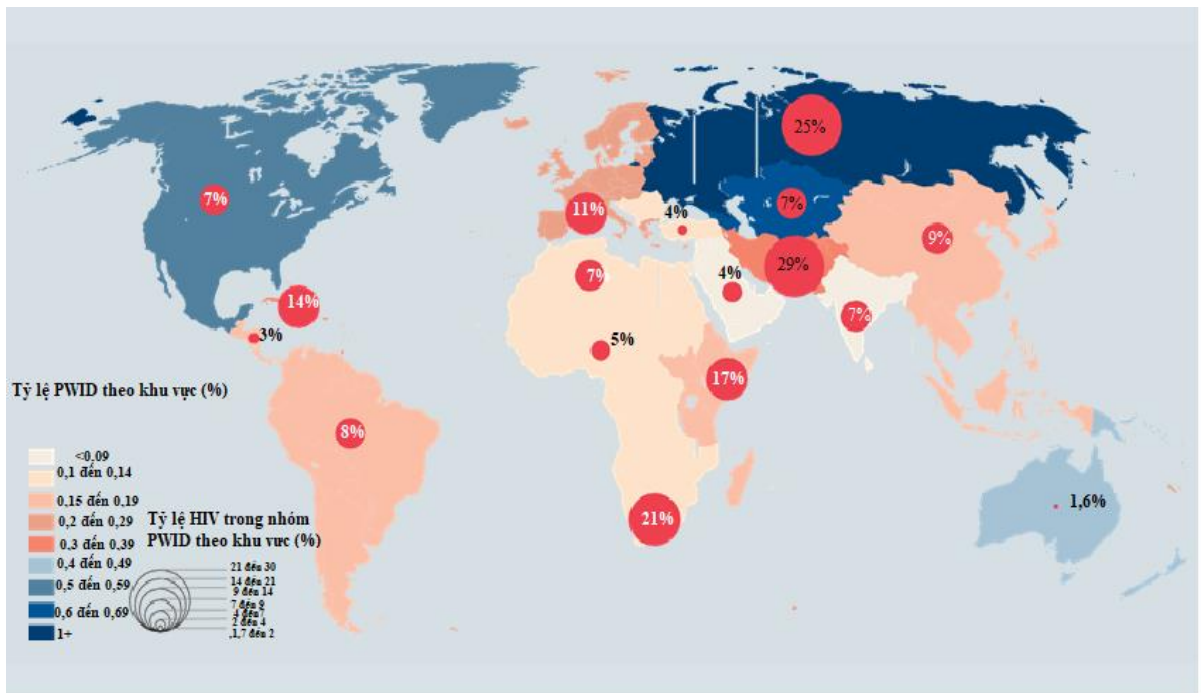
Tình trạng sử dụng ma túy dạng thuốc phiện có xu hướng giảm theo thời gian. Tỷ lệ sử dụng ma túy dạng thuốc phiện khoảng 78% năm 2014, giảm xuống 50% năm 2017 và 30% năm 2019. Xu hướng sử dụng ma túy methamphetamine và một số loại ma túy khác có xu hướng tăng trong những năm gần đây, chiếm 22% năm 2014 tăng lên 70% năm 2019.

1.2.2. Mối liên quan giữa nghiện chất dạng thuốc phiện với nhiễm HIV và các biện pháp ứng phó trên thế giới và Việt Nam

Nghiện chất dạng thuốc phiện và tiêm chích ma túy đã dẫn đến những hệ quả tiêu cực về sức khỏe, đặc biệt là tình trạng lây nhiễm HIV. Kết quả một nghiên cứu tổng quan tài liệu năm 2017 cho thấy tiêm chích ma túy được báo cáo ở 179 quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới trong đó 83 quốc gia có thông tin về tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này.³

Theo ước tính vào năm 2017, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy là 17,8% và số người tiêm chích ma túy nhiễm HIV khoảng 2,8 triệu người. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT cao nhất hiện nay phân bố tại khu vực Tây Nam Á (29%) và Đông Âu (25%) tiếp theo là Nam Phi (21%). Tại Châu Âu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy cao gấp nhiều lần so với nhóm dân cư còn lại, tương ứng nhóm tiêm chích ma túy tỷ lệ là 25% và nhóm dân cư là 0,4%. (Hình 1.3)

Khu vực có số lượng người tiêm chích ma túy sống chung với HIV nhiều nhất là Đông Âu, Đông và Đông Nam Á chiếm tới 67% tổng số người tiêm chích ma túy nhiễm HIV trên toàn cầu. Khu vực Đông Nam Á mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể này thấp (9,3%) tuy nhiên chiếm tới một phần năm số người nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy trên toàn cầu.¹



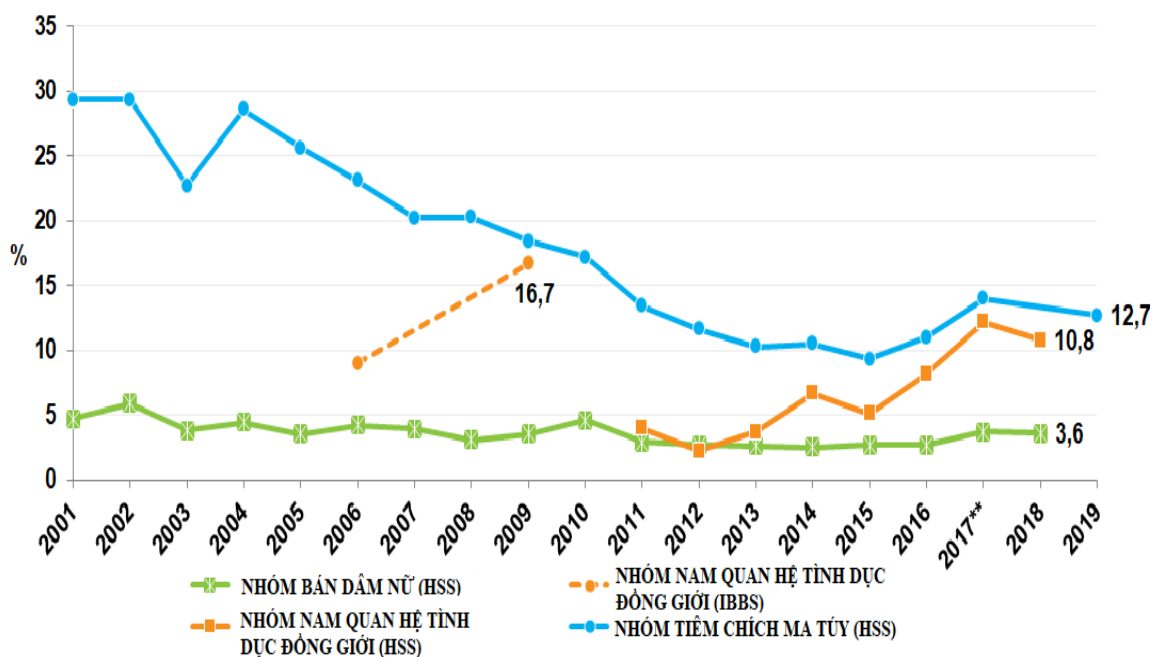
Hình 1.5: Ước tính tỷ lệ TCMT và tỷ lệ HIV trong nhóm TCMT theo khu vực

(Nguồn: World Drug Report 2020 - UNODC)

Tiêm chích không an toàn và tiêm chích chung trong nhóm TCMT là nguyên nhân của việc gia tăng số ca nhiễm mới HIV ở các khu vực như Đông Âu, Châu Phi và Châu Á Thái Bình Dương. Theo báo cáo của UNAIDS năm 2018 thì trong số 1,8 triệu mắc mới HIV trên toàn cầu năm 2017 có 9% thuộc về nhóm tiêm chích ma túy.²⁴ Tuy nhiên, tỷ lệ số ca mắc mới trong nhóm tiêm chích ma túy khác biệt rõ rệt theo từng quốc gia và khu vực. Số ca nhiễm mới cao trong nhóm tiêm chích ma túy thuộc về khu vực các nước Đông Âu và Trung Á với tỷ lệ là 39%, tiếp theo sau là Trung Đông Phi và Phi là 38% và Châu Á và Thái Bình Dương là 14%.²⁴ Vùng Caribbean và châu Mỹ La tinh là các khu vực có tỷ lệ nhiễm mới HIV trong nhóm tiêm chích ma túy thấp nhất từ 1-3%.

Tại Việt Nam, dịch HIV vẫn trong giai đoạn tập trung với hình thái lây truyền chủ yếu trong nhóm nguy cơ cao như nhóm tiêm chích ma túy, nhóm

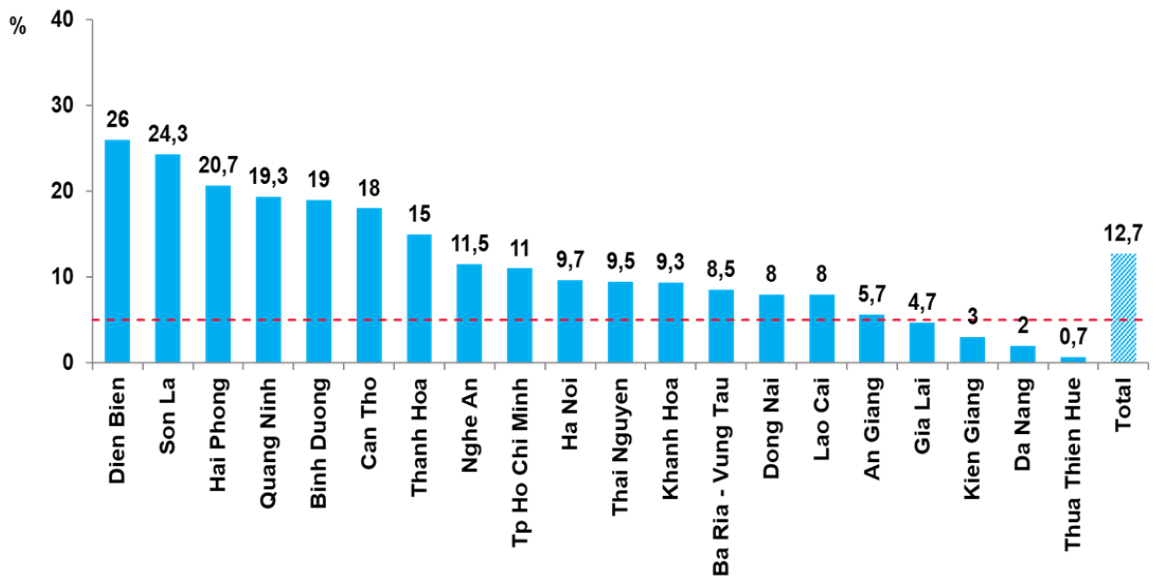
nam quan hệ tình dục đồng giới và nhóm người bán dâm. Nhóm tiêm chích ma túy chiếm khoảng hơn 60% tổng số người nhiễm HIV cuối những năm 90.²¹ Dịch HIV tập trung chủ yếu ở các tỉnh và một số thành phố lớn nơi tập trung đông người tiêm chích ma túy như các tỉnh miền núi phía Bắc, miền núi các tỉnh Thanh Hóa, Nghệ An và Hải Phòng, Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Theo số liệu chương trình giám sát trọng điểm HIV, tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm TCMT cao nhất trong giai đoạn 2001-2004, với 29,3% vào các năm 2001 và 2002. Tuy nhiên, những năm sau đó tỷ lệ nhiễm HIV giảm đáng kể, theo kết quả giám sát trọng điểm năm 2019 tỷ lệ này khoảng 12,7%.



Hình 1.6: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao

(Nguồn: www.aidsdatahub.org/country-profiles/viet-nam)

Mặc dù tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy giảm, ở một số vùng và thành phố tỷ lệ này vẫn còn cao. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại các tỉnh trọng điểm về ma túy và HIV như Điện Biên (26%), Sơn La (24,3%) Hải Phòng (20,7%), Quảng Ninh (19,3%) và Thanh Hóa (15%) vẫn duy trì ở mức cao trong năm 2019 (xem Hình 1.7).



Hình 1.7: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại một số tỉnh và thành phố năm 2019 (HSS+)

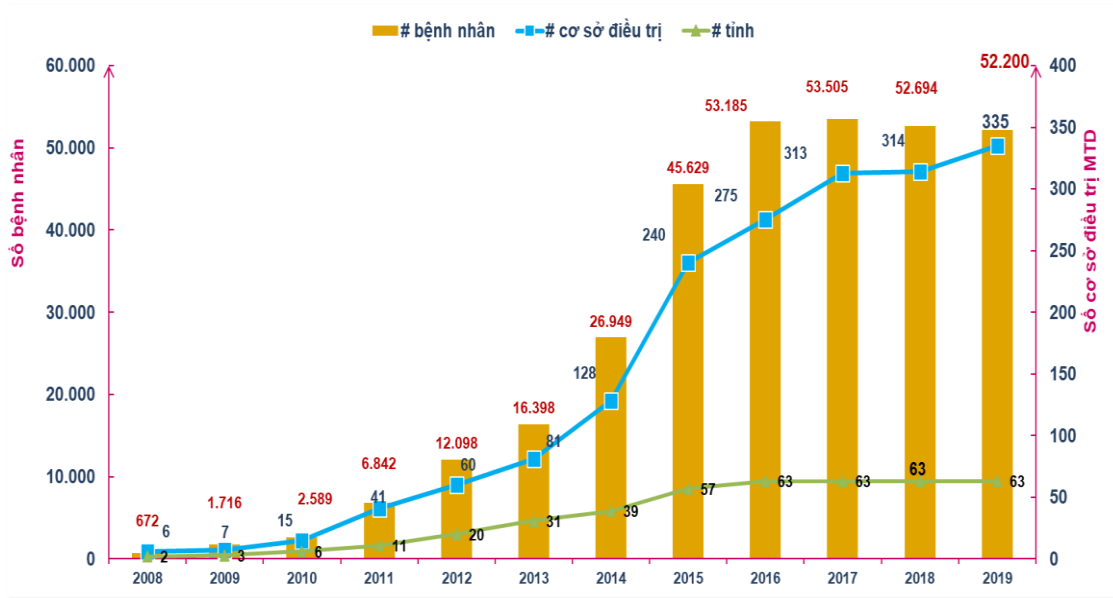
(Nguồn: www.aidsdatahub.org/country-profiles/viet-nam)

Để giảm thiểu những hệ quả sức khỏe và xã hội do việc tiêm chích ma túy dạng thuốc phiện gây ra, các chương trình giảm hại (trao đổi bơm kim tiêm), xét nghiệm HIV tiên đến điều trị ARV kịp thời và điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện đã được triển khai ở các khu vực và quốc gia trên thế giới. Tổng quan tài liệu năm 2017 về độ bao phủ chương trình can thiệp HIV và HCV trong nhóm TCMT cho thấy trong tổng số 179 quốc gia có số liệu báo cáo về tình hình tiêm chích ma túy có 93 (52%) quốc gia báo cáo về chương trình trao đổi bơm kim tiêm và 86 quốc gia (48%) có thông tin về chương trình điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện.⁸ Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone là phương pháp điều trị thay thế phổ biến nhất toàn cầu với 81 quốc gia cung cấp. Tiếp đến là 56 quốc gia cung cấp điều trị bằng buprenorphine và 52 quốc gia cung cấp cả hai hình thức điều trị thay thế bằng buprenorphine và methadone. Chỉ khoảng 20 quốc gia tập trung ở Châu Âu và Australia có độ bao phủ dịch vụ điều trị thay thế nghiện CDTP

ở mức độ cao (trên 40 người/100 người tiêm chích ma túy).⁸ Các quốc gia ở Đông và Đông Nam Á và Đông Âu chiếm tỷ lệ lớn người tiêm chích ma túy tuy nhiên ước tính mức độ bao phủ của dịch vụ điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện tại các khu vực này thấp.

Các số liệu và thông tin về xét nghiệm HIV và điều trị ARV trong nhóm tiêm chích ma túy trên toàn cầu hạn chế và thiếu hụt. Chỉ có 41 quốc gia có thông tin về xét nghiệm HIV và 17 quốc gia có thông tin về điều trị ARV trong nhóm tiêm chích ma túy. Tình trạng tiếp cận chăm sóc điều trị HIV muộn là phổ biến trong nhóm này. Theo điều tra ở Châu Âu năm 2018, 53% số người xét nghiệm HIV có mức tế bào CD4 thấp hơn 350 TB/mm³.¹ và chỉ có 7 quốc gia có dữ liệu khảo sát về tình trạng tiếp cận điều trị ARV trong nhóm tiêm chích ma túy.⁸ Dữ liệu về mức độ bao phủ của dịch vụ điều trị ARV thấp trong nhóm tiêm chích ma túy có HIV dương tính dao động từ 5% ở Malaysia cho đến 67% ở Mỹ.⁸

Tại Việt Nam, chương trình can thiệp giảm tác hại, điều trị ARV và điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone trong những năm gần đây đã góp phần làm cho tỷ lệ nhiễm mới HIV trong nhóm TCMT giảm từ 71% năm 1998 xuống 32% năm 2010.²¹ Chương trình điều trị methadone tại Việt Nam được triển khai từ năm 2008 cho đến hiện nay chương trình điều trị đã được tổ chức tại 63 tỉnh thành trong cả nước với 335 cơ sở điều trị đang điều trị cho 52.200 bệnh nhân, đạt 65,7% mục tiêu do Chính phủ giao (80.000 bệnh nhân)²⁵ (xem Hình 1.8). Bên cạnh đó, từ tháng 4/2019 Việt Nam đã triển khai thí điểm chương trình điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc buprenorphine tại một số tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam. Tính đến cuối năm 2020, đã có 578 bệnh nhân nhận điều trị buprenorphine tại 8 tỉnh thành phố trên cả nước.



Hình 1.8: Tình hình điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc methadone ở Việt Nam tính đến năm 2019

(Nguồn: Cục phòng, chống HIV/AIDS)

1.3. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

1.3.1. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trên thế giới

Phụ thuộc vào nguồn lực, hệ thống tổ chức y tế, đặc điểm của các loại thuốc điều trị cũng như đặc điểm sử dụng chất ở mỗi quốc gia mà mô hình điều trị nghiện chất được tổ chức ở nhiều cấp độ và mô hình khác nhau. Mô hình điều trị nghiện chất trên thế giới được tổ chức theo các cấp độ chủ yếu sau: điều trị nội trú tại bệnh viện, điều trị ngoại trú tại các cơ sở điều trị nghiện chất chuyên biệt và điều trị lồng ghép tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng khám bác sỹ gia đình, cơ sở điều trị HIV và Lao.

Điều trị nghiện CDTP tại các bệnh viện tập trung vào các hoạt động: 1) điều trị các tình trạng cấp tính liên quan đến lạm dụng chất như quá liều; 2) điều trị ổn định hội chứng cai bằng các thuốc dạng thuốc phiện đồng vận hay bán đồng vận như methadone hoặc buprenorphine; 3) điều trị hội chứng đồng diễn tâm thần và nghiện chất, 4) khởi liệu điều trị nghiện chất bằng buprenorphine và 5) sàng lọc can thiệp ngăn và chuyển gửi điều trị.^{26,27} Mô

hình điều trị nghiện chất tại bệnh viện được tổ chức tại Đơn vị cấp cứu và sau khi bệnh nhân được điều trị triệu chứng ổn định, bệnh viện sẽ kết nối và chuyển gửi điều trị cho bệnh nhân đến các cơ sở điều trị nghiện tại cộng đồng để tiếp tục duy trì điều trị.²⁸

Mô hình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện phổ biến nhất là điều trị ngoại trú tại cộng đồng. Điều trị ngoại trú nghiện CDTP tại cộng đồng được tổ chức theo hai hình thức: 1) tổ chức thành cơ sở điều trị nghiện chất chuyên biệt như cơ sở điều trị methadone và 2) tổ chức điều trị lồng ghép tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, các phòng khám tư nhân, cơ sở điều trị HIV và Lao.¹⁴

Mô hình điều trị nghiện chất chuyên biệt phổ biến nhất tại cộng đồng được tổ chức để cung cấp điều trị nghiện CDTP bằng methadone. Do nguy cơ nghiêm trọng về sức khỏe gặp phải nếu sử dụng quá liều và nguy cơ thâm lậu thuốc, quá trình điều trị và cấp phát methadone trên thế giới được tổ chức điều trị nghiêm ngặt dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Cơ sở điều trị nghiện CDTP bằng methadone phải có giấy phép điều trị nghiện chất và bác sỹ điều trị và nhân viên y tế khác được yêu cầu phải có chứng chỉ điều trị nghiện chất. Tại cơ sở điều trị này các chuyên gia về điều trị nghiện chất sẽ kê đơn và cấp phát thuốc cho bệnh nhân kết hợp cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý xã hội trong quá trình điều trị. Bệnh nhân đến uống thuốc hàng ngày và uống thuốc dưới sự giám sát của nhân viên y tế.²⁹

Trong khi điều trị nghiện CDTP bằng methadone đạt được những thành công thì số lượng cơ sở điều trị hạn chế do qui định chặt chẽ về tổ chức điều trị methadone. Đến những năm giữa thập kỷ 90, để đáp ứng nhu cầu điều trị cũng như để đối phó với dịch HIV trong nhóm TCMT nhiều quốc gia cũng đã sửa đổi qui định điều trị methadone nhằm mục tiêu mở rộng chương trình điều trị.³⁰ Một trong những qui định mà nhiều quốc gia sửa đổi chính là cho phép cấp phát methadone tại cơ sở y tế khác như hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tại Scotland, điều trị methadone được tổ chức tại cơ sở chăm

sức khỏe ban đầu với sự tham gia của 70% cán bộ y tế tại cơ sở và 60% người TCMT đăng kí điều trị. Australia và Thụy Sĩ mở rộng dịch vụ điều trị nghiện CDTP thông qua hệ thống y tế cơ sở.³⁰ Ở một số quốc gia Châu Âu và Canada, điều trị methadone tổ chức lồng ghép tại các phòng khám đa khoa và phòng khám sức khỏe gia đình được cấp phép. Mô hình điều trị methadone được tổ chức đơn giản hơn, bệnh nhân được đưa vào điều trị và quản lý bởi bác sỹ thông qua thăm khám định kỳ, xét nghiệm ma túy và quản lý cấp phát thuốc.³¹ Tại Mỹ, điều trị methadone chưa được cấp phép triển khai tại các phòng khám sức khỏe ban đầu, tuy nhiên Luật về điều trị lạm dụng chất năm 2000 (Drug Abuse Treatment Act of 2000) đã có những sửa đổi cho phép cung cấp điều trị nghiện bằng buprenorphine tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.^{30,32}

Buprenorphine với những ưu điểm như nguy cơ quá liều thấp, thời gian bán hủy dài và hội chứng cai nhẹ hơn methadone nếu như ngừng sử dụng thuốc trở thành liệu pháp được lý phù hợp với mô hình điều trị điều trị lồng ghép tại các cơ sở y tế khác nhau. Hình thức lồng ghép điều trị nghiện CDTP ngày càng phổ biến tại các quốc gia Mỹ, Pháp, Australia. Các cơ sở y tế kết hợp với lồng ghép điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine là cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, cơ sở điều trị HIV, phòng khám bác sỹ gia đình.³³

Mô hình lồng ghép điều trị nghiện chất bằng buprenorphine được tổ chức khác nhau tùy thuộc vào chính sách các quốc gia. Tại Mỹ, các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu cần tuân thủ một số qui định cơ bản như phải có giấy phép hành nghề của cơ quan quản lý điều trị, bác sỹ phải tham gia đào tạo về điều trị buprenorphine, có khả năng cung cấp hoặc chuyển gửi người bệnh đến dịch vụ tư vấn. Tại các quốc gia châu Âu và Canada, , bác sỹ đa khoa cung cấp dịch vụ điều trị nghiện làm việc hoàn toàn độc lập so với hệ thống điều trị methadone.³¹ Còn tại Australia, mô hình điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine kết hợp giữa cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và các

hiệu thuốc tại cộng đồng. Bác sỹ kê đơn và thăm khám còn hiệu thuốc sẽ cấp thuốc và giám sát việc uống thuốc trong các trường hợp cần thiết.¹⁰

Bảng 1.1: Hình thức tổ chức điều trị buprenorphine ở một số quốc gia^{33,34,35}

	Pháp	Australia	Mỹ
Năm chính thức điều trị	1996	2001	2003
Thuốc	Buprenorphine	Buprenorphine Buprenorphine/ Naloxone	Buprenorphine/Naloxone
Yêu cầu đào tạo điều trị nghiện chất đối với bác sỹ điều trị	Không	Có chứng chỉ về điều trị nghiện	Phải trải qua 8 giờ học về điều trị nghiện chất
Địa điểm điều trị	Cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu Phòng khám tư	Cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu	Cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu Phòng khám tư Phòng khám sức khỏe gia đình Cơ sở điều trị HIV
Vai trò của hiệu thuốc	Cấp phát thuốc và giám sát việc uống thuốc	Cấp phát thuốc và giám sát việc uống thuốc	Cấp phát thuốc

Mô hình lồng ghép nhằm mục đích đặt người bệnh vào vị trí trung tâm, tăng cường sự tiếp cận điều trị và cho phép bác sỹ đa khoa có thể cung cấp dịch vụ điều trị nghiện cho bệnh nhân.³¹ Kết quả một nghiên cứu lồng ghép điều trị buprenorphine/naloxone tại cơ sở điều trị HIV ở Mỹ trên 303 người bệnh nhiễm HIV nghiện CDTP năm 2005 đến năm 2007 cho thấy điều trị

lồng ghép giúp bệnh nhân giảm sử dụng CDTP.³⁶ Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh giữa lồng ghép điều trị buprenorphine tại cơ sở chăm sóc y tế ban đầu và tại cơ sở điều trị nghiện chất, người bệnh nhận điều trị buprenorphine tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có tỷ lệ duy trì điều trị cao hơn và tỷ lệ dương tính với thuốc phiện qua xét nghiệm nước tiểu thấp hơn.³⁷ Nghiên cứu Edelman và cộng sự năm 2004-2009 trên 303 bệnh nhân điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine tại 10 cơ sở điều trị cho thấy giảm việc hành vi tiêm chích chung. Nghiên cứu của Altice và cộng sự năm 2011, trên 295 bệnh nhân nhận điều trị lồng ghép buprenorphine/naloxone và ARV tại cơ sở điều trị HIV cho thấy, điều trị lồng ghép giúp tăng khả năng tham gia điều trị ART và tăng chỉ số tế bào CD4.³⁸ Nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2017 trên 279 người nhiễm HIV nghiện CDTP tại cơ sở điều trị HIV cho thấy người bệnh tham gia điều trị buprenorphine tăng khả năng ức chế tải lượng virus HIV (prevalence ration:1,19, 95%CI:1,03-1,37).³⁹ Ngoài ra, một nghiên cứu khác cho mô hình lồng ghép thấy điều trị nghiện chất tại cơ sở chăm sóc y tế ban đầu giúp giảm tình trạng kỳ thị đối với bệnh nhân.⁴⁰

Mô hình lồng ghép điều trị nghiện vào cơ sở y tế khác nhau tác động tích cực kết quả điều trị nghiện và điều trị ARV, cung cấp môi trường ít kỳ thị và hạn chế bệnh nhân tiếp xúc với những bệnh nhân đang còn dùng ma túy. Tuy nhiên, điều trị lồng ghép cũng có những thách thức cần phải giải quyết như kinh nghiệm lâm sàng đối với nhóm bệnh nhân mới, cung cấp các dịch vụ tư vấn tâm lý phù hợp. Ngoài ra, mô hình điều trị này cần phải quan tâm đến một số các yếu tố tổ chức và quản lý khác như hệ thống giám sát việc kê đơn không phù hợp hoặc bệnh nhân sử dụng thuốc sai mục đích và đảm bảo bí mật thông tin của bệnh nhân.^{33,32}

Sự đa dạng về thuốc và cơ sở điều trị gia tăng cơ hội lựa chọn cho bệnh nhân. Những bệnh nhân mới bắt đầu điều trị cảm thấy phù hợp với mô hình

điều trị được tổ chức chặt chẽ với dịch vụ tâm lý xã hội chuyên sâu như methadone, cũng có những bệnh nhân cả thấy phù hợp hơn với cơ sở điều trị với mô hình tổ chức đơn giản và ít kỳ thị tại các cơ sở điều trị lồng ghép.³¹

Các tổng quan tài liệu đánh giá về hiệu quả của mô hình điều trị nghiện tại các cơ sở điều trị chuyên biệt và lồng ghép tại hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu không có được những bằng chứng mạnh mẽ là mô hình điều trị nào đưa đến kết quả đầu ra tốt hơn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, tổng quan này chỉ ra rằng các chương trình điều trị nghiện CDTP thành công với tỷ lệ duy trì cao và chất lượng chăm sóc tốt tập trung vào mô hình điều trị lồng ghép đa dịch vụ hoặc kết hợp với dịch vụ hỗ trợ khác.⁴¹

1.3.2. Mô hình triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ở Việt Nam

Chương trình điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone bắt đầu triển khai tại Việt Nam từ năm 2008. Cho đến hiện nay chương trình đã bao phủ 63 tỉnh thành trên cả nước với 335 cơ sở điều trị và 227 cơ sở cấp phát thuốc.⁹ Mô hình điều trị methadone tại Việt Nam được tổ chức thành cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone chuyên biệt theo quyết định 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010 “Hướng dẫn Điều trị thay thế nghiện các CDTP bằng thuốc methadone” và cụ thể hóa việc tổ chức cơ sở điều trị tại Nghị định 90 năm 2016 của chính phủ về “Quy định về điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế”.⁴² Mô hình điều trị được tổ chức ở hai cấp độ: Các cơ sở điều trị sẽ tiến hành cung cấp dịch vụ điều trị và dịch vụ tư vấn tâm lý xã hội và cơ sở cấp phát cung cấp thuốc cho người bệnh đã đạt liều điều trị duy trì.

Cơ sở điều trị điều trị được tổ chức chặt chẽ với các yêu cầu cụ thể về diện tích, về trang thiết bị, về nhân sự và các yêu cầu về chuyên môn điều trị nghiện chất. Các hoạt động chính tại cơ sở điều trị bao gồm: xét chọn bệnh nhân điều trị; khám lâm sàng, xét nghiệm và điều trị theo dõi đánh giá và

chuyển gửi điều trị (nếu cần) cho bệnh nhân. Ngoài ra, cơ sở tiến hành sàng lọc HIV và chuyển gửi điều trị thuốc kháng virus (điều trị ARV), can thiệp sử dụng ma túy tổng hợp và sàng lọc và chuyển gửi vấn đề sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.

Cơ sở cấp phát thuốc methadone được thực hiện chính thức từ năm 2015 theo quy định tại Quyết định 3509/QĐ-BYT ngày 21/08/2015 về “Hướng dẫn tổ chức thực hiện điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại cơ sở cấp phát thuốc methadone”. Các cơ sở y tế đáp ứng điều kiện hoạt động theo quy định sẽ được triển khai cấp phát thuốc methadone. Mô hình cơ sở cấp phát thuốc methadone phổ biến nhất là cấp phát thuốc methadone tại Trạm Y tế xã/phường. Cơ sở cấp phát thuốc methadone tại Trạm Y tế xã/phường tập trung nhiều ở các tỉnh miền núi có địa hình phức tạp cho việc di chuyển đi uống thuốc methadone hàng ngày như các tỉnh miền núi phía Bắc (ví dụ như Điện Biên, Lai Châu, Sơn La, Thanh Hóa). Tổng số cơ sở cấp phát methadone tính đến 9/2019 là 227 cơ sở.

Bên cạnh hình thức tổ chức điều trị nghiện chất chuyên biệt, điều trị nghiện CDTP bằng methadone đã được tổ chức lồng ghép tại Việt Nam. Hình thức lồng ghép điều trị nghiện CDTP phổ biến nhất là hình thức lồng ghép điều trị nghiện chất và điều trị ARV và các dịch vụ dự phòng HIV, do đặc điểm tương đồng về dịch tễ học nghiện chất và HIV tại Việt Nam. Tại thành phố Hồ Chí Minh, điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc methadone được tổ chức lồng ghép tại Khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng, HIV/AIDS từ năm 2012.⁴³ Khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng tổ chức và lồng ghép điều trị nghiện chất, điều trị ARV, xét nghiệm HIV tự nguyện và gần đây là lồng ghép điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV. Lồng ghép điều trị được tổ chức toàn diện bao gồm chung địa điểm làm việc và cùng chung đội ngũ cán bộ. Tại Hà Nội, tổ chức lồng ghép điều trị nghiện CDTP và điều trị ARV đã được triển

khai ở nhiều cấp độ khác nhau ở Trung tâm y tế quận/huyện như cùng địa điểm cùng đội ngũ cán bộ y tế (Nam Từ Liêm); cùng địa điểm nhưng khác cán bộ y tế (Hoàng Mai, Long Biên), cùng cán bộ y tế nhưng khác địa điểm (Đống Đa).⁴⁴ Tuy nhiên, hình thức lồng ghép điều trị tại Hà Nội gặp thách thức khi chính sách thanh toán thuốc ARV thông qua bảo hiểm y tế được thực thi từ những năm 2016. Các cơ sở điều trị HIV/AIDS ngoại trú chuyển sang quản lý bởi hệ thống y tế điều trị đáp ứng với qui định thanh toán bảo hiểm.

Chương trình thí điểm điều trị nghiện CDTP bằng thuốc buprenorphine tại Việt Nam được triển khai theo quyết định số 5595/QĐ-BYT năm 2018 của Bộ Y tế. Điều trị buprenorphine được lồng ghép vào hệ thống cơ sở điều trị methadone hiện có. Hiện nay có 44 cơ sở tại 8 tỉnh, thành phố Điện Biên, Lai Châu, Sơn La, Hòa Bình, Yên Bái, Hà Nội, Thanh Hóa và Nghệ An lồng ghép hai hình thức điều trị nghiện CDTP bằng thuốc methadone và buprenorphine.

Mô hình tổ chức điều trị và lồng ghép điều trị nghiện CDTP tại Việt Nam khá tương đồng hình thức tổ chức điều trị trên thế giới như tổ chức thành các cơ sở điều trị nghiện chất chuyên biệt cung cấp, các cơ sở cấp phát thuốc methadone và lồng ghép với các cơ sở điều trị HIV ngoại trú. Tuy nhiên, mô hình tổ chức điều trị lồng ghép nghiện CDTP, đặc biệt là điều trị buprenorphine, tại Việt Nam chưa được tổ chức đa dạng tại nhiều cơ sở y tế như các quốc gia trên giới thế giới (phòng khám đa khoa hay phòng khám bác sỹ gia đình).^{45,30}

Tóm lại, tổng quan nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực của mô hình điều trị lồng ghép buprenorphine tại cơ sở y tế khác nhau thể hiện qua thể hiện qua việc giảm hành vi sử dụng chất cũng như giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tác động tích cực đến kết quả điều trị ARV. Điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone là hình thức điều trị phổ biến trên thế giới, tuy nhiên mức độ bao phủ của chương trình điều trị

methadone hạn chế và yêu cầu khắt khe về tổ chức điều trị. Buprenorphine với những ưu thế về độ an toàn, ít hoặc không tương tác với thuốc ARV và thời gian uống thuốc linh hoạt đang được lựa chọn triển khai lồng ghép điều trị tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, cơ sở điều trị HIV và phòng khám bác sỹ. Mô hình điều trị này nhằm tăng cơ hội lựa chọn và khả năng tiếp cận điều trị cho bệnh nhân đặc biệt là đối với bệnh nhân nhiễm HIV. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc buprenorphine tại cơ sở điều trị HIV ở Việt Nam.

1.3.3. Chỉ số đánh giá kết quả chương trình điều trị nghiện chất

Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế được chứng minh là có hiệu quả trong việc giảm sử dụng chất dạng thuốc phiện, dự phòng lây nhiễm HIV, cải thiện sức khỏe cho bệnh nhân và góp phần ổn định xã hội.

Các chỉ số đầu ra quan trọng nhất đánh giá kết quả của điều trị nghiện chất tập trung vào tình trạng sử dụng chất và duy trì trong điều trị.⁴⁶ Ngoài ra, một số các chỉ số đầu ra thứ cấp khác cũng được sử dụng như hành vi nguy cơ sức khỏe, việc làm, hành vi phạm pháp, chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần.⁴⁷ Cấp độ đo lường của các chỉ số đầu ra được tiến hành theo cấp độ cá nhân và cấp độ xã hội. Cấp độ cá nhân tập trung vào chỉ số như hành vi sử dụng chất, duy trì trong điều trị, hành vi phạm pháp và chất lượng cuộc sống. Trong khi đó, ở cấp độ xã hội, hiệu quả của chương trình điều trị nghiện chất được thể hiện qua chỉ số tình hình an ninh xã hội và chỉ số việc làm.^{48,49}

Đề đo lường các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp điều trị các thang đo đã được phát triển trong hơn 30 qua kể từ khi điều trị nghiện chất trở thành vấn đề y tế công cộng được quan tâm hàng đầu.⁵⁰ Thang đo đo lường hiệu quả điều trị nghiện chất phân chia làm hai loại: một loại là các thang đo toàn diện tất cả các chỉ số đầu ra của chương trình như thang đo ASI (Addiction Severity Index), MAP (Maudsley Addiction Profile) và SAOM (Substance

Abuse Outcomes Module). Những thang đo này đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng cũng như trong các chương trình nghiên cứu tại nhiều quốc gia như Mỹ, Anh và Australia. Ngoài, ra còn có các thang đo chuyên biệt chỉ tập trung vào một chỉ số như chất lượng cuộc sống (WHO-QoL, EQ-5D-5L) và sức khỏe tâm thần (DASS 21, PH-Q9).

Chỉ số tình trạng sử dụng chất đo lường qua hai cách là tự báo cáo hành vi sử dụng chất và đánh giá qua xét nghiệm sinh học mà phổ biến nhất là xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy. Có rất nhiều thang đo đánh giá hành vi sử dụng chất của bệnh nhân tham gia chương trình điều trị, trong đó nổi bật nhất là một số thang đo ASI; CUAD (Chemical Use, Abuse and Dependence Scale); MAP; MATE (Measurement in the Addiction for Triage and Evaluation) and SAOM.⁵² Tất cả các thang đo này được thiết kế giành cho người trên 18 tuổi và theo hướng đánh giá hiệu quả điều trị toàn diện mà một trong nội dung quan trọng được tập trung đánh giá là hành vi sử dụng chất thông qua tự báo cáo của bệnh nhân. Tình trạng sử dụng chất tự báo cáo hoặc xét nghiệm được tiến hành theo các mốc của nghiên cứu có thể là trong tuần qua, trong 30 ngày qua hoặc trong 3 tháng qua. Mặc dù, tự báo cáo hành vi sử dụng chất là một biện pháp phổ biến tuy nhiên cũng có nhiều hạn chế như độ chính xác nhớ lại của thông tin và chủ quan trong tự báo cáo. Trong khi đó, kết quả đo lường tình trạng sử dụng chất thông qua xét nghiệm nước tiểu mang tính chính xác hơn nhưng chỉ báo cáo được kết quả tại thời điểm đo lường.

Duy trì trong điều trị được thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án điều trị của người bệnh theo các kỳ theo dõi trong nghiên cứu như tỷ lệ duy trì trong 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng hoặc 12 tháng. Duy trì lâu dài trong điều trị đem đến những kết quả điều trị tích cực cho bệnh nhân bao gồm giảm sử dụng chất ma

túy, hành vi phạm pháp, nguy cơ lây nhiễm HIV và tử vong do quá liều.⁵³ Có 2 yếu tố cần được xem xét để nghiên cứu chỉ số duy trì trong điều trị: những yếu tố từ bệnh nhân và từ chương trình. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra một số yếu tố cá nhân ảnh hưởng đến duy trì điều trị như tuổi, giới, sử dụng chất,⁵⁴ sử dụng rượu, động cơ điều trị của bệnh nhân và sự hài lòng đối với chương trình điều trị và cán bộ tư vấn.⁵⁵ Các yếu tố chương trình bao gồm gui định tổ chức điều trị, mức phí đóng góp và mối quan hệ giữa cán bộ và bệnh nhân.

Mỗi một loại thang đo đều có những điểm mạnh và điểm yếu khác nhau. Nếu như thang đo toàn diện ASI được đánh giá là thang đo đầy đủ chi tiết về các chỉ số đánh giá đầu ra nhưng nó cũng có những điểm yếu như là thời gian đánh giá dài, phức tạp, sai số do nhớ lại và sử dụng từ ngữ gây khó hiểu cho đối tượng nghiên cứu.⁵² Tùy thuộc vào mục tiêu nghiên cứu, nguồn lực nghiên cứu, bối cảnh điều trị và thiết kế nghiên cứu để nhà nghiên cứu cân nhắc và lựa chọn chỉ số nghiên cứu chính và công cụ thích hợp cho nghiên cứu của mình để có được kết quả đánh giá mang tính giá trị và chính xác nhất.

1.4. Một số đặc điểm cơ sở triển khai nghiên cứu

Hà Nội là một trong những tỉnh trọng điểm về HIV và ma túy ở khu vực phía Bắc. Chính vì thế, Hà Nội là một trong những tỉnh đầu tiên triển khai chương trình điều trị HIV (2006) cũng như điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện (năm 2009). Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hà Nội, tính đến cuối tháng 5 năm 2021 Hà Nội có 18 cơ sở điều trị methadone trong đó có 12 cơ sở kết hợp cung cấp điều trị buprenorphine. Tổng số bệnh nhân methadone hiện đang nhận điều trị là 4870 bệnh nhân và số bệnh nhân hiện đang nhận điều trị buprenorphine là 77 bệnh nhân. Số cơ sở điều trị ARV trên địa bàn là 23 cơ sở đang cung cấp điều trị cho 14 491 người bệnh (Chi tiết ở bảng 1.2).

Bảng 1.2: Thông tin về tình hình điều trị thay thế nghiện CDTP và ARV tại địa bàn Hà Nội (tính đến tháng 5/2021)

STT	Đặc điểm	Tổng số
1	Tổng số người sử dụng ma túy có danh sách quản lý	12 991
2	Tổng số cơ sở điều trị methadone	18
3	Tổng số bệnh nhân hiện đang nhận điều trị methadone	4870
4	Tổng số cơ sở cung cấp điều trị buprenorphine	12
5	Tổng số bệnh nhân buprenorphine hiện đang điều trị	77
6	Tổng số cơ sở điều trị ART	23
7	Tổng số bệnh nhân hiện đang điều trị ARV	14 491

(Nguồn: Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hà Nội tháng 5/2021)

Các cơ sở điều trị thay thế nghiện CDTP bằng methadone và điều trị HIV ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Long Biên, quận Đống Đa, quận Hoàng Mai và quận Nam Từ Liêm là những cơ sở đầu tiên cung cấp điều trị thay thế nghiện CDTP và điều trị HIV ngoại trú trên địa bàn thành phố. Bốn quận này là nơi tập trung đông nhất số lượng người sử dụng ma túy trên địa bàn.

Cơ sở điều trị thay thế nghiện CDTP bằng methadone tại Trung tâm Y tế quận Long Biên, Nam Từ Liêm và Đống Đa là những cơ sở đầu tiên triển khai chương trình điều trị thay thế nghiện CDTP của thành phố. Chính vì thế, các cơ sở này thu hút số lượng lớn người bệnh trên địa bàn thành phố đến điều trị. Số lượng người bệnh điều trị nhiều nhất hiện nay tập trung tại cơ sở điều trị methadone Long Biên (528 người) và Đống Đa (526 người). Tỷ lệ nam giới trong tổng số người bệnh tại các cơ sở methadone chiếm 95% trở lên (Chi tiết cụ thể ở bảng 1.3).

Bảng 1.3: Thông tin về tình hình điều trị methadone tại Trung tâm y tế quận Long Biên, Đống Đa, Hoàng Mai và Nam Từ Liêm

Đặc điểm	Long Biên	Đống Đa	Hoàng Mai	Nam Từ Liêm	Tổng
Năm bắt đầu điều trị methadone	2010	2012	2015	2009	
Tổng số bệnh nhân methadone tích lũy đến năm 2016 (năm triển khai nghiên cứu)	887	771	504	826	2988
Tổng số bệnh nhân methadone hiện đang điều trị năm 2016	405	505	406	418	1734
Tổng số bệnh nhân tích lũy đến năm 2021	1327	932	1115	1008	4382
Tổng số bệnh nhân hiện đang điều trị đến năm 2021	528	526	416	364	1834
Bệnh nhân nam (%)	98%	95%	98%	97%	97%
Số bác sĩ điều trị methadone	2	2	2	1	7
Số tư vấn viên methadone	2	2	2	2	9

(Nguồn: Thống kê tại cơ sở điều trị năm 2016 và năm 2021)

Chương trình điều trị ARV ngoại trú bắt đầu triển khai Trung tâm Y tế quận Long Biên, Đống Đa và Nam Từ Liêm từ năm 2006 và Hoàng Mai năm 2007. Các cơ sở điều trị HIV ngoại trú này thu hút số lượng đông bệnh nhân tham gia điều trị nhất trên địa bàn thành phố. Cơ sở điều trị HIV ngoại trú

Nam Từ Liêm (1528 người bệnh) và Hoàng Mai (1212 người bệnh) là cơ sở có số người nhận điều trị nhiều nhất (thông tin cụ thể tại bảng 1.4).

Trải qua quá trình phát triển, cán bộ y tế đảm nhận công việc điều trị tại cơ sở như bác sỹ, dược và tư vấn viên ngày càng dày dặn kinh nghiệm trong lĩnh vực điều trị HIV và điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

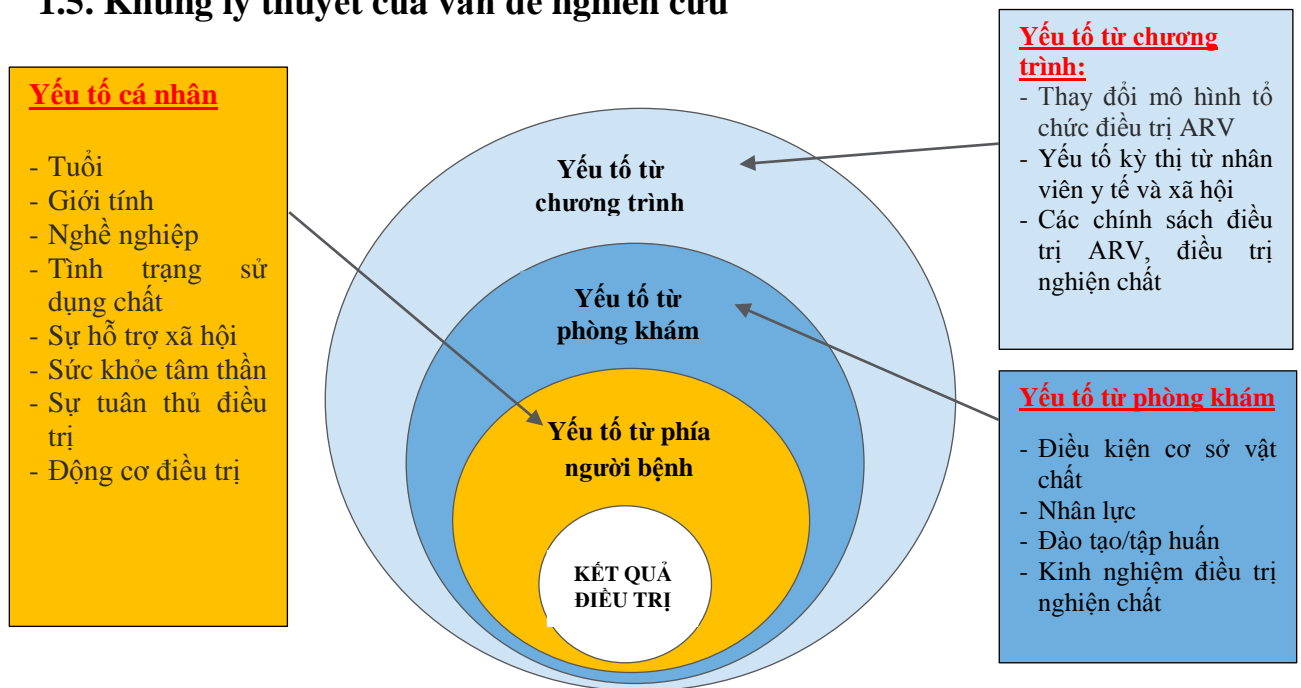
Bảng 1.4: Thông tin về tình hình điều trị ARV tại Trung tâm Y tế quận Long Biên, Đống Đa, Hoàng Mai và Nam Từ Liêm

Đặc điểm	OPC Long Biên	OPC Đống Đa	OPC Hoàng Mai	OPC Nam Từ Liêm	Tổng
Năm bắt đầu điều trị ARV	2006	2006	2007	2006	
Tổng số bệnh nhân ARV tích lũy đến năm 2016	491	778	1134	1475	3878
Tổng số bệnh nhân ARV hiện đang điều trị trong năm 2016	315	323	734	1067	2439
Tổng số bệnh nhân ARV tích lũy đến năm 2021	(Cơ sở không thống kê)	1263	2.209	2895	
Tổng số bệnh nhân ARV hiện đang điều trị đến hết năm 2021	467	580	1212	1528	3257
Ước tính số bệnh nhân hiện đang sử dụng CDTP	47 (15%)	48 (15%)	73 (10%)	106 (10%)	274 (12,5%)
Bệnh nhân nam (%)	67%	73,4%	64%	73,3%	69,4%
Số bác sỹ điều trị HIV	2	1	2	2	8
Số tư vấn viên HIV	2	2	1	5	10

(Nguồn: Thống kê tại cơ sở điều trị năm 2016 và năm 2021)

Các cơ sở điều trị HIV ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Long Biên, Đống Đa, Hoàng Mai và Nam Từ Liêm được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu dựa trên một số đặc điểm như tỷ lệ ước tính người tiêm chích ma túy chưa được điều trị, nhân lực, dịch vụ và hệ thống chuyển gửi điều trị. Bên cạnh đó, nguồn nhân lực, trình độ và kinh nghiệm điều trị ARV và điều trị nghiện CDTP bằng thuốc methadone của cán bộ cơ sở cũng là yếu tố quan trọng cho việc lựa chọn cơ sở triển khai nghiên cứu. Ngoài ra, tại 4 cơ sở nghiên cứu này đều cung cấp dịch vụ toàn diện liên quan đến điều trị ARV cũng như điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện như dịch vụ tư vấn tại chỗ, quản lý trường hợp, bộ phận xét nghiệm và dược, liên kết với các cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV.

1.5. Khung lý thuyết của vấn đề nghiên cứu



CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Mô tả về nghiên cứu gốc

Kết quả nghiên cứu trong Luận án này là một phần của nghiên cứu “So sánh hiệu quả Suboxone và Methadone trên bệnh nhân HIV nghiện ma túy dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Việt Nam”. Đây là nghiên cứu hợp tác giữa Trường Đại học Khoa học và Sức khỏe Oregon (Hoa Kỳ) và Đại học Y Hà Nội, do GS. Todd Korthuis (Hoa Kỳ), PGS.TS Nguyễn Đức Hình và PGS.TS Lê Minh Giang làm chủ nhiệm đề tài, được Bộ Y tế phê duyệt theo quyết định số 3652/QĐ-BYT ngày 16/09/2014. Nghiên cứu được triển khai bởi nhóm nghiên cứu Trung tâm nghiên cứu về Lạm dụng chất – HIV, Đại học Y Hà Nội từ năm 2015 – 2019 tại Thanh Hóa, Bắc Giang và Hà Nội. Nghiên cứu là một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên triển khai tại các cơ sở điều trị HIV ngoại trú với mục tiêu chung là so sánh hiệu quả của điều trị nghiện và hỗ trợ điều trị HIV của hai thuốc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện là điều trị bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú và chuyển gửi điều trị methadone tại cơ sở điều trị methadone trên nhóm người bệnh nhiễm HIV nghiện các chất ma túy dạng thuốc phiện. Nghiên cứu đã thu nhận được 281 đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu sinh với vai trò là Điều phối viên nghiên cứu và nghiên cứu viên định tính đã tham gia vào việc chuẩn bị đề cương nghiên cứu, thủ tục cấp phép và quá trình triển khai nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu thu nhận đối tượng là người nhiễm HIV có nghiện chất dạng thuốc phiện. Các đối tượng tham gia được lựa chọn đáp ứng các tiêu chí sau:

- 1) Từ 18 tuổi trở lên;
- 2) Được chuẩn đoán nghiện chất dạng thuốc phiện theo phân loại quốc tế bệnh học thần kinh (DSM - 5);

- 3) Kết quả xét nghiệm sàng lọc nước tiểu dương tính với chất dạng thuốc phiện tại thời điểm đăng kí tham gia nghiên cứu;
- 4) Mong muốn được điều trị nghiện chất;
- 5) Đã được chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV nhưng có thể chưa tham gia điều trị thuốc kháng virus HIV tại thời điểm nghiên cứu
- 6) Không mang thai hoặc không có kế hoạch sinh con trong quá trình tham gia nghiên cứu. (Do Suboxone® được xếp nhóm C trong dược phẩm đối với thai kỳ, vì thế để phòng tránh rủi ro cho đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu chỉ thu nhận bệnh nhân không có kế hoạch sinh con trong quá trình tham gia nghiên cứu).

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không được chọn tham gia nghiên cứu nếu có một trong các tiêu chí sau:

- 1) Người bệnh quá mẫn cảm với buprenorphine hoặc naloxone;
- 2) Chỉ số men gan AST và ALT cao hơn giới hạn 5 lần;
- 3) Phụ nữ mang thai;
- 4) Được chẩn đoán mắc bệnh nghiêm trọng trong 30 ngày vừa qua có thể khiến bệnh nhân gặp nguy hiểm khi tham gia nghiên cứu theo ý kiến của bác sỹ;
- 5) Bệnh nhân đã tham gia điều trị duy trì bằng methadone trong vòng 30 ngày trước nghiên cứu.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu định tính

Đối tượng nghiên cứu định tính bao gồm 2 nhóm: nhóm cán bộ y tế và nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nhóm đối tượng là cán bộ y tế sẽ được tuyển chọn ở 4 cơ sở triển khai nghiên cứu với các tiêu chuẩn như sau

Tiêu chuẩn lựa chọn như sau:

- 1) Vị trí công tác: cán bộ lãnh đạo cơ sở, bác sỹ, tư vấn viên, cán bộ cấp phát thuốc và điều dưỡng;

2) Thời gian công tác: có thời gian công tác trong lĩnh vực điều trị nghiện chất hoặc điều trị HIV ít nhất 6 tháng

3) Tham gia vào hoạt động can thiệp điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone tại cơ sở.

Tiêu chuẩn loại trừ:

1) Làm việc tại cơ sở điều trị nhưng không tham gia vào bất kỳ hoạt động nghiên cứu nào

2) Có thời gian công tác trong lĩnh vực điều trị điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện và điều trị HIV dưới 6 tháng

Nhóm người bệnh được mời tham gia vào nghiên cứu định tính theo các tiêu chuẩn sau:

1) Độ tuổi: đa dạng độ tuổi

2) Tình trạng hôn nhân: Đang có gia đình và độc thân hoặc ly hôn

3) Việc làm: nhóm có việc làm và nhóm không có việc làm

Các đối tượng tham gia nghiên cứu có hạn chế về khả năng nghe và nói không được lựa chọn tham gia vào phỏng vấn sâu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được triển khai tại 4 cơ sở điều trị HIV ngoại trú tại Trung tâm y tế quận Đống Đa, quận Hoàng Mai, quận Nam Từ Liêm và quận Long Biên, thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9 năm 2016 đến hết tháng 7 năm 2020, thời gian triển khai cụ thể các cấu phần nghiên cứu được tiến hành như sau:

➤ Từ tháng 9/2016 đến tháng 12/2019:

- Giai đoạn sàng lọc, thu nhận và theo dõi đối tượng nghiên cứu.
- Phỏng vấn sâu trước và sau can thiệp đối với người tham gia và cán bộ y tế

- Từ tháng 10/2017 đến tháng 12/2019: Tiến hành giải băng và phân tích số liệu nghiên cứu định tính.
- Từ tháng 12/2019 đến tháng 7/2020: Làm sạch và phân tích số liệu nghiên cứu định lượng.

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng kết hợp với nghiên cứu định tính.

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.5.1. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng

Tỷ lệ âm tính với morphine tại thời điểm 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu được sử dụng là chỉ số chính để tính toán cỡ mẫu. Theo kết quả nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về hiệu quả điều trị của buprenorphine tại Mỹ cho thấy tỷ lệ âm tính morphine trong xét nghiệm nước tiểu là 53% sau 25 tuần điều trị.⁵⁶

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ta có:

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

Trong đó:

- $p_1 = 35,2\%$ là ước lượng tỷ lệ bệnh nhân âm tính morphine trong xét nghiệm nước tiểu khi bắt đầu điều trị.⁵⁷
- $p_2 = 53\%$ là ước lượng tỷ lệ âm tính với morphine trong xét nghiệm nước tiểu sau khi tham gia điều trị.⁵⁶
- $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$
- $\alpha = 0.05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$
- $\beta = 0.20$; $Z_{1-\beta} = 0.84$

Cỡ mẫu tối thiểu là 121 cộng thêm 10% mất đối tượng trong quá trình nghiên cứu chúng tôi có cỡ mẫu là 135. Như vậy, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 135 mẫu, thực tế nghiên cứu đã thu nhận 136 đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.5.2. Cơ mẫu nghiên cứu định tính

Đối với nhóm cán bộ y tế mỗi cơ sở nghiên cứu dự kiến mời 5 cán bộ y tế tham gia vào nghiên cứu định tính, tổng số cán bộ mời tham gia phỏng vấn là 20 cán bộ/4 cơ sở nghiên cứu. Trên thực tế thì nghiên cứu đã mời 26 cán bộ y tế tại 4 cơ sở triển khai nghiên cứu do tại một số phòng khám vị trí bác sỹ do hai cán bộ đảm nhiệm.

Đối với nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu mỗi cơ sở dự kiến lựa chọn 5 người bệnh/một cơ sở, tổng số người bệnh dự kiến là 20 phỏng vấn/4 cơ sở nghiên cứu. Nghiên cứu đã mời 23 người bệnh tham gia vào nghiên cứu định tính. Cụ thể thông tin về đối tượng phỏng vấn theo từng cơ sở nghiên cứu được thể hiện chi tiết tại bảng 2.1.

Bảng 2.1: Phân bố mẫu nghiên cứu định tính

Nhóm	Hoàng Mai	Nam Từ Liêm	Đống Đa	Long Biên	Tổng
Nhóm cán bộ Y tế	5	6	6	7	26
<i>Cán bộ lãnh đạo</i>	1	1	1	1	4
<i>Bác sỹ</i>	1	2	2	3	8
<i>Điều dưỡng</i>	1	1	1	1	4
<i>Tư vấn viên</i>	1	1	1	1	4
<i>Dược/Cấp phát</i>	1	1	1	1	4
Nhóm bệnh nhân	6	6	5	6	23

2.5.3. Chọn mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng trong nghiên cứu này. Nghiên cứu tiếp cận và sàng lọc tất cả bệnh nhân tiềm năng từ các nguồn như cơ sở xét nghiệm HIV tự nguyện, cơ sở điều trị HIV ngoại trú, cơ sở điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc methadone và mạng lưới đồng đẳng viên trong thời gian từ 2016 – 2018.

Để chuẩn bị cho việc tuyển chọn bệnh nhân, nghiên cứu phát triển các công cụ phổ biến thông tin về nghiên cứu trên phương tiện truyền thông và tại

các cơ sở điều trị như tổ chức các buổi giới thiệu nghiên cứu, phát triển tài liệu quảng bá nghiên cứu như poster hay tờ rơi. Tất cả tờ rơi giới thiệu về nghiên cứu được dán và phát cho người bệnh tại cơ sở xét nghiệm HIV tự nguyện, cơ sở điều trị ARV và cơ sở điều trị methadone.

Tại cơ sở xét nghiệm HIV tự nguyện, nghiên cứu phát các tờ rơi giới thiệu về nghiên cứu cho tất cả những người tiếp cận làm xét nghiệm HIV tại cơ sở. Những người có xét nghiệm HIV dương tính sẽ được cán bộ tư vấn giới thiệu và chuyển gửi đến cơ sở nghiên cứu tham gia quá trình sàng lọc.

Tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú và cơ sở điều trị methadone, cán bộ cơ sở phối hợp với nghiên cứu tiến hành sàng lọc tất cả bệnh nhân đến đăng kí điều trị, hiện đang điều trị và những người bệnh đã bỏ trị có tiền sử tiêm chích ma túy. Những người bệnh này được tiếp cận và mời tham gia vào quá trình sàng lọc nghiên cứu.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng cung cấp thông tin về nghiên cứu và phát tờ rơi nghiên cứu cho nhóm đồng đẳng, nhóm người bệnh hiện đang điều trị methadone và ARV để nhờ họ giới thiệu các đối tượng tiềm năng cho nghiên cứu. Mỗi một trường hợp giới thiệu đối tượng đủ tiêu chuẩn và tham gia vào nghiên cứu sẽ được chi trả 200 000 đồng.

Nghiên cứu tiến hành sàng lọc tất cả bệnh nhân từ tất cả các nguồn giới thiệu tại 4 cơ sở triển khai nghiên cứu trong thời gian từ 2016 – 2019. Nghiên cứu tuyển chọn được 143 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, nhưng chỉ có 136 bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu và đến tham gia vào đánh giá ban đầu.

2.6. Quy trình nghiên cứu và can thiệp

2.6.1. Quy trình nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được tổ chức 6 thời điểm theo dõi, mỗi đối tượng tham gia nghiên cứu được theo dõi trong thời gian 12 tháng với các mốc đánh giá: điều tra sàng lọc, điều tra ban đầu, điều tra 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng (tóm tắt tại quy trình 2.1).

Giai đoạn điều tra sàng lọc: mục đích nhằm lựa chọn các đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, bao gồm các hoạt động:

Thực hiện điều tra ngắn tất cả các đối tượng nghiên cứu tiềm năng được giới thiệu từ cơ sở xét nghiệm HIV tự nguyện, cơ sở điều trị HIV ngoại trú, cơ sở điều trị methadone và các nhóm đồng đẳng.

Tổng hợp danh sách người tham gia đủ tiêu chuẩn và chuẩn bị cho giai đoạn tiếp theo.

Giai đoạn đánh giá ban đầu: mục đích lập Thỏa thuận tham gia nghiên cứu và thu thập thông tin ban đầu

Mời tất cả các đối tượng phù hợp với tiêu chí nghiên cứu tham gia để lập Thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

Sau khi đạt được thỏa thuận tham gia nghiên cứu, người tham gia bắt đầu trả lời bộ câu hỏi đánh giá ban đầu và xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy.

Thực hiện xét nghiệm CD4 và xét nghiệm tải lượng virus HIV. Đây là các xét nghiệm thuộc nghiên cứu.

Đánh giá tại thời điểm 3 và 9 tháng tham gia nghiên cứu:

Tiền hành điều tra bộ câu hỏi theo dõi và xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy đối với đối tượng tham gia nghiên cứu.

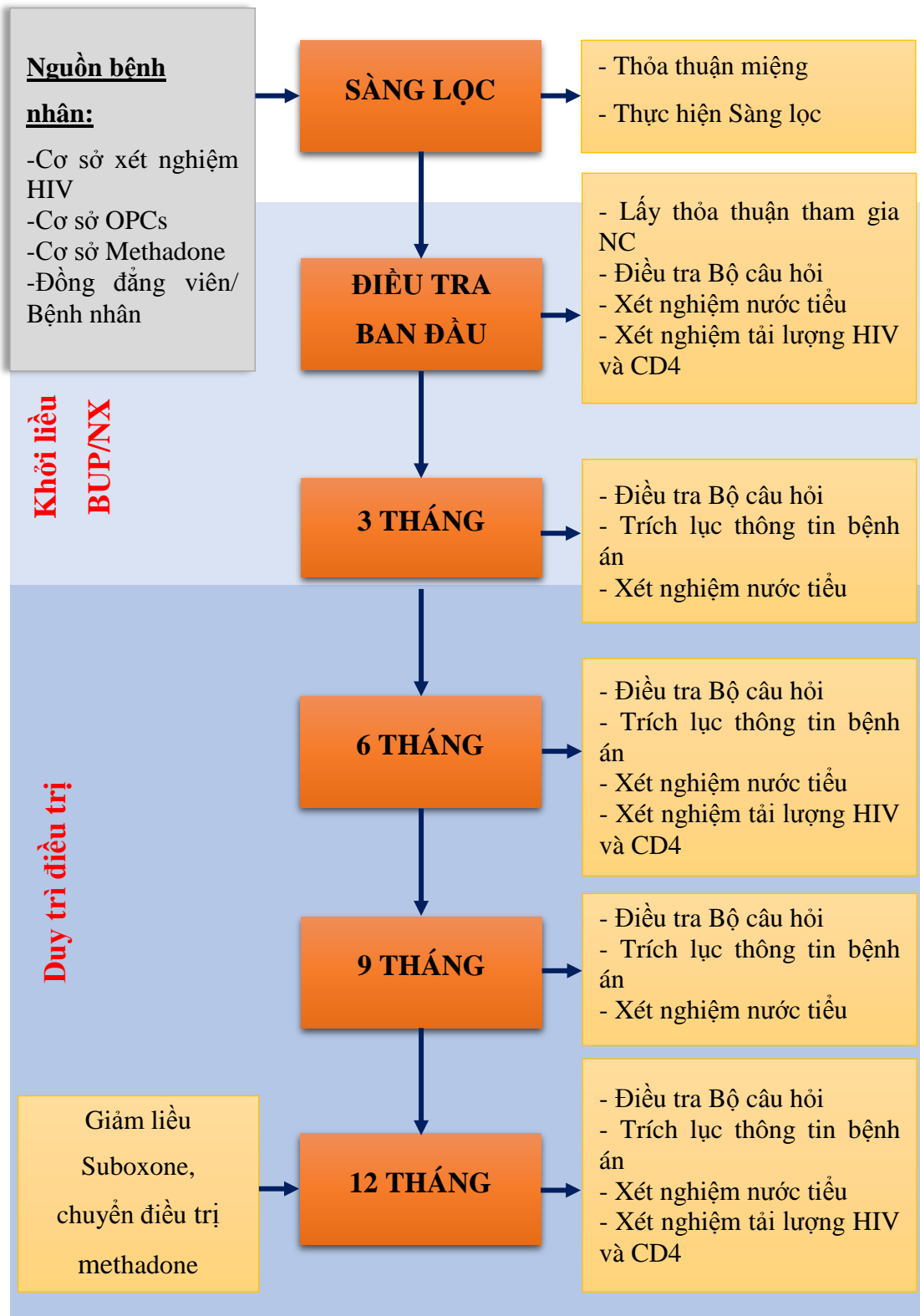
Thu thập thông tin từ bệnh án tình hình điều trị ARV (phác đồ điều trị, tuân thủ điều trị và duy trì trong điều trị) và điều trị thay thế nghiện CDTP bằng Suboxone (liều điều trị, tuân thủ điều trị và duy trì trong điều trị).

Đánh giá tại thời điểm 6 và 12 tháng tham gia nghiên cứu:

Đối tượng tham gia được điều tra bộ câu hỏi theo dõi, và xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy

Thực hiện xét nghiệm CD4 và xét nghiệm tải lượng virus HIV.

Thu thập thông tin từ bệnh án tình hình điều trị ARV (phác đồ điều trị, tuân thủ điều trị và duy trì trong điều trị) và điều trị thay thế nghiện CDTP bằng Suboxone (liều điều trị, tuân thủ điều trị và duy trì trong điều trị).



Biểu đồ 2.1: Quy trình triển khai nghiên cứu

2.6.2. Quy trình can thiệp

Người tham gia nghiên cứu sau khi đồng ý và ký vào bản Thỏa thuận tham gia nghiên cứu sẽ tham gia song song các hoạt động nghiên cứu và can thiệp. Các hoạt động can thiệp bao gồm: Cung cấp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc Suboxone và hỗ trợ tiếp cận và duy trì điều trị ARV.

Can thiệp điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone:

Nghiên cứu tiến hành can thiệp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc Suboxone là hình thức kết hợp buprenorphine và naloxone theo tỷ lệ 4:1. Hợp chất buprenorphine và naloxone được điều chế nhằm hạn chế lạm dụng và sử dụng dụng sai mục đích buprenorphine.⁵⁸ Các bác sỹ tại cơ sở điều trị HIV/AIDS ngoại trú sẽ cung cấp và theo dõi điều trị Suboxone cho người tham gia trong thời gian 12 tháng theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.

Để chuẩn bị cho việc can thiệp, nghiên cứu cung cấp các khóa đào tạo về quản lý và điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone cho tất cả cán bộ tham gia can thiệp tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú. Trong giai đoạn 3 tháng đầu triển khai nghiên cứu, nhóm cán bộ điều trị lâm sàng của Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo về Lạm dụng chất - HIV, Đại học Y Hà Nội cung cấp hỗ trợ kỹ thuật đối với những trường hợp khởi liệu điều trị đầu tiên và hỗ trợ kỹ thuật hàng tuần sau đó. Hàng tháng, cán bộ nghiên cứu của Đại học Y Hà Nội tiến hành các buổi thảo luận các ca bệnh điển hình cho cán bộ điều trị tại cơ sở nghiên cứu. Trong giai đoạn tiếp theo, nhóm nghiên cứu họp định kỳ một tháng một lần với cơ sở để xem xét diễn biến tình hình điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu này là một trong hai nghiên cứu đầu tiên được chấp thuận từ Bộ Y tế cho phép thử nghiệm điều trị nghiện CDTP bằng thuốc mới là Suboxone. Chính vì thế, tại thời điểm bắt đầu triển khai nghiên cứu, Cục phòng chống HIV/AIDS cũng đã hướng dẫn kỹ thuật đối với quá trình tổ chức điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone thông qua việc ban hành “Hướng dẫn điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc

buprenorphine” theo quyết định 444/QĐ-BYT ngày 5/2/2015 của Bộ Y tế. Tổ chức điều trị Suboxone được thực hiện theo Hướng dẫn này với qui trình điều trị cụ thể như sau:

- Bác sĩ điều trị đánh giá triệu chứng và biểu hiện của hội chứng cai với các thang đo lâm sàng hội chứng cai CDTP. Người bệnh được khởi liều suboxone khi có hội chứng cai mức độ trung bình nhằm tránh gây ra các hội chứng cai đột ngột (12 - 24 giờ sau liều CDTP tác dụng ngắn (heroin) cuối cùng).

- Khởi liều Suboxone 2mg, sau đó có thể thêm liều trong cùng ngày nhằm giảm nhẹ triệu chứng cai, sau đó, xác định liều duy trì từ 8-24mg/ngày trong vòng từ 1 đến 3 ngày.

- Người bệnh được khám ít nhất 2 lần trong tuần đầu tiên để bác sĩ đánh giá lại cho đến khi bệnh nhân đạt được liều ổn định

- Người bệnh đến lấy thuốc hàng ngày trong 4 tuần đầu tiên tham gia điều trị. Bác sĩ tiếp tục theo dõi liều và hiệu quả thuốc.

- Sau khi người bệnh đã đạt được liều ổn định, không còn triệu chứng cai giữa các lần ngậm thuốc, tuân thủ điều trị và kết quả xét nghiệm nước tiểu âm tính với ma túy thì bác sĩ tiến hành đánh giá cho người bệnh được uống thuốc cách ngày.

- Liều cách ngày tối đa là 32mg và căn cứ tình trạng từng người bệnh bác sĩ có thể kê đơn phác đồ uống 4 ngày/tuần hoặc 3 ngày/tuần. Trong quá trình bệnh nhân nhận thuốc liều cách ngày, các bác sĩ sẽ thường xuyên cung cấp tư vấn hỗ trợ tuân thủ và duy trì điều trị.

Sau khi tham gia đủ thời gian nghiên cứu là 12 tháng, bác sĩ điều trị tại cơ sở triển khai nghiên cứu thảo luận với người tham gia để chuẩn bị quá trình giảm liều và chuyển đổi hình thức điều trị nghiện CDTP kết thúc quá trình nhận can thiệp. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu năm 2019 thì điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone (buprenorphine/naloxone) vẫn chưa được triển khai ở địa bàn Hà Nội, chính vì thế người tham gia được tư vấn chuyển đổi sang hình thức điều trị thay thế nghiện CDTP bằng thuốc methadone. Bác sĩ

điều trị thực hiện quá trình giảm liều để đảm bảo sự an toàn trong quá trình chuyển đổi thuốc điều trị từ Suboxone sang methadone. Nghiên cứu hỗ trợ chuyển gửi điều trị đến cơ sở điều trị nghiện CDTP bằng thuốc methadone thuận lợi nhất nhằm đảm bảo tính liên tục trong điều trị cho người tham gia nghiên cứu.

Đối với can thiệp điều trị ARV:

Nếu đối tượng chưa được điều trị thuốc kháng virus (điều trị ARV), nghiên cứu hỗ trợ chi phí làm các xét nghiệm ban đầu và khám sàng lọc tổng quát. Khi đáp ứng đầy đủ các tiêu chí điều trị ARV, người bệnh được cung cấp điều trị tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú là cơ sở triển khai nghiên cứu. Quá trình điều trị ARV tại cơ sở tuân theo hướng dẫn điều trị hiện hành của Bộ Y tế. Nghiên cứu không có bất kỳ can thiệp gì vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

Đối với người tham gia đang nhận điều trị ARV, cán bộ y tế tại cơ sở điều trị tiếp tục theo dõi tình hình điều trị và tư vấn hỗ trợ tuân thủ và duy trì trong điều trị ARV.

Ngoài ra nếu như bệnh nhân có các vấn đề sức khỏe khác, bác sỹ điều trị tại cơ sở tiến hành tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân chuyển gửi điều trị.

2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, thông tin trích lục bệnh án và kết quả xét nghiệm nước tiểu và xét nghiệm máu. Biến số và chỉ số nghiên cứu được xây dựng theo khung lý thuyết của nghiên cứu như sau (Chi tiết thể hiện Phụ lục 1):

Các biến số và chỉ số thông tin chung:

- o Đặc điểm nhân khẩu và xã hội:
 - Tuổi: trung bình, % theo nhóm tuổi
 - Giới tính: % theo giới tính khi sinh
 - Trình độ học vấn: % theo cấp độ học vấn
 - Tình trạng hôn: tỷ lệ % theo tình trạng hôn nhân
 - Hiện đang sống với ai: % theo nhóm đối tượng sống cùng

- Tình trạng việc làm: % theo tỷ lệ có việc làm
- Thu nhập: thu nhập trung bình trong 1 tháng
- Tình trạng bảo hiểm y tế: % có bảo hiểm y tế còn hạn sử dụng
- o Nhận thức về sự kỳ thị:
 - Sự kỳ thị đối với hành vi sử dụng ma túy: Điểm trung bình sự kỳ thị đối với tình trạng sử dụng ma túy
 - Sự kỳ thị đối với tình trạng HIV: Điểm trung bình sự theo một số khía cạnh kỳ thị về HIV như giữ khoảng cách, đổ lỗi và phân biệt đối xử
- o Hỗ trợ xã hội: Điểm trung bình theo nguồn hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và người quan trọng
- o Tiền sử về hành vi vi phạm pháp luật: % số lần bắt giam và kết án, % tình trạng đi cai nghiện bắt buộc ở trung tâm
- o Một số vấn đề sức khỏe:
 - Số năm phát hiện nhiễm HIV: trung bình số năm phát hiện
 - Tiền sử điều trị ARV: % đã từng điều trị ARV
 - Phác đồ điều trị: % theo phác đồ điều trị
 - Tình trạng bệnh đồng diễn: % mắc bệnh đồng diễn HBV, HCV
 - Một số rối loạn sức khỏe tâm thần: % có rối loạn sức khỏe tâm thần trầm cảm, lo âu và căng thẳng theo mức độ
- o Tiền sử sử dụng chất
 - Tuổi lần đầu sử dụng heroin: % sử dụng theo nhóm tuổi
 - Tiền sử sử dụng heroin: % theo tổng số năm sử dụng heroin, % có hành vi tiêm chích, % có hành vi tiêm chích chung, trung vị số ngày sử dụng trong 30 qua, % tiền sử tình trạng sốc thuốc
 - Tiền sử sử dụng ma túy tổng hợp dạng amphetamine: % tiền sử sử dụng, % tổng số năm sử dụng, % theo tình trạng sử dụng trong 30 ngày qua, trung vị số ngày sử dụng trong 30 ngày qua
 - Tiền sử sử dụng thuốc lá, rượu bia: % sử dụng theo các mức độ, trung bình số thuốc hút trong ngày, % đã từng sử dụng rượu, % đã từng điều trị

nghiện rượu, % có sử dụng trong 30 ngày qua và trung bị số ngày sử dụng rượu trong 30 ngày qua

Các biến số và chỉ số theo mục tiêu nghiên cứu:

- o Kết quả điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone:
 - Hành vi sử dụng chất trong 30 ngày qua: % tự báo cáo hành vi sử dụng chất gây nghiện (heroin và ma túy tổng hợp) tại các thời điểm theo dõi
 - Mức độ thèm nhớ heroin: trung bình mức độ thèm nhớ heroin trong 30 ngày qua
 - Kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy: % có kết quả dương tính với morphine, amphetamine và methamphetamine tại các thời điểm theo dõi
 - Tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện: % người bệnh có tổng số ngày đến cơ sở ngâm thuốc $\geq 80\%$ tổng số ngày cần đến lấy thuốc và không bỏ quá 5 ngày liên tục trong kỳ theo dõi.
 - Duy trì trong điều trị nghiện chất: % người bệnh duy trì đến nhận thuốc theo tháng điều trị; tỷ suất dừng điều trị (100 người-tháng); % các lý do dẫn đến dừng điều trị
- o Kết quả điều trị ARV:
 - Số tế bào CD4 tại các thời điểm: % số tế bào CD4 tại các thời điểm theo dõi
 - Kết quả tải lượng virus HIV: % ức chế tải lượng virus dưới 1000 bản sao/mL; % ức chế tải lượng virus < 200 bản sao/mL
 - Tuân thủ điều trị ARV: % tuân thủ thuốc $\geq 90\%$; % quên 1 liều thuốc theo các mức độ trong 7 ngày qua, % lần cuối cùng quên 1 liều theo các mốc thời gian, % tự đánh giá tuân thủ điều trị ARV theo các mức độ
 - Tình trạng nhận thuốc ARV: % nhận thuốc tại các thời điểm theo dõi

Các chủ đề nghiên cứu định tính

- o Các chủ đề từ phỏng vấn người bệnh tham gia nghiên cứu
 - Trải nghiệm về điều trị nghiện chất tại mô hình lồng ghép: đánh giá về thuốc, nhu cầu điều trị, tầm quan trọng, quá trình nhận điều trị, sự hỗ trợ

trong quá trình điều trị, thay đổi cuộc sống, công việc sau khi tham gia điều trị

- Tình hình sử dụng chất trong quá trình điều trị: lý do sử dụng, tác động như thế nào đến điều trị nghiện và điều trị ARV
 - Quan điểm về lòng ghép điều trị: hài lòng như thế nào, điểm thách thức và thuận lợi của lòng ghép điều trị đối với người bệnh
 - Kiến nghị cải thiện và mở rộng lòng ghép điều trị: cần có thêm dịch vụ gì, cách tổ chức điều trị.
- o Các chủ đề từ phỏng vấn cán bộ y tế
- Mô tả về đặc điểm phòng khám: nhân sự, cơ sở vật chất, các dịch vụ hiện đang cung cấp
 - Hoạt động lòng ghép tại cơ sở: quan điểm về lòng ghép điều trị của cán bộ, cách thức tiến hành, quá trình đào tạo nhân sự, quan điểm của lãnh đạo về lòng ghép, yếu tố thuận lợi và trở ngại
 - Thay đổi của phòng khám sau khi tiến hành lòng ghép điều trị: nhân lực, công việc hàng ngày, thái độ người bệnh
 - Kế hoạch mở rộng lòng ghép dịch vụ: tăng số lượng khách hàng, mở rộng thêm dịch vụ hỗ trợ, chuẩn bị cơ sở vật chất và năng lực cán bộ.

2.8. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

Công cụ bộ câu hỏi điều tra (Phụ lục 2):

Các cuộc phỏng vấn được thực hiện trong điều kiện bảo mật và riêng tư. Bộ câu hỏi bao gồm 10 phần với thời gian hoàn thành từ 45 - 60 phút. Trên cơ sở tham khảo các nghiên cứu trên thế giới đánh giá về kết quả chương trình điều trị nghiện chất, nghiên cứu sử dụng một số thang đo để đo lường hành vi sử dụng chất ma túy, tuân thủ điều trị ARV, rối loạn sức khỏe tâm thần, sự hỗ trợ xã hội và sự kỳ thị.

Bảng 2.2: Thang đo sử dụng trong bộ câu hỏi

Nội dung	Chỉ số	Thang đo	Số câu hỏi
Sử dụng ma túy	Hành vi sử dụng chất trong 3 tháng qua và cả cuộc đời	ASI-Lite (Addiction Severity Index Lite)	13 câu
	Hành vi sử dụng chất trong 30 ngày qua	ASI-Lite (Addiction Severity Index Lite)	13 câu
	Mức độ thèm nhớ heroin	Thang đo VAS (Visual Analogue Scale)	1 câu
Sử dụng rượu	Sàng lọc sử dụng rượu	AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test-Concise)	3 câu
Tuân thủ điều trị ARV	Tuân thủ điều trị 7 ngày qua	AACTG (Adult AIDS Clinical Trials Group)	8 câu
	Ước tính % uống thuốc đúng giờ	VAS (Visual Analogue Scale)	1 câu
	Tự đánh giá mức độ tuân thủ	SRSI (Self-Rating Scale Item)	1 câu
Hỗ trợ xã hội	Hỗ trợ từ gia đình, bạn bè	MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)	12 câu
Rối loạn sức khỏe tâm thần	Nguy cơ căng thẳng, lo âu và trầm cảm	DASS 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale)	21 câu
Kỳ thị	Sự kỳ thị đối với sử dụng ma túy	Kỳ thị tình trạng sử dụng ma túy (thang đo Latkin)	8 câu
	Sự kỳ thị đối với tình trạng HIV	Kỳ thị với tình trạng HIV (HIV stigma scale)	13 câu

Các công cụ sử dụng để đo lường hành vi sử dụng chất, tuân thủ điều trị ARV, một số rối loạn sức khỏe tâm thần, hỗ trợ xã hội và sự kỳ thị bao gồm:

Hành vi sử dụng chất sử dụng các thang đo như sau: thang đo AUDIT C và thang đo ASI-Lite.

Thang đo AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test-Concise) là phiên bản rút gọn từ thang đo đo lường các rối loạn do sử dụng rượu bao gồm 10 câu do Tổ chức Y tế thế giới phát triển năm 1988. AUDIT-C bao gồm 3 câu hỏi và được cho điểm trên thang điểm 0-12. Điểm số càng cao càng có nhiều khả năng tình trạng sử dụng rượu càng nặng.

Thang đo ASI-Lite (Addiction Severity Index Lite):⁵⁹ là một công cụ được thiết kế để phát hiện và đo lường mức độ nghiêm trọng của các vấn đề điều trị tiềm ẩn trong 7 lĩnh vực thường bị ảnh hưởng bởi sự phụ thuộc vào rượu và ma túy: y tế, việc làm, rượu, ma túy, pháp lý, gia đình/xã hội và tâm thần. Nghiên cứu dùng công cụ đo lường về tình hình sử dụng ma túy và rượu và đưa ra tỷ lệ.

Tuân thủ điều trị ARV được đánh giá bằng 3 thang đo: thang đo AACTG, VAS và SRSI.

Thang đo AACTG (Adult AIDS Clinical Trials Group) tập trung vào tình trạng tuân thủ ARV gần nhất (như hôm qua, 4 ngày qua hay 7 ngày qua) nhằm hạn chế tối đa sai sót nhớ lại. Người bệnh sẽ cung cấp thông tin về phác đồ, loại thuốc, liều lượng mỗi ngày và quên bao nhiêu liều vào cuối tuần hoặc lần cuối cùng quên uống thuốc vào khi nào và lý do quên liều thuốc.⁶⁰

Thang đo VAS (Visual Analogue Scale) được xem như là một hình thức xếp hạng hệ thống mà người trả lời sẽ xếp hạng mức độ câu trả lời của mình. Độ dài tiêu chuẩn các mức trong thang đo phổ biến là 10 với định dạng định lượng là từ 0-100%. Sử dụng để đo lường tuân thủ điều trị ARV, thang đo VAS được biểu thị % số lượng liều thuốc cần phải uống trong thời gian nhất định theo mức từ 0% đến 100%.⁶¹

Thang đo SRSI (Self-Rating Scale Item) là thang đo 1 câu hỏi để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV trong vòng 30 ngày qua, được đo lường theo 5 điểm Likert từ mức “rất kém” cho đến “tuyệt vời”.⁶²

Thang đo DASS 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale): đo lường một số rối loạn sức khỏe tâm thần bao gồm 21 câu hỏi tập trung vào yếu tố Trầm cảm – Lo âu – Căng thẳng trong vòng 1 tuần trước thời điểm sàng lọc. Mỗi câu có 4 phương án lựa chọn tương ứng 4 mức độ điểm từ “0 – Không đúng chút nào” đến “4 – Hoàn toàn đúng”. Điểm được tính bằng tổng điểm từ các câu hỏi nhân với 2, kết quả tổng điểm dao động từ 0-42 điểm chia thành 5 mức độ: bình thường, nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.⁶³

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Căng thẳng
Bình thường	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Nhẹ	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Trung bình	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Nặng	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Thang đo MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) được sử dụng đo lường nhận thức hỗ trợ xã hội. Thang đo bao gồm 12 câu tập trung vào 3 khía cạnh hỗ trợ xã hội: hỗ trợ của gia đình, bạn bè và những người quan trọng khác.⁶⁴

Kỳ thị HIV (HIV stigma scale) được phát triển năm 1997 bao gồm 13 mục để đo lường nhận thức chủ quan về kỳ thị của những người nhiễm HIV. Thang đo được sắp xếp thành 3 phần nhỏ: Giữ khoảng cách, Buộc tội và Phân biệt đối xử.⁶⁵ Điểm của mỗi phần từ 1-4 điểm.

Kỳ thị với ma túy là thang đo bao gồm 8 câu hỏi với 4 mức đánh giá từ “hoàn toàn không” cho đến “rất nhiều” quan điểm của người trả lời về hành vi sử dụng chất và những trải nghiệm của họ đối với phản ứng của gia đình, bạn bè và cộng đồng về hành vi sử dụng ma túy.⁶⁶ Thang đo sử dụng dựa trên một nghiên cứu năm 2010 trong nhóm tiêm chích ma túy tại Ấn Độ với Cronbach’s alpha là 0,93.⁶⁷

Các kỹ thuật xét nghiệm:

Dữ liệu sinh học bao gồm các xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy, xét nghiệm CD4 và xét nghiệm tải lượng virus HIV.

Xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy trong nghiên cứu được thực hiện tại thời điểm đánh giá ban đầu, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng. Nghiên cứu sử dụng test xét nghiệm nước tiểu Instant View Multi-Drug Screen Urine Test (Alfa Scientific Design – Hoa Kỳ) phát hiện các chất như morphine, methamphetamine, amphetamine và buprenorphine. Trợ lý nghiên cứu tiến hành lấy mẫu nước tiểu và thực hiện xét nghiệm tại cơ sở nghiên cứu tại các thời điểm thu thập thông tin nghiên cứu.

Xét nghiệm tải lượng virus HIV và CD4 được thực hiện tại ba thời điểm của nghiên cứu: đánh giá ban đầu, 6 tháng và 12 tháng trong nghiên cứu. Quy trình lấy mẫu, chuyển mẫu và xét nghiệm tuân theo qui định hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế (Quyết định 1099/QĐ-BYT (4/4/2013) về “Quy định điều kiện thực hiện và quản lý chất lượng xét nghiệm đếm tế bào T-CD4” và Quyết định 1921/QĐ-BYT năm 2013 (05/06/2013) về “Hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV1 trong theo dõi, điều trị HIV/AIDS”).

Quá trình lấy mẫu xét nghiệm CD4 và tải lượng virus do cán bộ xét nghiệm của cơ sở điều trị HIV ngoại trú đảm nhận. Đây là cán bộ đã được đào tạo và phụ trách công tác xét nghiệm tại cơ sở điều trị. Sử dụng 1 tube 2ml chống đông EDTA cho xét nghiệm đếm tế bào CD4 và 1 tube 5ml chống đông bằng EDTA cho xét nghiệm tải lượng HIV. Mẫu máu toàn phần được bảo quản tại nhiệt độ phòng và chuyển về Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương trong vòng 4 tiếng sau khi lấy mẫu để thực hiện tách huyết tương và qui trình xét nghiệm tiếp theo. Xét nghiệm tải lượng virus HIV được thực hiện với kỹ thuật RealTime HIV-1 PCR (Abbott m2000rt) bằng máy ABBOTT MOLECULAR® Abbott RealTime HIV - 1 Calibrator Kit/ Abbott RealTime HIV- 1 Amplification Reagent Kit tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương.

Công cụ trích xuất dữ liệu từ hồ sơ bệnh án điều trị (Phụ lục 3 và 4)

Dữ liệu từ hồ sơ bệnh án điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone và điều trị ARV được thu thập hàng quý từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú. Thông tin thu thập bao gồm:

- 1) Thông tin về bệnh đồng diễn HBV, HCV;
- 2) Thông tin về điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone: liệu điều trị Suboxone, số ngày nhận thuốc theo tháng và duy trì trong điều trị (vẫn nhận thuốc hay dừng điều trị, lý do dừng điều trị)
- 3) Thông tin về điều trị ARV: phác đồ điều trị ARV, tuân thủ điều trị (thời gian tái khám); duy trì trong điều trị ARV (đang điều trị trong tháng hay đã dừng điều trị, lý do dừng điều trị).

Công cụ nghiên cứu định tính (Phụ lục 6)

Công cụ Hướng dẫn phỏng vấn sâu được xây dựng dựa trên mục tiêu 2 nghiên cứu để thu thập các thông tin về yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, duy trì điều trị và tổ chức điều trị lồng ghép từ quan điểm của cán bộ y tế và bệnh nhân. Sử dụng Hướng dẫn phỏng vấn để thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu với cán bộ y tế và bệnh nhân tại thời điểm ban đầu và sau khi kết thúc can thiệp. Tất cả các cuộc phỏng vấn sâu đều được ghi âm phục vụ việc giải băng và phân tích số liệu sau này.

2.9. Sai số và không chế sai số

Sai số lớn nhất trong nghiên cứu theo dõi đối tượng trong thời gian 12 tháng là sai số do việc mất đối tượng và sai số thông tin do đối tượng nhớ các câu hỏi điều tra trước và sau can thiệp.

Việc không chế sai số do việc mất đối tượng dựa trên khả năng theo dõi, giữ liên hệ và đảm bảo thu thập đủ thông tin cần thiết theo đúng khoảng thời gian quy định của nghiên cứu là 3 tháng/lần.

Việc không chế các sai số thông tin do đối tượng cung cấp thông tin sai thực tế dựa vào việc giải thích rõ mục đích của việc phỏng vấn là nhằm thu thập các thông tin phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu và đánh giá hiệu quả điều

trị chứ không vì mục đích phán xét đối tượng điều tra. Các cán bộ thu thập dữ liệu là cán bộ từ Đại học Y Hà Nội, được tập huấn về đạo đức nghiên cứu và kỹ năng điều tra và không tham gia vào hoạt động điều trị tại cơ sở. Bên cạnh đó, số liệu được cập nhật liên tục lên hệ thống trong vòng 24h nhằm phát hiện và kiểm soát các lỗi thiếu dữ liệu.

Bên cạnh các thông tin tự báo cáo hành vi của đối tượng nghiên cứu, đánh giá chỉ số liên quan đến sử dụng ma túy còn dựa vào kết quả xét nghiệm nước tiểu giúp đảm bảo tính chính xác của nghiên cứu. Đo lường tải lượng virus HIV của nghiên cứu sẽ được tiến hành duy nhất tại phòng xét nghiệm của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương nhằm đảm bảo tính hệ thống và chính xác của xét nghiệm. Ngoài ra, việc sử dụng nhiều nguồn thông tin cũng cho phép việc so sánh, đối chiếu đảm bảo tính chính xác hơn cho các số liệu thu thập.

2.10. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu định lượng

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0/MP.

Thống kê mô tả (giá trị trung bình/trung vị và tỷ lệ phần trăm) được sử dụng để phân tích thông tin về đặc điểm nhân khẩu xã hội học và đặc điểm sức khỏe của đối tượng tham gia nghiên cứu, kỳ thị đối với tình trạng sử dụng ma túy, kỳ thị với tình trạng HIV, sự hỗ trợ xã hội và rối loạn sức khỏe tâm thần.

Các thông tin tự báo cáo hành vi sử dụng và tỷ lệ dương tính với morphine/amphetamine/methamphetamine, kết quả xét nghiệm CD4 và tải lượng virus theo thời gian được xác định và đánh giá dựa vào phương pháp phân tích xu hướng Wilcoxon (Wilcoxon-type test for trend).¹⁰⁹

Để xác định các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị nghiện chất, chúng tôi xây dựng mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) để mô hình hóa biến nhị phân là kết quả xét nghiệm dương tính với morphine và đánh giá tương quan giữa các cá thể là do phép đo lặp lại theo thời gian. Sau khi phân tích mô hình đơn biến, các biến có mức tương quan $p < 0,2$ sẽ được đưa vào

mô hình đa biến và các biến được xác định có mối liên quan đến hiệu quả điều trị từ tổng quan tài liệu sẽ được đưa vào mô hình phân tích.

Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để xây dựng đường cong mô tả tỷ lệ duy trì trong điều trị nghiên cứu CDTP bằng Suboxone và ước lượng tỷ suất dừng điều trị trong các khoảng thời gian theo dõi. Bên cạnh đó, mô hình hồi quy Cox được sử dụng để xác định nguy cơ dừng điều trị của người bệnh sau 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu. Các phân tích đơn biến sẽ được thực hiện để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ ban đầu. Kỹ thuật stepwise (với lựa chọn mức tương quan $p=0.3$) được sử dụng trong mô hình hồi quy Cox đa biến cuối cùng. Các đặc điểm được tìm thấy mối liên quan ở mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được báo cáo cùng tỷ số nguy cơ tương đối Hazard (Hazard Ratio) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

Để xác định yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV, sử dụng mô hình phân tích hồi quy logistic hỗn hợp để mô hình hóa biến nhị phân là kết quả tuân thủ điều trị và đánh giá tương quan giữa các cá thể là do phép đo lặp lại theo thời gian. Sau khi phân tích mô hình đơn biến, các biến có mức tương quan $p < 0.2$ sẽ được đưa vào mô hình đa biến và các biến được xác định có mối liên quan đến hiệu quả điều trị từ tổng quan tài liệu sẽ được đưa vào mô hình phân tích.

Xử lý và phân tích số liệu định tính

Các phỏng vấn sâu với các đối tượng nghiên cứu sẽ được ghi âm, sau khi kết thúc phỏng vấn sâu nghiên cứu viên sẽ tóm tắt lại ý chính của buổi phỏng vấn. Các băng phỏng vấn được tiến hành giải băng, làm sạch các dữ liệu cá nhân và được lưu trữ trong phần mềm quản lý và phân tích dữ liệu định tính (Atlas.ti™). Phần mềm này sẽ tổ chức dữ liệu, giúp mã hóa và phân tích chủ đề dễ dàng hơn.

Bảng mã hóa ban đầu sẽ được xây dựng dựa trên bảng hướng dẫn phỏng vấn và tóm tắt phỏng vấn. Việc phân tích định tính sẽ được thực hiện bởi hai nghiên cứu viên độc lập qua hai giai đoạn phân tích. Giai đoạn 1 sẽ tiến hành

hiệu lực hóa chủ đề mã hóa và củng cố lại nội dung của bảng mã hóa. Từng thành viên sẽ tiến hành mã hóa độc lập trên cùng một bản giải băng phỏng vấn định tính. Sau khi mã hóa xong, bản giải băng được đưa ra so sánh, đối chiếu và thảo luận đi đến thống nhất định nghĩa cho từng nội dung (code) và số lượng nội dung trên bản mã hóa. Việc so sánh, đối chiếu sẽ được tiến hành với 10% các bản giải băng phỏng vấn cho đến khi các thành viên đạt được trên 80% sự thống nhất về cách mã hóa các nội dung trong bảng mã hóa. Sau đó từng nghiên cứu viên sẽ tiến hành phân tích dữ liệu độc lập và trao đổi khi xuất hiện một nội dung mới trong suốt quá trình giải băng. Sau khi giải băng, các nội dung nổi bật từ phân tích sẽ được sắp xếp vào các chủ đề theo mục tiêu nghiên cứu.

2.11. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt các nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo chứng nhận chấp thuận số 134 ngày 29/10/2013.

Việc tham gia của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, người tham gia có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị của họ tại cơ sở. Người tham gia được cung cấp thông tin về quá trình nghiên cứu và ký vào bản thỏa thuận trước khi tham gia các hoạt động nghiên cứu.

Nghiên cứu mã hóa tất cả các biểu mẫu thu thập thông tin nghiên cứu. Mã nghiên cứu là dãy số ngẫu nhiên không chứa mã số điều trị của bệnh nhân tại cơ sở. Tất cả dữ liệu nghiên cứu được bảo quan trong tủ có khóa và tách biệt hoàn toàn với dữ liệu điều trị của người bệnh tại cơ sở. Những cán bộ có trách nhiệm trong nhóm nghiên cứu mới được cấp quyền truy cập vào hồ sơ nghiên cứu.

Kết quả thu được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và đưa ra những khuyến nghị phù hợp, có tính ứng dụng trong thực tiễn. Kết quả này không phục vụ cho mục đích khác ngoài nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội và tiền sử sử dụng chất của người tham gia nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu, sức khỏe và tiền sử sử dụng chất của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu và xã hội của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n =136)	%
Tuổi (Mean, SD)	38,08 ± 5,76	
Nhóm tuổi		
Dưới 30	11	8,09
Từ 31 đến 40	86	63,2
Từ 41 trở lên	39	28,7
Giới tính		
Nam	131	96,3
Nữ	5	3,7
Dân tộc		
Kinh	134	98,5
Khác	2	1,5
Trình độ học vấn		
Dưới phổ thông trung học	72	52,9
Từ trung học phổ thông trở lên	59	43,4
Cao đẳng/Đại học	5	3,7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	60	44,1
Kết hôn	50	36,8
Ly dị/ly thân/Góa	26	19,1

Hiện tại đang sống cùng với ai		
Một mình	5	3,7
Vợ/chồng/bạn tình	46	33,8
Con cái	45	33,1
Bố mẹ	101	74,3
Họ hàng	10	7,3
Anh/chị/em	13	9,6
Tình trạng việc làm		
Có công việc có thu nhập	59	43,4
Thất nghiệp	77	56,6
Thu nhập trung bình 1 tháng (median, min-max) (VNĐ)	3,5 (0,3 – 15)	
Không có thu nhập	47	35,6
< 3,0 triệu	16	12,1
Từ 3,0 – 5,0 triệu	37	28,0
Lớn hơn 5 triệu	32	24,2
Bảo hiểm y tế		
Không	25	18,4
Có	61	44,8
Không rõ về tình trạng bảo hiểm y tế	50	36,8

Bảng 3.1 mô tả một số đặc điểm về nhân khẩu của đối tượng tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng là $38 \pm 5,8$ tuổi, trong đó đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 31 – 40 tuổi chiếm phần lớn với 63,2%; chỉ có 8,09% có độ tuổi dưới 30 tuổi. Người tham gia chủ yếu là nam giới (96,3%) và dân tộc Kinh (98,5%).

Hơn một nửa số người tham gia (52,9%) chưa học hết Trung học phổ thông, chỉ có hơn 3,7% đối tượng có trình độ trung cấp hoặc đại học. Tại thời điểm tham gia vào nghiên cứu, có 44,1% đối tượng nghiên cứu chưa từng kết

hôn, 36,8% bệnh nhân kết hôn. Có 74,3% đối tượng nghiên cứu sống cùng với bố mẹ. Trong số 136 đối tượng tham gia nghiên cứu, 43,4% có việc làm và 52,2% có mức thu nhập từ 3 triệu trở lên, tuy nhiên cũng có đến 35,6% người tham gia không có thu nhập trong tháng vừa qua. Chỉ có 44,8% người tham gia nghiên cứu hiện đang có thẻ bảo hiểm y tế còn hạn sử dụng, 36,8% không rõ về tình trạng thẻ bảo hiểm y tế của mình.

Bảng 3.2: Nhận thức về kỳ thị và hỗ trợ xã hội của người tham gia tại thời điểm ban đầu (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n=136)	Mức điểm
Kỳ thị về sử dụng ma túy (mean, SD)	121 ^a	1,6 ± 0,8
Kỳ thị về HIV (mean, SD)	107 ^b	2,0 ± 0,7
Giữ khoảng cách	107	2,1 ± 0,9
Đổ lỗi	107	1,8 ± 0,8
Phân biệt đối xử (mean, SD)	107	2,5 ± 0,9
Hỗ trợ xã hội (mean, SD)	128 ^c	3,8 ± 0,7
Gia đình	128	4,2 ± 0,6
Bạn bè	128	4,2 ± 0,6
Người quan trọng khác	128	4,0 ± 0,8

(Ghi chú: a là 15 bệnh nhân từ chối trả lời, b là 29 bệnh nhân từ chối trả lời, c là 8 bệnh nhân từ chối trả lời)

Bảng 3.2 thể hiện một số đặc điểm về nhận thức kỳ thị và hỗ trợ xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu. Điểm kỳ thị liên quan đến vấn đề sử dụng chất trung bình là $1,6 \pm 0,8$ (tối thiểu là 0 điểm và tối đa là 3 điểm).

Điểm kỳ thị liên quan đến HIV trung bình là $2,0 \pm 0,7$ (tối thiểu là 1 điểm và tối đa là 4 điểm), trong đó điểm tình trạng phân biệt đối xử cao nhất $2,5 \pm 0,9$ và giữ khoảng cách $2,1 \pm 0,9$.

Điểm về sự hỗ trợ của xã hội trung bình là $3,8 \pm 0,7$ (tối thiểu 1 điểm và tối đa là 5 điểm), trong đó điểm hỗ trợ từ gia đình và bạn bè có điểm số trung bình giống nhau là $4,2 \pm 0,6$, hỗ trợ từ người quan trọng khác là $4,0 \pm 0,8$.

Bảng 3.3: Đặc điểm về tình trạng vi phạm pháp luật và cai nghiện của người tham gia nghiên cứu tại thời điểm ban đầu (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n =136)	Tỷ lệ (%)
Số lần bị bắt giam và kết án		
0 lần	22	16,2
1 – 3 lần	89	65,4
Trên 4 lần	25	18,4
Từng cai nghiện ở trung tâm 06		
Không	49	36,0
Có	87	64,0

Bảng 3.3 mô tả về tình trạng vi phạm pháp luật và tiền sử cai nghiện bắt buộc của người tham gia nghiên cứu. Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu đã từng có tiền sử bị bắt giam và kết án, 83.8% người tham gia đã từng bị bắt giam và kết án từ ít nhất 1 lần, 18.4% đã từng bị bắt giam trên 4 lần. Có 64% báo cáo đã từng cai nghiện tại các trung tâm cai nghiện bắt buộc.

3.1.2. Tình trạng sức khỏe của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu

Bảng 3.4: Đặc điểm nhiễm HIV và điều trị ARV của người tham gia tại thời điểm tham gia nghiên cứu (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n=136)	%
Số năm phát hiện nhiễm HIV (Mean \pm SD)	136	7,5 \pm 5,5
Từng điều trị ARV trước đây	103	75,7
Phác đồ điều trị tại thời điểm điều tra ban đầu		
TDF – 3TC – EFV/NVP	122	93,4
AZT – 3TC – EFV	4	3,3
AZT – 3TC – NVP	4	3,3
Kết quả xét nghiệm CD4 tại thời điểm ban đầu (mean)	411 \pm 216	
≤ 250 cells/mm ³	29	21,3
251 – 350 cells/mm ³	26	19,1
351 - 500 cells/mm ³	40	29,4
> 500 cells/mm ³	41	30,2

Bảng 3.4 biểu thị các đặc điểm nhiễm HIV và điều trị ARV của đối tượng tham gia nghiên cứu. Số năm phát hiện nhiễm HIV của người bệnh trung bình là 7,5 \pm 5,5 năm. Trong tổng số 136 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu có 103 bệnh nhân đã từng điều trị ARV trước đây. Hầu hết người bệnh (93,4%) được điều trị ARV bằng phác đồ ưu tiên bậc 1 (TDF – 3TC – EFV/NVP) tại thời điểm ban đầu. Tại thời điểm tham gia nghiên cứu, mức CD4 trung bình là 411 \pm 216 TB/mm³. Có 59,6% người tham gia có mức CD4 từ 350 TB/mm³ trong đó 30,2% có mức CD4 trên 500 TB/mm³. Tuy nhiên, vẫn có 21,2% đối tượng có mức CD4 ≤ 250 TB/mm³.

Bảng 3.5: Tỷ lệ mắc các bệnh đồng diễn (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n = 136)	Tỷ lệ (%)
Kết quả xét nghiệm Viêm gan B tại thời điểm ban đầu		
Âm tính	98	72,0
Dương tính	11	8,1
Không làm xét nghiệm	27	19,9
Kết quả xét nghiệm Viêm gan C tại thời điểm ban đầu		
Âm tính	6	4,4
Dương tính	91	66,9
Không làm xét nghiệm	39	28,7

Bảng 3.5 thể hiện tỷ lệ mắc các bệnh đồng diễn HBV và HCV của đối tượng tham gia nghiên cứu. Đối với tỷ lệ đồng nhiễm HBV có 8,1% bệnh nhân dương tính. Tỷ lệ dương tính HCV của người tham gia là 66,9%, tuy nhiên cũng có tới 28,7% đối tượng tham gia không làm xét nghiệm HCV.

Bảng 3.6: Một số rối loạn sức khỏe tâm thần của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu (n=136)

Đặc điểm	Tổng (n = 136)	%
Một số rối loạn sức khỏe tâm thần		
Trầm cảm		
Bình thường	77	56,6
Nhẹ	16	11,8
Trung bình	33	24,3
Nặng và rất nặng	10	7,3
Lo âu		
Bình thường	61	44,8
Nhẹ	16	11,8
Trung bình	30	22,1
Nặng và rất nặng	29	21,3
Căng thẳng		
Bình thường	107	78,7
Nhẹ	15	11,0
Trung bình	12	8,8
Nặng và rất nặng	2	1,5

Bảng 3.6 mô tả một số đặc điểm rối loạn sức khỏe tâm thần, có 24,3% đối tượng tham gia nghiên cứu có nguy cơ về trầm cảm ở mức độ trung bình và 7,3% từ mức độ nặng và rất nặng. Nguy cơ rối loạn sức khỏe tâm thần lo âu từ mức độ trung bình đến rất nặng là 43,4%. Hầu hết người bệnh (78,7%) không gặp nguy cơ về căng thẳng, chỉ khoảng 10,3% nguy cơ căng thẳng từ mức độ trung bình đến rất nặng.

3.1.3. Tiền sử sử dụng chất của đối tượng tham gia nghiên cứu

**Bảng 3.7: Tiền sử sử dụng heroin của đối tượng tham gia nghiên cứu
(n=136)**

Heroin	Tổng (n=136)	Tỷ lệ (%)
Tuổi lần đầu sử dụng		
< 20 tuổi	39	28,7
20 – 30 tuổi	63	46,3
> 30 tuổi	34	25,0
Tổng số năm sử dụng		
< 5 năm	11	8,1
5 – 10 năm	52	38,2
> 10 năm	73	53,7
Tiêm chích heroin		
Không	7	5,2
Có	129	94,8
Sử dụng chung bơm kim tiêm		
Không	127	98,5
Có	2	1,5
Từng điều trị cai nghiện heroin	107	78,7
Sốc thuốc do sử dụng heroin quá liều		
Không	104	76,5
Có	32	23,5

Bảng 3.7 mô tả tiền sử sử dụng heroin của 136 đối tượng tham gia nghiên cứu. Tuổi lần đầu sử dụng heroin tập trung trong độ tuổi dưới 30, trong đó 46,3% số người tham gia sử dụng heroin lần đầu trong độ tuổi từ 20 đến 30 và 28,7% sử dụng lần đầu ở độ tuổi dưới 20. Thời gian sử dụng heroin phần lớn dao động từ 5 năm đến trên 10 năm, trong đó 53,7% báo cáo có thời

gian sử dụng ma túy trên 10 năm và 38,2% có thời gian sử dụng từ 5 đến 10 năm. Trong thời gian 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu, 94,8% người tham gia sử dụng ma túy theo đường tiêm chích nhưng chỉ có 1,5% bệnh nhân báo cáo có hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm. Có 23,5% đối tượng bị sốc thuốc do sử dụng heroin quá liều trong 3 tháng qua. Trong 136 đối tượng tham gia nghiên cứu, 78,7% đã từng điều trị cai nghiện heroin.

Bảng 3.8: Hành vi sử dụng heroin trong 30 ngày trước khi tham gia vào nghiên cứu (n=136)

Hành vi sử dụng heroin	Tổng (n=136)	Tỷ lệ %
Sử dụng heroin trong 30 ngày qua	136	100
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	30 (4 – 30)	
Gặp các triệu chứng liên quan đến heroin trong 30 ngày qua	100	73,5
Số ngày có các triệu chứng liên quan đến heroin trong 30 ngày qua (Mean, SD)	9,9 ± 10,4	
Mức độ phiền phức của các triệu chứng liên quan đến heroin trong 30 ngày qua		
Hoàn toàn không	28	20,6
Một chút	23	16,9
Vừa phải	26	19,1
Nhiều	25	18,4
Rất nhiều	34	25,0

Bảng 3.8 mô tả hành vi sử dụng heroin 30 ngày trước thời điểm tham gia nghiên cứu cho thấy, 100% người bệnh sử dụng heroin trong 30 ngày qua. Trung vị số ngày sử dụng heroin là 30 ngày, số ngày sử dụng heroin từ 4 đến 30 ngày/30 ngày qua. Có 73,5% đối tượng tham gia nghiên cứu gặp các triệu chứng liên quan đến heroin trong vòng 30 ngày qua, trung bình số ngày gặp các triệu chứng liên quan đến heroin là 9,9 ± 10,4 ngày. Mức độ phiền phức của các triệu chứng liên quan đến heroin từ mức độ nhiều đến rất nhiều chiếm

43,4%; 19,1% báo cáo gặp phiền phức ở mức độ vừa phải. Tuy nhiên có đến 20,6% người tham gia báo cáo không gặp phiền phức gì với các triệu chứng liên quan đến heroin trong vòng 30 ngày qua.

Bảng 3.9: Đặc điểm tiền sử sử dụng ma túy tổng hợp dạng amphetamine của người tham gia nghiên cứu (n=136)

Hành vi sử dụng ma túy tổng hợp	Tổng (n=136)	%
Methamphetamine		
Từng sử dụng	34	25,0
Tổng số năm sử dụng		
Dưới 1 năm	20	58,8
1-5 năm	11	32,4
≥ 5 năm	3	8,8
Sử dụng methamphetamine trong 30 ngày qua	32	23,5
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	3 (1 – 30)	
Amphetamine		
Từng sử dụng	20	14,7
Tổng số năm sử dụng		
Dưới 1 năm	23	67,6
1-5 năm	9	26,5
≥ 5 năm	2	5,9
Sử dụng amphetamine trong 30 ngày qua	20	14,7
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	3 (1 – 30)	
Sử dụng đa chất		
Sử dụng đa chất trong 30 ngày qua	52	38,2
Số ngày sử dụng đa chất trong 30 ngày qua (Median, min-max)	3,5 (1 – 30)	

Đối với các loại ma túy tổng hợp, có 25,0% báo cáo đã từng sử dụng methamphetamine. Tổng số năm sử dụng methamphetamine phần lớn dưới 5 năm, trong đó, 58,8% đối tượng tham gia có tổng thời gian sử dụng dưới 1

năm và 32,4% đối tượng có tổng thời gian sử dụng từ 1-5 năm. Trong tổng số 136 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 23,5% sử dụng methamphetamine trong vòng 30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu, trong đó 50% đối tượng sử dụng methamphetamine từ 3 ngày trở lên. Ngoài ra, có 14,7% đối tượng tham gia đã từng sử dụng ma túy tổng hợp amphetamine. Có 67,6% người tham gia sử dụng amphetamine dưới 1 năm, và 26,5% sử dụng từ 1-5 năm. Trong 30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu, có 14,7% đối tượng sử dụng amphetamine, đối tượng sử dụng 1-30 ngày/30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu, trung vị là 3 ngày.

Trong số 136 người tham gia, có 38,2% sử dụng nhiều hơn một chất gây nghiện trong 30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu, số ngày sử dụng đa chất gây nghiện từ 1-30/30 ngày qua, trung vị 3,5 ngày.

Bảng 3.10: Đặc điểm sử dụng thuốc lá và rượu/bia của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu (n=136)

Hành vi sử dụng thuốc lá và rượu bia	Tổng (n=136)	%
Thuốc lá		
Tần suất sử dụng		
Hàng ngày	114	83,8
Một vài ngày	6	4,4
Không ngày nào	16	11,8
Số điều thuốc sử dụng trong ngày (Mean, SD)	15,3 ± 7,5	
Rượu bia		
Từng sử dụng	59	43,4
Từng điều trị cai nghiện rượu	8	5,9
Sử dụng rượu bia trong 30 ngày qua	48	35,3
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Mean, SD)	8,2 ± 10,2	

Tình trạng sử dụng thuốc lá và rượu bia trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu được thể hiện qua bảng 3.10.

Tỷ lệ người tham gia sử dụng thuốc lá hàng ngày là 83,8%, tuy nhiên có 11,8% không sử dụng thuốc lá. Số điều thuốc sử dụng trung bình 1 ngày là $15,3 \pm 7,5$ điều. 43,4% người tham gia báo cáo đã từng sử dụng rượu bia, tuy nhiên chỉ có 35,3% đối tượng sử dụng rượu bia trong vòng 30 ngày qua với số ngày sử dụng trung bình là $8,2 \pm 10,2$ ngày. Có 5,9% đối tượng tham gia nghiên cứu đã từng điều trị cai nghiện rượu.

3.2. Mục tiêu 1: Kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 - 2019

3.2.1. Kết quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone

3.2.1.1. Sử dụng các chất ma túy trong quá trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone

Bảng 3.11: Hành vi sử dụng heroin của đối tượng nghiên cứu tại các thời điểm theo dõi.

Đặc điểm	Ban đầu (n= 136)	3 tháng (n = 115)	6 tháng (n = 99)	9 tháng (n = 95)	12 tháng (n = 96)	p-trend value*
Heroin						
Sử dụng trong 30 ngày qua	136 (100%)	79 (68,7%)	63 (63,6%)	57 (60%)	62 (64,6%)	<0,001
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	30 (4 – 30)	5 (0 – 30)	3 (0 – 30)	3 (0 – 30)	4 (0 – 30)	<0,001
Mức độ thèm nhớ (1-100, Mean \pm SD)	77,6 \pm 19,9	31,3 \pm 31,1	32,8 \pm 33,8	30,5 \pm 33	35,8 \pm 36,8	<0,001

(* Kiểm định Wilcoxon xác định xu hướng của giá trị)

Tại thời điểm ban đầu 100% đối tượng tham gia nghiên cứu báo cáo về hành vi sử dụng heroin trong 30 ngày qua, tỷ lệ này giảm xuống 68,7% tại thời

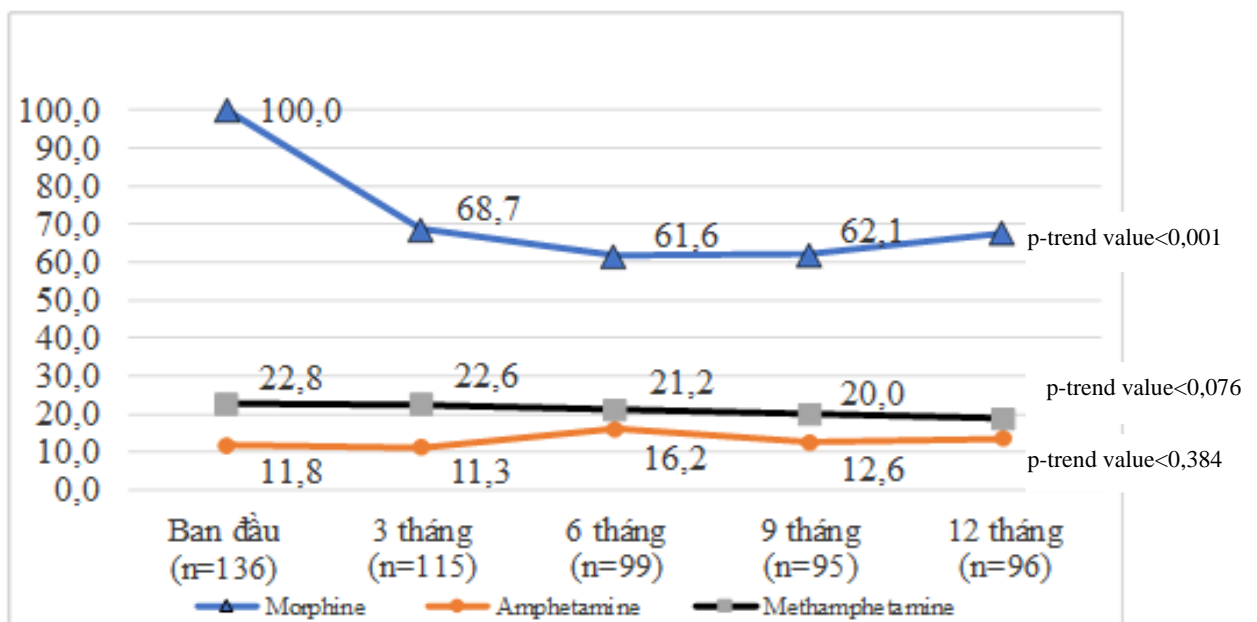
điểm 3 tháng, 63,6% tại thời điểm 6 tháng, 60% thời điểm 9 tháng và 64,6% thời điểm 12 tháng. Tỷ lệ tự báo cáo hành vi sử dụng ma túy có xu hướng giảm ($p < 0.001$). Tại thời điểm ban đầu, có 50% bệnh nhân trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu sử dụng heroin 30 ngày. Số ngày sử dụng heroin trong 30 ngày qua có xu hướng giảm tại thời điểm theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng ($p < 0,001$). Cụ thể, tại thời điểm 3 tháng số ngày sử dụng từ 0-30 ngày/30 ngày qua, trung vị là 5 ngày, tại thời điểm 6 tháng và 9 tháng số ngày sử dụng heroin từ 0-30 ngày/30 ngày qua, trung vị là 3 ngày, tại thời điểm 12 tháng số ngày sử dụng từ 0-30 ngày/30 ngày qua, trung vị là 4 ngày.

Mức độ thèm nhớ heroin được đánh giá từ 0 đến 100 (0 là không thèm nhớ, 100 là thèm nhớ rất cao), tại thời điểm ban đầu mức độ thèm nhớ trung bình là $77,6 \pm 19,9$, giảm xuống $31,3 \pm 31,1$ tại thời điểm 3 tháng, $32,8 \pm 33,8$ tại thời điểm 6 tháng, $30,5 \pm 33,0$ tại thời điểm 9 tháng và $35,8 \pm 36,8$ tại thời điểm 12 tháng. Xu hướng giảm mức độ thèm nhớ sau 12 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 3.12: Hành vi sử dụng ma túy tổng hợp tại các thời điểm theo dõi

Đặc điểm	Ban đầu (n= 136)	3 tháng (n = 115)	6 tháng (n = 99)	9 tháng (n = 95)	12 tháng (n = 96)	p-trend value
Amphetamine						
Sử dụng trong 30 ngày qua	20 (14,7%)	12 (10,4%)	13 (13,1%)	7 (7,3%)	8 (8,3%)	0,089
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	3 (1–30)	3,5 (1–10)	4 (1–30)	3 (1–7)	3,5 (2–10)	0,407
Methamphetamine						
Sử dụng trong 30 ngày qua	32 (23,5%)	21 (18,3%)	20 (20,2%)	17 (17,9%)	18 (18,7%)	0,369
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua (Median, min-max)	3 (1–30)	4 (1–30)	4 (1–30)	5 (1–30)	3,5 (2–15)	0,252

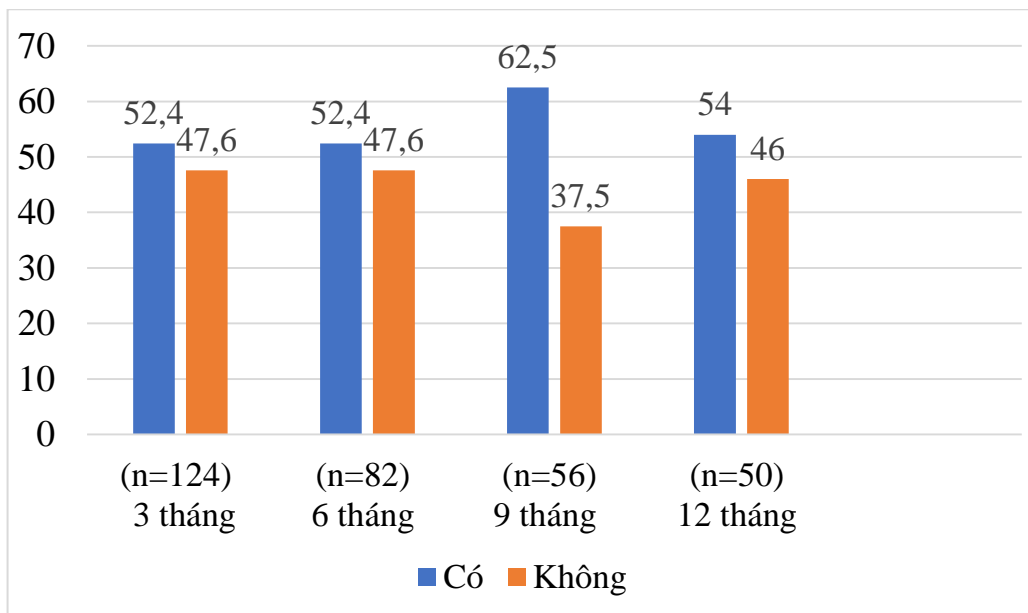
Đối với hành vi sử dụng ma túy tổng hợp amphetamine, 14,7% người tham gia báo cáo có hành vi sử dụng tại thời điểm ban đầu, giảm xuống 10,4%, 13,1%, 7,3% và 8,3% tại các thời điểm 3, 6, 9 và 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu. Số ngày sử dụng amphetamine từ 1-30 ngày/30 ngày qua, trung vị là 3 ngày tại thời điểm 3 tháng, từ 1-10 ngày/30 ngày qua, trung vị là 3,5 ngày tại thời điểm 3 tháng, từ 1-30 ngày/30 ngày qua, trung vị là 4 ngày tại thời điểm 6 tháng và từ 1-7 ngày/30 ngày qua, trung vị là 3 ngày tại thời điểm 9 tháng, từ 2-10 ngày/30 ngày qua, trung vị là 3,5 ngày tại thời điểm 12 tháng. Hành vi sử dụng ma túy methamphetamine trong 30 ngày qua có tỷ lệ 23,5% tại thời điểm ban đầu, 18,3% tại 3 tháng, 20,2% tại thời điểm 6 tháng, 17,9% tại thời điểm 9 tháng và 18,7% tại thời điểm 12 tháng. Số ngày sử dụng methamphetamine trong 30 ngày qua từ 1-30 ngày, trung vị là 3 tại thời điểm ban đầu, từ 1-30 ngày, trung vị là 4, từ 1-30 ngày, trung vị là 4, từ 1-30 ngày, trung vị là 5 và từ 2-15 ngày trung vị là 3,5 tại các thời điểm 3, 6, 9 và 12 tháng tham gia vào nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1: Kết quả xét nghiệm nước tiểu tại các thời điểm theo dõi

Kết quả xét nghiệm nước tiểu tìm chất ma túy trong 12 tháng theo dõi của bệnh nhân được biểu thị tại sơ đồ 3.1. Kết quả xét nghiệm nước tiểu cho thấy sử dụng heroin giảm từ 100% tại thời điểm ban đầu xuống 68,7% tại thời điểm 3 tháng, 61,6% tại thời điểm 6 tháng, 62,1% tại thời điểm 9 tháng và 67,7% tại thời điểm 12 tháng. Xu hướng giảm kết quả xét nghiệm dương tính với morphine sau 12 tháng theo dõi có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ dương tính với amphetamine và methamphetamine của đối tượng nghiên cứu có xu hướng duy trì qua 12 tháng theo dõi. Tỷ lệ kết quả dương tính với ma túy tổng hợp amphetamine là 11,8% tại thời điểm ban đầu, 11,3% tại thời điểm 3 tháng, 16,2% tại thời điểm 6 tháng, 12,6% tại thời điểm 9 tháng và 13,5% tại thời điểm 12 tháng. Có 22,8% đối tượng tham gia nghiên cứu có kết quả dương tính với ma túy đá tại thời điểm ban đầu và tỷ lệ này duy trì mức 22,6% tại thời điểm 3 tháng, 21,2% tại thời điểm 6 tháng, 20% tại thời điểm 9 tháng và 18,8% tại thời điểm 12 tháng.

3.2.1.2. Tuân thủ điều trị nghiên cứu chất dạng thuốc phiện tại các thời điểm theo dõi

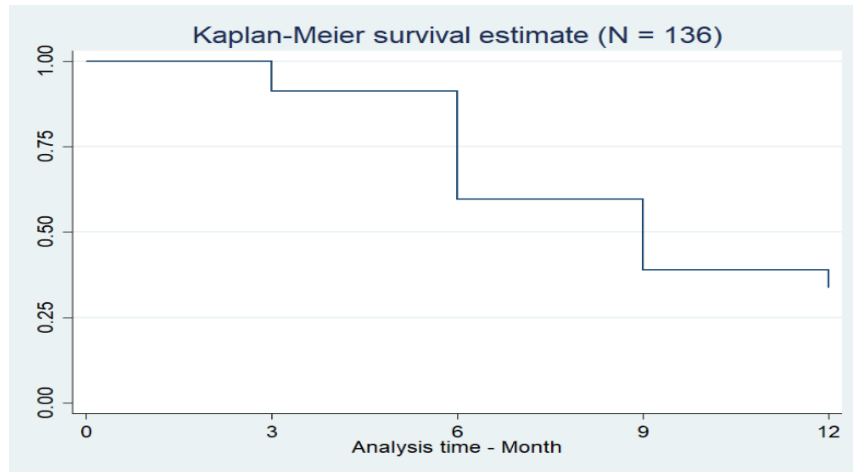


Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ tuân thủ điều trị nghiên cứu CDTP tại các thời điểm theo dõi

Tuân thủ điều trị nghiên cứu CDTP bằng thuốc Suboxone được định nghĩa là số ngày bệnh nhân đến lấy thuốc từ $\geq 80\%$ trên tổng số ngày cần đến lấy thuốc¹¹⁰ và không bỏ quá 5 ngày liên tục trong kỳ theo dõi. Tỷ lệ tuân thủ

điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone lỏng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú tại các vòng theo dõi như sau tại thời điểm 3 tháng là 52%, tại 6 tháng là 52,4%, tại 9 tháng là 62,5% và tại 12 tháng theo dõi là 54%.

3.2.1.3. Duy trì trong điều trị tại các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu



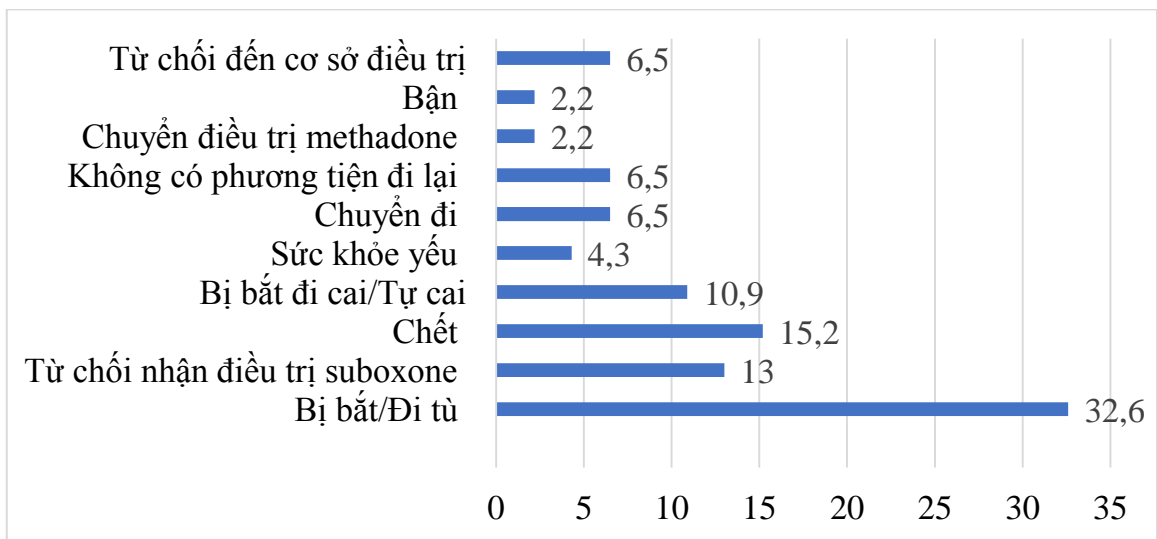
Biểu đồ 3.3: Duy trì trong điều trị nghiện CDTP tại các thời điểm theo dõi

Thông tin duy trì trong điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone được trích xuất từ phiếu theo dõi liệu điều trị hàng ngày tại cơ sở điều trị. Người bệnh được xem là duy trì điều trị nếu đang tiếp tục nhận thuốc Suboxone tại thời điểm đánh giá. Biểu đồ 3.3 thể hiện tỷ lệ duy trì trong điều trị sau 12 tháng theo dõi sử dụng phương pháp ước lượng Kaplan-Meier. Tỷ lệ duy trì cộng dồn tại thời điểm 3, 6, 9 và 12 tháng lần lượt là 91,2%; 59,6%; 39% và 29,9%.

Bảng 3.13: Tỷ suất bỏ trị (100 người-tháng)

Thời gian theo dõi	N	Tổng số người-tháng	Số người bỏ trị	Tỷ suất bỏ trị/ 100 người-tháng	KTC 95%
0 – 3 tháng	136	408	12	2,9	1,67 – 5,18
3 – 6 tháng	124	372	43	11,6	8,57 – 15,59
6 – 9 tháng	81	243	28	11,5	7,96 – 16,69
9 – 12 tháng	53	159	7	4,4	2,10 – 9,24
Tổng	-	1182	90	7,6	6,19 – 9,36

Trong thời gian 12 tháng theo dõi, có tổng số 12 bệnh nhân dừng điều trị tại thời điểm 3 tháng, 43 bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng, 28 bệnh nhân tại thời điểm 9 tháng và 7 bệnh nhân tại thời điểm 12 tháng. Tỷ suất dừng điều trị chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone trung bình sau 12 tháng theo dõi là 7,6/100 người-tháng, khoảng tin cậy 95%: 6,2 - 9,4/100 người-tháng (Bảng 3.13)



Biểu đồ 3.4: Lý do dừng điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

Các lý do dừng điều trị của người bệnh điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone sau 12 tháng theo dõi được thể hiện cụ thể tại biểu đồ 3.4. Trong tổng số người bệnh dừng điều trị nghiện chất bằng Suboxone các lý do dừng điều trị bao gồm: bị bắt/đi tù, tử vong, từ chối nhận điều trị, sức khỏe yếu, chuyển đi, không có phương tiện đi lại hoặc chuyển điều trị methadone. Cụ thể, trong số người bệnh dừng điều trị có 32,6% bệnh nhân dừng điều trị do bị bắt hoặc đi tù, 15,2% người bệnh tử vong (do tai nạn, do bệnh nhiễm trùng cơ hội), 13% người bệnh từ chối điều trị, 10,9% người bệnh bị bắt đi cai ở trung tâm cai nghiện hoặc tự cai ở nhà, 4,3% người bệnh có sức khỏe yếu không thể tiếp tục điều trị và 6,5% người bệnh chuyển đi, 6,5% người tham gia từ chối đến cơ sở điều trị, 6,5% người tham gia không có phương tiện đi lại và các lý do khác.

Bảng 3.14: So sánh đặc điểm nhân khẩu xã hội tại thời điểm ban đầu của người bệnh duy trì điều trị và người bệnh dừng điều trị.

	Tổng (N =136)	Người bệnh duy trì (n = 53)	Người bệnh dừng điều trị (n = 83)	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tuổi (Mean, SD)	38,1 ± 5,8	39,2 ± 5,5	37,4 ± 5,8	0,079
Nhóm tuổi				
Dưới 30	11 (8,1)	3 (4,0)	8 (10,5)	0,292
Từ 31 đến 40	86 (63,2)	32 (62,0)	54 (63,9)	
Từ 41 trở lên	39 (28,7)	18 (34,0)	21 (25,6)	
Giới tính				
Nam	131 (96,3)	52 (98,0)	79 (95,2)	0,652
Nữ	5 (3,7)	1 (2,0)	4 (4,8)	
Dân tộc				
Kinh	134 (98,5)	51 (96,0)	83 (100)	0,133
Khác	2 (1,5)	2 (4,0)	0 (0)	
Trình độ học vấn				
Dưới PTTH	72 (52,9)	28 (53,0)	44 (53,0)	0,504
Từ THPT trở lên	64 (47,1)	25 (47,0)	39 (47,0)	
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	60 (44,1)	23 (44,0)	37 (44,7)	0,978
Kết hôn	50 (36,8)	19 (36,0)	31 (37,3)	
Khác	26 (19,1)	11 (20,0)	15 (18,0)	
Hiện tại đang sống cùng với ai				
Một mình	5 (3,7)	2 (4,0)	3 (3,5)	0,780
Vợ/chồng/bạn tình	46 (33,8)	19 (38,0)	27 (31,4)	
Con cái	45 (33,1)	21 (42,0)	24 (27,9)	
Bố mẹ	101 (74,3)	37 (74,0)	64 (74,4)	
Họ hàng	10 (7,3)	3 (6,0)	7 (8,1)	
Anh/chị/em	13 (9,6)	6 (12,0)	7 (8,1)	

	Tổng (N =136)	Người bệnh duy trì (n = 53)	Người bệnh dừng điều trị (n = 83)	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tình trạng việc làm				
Có công việc có thu nhập	59 (43,4)	24 (44,0)	31 (43,4)	0,912
Thất nghiệp	77 (56,6)	29 (56,0)	47 (56,6)	
Thu nhập trung bình 1 tháng (median, min-max)	3,5 (0,3 – 15)	3 (0,3 – 10)	4 (1,5 – 15)	0,133
Không có thu nhập	51 (37,5)	21 (40,0)	30 (36,1)	0,545
< 3,0 triệu	42 (30,9)	19 (36,0)	23 (27,7)	
Từ 3,0 – 5,0 triệu	25 (18,4)	8 (14,0)	17 (20,4)	
Lớn hơn 5 triệu	18 (13,2)	5 (10,0)	13 (15,7)	
Bảo hiểm y tế				
Không	25 (18,4)	10 (18,9)	15 (18,1)	0,823
Có	61 (44,8)	26 (49,0)	35 (42,2)	
Không rõ tình trạng bảo hiểm y tế của mình	50 (36,8)	17 (32,1)	33 (39,7)	
Số lần bị bắt giam và kết án				
0 lần	22 (16,2)	7 (13,2)	15 (18,0)	0,593
1 – 3 lần	89 (65,4)	35 (68,0)	54 (65,0)	
Trên 4 lần	25 (18,4)	11 (20,0)	14 (17,0)	
Tùng cai nghiện ở trung tâm 06				
Không	49 (36,0)	19 (35,9)	30 (36,2)	0,715
Có	87 (63,0)	34 (64,1)	53 (63,8)	

Bảng 3.14 so sánh một số đặc điểm nhân khẩu xã hội giữa nhóm người bệnh duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và người bệnh dừng điều trị. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, dân tộc,

trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, việc làm cũng như tình trạng vi phạm pháp luật và tiền sử cai nghiện giữa hai nhóm tại thời điểm tham gia vào nghiên cứu.

3.2.2. Kết quả điều trị ARV của người bệnh điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú

3.2.2.1. Một số kết quả điều trị ARV tại các thời điểm theo dõi

Bảng 3.15: Kết quả xét nghiệm tế bào CD4 của người tham gia tại các thời điểm theo dõi

Kết quả CD4	Ban đầu (n=125)		6 tháng (n=88)		12 tháng (n=88)		p-trend value
	n	%	n	%	n	%	
≤ 250 TB/mm ³	25	20,0	16	18,2	15	17,1	0,095
251 – 350 TB/mm ³	26	20,8	16	18,2	13	14,8	
351 - 500 TB/mm ³	36	28,8	19	21,6	23	26,1	
> 500 TB/mm ³	38	30,4	37	42,0	37	42,0	

Bảng 3.15 mô tả kết quả xét nghiệm tế bào CD4 sau 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu. Tại thời điểm ban đầu có 69,2% người tham gia có số tế bào CD4 từ 350 TB/mm³ trở lên, trong đó 30,4% có mức tế bào CD4 trên 500 TB/mm³, tuy nhiên vẫn có 20% số người tham gia có mức tế bào CD4 dưới 250 TB/mm³. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ người bệnh nhân có mức tế bào CD4 từ trên 350 trở lên là 63,6%, trong đó số bệnh nhân có mức tế bào CD4 trên 500 TB/mm³ chiếm 42%. Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có mức CD4 từ 351 trở lên tăng lên 68,1%, trong đó 42% bệnh nhân có mức tế bào CD4 trên 500 TB/mm³. Tuy nhiên, sự thay đổi chỉ số xét nghiệm CD4 sau 12 tháng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.16: Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus HIV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi

Đặc điểm	Ban đầu (n=136)	6 tháng (n=91)	12 tháng (n=89)	p-trend value
Ức chế tải lượng virus <1000 bản sao/mL	99 (72,8%)	75 (82,4%)	75 (84,3%)	0,052
Ức chế tải lượng virus <200 bản sao/mL	96 (70,5%)	74 (81,8%)	73 (81,8%)	0,217

Bảng 3.16 mô tả tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus <1000 bản sao/mL và <200 bản sao/mL tại các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu. Tỷ lệ người bệnh đạt ức chế tải lượng virus <1000 bản sao/mL lần lượt là 72,8% tại thời điểm ban đầu, tăng lên 82,4% tại thời điểm 6 tháng và 84,3% tại thời điểm 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu. Xu hướng tăng tỷ lệ ức chế tải lượng virus <1000 bản sao/mL không có ý nghĩa thống kê sau 12 tháng theo dõi. Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus <200 bản sao/mL tại thời điểm ban đầu là 70,5%, tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 81,8%. Sự thay đổi tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus <200 bản sao/mL sau 12 tháng theo dõi không có ý nghĩa thống kê

3.2.2.2. Tuân thủ điều trị ARV tại các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu

Bảng 3.17: Tuân thủ điều trị ARV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi

Đặc điểm	Ban đầu		6 tháng		12 tháng		p-trend value
	n = 98 ^a	%	n = 94	%	n = 102	%	
Ước tính % uống thuốc đúng thời gian							
< 90%	17	17,4	12	13,0	21	20,6	0,577
≥ 90%	79	80,6	80	87,0	81	79,4	
Quên ít nhất 1 liều ARV trong 7 ngày qua							
≥ 1 lần/tuần	3	3,1	5	5,3	9	8,8	0,173
Ít hơn 1 lần/tuần	39	39,8	54	57,5	44	43,1	
Không bao giờ	54	57,1	35	37,2	49	48,1	
Lần cuối cùng quên ít nhất 1 liều							
Trong vòng 1 tháng qua	12	12,2	18	19,1	17	19,3	0,238
1-3 tháng trước	15	15,3	13	13,8	8	9,1	
Hơn 3 tháng trước	18	18,4	29	30,8	20	22,7	
Không bao giờ	51	52,0	34	36,1	43	48,9	
Tự đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV							
Rất kém và kém	2	2,1	3	3,1	8	7,8	0,444
Bình thường	18	18,4	14	14,9	20	19,6	
Tốt	61	62,2	56	59,6	56	54,9	
Rất tốt	12	12,2	20	21,3	18	17,7	
Tuyệt vời	3	3,1	1	1,1	0	0	

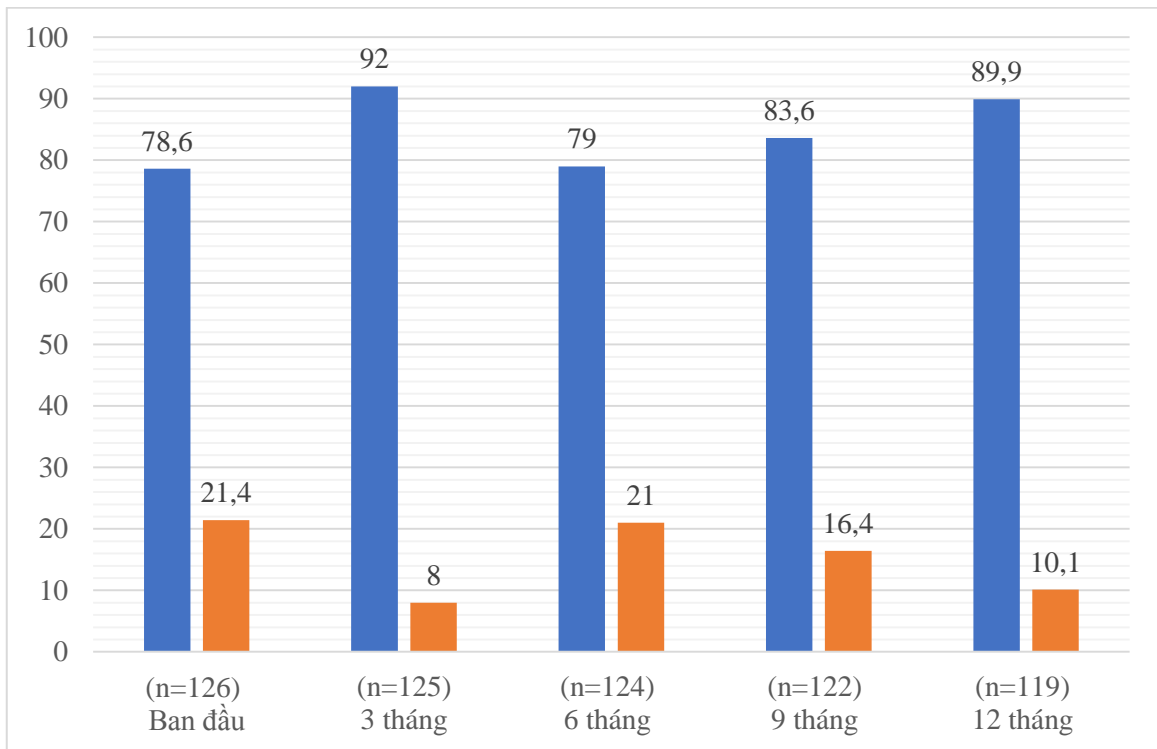
^a: thiếu thông tin của 2 bệnh nhân

Thông tin tuân thủ điều trị ARV trong 7 ngày qua được thể hiện qua bảng 3.17. Nghiên cứu sử dụng tỷ lệ tự báo cáo uống thuốc ARV đúng thời gian từ 90% trở lên là tuân thủ điều trị. Định nghĩa này dựa theo kết quả của một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy người bệnh cần tuân thủ điều trị từ 90% trở lên để không chế tải lượng virus.⁶⁸ Tỷ lệ người bệnh tự báo cáo uống thuốc đúng thời gian theo thang đo VAS từ 90% trở lên trong vòng 7 ngày qua là 80,6% tại thời điểm ban đầu, 87% tại thời điểm 6 tháng và 79,4% tại thời điểm 12 tháng.

Liên quan đến vấn đề quên liều ARV trong vòng 7 ngày qua, có 57,1% tại thời điểm ban đầu, 37,1% tại thời điểm 6 tháng và 48,1% tại thời điểm 12 tháng là không quên liều nào. Tuy nhiên, vẫn còn 39,8% bệnh nhân tại thời điểm ban đầu, 57,5% tại thời điểm 6 tháng và 43,1% tại thời điểm 12 tháng quên ít hơn 1 liều/1 lần trong vòng tuần qua.

Lần cuối cùng mà bệnh nhân quên liều ARV tập trung chủ yếu trong thời gian hơn 3 tháng trước với tỷ lệ 18,4% tại thời điểm ban đầu, 30,8% thời điểm 6 tháng và 22,7% tại thời điểm 12 tháng.

Phần lớn bệnh nhân tự đánh giá về mức độ tuân thủ điều trị ARV ở mức tốt và rất tốt, ở mức 74,4% tại thời điểm ban đầu, 70,9% tại thời điểm 6 tháng và 72,6% tại thời điểm 12 tháng.



Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ nhận thuốc ARV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi

Biểu đồ 3.5 mô tả về tỷ lệ nhận thuốc ARV của người tham gia nghiên cứu trong thời gian theo dõi 12 tháng. Tại thời điểm ban đầu, tỷ lệ đến nhận thuốc ARV là 78,6%, thời điểm 3 tháng là 92%, thời điểm 6 tháng là 79%, thời điểm 9 tháng là 83,6% và thời điểm 12 tháng là 89,9,2%. Trong tổng số 136 đối tượng tham gia nghiên cứu có 8 đối tượng không tham gia điều trị ARV trong 12 tháng theo dõi và được loại ra cỡ mẫu trong phân tích này.

3.3. Mục tiêu 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone trong cơ sở HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 -2019

3.3.1. Các yếu tố liên quan từ phía người bệnh đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú: kết quả định lượng

3.3.1.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine

Bảng 3.18: Các yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine (mô hình đơn biến)

Yếu tố liên quan	OR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	0,98 (0,91 – 1,06)	0,616
Tình trạng việc làm		
<i>Không</i>	1	0,096
<i>Có</i>	0,55 (0,28 – 1,11)	
Kỳ thị liên quan sử dụng chất	2,24 (1,43 – 3,51)	<0,001
Kỳ thị liên quan đến HIV	1,31 (0,76 – 2,24)	0,330
Hỗ trợ của xã hội	0,73 (0,40 – 1,32)	0,292
Nguy cơ sức khỏe tâm thần – lo âu		
<i>Mức độ bình thường và nhẹ</i>	1	0,006
<i>Mức độ vừa và nặng</i>	3,11 (1,38 – 7,01)	
Tuân thủ điều trị nghiện		
<i>Không</i>	1	<0,001
<i>Có</i>	0,13 (0,05 – 0,36)	

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine trong quá trình điều trị Suboxone từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đơn biến cho thấy các yếu tố: kỳ thị với vấn đề sử dụng chất, nguy cơ sức khỏe tâm thần-lo âu và tuân thủ điều trị nghiện có mối quan hệ với tình trạng sử dụng chất trong quá trình điều trị.

Bệnh nhân gặp vấn đề về kỳ thị sử dụng chất có khả năng dương tính cao hơn (OR=2,24; 95%KTC: 1,43 – 3,51). Bên cạnh đó, mô hình đơn biến cho

thấy những bệnh nhân có mức độ lo âu từ vừa trở lên có khả năng kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphin cao gấp 3 lần so với những người mức độ lo âu bình thường hoặc nhẹ (OR=3,11; 95% KTC: 1,38-7,01). Tuân thủ điều trị nghiện cũng cho thấy có mối liên hệ với kết quả xét nghiệm nước tiểu với morphin ở mô hình đơn biến. Bệnh nhân tuân thủ điều trị nghiện có tỷ lệ dương tính với morphin thấp hơn so với những người tuân thủ kém (OR=0,13; 95% KTC: 0,05-0,36).

Bảng 3.19: Các yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine (mô hình đa biến)

Yếu tố liên quan	OR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	0,98 (0,91 – 1,06)	0,580
Tình trạng việc làm		
<i>Không</i>	1	0,252
<i>Có</i>	0,66 (0,32 – 1,35)	
Kỳ thị liên quan sử dụng chất	2,51 (1,39 – 4,53)	0,002
Kỳ thị liên quan đến HIV	0,52 (0,25 – 1,07)	0,074
Hỗ trợ của xã hội	0,89 (0,49 – 1,62)	0,696
Nguy cơ sức khỏe tâm thần – lo âu		
<i>Mức độ bình thường và nhẹ</i>	1	0,070
<i>Mức độ vừa và nặng</i>	2,32 (0,93 – 5,74)	
Tuân thủ điều trị nghiện		
<i>Không</i>	1	0,348
<i>Có</i>	0,68 (0,31 – 1,52)	

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine trong quá trình điều trị Suboxone từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đa biến cho thấy những bệnh nhân gặp vấn đề về kỳ thị liên quan đến sử dụng chất có khả năng kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphin cao hơn (OR=2,51; 95% KTC: 1,39-4,53).

3.3.1.2. Yếu tố liên quan đến duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện lỏng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú

Bảng 3.20: Các yếu tố liên quan đến duy trì trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone (mô hình đơn biến)

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến	
	HR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	0,95 (0,92 – 0,99)	0,021
Giới tính		
<i>Nam</i>	1	0,310
<i>Nữ</i>	1,68 (0,61 – 4,59)	
Nghề nghiệp		
<i>Không</i>	1	0,129
<i>Có</i>	0,93 (0,56 – 1,55)	
Số lần bị bắt tạm giam		
<i>Dưới 2 lần</i>	1	0,595
<i>Từ 2 lần trở lên</i>	0,89 (0,58 – 1,37)	
Tuổi lần đầu sử dụng heroin	0,98 (0,95 – 1,01)	0,161
Số năm sử dụng heroin thường xuyên	1,02 (0,73 – 1,42)	0,905
Hỗ trợ của xã hội	0,75 (0,50 – 1,14)	0,187
Liều Suboxone	0,94 (0,92 – 0,97)	<0,001
Kỳ thị liên quan HIV	1,01 (1,00 – 1,02)	0,009

Áp dụng mô hình hồi quy Cox đơn biến, kết quả cho thấy các yếu tố liên quan đến việc duy trì trong điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone lỏng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú bao gồm: liều Suboxone và kỳ thị liên quan đến HIV. Cụ thể, người bệnh có liều Suboxone càng cao thì tỷ lệ bỏ điều trị càng thấp (HR= 0,94, 95% KTC: 0,92 – 0,97); người bệnh gặp các vấn đề kỳ thị liên quan đến tình trạng HIV càng nhiều thì tỷ lệ bỏ điều trị càng cao (HR=1,01, 95% KTC: 1,00 - 1,02)

Bảng 3.21: Các yếu tố liên quan đến duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone (mô hình đa biến)

Yếu tố liên quan	Mô hình đa biến	
	aHR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	0,91 (0,80 – 1,03)	0,154
Giới tính		
<i>Nam</i>	1	0,207
<i>Nữ</i>	2,71 (0,58 – 12,68)	
Nghề nghiệp		
<i>Không</i>	1	0,286
<i>Có</i>	0,66 (0,31 – 1,41)	
Số lần bị bắt tạm giam		
<i>Dưới 2 lần</i>	1	0,495
<i>Từ 2 lần trở lên</i>	1,24 (0,66 – 2,35)	
Tuổi lần đầu sử dụng heroin	1,03 (0,92 – 1,12)	0,557
Số năm sử dụng heroin thường xuyên	1,16 (0,48 – 2,77)	0,739
Hỗ trợ của xã hội	0,87 (0,56 – 1,37)	0,559
Liều Suboxone	0,94 (0,91 – 0,98)	0,002
Kỳ thị liên quan HIV	1,01 (1,00 – 1,03)	0,024

Áp dụng mô hình hồi quy Cox đa biến, kết quả cho thấy các yếu tố liên quan đến việc duy trì trong điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú bao gồm: liều Suboxone và kỳ thị liên quan đến HIV. Cụ thể, người bệnh có liều Suboxone càng cao thì tỷ lệ bỏ điều trị càng thấp (HR= 0,94, 95%KTC: 0,91 – 0,98); người bệnh gặp các vấn đề kỳ thị liên quan đến tình trạng HIV càng nhiều thì tỷ lệ bỏ điều trị càng cao (HR=1,01, 95% KTC: 1,00 - 1,03)

3.3.1.3. Yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV trên người bệnh điều trị nghiện chất bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú

Bảng 3.22: Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV (mô hình đơn biến)

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến	
	OR (KTC 95%)	p-value
Tình trạng việc làm		
<i>Không</i>	1	0,017
<i>Có</i>	0,37 (0,17 -0,84)	
Dương tính với morphine		
<i>Không</i>	1	0,132
<i>Có</i>	2,17 (0,79 – 5,58)	
Dương tính với methamphetamine		
<i>Không</i>	1	0,220
<i>Có</i>	1,73 (0,72 – 4,14)	
Mức CD4		
$< 500 \text{ TB/mm}^3$	1	0,001
$\geq 500 \text{ TB/mm}^3$	0,22 (0,09 – 0,56)	
Hỗ trợ xã hội	0,98 (0,96 -1,01)	0,377
Tuân thủ điều trị nghiện		
<i>Không</i>	1	0,681
<i>Có</i>	0,86 (0,42 – 1,76)	

Sử dụng mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đơn biến để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến ngưỡng ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL, cho thấy một số yếu tố liên quan bao gồm: tình trạng việc làm và mức CD4. Cụ thể, người bệnh mà có việc làm thì có khả năng đạt ức chế tải lượng virus cao gấp 0,37 lần so với người bệnh không có việc làm (OR = 0,37; 95%KTC: 0,17 -0,84); người bệnh có mức CD4 $\geq 500 \text{ TB/mm}^3$ có khả năng đạt ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL hơn

0,22 lần so với người bệnh có mức $CD4 < 500 TB/mm^3$ (OR=0,22; 95% KTC: 0,09 – 0,56).

Bảng 3.23: Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV (mô hình đa biến)

Yếu tố liên quan	Mô hình đa biến	
	aOR (KTC 95%)	p-value
Tình trạng việc làm		
<i>Không</i>	1	0,070
<i>Có</i>	0,45 (0,19 – 1,06)	
Dương tính với morphine		
<i>Không</i>	1	0,336
<i>Có</i>	1,64 (0,59 – 4,53)	
Dương tính với methamphetamine		
<i>Không</i>	1	0,143
<i>Có</i>	1,96 (0,79 – 4,83)	
Mức CD4		
$< 500 TB/mm^3$	1	0,004
$\geq 500 TB/mm^3$	0,24 (0,09 – 0,64)	
Hỗ trợ xã hội	0,99 (0,97 -1,02)	0,853
Tuân thủ điều trị nghiện		
<i>Không</i>	1	0,139
<i>Có</i>	0,56 (0,26 – 1,21)	

Kết quả từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đa biến cho thấy mức CD4 có mối liên quan đến kết quả xét nghiệm tải lượng virus HIV. Cụ thể, người bệnh có mức $CD4 \geq 500 TB/mm^3$ có khả năng đạt ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL cao hơn 0,24 lần so với người bệnh có mức $CD4 < 500 TB/mm^3$ (OR=0,24; 95% KTC: 0,09 – 0,64).

3.3.1.4. Yếu tố liên quan từ phía người bệnh đến kết quả tuân thủ điều trị ARV

**Bảng 3.24: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV
(mô hình đơn biến)**

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến	
	OR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	1,02 (0,95 – 1,09)	0,607
Nghề nghiệp		
<i>Không</i>	1	0,016
<i>Có</i>	2,20 (1,15 – 4,18)	
Dương tính với morphine		
<i>Không</i>	1	0,001
<i>Có</i>	0,17 (0,06 – 0,51)	
Sức khỏe tâm thần – trầm cảm		
<i>Mức độ bình thường và nhẹ</i>	1	
<i>Mức độ vừa và nặng</i>	0,35 (0,16 – 0,74)	0,006
Hỗ trợ gia đình	1,03 (1,01 – 1,05)	0,014
Kỳ thị liên quan đến sử dụng chất	0,99 (0,98 – 0,99)	0,005
Tình trạng điều trị nghiện		
<i>Bỏ trị</i>	1	0,067
<i>Đang điều trị</i>	2,05 (0,95 – 4,40)	

Kết quả phân tích mô hình hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đơn biến cho thấy các yếu tố: việc làm, dương tính với morphine, nguy cơ sức khỏe tâm thần liên quan đến trầm cảm, hỗ trợ từ gia đình và kỳ thị liên quan đến sử dụng chất có mối liên quan đến tuân thủ điều trị ARV.

Mô hình đơn biến cho thấy những bệnh nhân có việc làm thì mức độ tuân thủ điều trị ART cao hơn 2,2 lần so với nhóm bệnh nhân không có việc làm (OR=2,20; 95% KTC: 1,16 - 4,18). Bệnh nhân vẫn tiếp tục sử dụng chất có kết quả dương tính với morphine (OR=0,17 95% KTC: 0,06 - 0,51) tuân thủ điều trị kém hơn bệnh nhân không sử dụng chất trong quá trình điều trị. Người bệnh có mức độ trầm cảm vừa và nặng tuân thủ điều trị ART kém hơn

bệnh nhân mức độ bình thường và nhẹ (OR=0,35; 95% KTC: 0,16 – 0,74) ở mô hình đơn biến. Người bệnh nhận được sự hỗ trợ tư gia đình trong quá trình điều trị càng nhiều thì tuân thủ điều trị ARV tốt hơn (OR = 1,03; 95% KTC: 1,01 – 1,05). Vấn đề kỳ thị với sử dụng chất cho thấy có mối liên hệ ở mô hình đơn biến, bệnh nhân gặp vấn đề kỳ thị liên quan đến sử dụng chất càng nhiều thì tuân thủ điều trị ARV càng kém (OR=0,99; 95%KTC= 0,98 – 0,99).

Bảng 3.25: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV (mô hình đa biến)

Yếu tố liên quan	Mô hình đa biến	
	aOR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	0,99 (0,92 – 1,07)	0,845
Nghề nghiệp		
<i>Không</i>	1	0,269
<i>Có</i>	1,53 (0,72 – 3,30)	
Dương tính với morphine		
<i>Không</i>	1	0,027
<i>Có</i>	0,22 (0,06 – 0,84)	
Sức khỏe tâm thần – trầm cảm		
<i>Mức độ bình thường và nhẹ</i>	1	0,137
<i>Mức độ vừa và nặng</i>	0,52 (0,– 1,23)	
Hỗ trợ gia đình	1,02 (0,99 – 1,05)	0,138
Kỳ thị liên quan đến sử dụng chất	0,99 (0,98 – 1,00)	0,323
Tình trạng điều trị nghiện		
<i>Bỏ trị</i>	1	0.873
<i>Đang điều trị</i>	1.07 (0.46 – 2.48)	

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) đa biến cho thấy người bệnh có kết quả dương tính với morphine (OR=0,22; 95% KTC: 0,06-0,84) thì tuân thủ điều trị ARV kém hơn.

3.3.2. Một số yếu tố thuận lợi từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lòng ghép điều trị và kết quả điều trị lòng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú

Lòng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú có các yếu tố thuận lợi từ phía người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình. Đối với bệnh nhân đó chính là những sự ủng hộ, sự hài lòng về thuốc điều trị nghiện CDTP. Đối với cơ sở điều trị chính là cải thiện mối quan hệ cán bộ y tế và bệnh nhân và mô hình điều trị này tạo thuận lợi cho việc đi lại và chăm sóc và điều trị toàn diện cho người bệnh.

Bảng 3.26: Yếu tố thuận lợi từ người bệnh

Cấp độ người bệnh	Yếu tố
Sự hài lòng về thuốc điều trị	<p>✓ <u>Hiệu quả điều trị nghiện của thuốc Suboxone</u> <i>Anh thấy cái thuốc ngậm suboxone trước tiên là mình thấy nó giúp mình cắt cơn nó nhanh hơn, trong vòng 1 tuần là mình đã bỏ được rồi. Còn điều trị methadone thì thời gian mình vào liều duy trì phải mất mấy tháng, có bạn uống đến gần 300 (ml) rồi vẫn chưa bỏ được. (Bệnh nhân 35 tuổi)</i></p>
	<p>✓ <u>Không/ít tương tác với thuốc ARV</u> <i>Em nghe người ta bảo là thuốc Suboxone ít tác hại hơn cho những người như bọn em (bệnh nhân điều trị ARV), em nghe nói nó (Suboxone) giúp CD4 mình tăng nhanh hơn, không biết là có thật không nhưng mà khi uống thuốc này em không phải tăng liều cao như uống methadone trước đây, không cảm thấy mệt mỏi thiếu thuốc. (Bệnh nhân 32 tuổi)</i></p>
	<p>✓ <u>Được uống thuốc cách ngày</u> <i>Một cái thuận lợi của điều trị thuốc ngậm (Suboxone) nữa là ba ngày mới uống thuốc một lần. Ba ngày mới uống thuốc một lần thì nó cũng đỡ thời gian đi lại cho mình rất nhiều (Bệnh nhân Suboxone, 35 tuổi)</i></p>

Trải qua thời gian tham gia điều trị nghiện chất CDTP bằng Suboxone, người bệnh cảm thấy những ưu điểm của thuốc Suboxone đối với quá trình điều trị nghiện chất và điều trị ARV. Theo quan điểm của người bệnh, ưu điểm điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone được thể hiện ở một số khía cạnh như: hiệu quả điều trị của thuốc, không/ít tương tác với thuốc ARV và được uống thuốc cách ngày.

Hiệu quả điều trị bằng Suboxone được thể hiện qua yếu tố giảm cảm giác thèm nhớ heroin nhanh và ổn định liều nhanh. Do đặc điểm dược lý của thuốc nên người bệnh nhanh chóng cảm nhận được tác dụng Suboxone đối với việc không chế tác dụng của heroin.

“Ban đầu anh băn khoăn khi điều trị với thuốc mới này nhưng sau khi được điều trị anh thực sự cảm thấy thuốc rất tốt, ngậm khoảng 15 phút sau thì thuốc có tác dụng, rất nhanh. Anh mới ngậm được một vài hôm đã không còn cảm giác mệt mỏi vật vã gì nữa” (Bệnh nhân 28 tuổi)

“Anh thấy thuốc này tốt lắm, sau khi ngậm xong 15-20 phút đã thấy khỏe và tỉnh táo. Anh điều trị được khoảng ba ngày là đã cảm thấy hết cảm thấy mệt, anh đi làm anh không còn cảm giác mệt mỏi” (Bệnh nhân 32 tuổi)

Điều trị nghiện chất bằng Suboxone cũng giúp người bệnh nhanh ổn định liều hơn. Người bệnh nhanh chóng đạt được liều điều trị phù hợp sớm hơn so với điều trị methadone.

“Đối với anh thì chỉ một vài ngày sau khi khởi liều là anh đã ổn định liều của mình, không còn cảm giác thèm nhớ, không mệt mỏi và chơi ma túy cũng không còn có cảm giác gì. Anh không chơi gì kể từ hôm đấy. Trước đây khi điều trị methadone, anh mất mấy tháng trời vẫn phải dùng song song cả hai” (bệnh nhân 42 tuổi)

Tác dụng không chế nhanh chóng hội chứng cai do ngừng sử dụng heroin và ổn định liều nhanh của Suboxone được bệnh nhân đánh giá cao so với điều trị bằng methadone.

Ngoài ra, do đặc điểm Suboxone ít hoặc không có sự tương tác với ARV giúp người bệnh không cần thiết phải sử dụng liều điều trị Suboxone cao và giúp tuân thủ điều trị nghiện chất tốt hơn.

“Bác sỹ giải thích thuốc này không tương tác với ARV, nên anh không phải uống liều cao như khi điều trị bằng methadone. Bạn anh khi điều trị đồng thời methadone và ARV thì cứ khoảng 3h sáng đã cảm thấy mệt rồi, cũng có người không chịu được họ cũng dùng heroin trước khi họ đi uống methadone”. (bệnh nhân 36 tuổi)

“Trung tâm của chị cung cấp cả methadone nữa, nên khi lồng ghép điều trị Suboxone thấy bệnh nhân tham gia điều trị Suboxone rất ổn. Thuốc không tương tác với thuốc với ARV nên không cần tăng liều Suboxone cho bệnh nhân” (Cán bộ dược, 32 tuổi)

Bên cạnh đó do ưu thế về đặc điểm dược lý, Suboxone có thể có tác dụng lên đến 72h nên người bệnh không cần phải đi uống thuốc hàng ngày mà có thể cách ngày. Điều này thuận lợi hơn đối với những người bệnh có việc làm, sống xa cơ sở điều trị hoặc khó khăn về phương tiện đi lại.

Bên cạnh việc ổn định liều nhanh, thuốc còn có lợi thế nữa là bệnh nhân không phải đến cơ sở hàng ngày. Bọn em cũng tiến hành tư vấn và cho uống cách ngày đối với các bệnh nhân điều trị ổn định không còn sử dụng heroin và mong muốn của bệnh nhân. Cách một ngày họ mới phải đến ngậm thuốc, thuận tiện cho những bệnh nhân có công việc (Tư vấn viên 38 tuổi)

Bảng 3.27: Yếu tố thuận lợi từ cơ sở điều trị

Cấp độ cơ sở điều trị	Trích dẫn
Cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và người bệnh	<p><i>“Nói chung vào cái chương trình này, anh không hiểu thế nào nhưng mà từ bác sỹ đến nhân viên đều quan tâm bệnh nhân, chăm sóc mình chu đáo nhiều lắm. Giữa nhân viên y tế và bệnh nhân anh thấy hài hòa chắc là cán bộ được đi tập huấn nhiều rồi người ta hiểu tâm sinh lí bệnh nhân. Vì vậy, cán bộ phải sử dụng cả tình cảm cộng với trách nhiệm để điều trị cho mình, tạo điều kiện tối đa cho mình. Có hôm mình cần uống thuốc sớm để đi làm họ đến sớm cho mình ngâm, còn hôm nào mình về muộn mà tắc đường gọi điện nhờ các chị đợi thì họ vẫn cố gắng chờ mình đến (Nam bệnh nhân 42 tuổi).</i></p> <p><i>Như em thấy ở đây cán bộ người ta rất tình cảm. Em đi nhiều nơi (cơ sở y tế khác) có khi người ta câu gắt hoặc gây khó dễ với mình, chứ còn từ ngày em đến đây điều trị thì cán bộ rất nhiệt tình, người ta rất khéo léo kiểu như là người ta hiểu biết về điều trị cho bọn em hơn.” (Bệnh nhân 36 tuổi)</i></p>

Ngoài ra, lồng ghép điều trị cũng giúp cải thiện mối quan hệ trao đổi giữa người bệnh và cán bộ y tế. Người bệnh thoải mái chia sẻ với cán bộ về tình trạng điều trị, cũng như cuộc sống hàng ngày với cán bộ y tế điều mà trước đây họ rất ít khi có cơ hội để trao đổi. Đây là điểm mới mà trước đây khi mà chưa lồng ghép điều trị, người bệnh không mấy khi chia sẻ về tình trạng của mình với cán bộ cơ sở.

“Trước đây, đi lấy thuốc (ARV) thì em lấy thuốc xong rồi về nhưng từ khi em điều trị thuốc ngậm (Suboxone) tại đây thì em có thời gian trò chuyện với cán bộ y tế nhiều hơn. Có vấn đề điều trị gì chưa rõ dễ dàng hỏi cán bộ y tế hơn. Ngoài ra, các chị ấy hỏi thăm công việc, gia đình thì mình thấy gần gũi hơn. Em chưa đến uống thuốc thì các chị ấy cũng gọi điện /nhắc hẹn làm mình cảm thấy rất gần bó với cơ sở” (Nam bệnh nhân 35 tuổi)

“Mình điều trị ở đây cả hai, giao tiếp với các anh chị bác sỹ và điều dưỡng hàng ngày, thì mình cũng cảm thấy gần gũi hơn là lâu lâu mới gặp nhau, mình nói chuyện cởi mở hơn, không cần che dấu việc sử dụng chất của mình” (Nữ bệnh nhân 41 tuổi)

Bảng 3.28: Yếu tố thuận lợi từ cấp độ chương trình

Cấp độ chương trình	Trích dẫn
Sự thuận lợi của mô hình lồng ghép điều trị	<p><u>Tạo thuận lợi cho việc đi lại, tham gia điều trị</u> <i>Ví dụ như chị đi uống thuốc rồi chị đến lấy thuốc luôn hoặc là thỉnh thoảng chị có thay đổi sức khỏe chị muốn bác sỹ tư vấn thì chị tạt qua rất là tiện. Chứ còn nếu mà tách ra điều trị hai cơ sở nhiều khi muốn hỏi bác sỹ mà phải đi lại nên là thôi mình không hỏi nữa (Nữ bệnh nhân, 41 tuổi)</i></p>
	<p><u>Chăm sóc và điều trị toàn diện</u> <i>Thật sự thì em thấy thuận lợi nhất là được một bác sỹ điều trị cho mình cả hai thứ (điều trị nghiện chất và điều trị ARV) vì nó vừa đỡ phí thời gian hơn mà được theo dõi sát sao hơn và mình dễ trao đổi với bác sỹ hơn các vấn đề của mình. (Nam bệnh nhân 35 tuổi)</i></p>

Mô hình lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú tạo nên sự thuận lợi cho bệnh nhân tham gia và duy trì trong điều trị. Sự thuận lợi đối với việc tham gia điều trị nghiện chất và điều trị ARV tập trung vào một số khía cạnh như thuận tiện trong đi lại, và được chăm sóc điều trị toàn diện

Khi lồng ghép điều trị nghiện vào cơ sở HIV ngoại trú thì người bệnh chỉ cần đến một cơ sở y tế cho cả hai loại hình điều trị. Mô hình điều trị này tạo thuận tiện cho người bệnh trong việc đi lại cũng như tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

“...Điều trị cùng một nơi mình vừa đi uống ngậm thuốc, vừa lấy thuốc ARV hoặc có vấn đề cần được tư vấn, hoặc khám vấn đề sức khỏe khác, thì khi mình đến ngậm thuốc có thể hỏi được bác sỹ, thì nó tiện lợi hơn rất là nhiều” (Bệnh nhân 42 tuổi).

Một điểm tích cực điều trị lồng ghép là giúp người bệnh được nhận hai hình thức điều trị tại một cơ sở y tế. Thay vì phải đến hai cơ sở y tế riêng biệt như trước đây, bây giờ người bệnh nhận hai loại điều trị tại một cơ sở y tế với cùng đội ngũ cán bộ y tế. Vì thế, thông tin về quá trình điều trị cũng như sự tương tác thuốc, tác dụng phụ của hai hình thức điều trị sẽ được cán bộ y tế nắm bắt toàn diện và xử lý kịp thời hơn.

“Theo em điều trị lồng ghép cũng có nhiều điểm tích cực đối với quá trình điều trị của bệnh nhân ví dụ thông tin về điều trị, bảo mật thông tin sẽ được tốt hơn. Bác sỹ sẽ nắm được các thông tin điều trị ARV và điều trị nghiện của bệnh nhân và trao đổi với cán bộ y tế khác về tình hình điều trị của bệnh nhân để giải quyết kịp thời. Đây cũng trong một khoa, cùng trong một cơ quan thì cái việc trao đổi thông tin về bệnh nhân này, bệnh nhân kia, thì cũng sẽ được thường xuyên hơn so với việc mà khác cơ sở” (Bác sỹ điều trị 30 tuổi)

“Các kết quả xét nghiệm hàng quý thì các bác sỹ theo dõi được cho mình, tất cả có trong hồ sơ. Bác sỹ hiểu được tình hình cả hai loại điều trị của mình. Ví dụ như mình điều trị ARV có ảnh hưởng đến thuốc Suboxone như thế nào để mà điều chỉnh cho phù hợp, thì đó là cái lợi thế cho quá trình điều trị của mình” (Bệnh nhân 32 tuổi)

3.3.3. Một số yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lòng ghép điều trị và kết quả điều trị lòng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả nghiên cứu định tính

Bảng 3.29: Yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh

Cấp độ người bệnh	Trích dẫn
1. Động cơ điều trị	<p>“Với em lí do mình đi điều trị thì một phần về kinh tế, và một phần nghĩ về gia đình. Thời gian đi trại vừa qua thì bố mất mình đã không chịu tang được rồi giờ còn mỗi mẹ già trên 80 nên mình cũng cố gắng điều trị. Mình cũng quyết tâm điều trị lắm, còn ở đây cũng có người nọ người kia, bọn em hay gọi là “hai mang” đó chị là họ đi điều trị để đỡ phải chơi phần nào, đỡ áp lực hơn về kinh tế chứ họ không từ bỏ hoàn toàn.”(Nam bệnh nhân 39 tuổi)</p> <p>“Điều trị Suboxone giai đoạn đầu rất thách thức, tư vấn bệnh nhân vào điều trị khó khăn. Một số anh thì các anh ý không chịu từ bỏ ma túy mà người ta chỉ về vì gia đình hoặc là bất kể một cái nguyên nhân gì đấy mà để đưa người ta vào điều trị thì người ta kiểu không nhiệt tình, không thiết tha với cái điều trị này lắm. Điều trị theo cái kiểu như là...gượng ép ý. Đấy, gượng ép hay là trốn tránh pháp luật hay là cái gì đấy, thế là điều trị là không hoàn toàn quyết tâm, cứ hững hờ rồi là dùng song song cả hai đấy.” (Cán bộ được, 33 tuổi)</p>

<p>2. Tình trạng sử dụng ma túy và sử dụng đa chất ma túy</p>	<p><i>“...Anh cũng không sử dụng nhiều, thỉnh thoảng có dịp nào đấy thôi, kiểu ví dụ như hôm vừa rồi đi chơi Noel thì gặp mấy thằng bạn ngoài đường thế là rủ nhau đi dùng, hôm đó bọn anh chỉ dùng đá thôi. Từ ngày điều trị thì anh cũng hạn chế giao lưu bạn bè, chỉ thỉnh thoảng gặp nhau thôi.” (Nam bệnh nhân 36 tuổi)</i></p> <p><i>H: Thế hiện nay chị còn sử dụng nữa không?</i></p> <p><i>Đ: Từ ngày tham gia điều trị, nói bảo nghỉ hoàn toàn cũng không phải, không còn sử dụng không phải, em thỉnh thoảng bị đau răng mà cái đấy (heroin) có tác dụng đau răng nhiều lắm nhiều lắm. Khi dỡ gờ (thay đổi thời tiết) thì đau nhức nhiều hơn, không chịu được là bọn em cũng có chơi để cho nó giảm bớt cái đau đi. (Nữ bệnh nhân 35)</i></p>
---	--

Quá trình triển khai lồng ghép điều trị nghiện chất tại cơ sở điều trị HIV cũng gặp rất nhiều thách thức ở cấp độ khác nhau như cấp độ người bệnh, cấp độ phòng khám và cấp độ chương trình.

Đối với người bệnh thì động cơ điều trị và tình trạng sử dụng đa chất ma túy là những yếu tố tác động rất lớn đến quá trình điều trị. Động cơ điều trị là một yếu tố rất quan trọng quyết định thành công và duy trì trong điều trị. Người bệnh có động cơ điều trị, mong muốn được điều trị để giảm và từ bỏ ma túy càng cao thì tuân thủ điều trị và duy trì điều trị càng tốt. Tuy nhiên, động cơ điều trị mỗi người bệnh là rất khác nhau *“có bệnh nhân mục đích tham gia điều trị để trốn tránh pháp luật, không muốn đi cai, có bệnh nhân tham gia điều trị vì gia đình bắt đi, có bệnh nhân thì muốn từ bỏ nên người ta quyết tâm điều trị”*. Người bệnh nào có động cơ điều trị cao thì khả năng duy trì lâu dài trong điều trị tốt hơn. Cán bộ y tế nhận thấy rõ tầm quan trọng của động cơ điều trị của bệnh nhân đối với kết quả điều trị và duy trì trong điều trị của bệnh nhân.

Chúng tôi thường nói vui rằng thuốc, bác sĩ, gia đình quyết định 50% thành công điều trị của bệnh nhân, còn 50% là do bệnh nhân. Bệnh nhân là chủ tịch hội đồng quản trị cái người mà quyết định nhất và quyết tâm điều trị hay không. Chỉ khi nào sự quyết tâm điều trị cao thì sự hỗ trợ của bác sĩ, của thuốc và gia đình mới giúp bệnh nhân điều trị thành công và duy trì lâu dài trong điều trị. (Bác sĩ điều trị, 36 tuổi)

Điều trị Suboxone rất tốt đối với những trường hợp quyết tâm từ bỏ heroin, còn những trường hợp điều trị vì gia đình ép buộc hay vì lý do khác thì không thích thuốc này. Trái ngược với methadone, điều trị với Suboxone không còn cảm giác phê thuốc nếu bệnh nhân tiếp tục sử dụng heroin vì thế những trường hợp nào tuân thủ thì tuân thủ rất tốt, quyết tâm rất cao. Như trường hợp bệnh nhân S có xét nghiệm âm tính hoàn toàn luôn không một lần nào dương tính. (Cán bộ tư vấn, 32 tuổi)

Cán bộ y tế thấy rất rõ động cơ điều trị là một trong những yếu tố quan trọng tác động tới kết quả điều trị cũng như duy trì lâu dài trong điều trị của người bệnh, bên cạnh nhiều yếu tố khác tác động đến quá trình điều trị từ bản thân người bệnh.

Tình trạng sử dụng đa chất ma túy của người bệnh là yếu tố thách thức đối với kết quả điều trị lồng ghép điều trị nghiện chất và ARV.

Hiện nay, tình trạng sử dụng cái ma túy tổng hợp rất là thách thức. Bên cạnh công tác điều trị methadone, suboxone và ARV, cơ sở giành thời gian tư vấn hỗ trợ cho bệnh nhân giảm việc sử dụng ma túy tổng hợp. Vì sử dụng ma túy tổng hợp nó ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị nghiện chất và đến kết quả điều trị ARV của bệnh nhân. (Cán bộ lãnh đạo 48 tuổi)

Người bệnh đã tham gia điều trị nghiện chất nhưng chỉ tập trung chủ yếu vào điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, vì thế không phải người bệnh nào cũng ngừng sử dụng hoàn toàn các chất ma túy. Có trường hợp người bệnh vẫn tiếp tục sử dụng chất dạng thuốc phiện nhưng với tần suất thấp hơn và có người bệnh chuyển sang dùng các loại ma túy tổng hợp khác như methamphetamine (đá). Việc

sử dụng ma túy và đa chất ma túy trong quá trình điều trị được cán bộ y tế đánh giá là ảnh hưởng đến việc tuân thủ thuốc điều trị nghiện chất cũng như thuốc ARV.

Bảng 3.30: Yếu tố thách thức từ cấp độ cơ sở điều trị

Cấp độ phòng khám	Trích dẫn
1. Điều kiện cơ sở vật chất	“Cơ sở hiện nay không đáp ứng được điều kiện bảo quản thuốc điều trị nghiện như kho dược không đảm bảo an ninh, thiếu các thiết bị giám sát điều kiện bảo quản thuốc như máy đo độ ẩm, nhiệt độ. Cơ sở đang gửi thuốc Suboxone tại kho dược của cơ sở điều trị methadone.” (Bác sỹ điều trị tại OPC, 60 tuổi).
2. Nhân lực phòng khám	“Trước khi phòng khám còn thuộc quản lý khoa Kiểm soát dịch bệnh thì có đến 16-17 người giờ thì tách ra nhiều bộ phận thì chỉ còn có 9 người để đảm đương công việc của hai mảng điều trị ARV và điều trị nghiện, cho nên công việc rất vất vả. Mà bây giờ cũng không có nguồn ngân sách nào để bổ sung thêm biên chế.” (Cán bộ quản lý điều trị ARV 36 tuổi)
3. Đào tạo và nâng cao năng lực	“Bọn em gặp khá nhiều thách thức trong thời gian đầu triển khai, quá trình khởi liệu cho bệnh nhân rất khó khăn. Bệnh nhân rất sợ hội chứng cai, bệnh nhân cố gắng hợp tác thì khởi liệu thành công nhưng cũng có bệnh nhân người ta không vượt qua được. Nhóm vừa làm vừa học để giải quyết từng ca nên cũng cần có thêm hỗ trợ kỹ thuật hoặc đào tạo” (Bác sỹ điều trị 26 tuổi)
4. Kinh nghiệm điều trị nghiện chất	“Bệnh nhân nghiện họ có đời sống đa dạng và phức tạp: có anh thì sử dụng đá, tư vấn kiểu gì không bỏ; có anh thì phải đi trốn nợ, hôm ngậm hôm không, có anh thì không có việc làm...Trong quá trình điều trị, bọn em cũng phải tìm hiểu thật kỹ từng hoàn cảnh tìm cách tư vấn phù hợp cho bệnh nhân” (Cán bộ tư vấn OPC, 31 tuổi)

Đối với cấp độ cơ sở điều trị, các yếu tố như cơ sở vật chất, nhân lực, đào tạo và kinh nghiệm điều trị nghiện chất là những thách thức đối với việc triển khai mô hình điều trị lồng ghép. Cơ sở vật chất tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú cũng là một thách thức khi lồng ghép điều trị nghiện chất. Điều trị nghiện CDTP đòi hỏi nhưng tiêu chuẩn nhất định về cơ sở vật chất để đảm bảo tính riêng tư cho người bệnh, điều kiện an toàn và đảm bảo chất lượng thuốc. Trong khi đó, cơ sở vật chất của cơ sở điều trị HIV ngoại trú đang giới hạn cho hoạt động điều trị ARV. Thiếu phương tiện để đảm bảo an toàn cho thuốc và thiếu khu vực riêng tư cung cấp dịch vụ là các vấn đề nổi bật cần giải quyết nếu muốn thực hiện lồng ghép điều trị

“Cơ sở hiện nay không đáp ứng được điều kiện bảo quản thuốc điều trị nghiện như kho dược không đảm bảo an ninh, thiếu các thiết bị giám sát điều kiện bảo quản thuốc như máy đo độ ẩm, nhiệt độ. Cơ sở đang gửi thuốc Suboxone tại kho dược của cơ sở điều trị methadone.” (Bác sỹ điều trị tại OPC, 60 tuổi).

“Cơ sở hiện chỉ có một phòng tư vấn, được sử dụng thường xuyên cho bệnh nhân điều trị ARV. Cơ sở vẫn thiếu phòng tư vấn và không gian ngâm thuốc cho bệnh nhân điều trị Suboxone.” (Bác sỹ trưởng phòng khám OPC, 52 tuổi)

Lồng ghép điều trị tạo nên những áp lực về mặt nhân lực và tình trạng quá tải công việc. Mặc dù, lồng ghép dịch vụ được xem là một biện pháp tối ưu để tối đa việc sử dụng nhân lực trong bối cảnh cắt giảm kinh phí, nhưng trong bối cảnh cơ cấu nhân lực mỗi cơ sở điều trị 4 đến 6 nhân viên, điều trị trung bình khoảng 400 - 500 bệnh nhân, lồng ghép điều trị nghiện tạo sức ép về khối lượng và thời gian làm việc cho cán bộ y tế. Sự thiếu hụt nhân lực được cán bộ lãnh đạo đánh giá là ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ điều trị.

Hiện nay, phòng khám đang điều trị hơn 700 bệnh nhân ARV, cán bộ kiêm nhiệm công việc khác của Trung tâm. Trong khi đó, nhân lực ngày càng có xu hướng giảm đi chứ không có tăng thêm. Vì thế, lồng ghép

điều trị Suboxone rất thách thức, phòng khám phải hoạt động cả ngày cuối tuần cho bệnh nhân uống thuốc. (Bác sỹ điều trị, 60 tuổi)

Một trong những thách thức của lồng ghép điều trị là phải đáp ứng được nhân lực mới đảm bảo được chất lượng. Trong khi đó, số lượng người bệnh điều trị ARV và nghiện chất tăng nhưng nhân lực phải tinh giảm biên chế, và nguồn thu không có thì rất khó đáp ứng đủ nhân lực và chất lượng cho hai hình thức điều trị này. (Cán bộ lãnh đạo, 48 tuổi)

Với nguồn nhân lực hạn chế tại mỗi phòng khám, không thể tăng thêm số lượng bệnh nhân biên chế, chính vì thế mà lồng ghép điều trị dẫn đến tình trạng quá tải công việc. Đặc thù của điều trị nghiện CDTP bằng thuốc thay thế là phải cấp phát thuốc liên tục và không có ngày nghỉ. Chính vì vậy, lồng ghép điều trị nghiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú sẽ tạo nên thách thức đối với lịch làm việc tại cơ sở

“Khó khăn lớn nhất của lồng ghép điều trị chính là về mặt thời gian làm việc. Lồng ghép với điều trị Suboxone đồng nghĩa với việc phòng khám phải mở cửa cấp phát thuốc là 365 ngày bởi vì qui định chưa cho phép cấp phát thuốc nhiều ngày. Không có ngày nghỉ nên đôi lúc đôi lúc rất căng thẳng và mệt mỏi.” (Cán bộ dược và cấp phát, 34 tuổi)

“Em nghĩ nhân lực là một thách thức lớn do phòng khám đông bệnh nhân nhưng nhân lực còn thiếu. Hiện tại, công việc phòng khám rất nhiều, ngoài ra có rất nhiều báo cáo hàng tháng phải hoàn thành. Vì thế, khi có việc cá nhân nhưng em không thể xin nghỉ được. Nếu mà sau này được hỗ trợ nguồn nào để thêm nhân lực nữa cho cơ sở thì tốt.” (Cán bộ tư vấn, 27 tuổi)

Tất cả cán bộ y tế tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú đã được tập huấn và có chứng chỉ điều trị nghiện CDTP bằng thuốc thay thế. Tuy nhiên, do mới được tiếp cận phương pháp điều trị, cán bộ y tế thiếu kinh nghiệm và kỹ năng để đối phó với vấn đề nảy sinh trong quá trình điều trị như vấn đề khởi liều, bệnh nhân với độ dung nạp cao và tình trạng sử dụng đa chất.

“Bọn em gặp khá nhiều thách thức trong thời gian đầu triển khai, quá trình khởi liệu cho bệnh nhân rất khó khăn. Bệnh nhân rất sợ hội chứng cai, bệnh nhân cố gắng hợp tác thì khởi liệu thành công nhưng cũng có bệnh nhân người ta không vượt qua được. Nhóm vừa làm vừa học để giải quyết từng ca nên cũng cần có thêm hỗ trợ kỹ thuật hoặc đào tạo”
(Bác sỹ điều trị 26 tuổi)

Trong quá trình triển khai, cán bộ y tế gặp nhiều thách thức đối với những bệnh nhân có độ dung nạp cao, bệnh nhân sử dụng rượu, sử dụng đa ma túy và bệnh đồng diễn cũng như các vấn đề kinh tế xã hội khác. Bác sỹ cũng như tư vấn viên cảm thấy lúng túng khi xử trí những trường hợp này.

“Như bệnh nhân D, bọn em đã tiến hành tăng liều tối đa nhưng bệnh nhân vẫn báo mệt và xuất hiện cảm giác vật vã, mệt mỏi nên bệnh nhân tiếp tục sử dụng ma túy. Bọn em tăng cường tư vấn nhưng bệnh nhân vẫn dùng ma túy. Nhiều bệnh nhân cũng kêu mệt lắm nhưng chúng em cũng phải hỏi kỹ xem bệnh nhân mệt như thế nào, mệt do chưa đủ liều hay là mệt do phải đi làm đêm, làm ca để có hướng điều chỉnh trong quá trình điều trị” (Bác sỹ điều trị, 28 tuổi)

“Bệnh nhân nghiện họ có đời sống đa dạng và phức tạp: có anh thì sử dụng đá, tư vấn kiểu gì không bỏ; có anh thì phải đi trốn nợ, hôm ngâm hôm không, có anh thì không có việc làm...Trong quá trình điều trị, bọn em cũng phải tìm hiểu thật kỹ từng hoàn cảnh tìm cách tư vấn phù hợp cho bệnh nhân” (Cán bộ tư vấn OPC, 31 tuổi)

Ngoài những thách thức từ cấp độ người bệnh và cơ sở điều trị, kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy các thách thức về mặt chương trình tác động đến quá trình lồng ghép điều trị nghiện chất vào cơ sở điều trị HIV ngoại trú.

Đối với cấp độ chương trình các yếu tố như thay đổi mô hình tổ chức điều trị ARV, các chính sách điều trị ARV, điều trị nghiện chất và yếu tố kỹ thuật từ nhân viên y tế và xã hội là những thách thức đối với quá trình triển khai lồng ghép điều trị.

Bảng 3.31: Yếu tố thách thức từ cấp độ chương trình

Cấp độ chương trình	Trích dẫn
1. Thay đổi mô hình tổ chức điều trị ARV.	<p><i>Trước đây thì điều trị ARV do Khoa kiểm soát dịch bệnh quản lý nhưng bây giờ Sở Y tế đang chỉ đạo để tách cơ sở về bên điều trị, các phòng khám đa khoa quản lý. Đang sắp xếp để tổ chức hệ thống điều trị ARV trong thời gian sắp tới khi mà chuyển hẳn sang thanh toán bảo hiểm và các nguồn tài trợ đang càng ngày càng ít đi. (Cán bộ quản lý cơ sở 36 tuổi)</i></p> <p><i>Trước đây khi phòng khám còn được nhận tài trợ của FHI thì còn có các hoạt động hỗ trợ cộng đồng để hỗ trợ tuân thủ điều trị và duy trì điều trị cho người bệnh, nhưng bây giờ các hoạt động cộng đồng đã cắt hết, chỉ tập trung vào hoạt động điều trị tại cơ sở thôi. (Điều dưỡng tại cơ sở điều trị, 28 tuổi)</i></p>
2. Các chính sách điều trị ARV và điều trị nghiện chất	<p><i>Khi thực hiện chính sách thanh toán chi phí điều trị ARV thông qua bảo hiểm y tế thì cũng có những thay đổi ví dụ như người bệnh mua có bảo hiểm thì tiếp tục được chăm sóc, không có bảo hiểm thì phải mua mà còn liên quan đến hộ khẩu nên khá thách thức, thanh toán bảo hiểm cũng phức tạp hơn, bảo hiểm giới hạn số tiền thanh toán mỗi lần khám cũng có thể dẫn đến khả năng bệnh nhân phải khám hai lần trong tháng. (Cán bộ quản lý tại cơ sở 33 tuổi)</i></p>

<p>3. Yếu tố kỳ thị từ nhân viên y tế và cộng đồng</p>	<p><i>Theo anh thì không cần lòng ghép điều trị đâu, ai uống ở đâu thì uống ở đấy vì nhiều người người ta muốn giữ chưa tiết lộ tình trạng HIV của mình. Điều trị trên cơ sở methadone thì ai cũng giống ai, còn điều trị ở đây (cơ sở HIV) thì người ta toàn xì xào là mấy thằng nghiện đi uống thuốc. (Nam bệnh nhân 36 tuổi)</i></p> <p><i>Bệnh nhân điều trị nghiện là bệnh nhân mà nghiện rất nhiều năm, đạo đức của họ bị suy giảm rất nhiều. Thái độ, giao tiếp tại cơ sở rất thiếu văn hóa, khó chịu (...). Họ đến phòng khám vứt rác khắp nơi. Đến cuối ngày, chúng tôi phải dọn dẹp vệ sinh cơ sở. (Bác sĩ trưởng cơ sở OPC 52 tuổi)</i></p>
--	--

Nghiên cứu triển khai lòng ghép điều trị tại cơ sở HIV ngoại trú trong bối cảnh các nguồn kinh phí quốc tế hỗ trợ cho chương trình điều trị HIV đang bị cắt giảm mạnh mẽ. Điều này dẫn tới những thách thức về cung cấp dịch vụ hỗ trợ điều trị và phân bổ nhân lực. Nếu như trước đây các cơ sở điều trị HIV ngoại trú có nguồn kinh phí hỗ trợ để tăng cường nhân lực cho vị trí quan trọng như tư vấn viên và nhân viên hỗ trợ tiếp cận và chăm sóc cộng đồng thì hiện nay những hoạt động và vị trí này bị cắt giảm một phần hoặc cắt giảm hoàn toàn. Nhân lực cơ sở điều trị HIV được tổ chức lại hạn chế theo định chế nhân lực thuộc biên chế nhà nước, đồng thời các hoạt động chăm sóc hỗ trợ của phòng khám sẽ được thu hẹp tại cơ sở điều trị. Trong khi công việc của cơ sở điều trị không giảm mà có xu hướng tăng thêm do số lượng người bệnh tăng theo thời gian. Trong bối cảnh cơ sở đang có những thay đổi trong tổ chức điều trị ARV trong bối cảnh mới, nếu lòng ghép thêm điều trị nghiện chất tạo ra thách thức đối với đối với cơ sở điều trị HIV ngoại trú.

Giai đoạn đầu triển khai điều trị methadone ở đây, chúng tôi thuê thêm 1 bác sỹ, một cán bộ dược đại học và ba điều dưỡng. Điều trị HIV được hỗ trợ kinh phí thuê thêm từ hai hoặc ba tư vấn nhưng do cắt giảm kinh phí và tinh giảm biên chế, cơ sở điều trị không còn đảm bảo nhân viên như thế nữa. Hiện nay, chỉ có tám biên chế thôi, tám biên chế này đang đảm nhiệm cả hai chương trình điều trị methadone và điều trị HIV nhưng số lượng người bệnh tăng gấp mấy lần. (Lãnh đạo trung tâm y tế, 48 tuổi)

Đồng thời, để đảm bảo tính bền vững của công tác phòng chống HIV/AIDS và chương trình điều trị ARV trong bối cảnh kinh phí tài trợ cắt giảm, chính sách điều trị ART và điều trị nghiện chất cũng đã có những thay đổi để đáp ứng với tình hình. Điều trị ARV được định hướng chi trả thông qua bảo hiểm y tế thuộc quản lý của đơn vị chức năng điều trị, trong khi đó điều trị nghiện chất thuộc quản lý đơn vị khôi dự phòng. Đây là thách thức đối với việc lồng ghép điều trị trong tương lai.

Đối với cơ sở, bọn em vẫn quản lý và thực hiện song song điều trị nghiện và điều trị ARV cho bệnh nhân do bọn em có đủ cơ sở vật chất và chủ trương lồng ghép đã thực hiện từ trước đây rồi. Tuy nhiên, bây giờ nếu như ARV thanh toán qua bảo hiểm y tế cách tổ chức quản lý sẽ có thay đổi, các hoạt động điều trị do phòng khám đa khoa trung tâm quản lý để phù hợp với qui trình thanh toán bảo hiểm cho bệnh nhân. (Bác sỹ điều trị, 36 tuổi)

Thay đổi chính sách tổ chức ARV là một thách thức đối với việc tổ chức lồng ghép điều trị nghiện chất vào cơ sở điều trị HIV ngoại trú khi chi phí cho hai hoạt động điều trị này lại được tổ chức theo hai hình thức khác nhau. Đây là thách thức cần phải xem xét để triển khai lồng ghép điều trị

Kỳ thi cũng là một yếu tố thách thức đối với việc tổ chức lồng ghép điều trị tại cơ sở điều trị HIV. Lo sợ bị kỳ thi, bị lộ tình trạng nhiễm HIV cũng dẫn đến tình trạng bệnh nhân từ chối tham gia điều trị, không cảm thấy thoải mái hoặc dùng điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú. Đặc biệt là

đôi với nhóm bệnh nhân trẻ, những người có công việc hoặc gia đình ổn định hoặc những bệnh nhân chưa sẵn sàng tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình.

“...Thời gian đầu anh lên đây điều trị anh rất sợ vì ngày nào mình cũng phải đi uống thuốc thì tránh sao được gặp người này người kia. Vì thế, anh chọn giờ uống thuốc là cuối giờ sáng hoặc cuối giờ chiều và đeo khẩu trang kín để không ai nhận ra” (Bệnh nhân điều trị Suboxone, 45 tuổi).

“Khi mình đến đây điều trị (OPC) thì người ta sẽ biết mình nhiễm HIV, hơn nữa những người điều trị thuốc ngậm (Suboxone) là người có HIV, chứ như trên cơ sở methadone thì ai cũng giống ai, không ai biết người nào có H hay không. Vì thế, em rất sợ lộ tình trạng HIV của mình” (Bệnh nhân điều trị Suboxone, 32 tuổi).

Đối với cán bộ tại cơ sở điều trị HIV, lòng ghép điều trị nghiện đồng nghĩa với việc cán bộ phải thường xuyên làm việc với nhóm người sử dụng ma túy. Đây là nhóm bệnh nhân được cán bộ đánh giá là “phức tạp” so với bệnh nhân ARV nói chung. Mặc dù không thể hiện một sự kỳ thị rõ ràng, nhưng một số cán bộ y tế quan niệm rằng những người bệnh có tiền sử nghiện chất là những người thiếu văn hóa, suy giảm về mặt đạo đức và có những hành vi không chuẩn mực sau nhiều năm sử dụng ma túy.

Bệnh nhân điều trị nghiện là bệnh nhân mà nghiện rất nhiều năm, đạo đức của họ bị suy giảm rất nhiều. Thái độ, giao tiếp tại cơ sở rất thiếu văn hóa, khó chịu (...). Họ đến phòng khám vứt rác khắp nơi. Đến cuối ngày, chúng tôi phải dọn dẹp vệ sinh cơ sở. (Bác sỹ trưởng cơ sở OPC 52 tuổi)

Tóm lại, kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy một số thách thức từ cấp độ người bệnh, từ cấp độ cơ sở điều trị và từ cấp độ chương trình tác động đến quá trình lòng ghép điều trị nghiện chất vào cơ sở điều trị HIV ngoại trú

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy lòng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú có tác động tích cực trong việc giảm hành vi và tần suất sử dụng chất gây nghiện và cải thiện kết quả điều trị ARV cũng như tuân thủ điều trị ARV.

4.1. Đặc điểm nhân khẩu, xã hội và tiền sử sử dụng chất của đối tượng tham gia nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu và xã hội của đối tượng tại thời điểm tham gia nghiên cứu

Trong tổng số 136 đối tượng nghiên cứu, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 31-40 tuổi với 63,2%, độ tuổi trung bình là $38 \pm 5,8$ tuổi, chủ yếu là nam giới (96,3%). Đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông chiếm hơn một nửa số đối tượng tham gia với 52,9%, chỉ có 3,7% đối tượng có trình độ trung cấp hoặc đại học. Tại thời điểm tham gia vào nghiên cứu, có 44,1% đối tượng nghiên cứu chưa từng kết hôn, 36,8% bệnh nhân kết hôn, gần 74,3% đối tượng nghiên cứu sống cùng với bố mẹ.

Đặc điểm về tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và sống cùng nhà với ai trong nghiên cứu này khá tương đồng với đặc điểm quần thể bệnh nhân điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong các nghiên cứu về hiệu quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ở Việt Nam. Nghiên cứu mô tả đặc điểm bệnh nhân mới tham gia điều trị methadone tại Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái năm 2014 cho kết quả tương tự, có 71,7% đối tượng trong độ tuổi 30-40 tuổi, 99% là nam giới và hơn 60% có trình độ học vấn từ trung học phổ

thông trở xuống.⁶⁹ Tương tự, một nghiên cứu đánh giá tác động điều trị methadone trên 956 bệnh nhân tại 6 cơ sở điều trị methadone ở Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy sự tương đồng về đặc điểm về nhóm tuổi, giới và trình độ học vấn của bệnh nhân như 94,9% là nam giới 52,2% bệnh nhân ở độ tuổi từ 30 tuổi trở lên, 55,9% có trình độ dưới phổ thông trung học.⁷⁰ Điều này đưa đến giả thuyết là phải ở một độ tuổi nhất định thì bệnh nhân mới bắt đầu tiếp cận và nhận điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, cụ thể là độ tuổi phổ biến của bệnh nhân nhận điều trị từ độ tuổi 30 trở đi. Trình độ học vấn thấp là đặc điểm chung của quần thể người tiêm chích ma túy, tuy nhiên cũng không có nhiều nghiên cứu lý giải về vấn đề này. Học vấn thấp cũng là yếu tố dẫn đến việc sử dụng ma túy hoặc việc sử dụng ma túy cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến hạn chế duy trì học lên cao.

Trong nghiên cứu này, 56,6% đối tượng nghiên cứu không có việc làm, thu nhập trung bình là 3,5 triệu/tháng. Mức thu nhập này tương đương với nhóm bệnh nhân điều trị methadone ở Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái năm 2014 nhưng thấp hơn thu nhập bình quân nhóm bệnh nhân điều trị methadone ở Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009.^{69,70} Mức thu nhập này thấp hơn so với thống kê về bình quân thu nhập đầu người tại Việt Nam năm 2019 do ngân hàng thế giới tổng hợp. Thu nhập trung bình thấp trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu này cũng như Điều này có thể do trình độ học vấn thấp và việc đi uống thuốc methadone hàng ngày, cũng như thách thức về vấn đề kỳ thị với tình trạng sử dụng ma túy và HIV là những rào cản trong việc tìm kiếm việc làm cũng như cải thiện thu nhập cho bệnh nhân điều trị methadone và nhiễm HIV.⁷¹

Tình trạng vi phạm pháp luật khá phổ biến trong quần thể nghiên cứu với 83,8% đối tượng tham gia nghiên cứu báo cáo đã từng bị bắt giam và kết án tù ít nhất một lần, trong số đó thì có 18,4% đã từng bị bắt giam trên 4 lần. Tỷ lệ về tiền án tiền sự trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái năm 2019, chỉ có 21,4% đối tượng có tiền án tiền sự và 71,6% có hành vi vi phạm pháp luật.⁶⁹ Nghiên cứu tại Hải Phòng và Hồ Chí Minh trên bệnh nhân methadone năm 2009 có 40,8% có hành vi vi phạm pháp luật trong 3 tháng qua và 13% có tiền án, tiền sự.⁷²

Tình trạng cai nghiện tại các trung tâm cai nghiện bắt buộc phổ biến trong người tham gia nghiên cứu, 64% báo cáo đã từng đi cai nghiện ít nhất một lần tại các trung tâm cai nghiện bắt buộc. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ đã từng đi cai bắt buộc tại các trung tâm của nhóm bệnh nhân methadone ở các tỉnh miền núi phía Bắc năm 2014 là 41,2%.⁶⁹ Tình trạng cai nghiện bắt buộc tại các trung tâm và tự cai rất phổ biến trong nhóm bệnh nhân methadone.

So với các nghiên cứu khác được thực hiện trên nhóm bệnh nhân điều trị nghiện CDTP, nhóm bệnh nhân điều trị buprenorphine/naloxone lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú có đặc điểm khá tương đồng về độ tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và nghề nghiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có tiền án tiền sự và tình trạng đi cai bắt buộc tại các trung tâm cao hơn các nghiên cứu khác. Đặc điểm này cũng là thách thức trong việc duy trì điều trị của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này.

4.1.2. Tình trạng sức khỏe và tiền sử sử dụng chất tại thời điểm tham gia nghiên cứu.

4.1.2.1. Tình trạng sức khỏe tại thời điểm tham gia nghiên cứu

Tại thời điểm tham gia nghiên cứu, mức CD4 trung bình là 411 ± 216 TB/mm³ và 21,2% người tham gia có mức CD4 ≤ 250 TB/mm³. Mức CD4 này cao hơn so với một số mức CD4 trong một số nghiên cứu trên nhóm người sử

dùng heroin nhiễm HIV. Nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân tiêm chích ma túy điều tiếp cận điều trị ARV sớm ở Thái Nguyên và Thanh Hóa có tới 34% bệnh nhân có mức $CD4 < 100 \text{ TB/mm}^3$.⁷³ Mức CD4 cao là do hơn một nửa bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã tham gia điều trị ARV trước khi tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

Tỷ lệ nhiễm các bệnh đồng nhiễm HBV chiếm 8,1% nhưng tỷ lệ dương tính với HCV trong nhóm người tham gia nghiên cứu lên tới 66,9%. Các bằng chứng nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tiêm chích ma túy là nguyên nhân chính của lây truyền HCV và HBV trên toàn cầu, tỷ lệ hiện nhiễm HCV và HBV trên toàn cầu trong nhóm TCMT là 67%⁷⁴ và 8,3%. Tỷ lệ hiện nhiễm HCV và HBV trong nghiên cứu này khá tương đồng với tỷ lệ trên toàn cầu. Tuy nhiên, tỷ lệ hiện nhiễm HBV trong nghiên cứu này thấp hơn nhóm bệnh nhân methadone tại Hải Phòng (11,6%) và Hồ Chí Minh (20,8%) năm 2009. Tỷ lệ hiện nhiễm HCV tương đồng với tỷ lệ này trong nhóm người điều trị methadone tại thành phố Hồ Chí Minh (69,8%) và cao hơn so với tỷ lệ ở bệnh nhân tại Hải Phòng (40%).⁷⁰

Sức khỏe tâm thần, nguy cơ về trầm cảm có 24,2% nguy cơ mức độ vừa và 7,3% từ mức độ nặng và rất nặng. Nguy cơ sức khỏe tâm thần về lo âu từ mức độ vừa đến rất nặng là 42,3%, và hầu hết bệnh nhân (78,7%) không gặp nguy cơ về căng thẳng, nguy cơ căng thẳng từ mức độ vừa đến rất nặng chiếm 10,3%. So sánh với nghiên cứu đánh giá về sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân điều trị methadone tại Nam Định năm 2018 cho thấy nguy cơ về trầm cảm, lo âu và căng thẳng từ mức độ vừa đến mức độ nặng và rất nặng của bệnh nhân điều trị buprenorphine/naloxone cao gấp nhiều lần so với bệnh nhân điều trị methadone. Nghiên cứu trong nhóm bệnh nhân methadone ở Nam Định, chỉ

có 1% bệnh nhân có mức độ nguy cơ trầm cảm từ mức độ trở lên, 8,1% có nguy cơ sức khỏe tâm thần lo âu mức độ vừa và 4% bệnh nhân gặp nguy cơ về căng thẳng ở mức độ nhẹ hoặc vừa, không có bệnh nhân nào gặp nguy cơ căng thẳng từ mức độ nặng đến rất nặng.⁷⁵ Các nguy cơ về sức khỏe tâm thần của người tham gia trong nghiên cứu này cao hơn nhóm bệnh nhân điều trị methadone có thể do bệnh nhân đồng thời điều trị nghiện chất và điều trị HIV.

4.1.2.2. Tiền sử sử dụng chất tại thời điểm tham gia nghiên cứu

Heroin là ma túy sử dụng chính với thời gian sử dụng phần lớn dao động từ 5 năm đến 10 năm, trong đó 53,7% người tham gia báo cáo có thời gian sử dụng heroin trên 10 năm và 38,2% báo cáo thời gian sử dụng từ 5-10 năm. Tuổi lần đầu sử dụng tập trung độ tuổi dưới 30 có 28,7% sử dụng đầu ở độ tuổi dưới 20. Trong vòng 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu, 94,8% người tham gia sử dụng theo đường tiêm chích, tuy nhiên tỷ lệ rất thấp (1,5%) báo cáo có hành vi sử dụng bơm kim tiêm và 23,5% đối tượng gặp vấn đề về sức thuốc do sử dụng heroin quá liều trong 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu.

So với nhóm bệnh nhân điều trị methadone ở một số tỉnh ở Việt Nam, thì có thể thấy người tham gia nghiên cứu này tuổi lần đầu sử dụng ở độ tuổi dưới 30 tuy nhiên thời gian sử dụng của bệnh nhân dài hơn so với bệnh nhân điều trị methadone ở một số tỉnh miền núi phía Bắc.⁶⁹ Tiêm chích ma túy là hành vi sử dụng chính trong nhóm đối tượng này với 94,8%, tỷ lệ tiêm chích ma túy cao hơn nghiên cứu ở các tỉnh miền núi phía Bắc (67,3%) năm 2014 và Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 là 84,2%.⁷² Mặc dù, tỷ lệ tiêm chích cao nhưng hành vi sử dụng bơm kim tiêm chung nghiên cứu lại thấp (1,5%) hơn so với nghiên cứu ở Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái (10,7%) và Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh (23,8%).⁷² Tỷ lệ bệnh nhân

sốc thuốc và gặp vấn đề sốc thuốc cao hơn so với tỷ lệ này ở bệnh nhân methadone ở các tỉnh miền núi phía Bắc (9,7%).⁶⁹

Có thể thấy rằng người tham gia trong nghiên cứu này có số năm sử dụng dài hơn, tỷ lệ tiêm chích cao hơn và tỷ lệ sốc thuốc và gặp vấn đề sốc thuốc cao hơn nhưng hành vi tiêm chích chung thấp hơn so với nhóm bệnh nhân methadone khác. Điều này cũng có thể lý giải như bệnh nhân sinh sống ở miền núi phía Bắc do thói quen sử dụng thuốc phiện đen bằng đường hút là phổ biến nên hành vi sử dụng ổn định khả năng chuyển sang hành vi tiêm chích lâu hơn.

Ngoài hành vi sử dụng heroin, đối tượng tham gia nghiên cứu còn sử dụng thêm các chất khác như thuốc lá, rượu/bia và ma túy tổng hợp. Trong số 136 người tham gia, có 38,2% sử dụng nhiều hơn một chất gây nghiện trong 30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu, với hơn 50% người tham gia sử dụng đa chất gây nghiện từ 3,5 ngày trở lên. Tỷ lệ người tham gia sử dụng thuốc lá hàng ngày là 83,8%, sử dụng rượu 35,3% và 25% sử dụng methamphetamine và 14,7% sử dụng amphetamine. Tình trạng sử dụng đa chất là khá phổ biến trong nhóm bệnh nhân điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.⁷⁶ Tỷ lệ sử dụng ma túy tổng hợp của những người tham gia khá tương đồng với tỷ lệ này trên nhóm bệnh nhân điều trị methadone tại hai cơ sở điều trị ở thành phố Hồ Chí Minh (23,4%) năm 2018.⁷⁷ Một nghiên cứu sàng lọc tình trạng sử dụng ma túy tổng hợp trên 1605 bệnh nhân tại 5 cơ sở điều trị methadone tại Hà Nội có kết quả sử dụng ma túy tổng hợp tương tự, 18,8% bệnh nhân có kết quả dương tính với methamphetamine.⁷⁸

Như vậy, nhóm bệnh nhân điều trị Suboxone lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú có một số đặc điểm nhân khẩu khá tương đồng với nhóm bệnh

nhân methadone về độ tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và nghề nghiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có tiền án tiền sự và đi cai bắt buộc tại các trung tâm cao hơn các nghiên cứu khác. Các đặc điểm về sức khỏe như tỷ lệ hiện nhiễm HCV và HBV không có nhiều sự khác biệt so với nhóm bệnh nhân methadone, các nguy cơ về sức khỏe tâm thần cao hơn. Tiền sử sử dụng heroin dài hơn, tỷ lệ tiêm chích cao hơn tuy nhiên tỷ lệ tiêm chích chung thấp hơn. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy tổng hợp khá tương đồng với bệnh nhân methadone ở thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội .

4.2. Kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 -2019

4.2.1. Kết quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên thực hiện lồng ghép liệu pháp điều trị nghiện CDTP bằng thuốc mới – Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Việt Nam.

Kết quả điều trị nghiện CDTP bằng thuốc Suboxone được thể hiện qua chỉ số giảm sử dụng ma túy dạng thuốc phiện đo lường thông qua tỷ lệ tự báo cáo hành vi sử dụng chất 30 ngày qua và kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine sau 12 tháng điều trị. Kết quả phân tích cho thấy, tự báo cáo hành vi sử dụng heroin và tỷ lệ dương tính với morphine có xu hướng giảm sau 12 tháng theo dõi. Tại thời điểm 12 tháng, có 64,4% bệnh nhân tự báo cáo hành vi sử dụng heroin và 67,7% có kết quả xét nghiệm dương tính với morphine. Trung vị số ngày sử dụng trong 30 ngày qua và mức độ thèm nhớ heroin giảm tại các thời điểm theo dõi. Kết quả tự báo cáo hành vi sử dụng chất dạng thuốc phiện trong 30 ngày qua trong nghiên cứu này khá

tương đồng với một nghiên cứu khác trên quần thể bệnh nhân nghiện chất dạng thuốc phiện nhiễm HIV nhận điều trị buprenorphine/naloxone lỏng ghép tại cơ sở điều trị HIV ở Mỹ với tỷ lệ tự báo cáo hành vi sử dụng chất dạng thuốc phiện 30 ngày qua là 42,4%.³⁶ Tuy nhiên, tỷ lệ dương tính với morphine sau 12 tháng điều trị trong nghiên cứu này cao gấp khoảng 2,5 lần so với nghiên cứu của Proctor và cộng sự năm 2003 tại Thụy Điển trên nhóm bệnh nhân nhận điều trị buprenorphine kết hợp can thiệp tâm lý chuyên sâu phòng tránh tái nghiện (64,7% và 25,2%).⁷⁹ Tương tự, kết quả dương tính với morphine sau 12 tháng điều trị của chúng tôi cao gấp gần 2 lần so với một nghiên cứu khác trên nhóm bệnh nhân nhận điều trị buprenorphine tại cơ sở chăm sóc ban đầu của Mỹ sau 12 tháng điều trị, tỷ lệ dương tính với chất dạng thuốc phiện là 35,3%.⁸⁰ Khi so sánh tỷ lệ tự báo cáo hành vi sử dụng chất sau 12 tháng điều trị của mô hình điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine lỏng ghép tại OPC và điều trị nghiện CDTP bằng methadone tại cơ sở methadone, tỷ lệ sử dụng chất sau 12 tháng điều trị trong nghiên cứu này cao gấp 3 lần tỷ lệ sử dụng CDTP ở nhóm bệnh nhân điều trị methadone ở Hải Phòng (22,2%) và thành phố Hồ Chí Minh (23,8%).⁷⁰ Ngoài ra, có 13,5% bệnh nhân có kết quả dương tính với ma túy tổng hợp amphetamine và 18,8% có kết quả dương tính với ma túy tổng hợp dạng methamphetamine tại thời điểm 12 tháng điều trị. Kết quả này thấp hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị Suboxone tại Mỹ với tỷ lệ báo cáo hành vi sử dụng ma túy tổng hợp là 41% sau 12 tháng theo dõi.³⁶

Sử dụng trái phép chất dạng thuốc phiện và ma túy tổng hợp trong quá trình điều trị là một thách thức đối với việc triển khai điều trị lỏng ghép điều trị Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú cần được hiểu biết đầy đủ. Đồng thời,

cần có thêm các biện pháp can thiệp về tâm lý và hành vi hỗ trợ bệnh nhân nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Kết quả phân tích về tuân thủ điều trị nghiện chất cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị Suboxone tại các vòng theo dõi. Tại thời điểm 12 tháng 54% bệnh nhân của bệnh nhân tuân thủ điều trị. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ tuân thủ (48%) từ một nghiên cứu hồi cứu trên 50 bệnh nhân điều trị buprenorphine/naloxone tại Trung tâm y tế của trường đại học Howard (Mỹ),⁸¹ mặc dù chương trình này kết hợp cả liệu pháp can thiệp nhận thức hành vi trong quá trình điều trị. Một nghiên cứu khác so sánh tuân thủ điều trị giữa hai nhóm bệnh nhân điều trị methadone (n=212) và buprenorphine (n=972) trong 6 tháng cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân buprenorphine thấp hơn bệnh nhân methadone dù bệnh nhân sống ở khu vực có điều kiện kinh tế xã hội cao hay thấp. Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 40% cho nhóm buprenorphine và 55% cho nhóm methadone ở khu vực điều kiện kinh tế xã hội thấp và 42% cho nhóm buprenorphine và 43% cho nhóm methadone ở khu vực có điều kiện kinh tế xã hội cao.⁸² Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ điều trị Suboxone trong nghiên cứu này thấp hơn so với tỷ lệ tuân thủ điều trị methadone tại Việt Nam.^{83,72} Nghiên cứu đánh giá chương trình điều trị thí điểm methadone trên 956 bệnh nhân tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhỡ 1-2 liều là 34,3% và nhỡ từ 3-4 liều là 2,4% và từ 5 liều trở lên là 3,4% tại tháng 12 đến tháng 18 theo dõi.⁷² Tỷ lệ tuân thủ trong bệnh nhân methadone tại một số cơ sở điều trị ở Hà Nội là 82,3% trong vòng 30 ngày qua.⁸³ Tương tự, tỷ lệ tuân thủ của người bệnh điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone tại mô hình lồng ghép thấp hơn tỷ lệ tuân thủ điều trị

tự báo cáo của 450 bệnh nhân methadone tại 3 cơ sở điều trị ở Hồ Chí Minh năm 2018 (61,8%).⁸⁴

Có thể thấy so với một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ tuân thủ điều trị nghiện chất bằng Suboxone trong nghiên cứu này có kết quả khá tương đồng. Tuy nhiên, so sánh với tỷ lệ tuân thủ điều trị methadone tại Việt Nam thì tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú thấp hơn rõ rệt. Một trong những lý do mà tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu về tuân thủ điều trị trong nhóm bệnh nhân điều trị nghiện CDTP là do khác biệt về cách đo lường về tuân thủ điều trị. Do chưa có một thang đo chuẩn về tuân thủ điều trị nghiện chất nên các nghiên cứu đo lường tuân thủ điều trị trên thế giới sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để đo lường. Một trong những phương pháp đo lường tuân thủ phổ biến nhất là thông tin tự báo cáo về tình hình tuân thủ điều trị sử dụng thang đo VAS hoặc tự báo cáo về số liều nhỡ trong vòng 4 ngày qua, cuối tuần qua hoặc 3 tháng qua.⁸⁴ Trong khi đó, thông tin tuân thủ điều trị nghiện chất trong nghiên cứu này được trích xuất từ phoi uống thuốc ghi nhận số ngày thực tế người bệnh đến uống thuốc trong suốt thời gian theo dõi. Đây cũng có thể là một yếu tố dẫn đến tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn tỷ lệ tuân thủ điều trị tự báo cáo của người bệnh mà các nghiên cứu khác sử dụng. Ngoài ra, can thiệp lồng ghép điều trị Suboxone được triển khai tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú trong bối cảnh cán bộ tại các cơ sở này chưa có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực tư vấn hỗ trợ tuân thủ điều trị nghiện chất. Đây có thể là nguyên nhân tác động đến tỷ lệ tuân thủ điều trị Suboxone thấp và thấp hơn tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng methadone tại cơ sở điều trị thay thế nghiện CDTP.

Đối với tỷ lệ duy trì trong điều trị sau 12 tháng theo dõi, kết quả phân tích sử dụng phương pháp ước lượng Kaplan-Meier cho thấy, tỷ lệ duy trì cộng dồn tại thời điểm 3, 6, 9 và 12 tháng lần lượt là 91,2%; 59,6%, 39% và 29,9%. Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ duy trì trong điều trị còn 29,9%. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ duy trì trong điều trị (49%) sau 12 tháng của bệnh nhân nhiễm HIV điều trị thay thế nghiện CDTP bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú tại Mỹ.³⁶ Tương tự, tỷ lệ duy trì điều trị trong nghiên cứu này cũng thấp hơn tỷ lệ điều trị trong nhóm bệnh nhân nghiện chất dạng thuốc phiện điều trị bằng Suboxone tại thành phố Hồ Chí Minh sau 12 tháng theo dõi (57%).⁸⁵

So sánh tỷ lệ duy trì điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone và methadone cũng cho thấy tỷ lệ duy trì điều trị sau 12 tháng theo dõi trong đánh giá thí điểm chương trình điều trị methadone của Việt Nam năm 2009 cao gấp 3 lần (29,9% so với 89,8%).⁷² Các nghiên cứu trên thế giới so sánh về kết quả duy trì điều trị thay thế nghiện CDTP bằng buprenorphine và methadone cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ duy trì điều trị của chương trình điều trị thay thế nghiện CDTP bằng methadone cao điều trị bằng buprenorphine.^{86,87} Tỷ lệ bệnh nhân ra khỏi chương trình điều trị cao nhất trong giai đoạn từ sau 3 tháng cho đến trước 9 tháng trong điều trị. Kết quả này tương tự một nghiên cứu theo dõi 33 tháng trên bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine tại Pháp có tới 43,5% bệnh nhân dừng điều trị tại thời điểm 9 tháng trở về trước trong tổng số bệnh nhân dừng điều trị.⁸⁸ Các bằng chứng nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện có tác động tích đối với việc tăng tỷ lệ điều trị ART và khống chế tải lượng virus đối với bệnh nhân mới bắt đầu điều trị ART hơn là bệnh nhân đã

điều trị ART từ trước khi nhận điều trị nghiện chất.³⁶ Chính vì vậy, nâng cao tỷ lệ duy trì điều trị CDTP sẽ tác động tích cực đến hiệu quả điều trị nghiện chất và điều trị ARV đặc biệt là đối với hình thức điều trị lồng ghép tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú.

Các kết quả điều trị nghiện chất như tỷ lệ dương tính nước tiểu với morphine, tỷ lệ tuân thủ điều trị và tỷ lệ duy trì điều trị điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú đều thấp hơn kết quả điều trị nghiện chất bằng methadone tại Việt Nam.^{70,85,89} Điều này cho thấy rằng, đứng về khía cạnh kết quả điều trị nghiện đây là kết quả không được như mong muốn. Để cải thiện kết quả điều trị nghiện chất ở mô hình lồng ghép trong tương lai cần có những nghiên cứu về các giải pháp để giúp cho việc hỗ trợ lồng ghép đạt hiệu quả điều trị cao. Từ kết quả điều trị nghiện chất của nghiên cứu cho thấy một số các biện pháp cần được chuẩn bị kỹ càng hơn nữa về kỹ năng và kiến thức điều trị nghiện chất đặc biệt là tư vấn hỗ trợ tuân thủ và duy trì điều trị cho đội ngũ cán bộ y tế. Đồng thời, cần có nghiên cứu thêm các biện pháp can thiệp về tâm lý hành vi giúp giảm sử dụng chất đặc biệt can thiệp giảm sử dụng ma túy tổng hợp nhằm giúp cải thiện kết quả điều trị nghiện chất ở mô hình lồng ghép.

4.2.2. Kết quả điều trị ARV của người bệnh điều trị lồng ghép nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú

Nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng can thiệp điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng buprenorphine hoặc methadone là một yếu tố tác động tích cực đối với kết quả điều trị và tuân thủ điều trị ARV.⁹⁰

Lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội cho thấy sau 12 tháng theo dõi cho thấy xu

hướng tăng số tế bào CD4 qua các kỳ theo dõi mặc dù xu hướng tăng này không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có số tế bào CD4 trên 500 TB/mm³ tăng từ 30,4% tại thời điểm ban đầu lên 42% tại thời điểm 12 tháng. Mặc dù trong nghiên cứu này chúng tôi không có cơ hội phân tích mối tương quan giữa điều trị nghiện và sự gia tăng của tế bào CD4. Tuy nhiên, một kết quả nghiên cứu lồng ghép buprenorphine tại cơ sở chăm sóc điều trị HIV ở Mỹ cho thấy có mối tương quan giữa can thiệp điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện và sự tăng tế bào CD4 theo thời gian điều trị.⁹¹ Một tổng quan tài liệu về tác động của điều trị thay thế nghiện CDTP và kết quả điều trị ARV cho thấy rằng việc đánh giá mối tương quan này có nhiều thách thức vì mỗi nghiên cứu có thời gian theo dõi khác nhau. Các nghiên cứu có thời gian theo dõi từ 12 tháng trở lên cho thấy sự tăng lên tế bào CD4 theo thời gian sẽ bền vững hơn các nghiên cứu có thời gian theo dõi ngắn.⁹⁰ Kết quả tăng tế bào CD4 trong quá trình điều trị trên nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng đối với việc giảm tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV và các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Chính vì vậy, nỗ lực duy trì bệnh nhân trong điều trị ARV kết hợp với điều trị nghiện chất được khuyến cáo đối với nhóm đối tượng này nhằm đạt kết quả điều trị ARV tối ưu và giảm sự tiến triển của HIV.

Đối với tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus HIV, tại thời điểm 12 tháng theo dõi có 81,8% bệnh nhân đạt ức chế tải lượng virus mức dưới 200 bản sao/mL, 84,1% đạt ức chế tải lượng virus < 1000 bản sao/mL. Sử dụng ngưỡng ức chế <200 bản sao/mL máu là ngưỡng được sử dụng phổ biến trong thời gian gần đây với kết quả nghiên cứu lâm sàng trên thế giới được chuyển tải thành thông điệp truyền thông K=K (Không phát hiện = Không lây truyền). Các nghiên cứu về tải lượng virus HIV trong nhóm bệnh nhân HIV thường sử

dụng ngưỡng ức chế <1000 bản sao/mL máu theo khuyến cáo trong Hướng dẫn điều trị ARV năm 2013 của WHO.⁹² Tỷ lệ không chế tải lượng virus trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus trong quần thể bệnh nhân ARV nói chung ở Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu trong 1225 bệnh nhân điều trị ARV tại 4 tỉnh Việt Nam năm 2016 cho thấy tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus dưới 1000 bản sao/mL máu là 93,7% trong nhóm nữ giới và 92,9% trong nhóm nam giới.⁹³ Tuy nhiên, kết quả tỷ lệ ức chế tải lượng virus trong nhóm này cao hơn tỷ lệ không chế tải lượng virus của nghiên cứu 100 bệnh nhân ARV có tiền sử tiêm chích ma túy tại Hà Nội năm 2006 với 73% đạt ức chế tải lượng virus dưới 100 bản sao/mL máu. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ ức chế tải lượng virus sau 52 tuần theo dõi trong nhóm TCMT nhận can thiệp điều trị ART, điều trị nghiện chất và hỗ trợ tâm lý hành vi của nghiên cứu HPTN074 tại Ukraine, Indonesia và Việt Nam (41% đạt ức chế tải lượng virus).⁹⁴

Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus của nghiên cứu này chưa đáp ứng với mục tiêu thứ 3 của chiến lược 90-90-90 trong công tác phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam (90% bệnh nhân ARV đạt ức chế tải lượng <1000 bản sao/mL máu). Tuy nhiên, kết quả ức chế tải lượng virus HIV trong nghiên cứu này cao hơn kết quả một số nghiên cứu trên nhóm có tiền sử tiêm chích ma túy, đồng thời giúp cung cấp bằng chứng lâm sàng về kết quả điều trị ARV và điều trị nghiện chất trên nhóm bệnh nhân HIV nghiện các chất dạng thuốc phiện tại cơ sở lồng ghép điều trị tại Việt Nam.

Sử dụng thang đo VAS tự đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV 7 ngày qua với ngưỡng tuân thủ $\geq 90\%$ được xem như là ngưỡng tuân thủ điều trị. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nhóm người bệnh nhân điều trị ARV và điều trị

nghiên CDTP bằng thuốc Suboxone lần lượt là 80,6% tại thời điểm ban đầu, 87,0% tại thời điểm 6 tháng và 79,4% tại thời điểm 12 tháng. Nghiên cứu thuần tập MANIF2000 ở Pháp theo dõi nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu có đặc điểm điều trị tương tự như nghiên cứu này trong 2,5 năm cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 65,2% (ngưỡng tuân thủ điều trị là 90%),⁹⁵ tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu này. Một nghiên cứu so sánh tuân thủ điều trị giữa nhóm tiêm chích ma túy được điều trị nghiện CDTP bằng methadone/buprenorphine và nhóm không nhận điều trị nghiện chất, thì tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 41% ở nhóm nhận điều trị nghiện CDTP so với 21% ở nhóm không nhận điều trị.⁹⁶ Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại thời điểm 12 tháng trong nghiên cứu này cao hơn tỷ lệ tuân thủ điều trị trong một nghiên cứu gộp (meta analysis) tổng hợp kết quả 84 nghiên cứu tại 20 quốc gia cho thấy với ngưỡng tuân thủ $\geq 90\%$ chỉ có 62% bệnh nhân tuân thủ điều trị, trong đó nhóm tiêm chích ma túy có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn các nhóm khác.⁹⁷ Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu này khá tương đồng với tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV của nhóm bệnh nhân HIV tại Hải Phòng, Hà Nội và Hồ Chí Minh có tỷ lệ tuân thủ là 74,1% với ngưỡng tuân thủ điều trị $\geq 95\%$.⁹⁸ Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng tuân thủ điều trị ARV trong nhóm bệnh nhân có tiền sử tiêm chích ma túy có rất nhiều thách thức cần tăng cường dịch vụ lồng ghép điều trị nghiện CDTP và điều trị ARV nhằm nâng cao việc tiếp cận và tuân thủ điều trị cho nhóm đối tượng này.⁹⁹

4.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lòng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú.

4.3.1. Các yếu tố liên quan từ phía người bệnh: kết quả định lượng

4.3.1.1. Yếu tố liên quan đến tình trạng xét nghiệm dương tính với morphine.

Kết quả phân tích mô hình hồi qui logistics hỗn hợp đơn biến cũng như đa biến trong nghiên cứu này cho thấy yếu tố kỳ thị liên quan đến khả năng kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine cao hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới không đưa ra kết luận tương tự mà cho thấy kỳ thị và tự kỳ thị về tình trạng sử dụng ma túy có tác động đến việc tiếp cận điều trị nghiện chất và duy trì trong điều trị.^{100,101} Yếu tố rối loạn lo âu có mối tương quan trong mô hình đơn biến nhưng không có mối tương quan với kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính trong mô hình phân tích đa biến. Tuy nhiên, nghiên cứu của Ferri và cộng sự sử dụng mô hình phân tích hồi qui đa biến cho thấy bệnh nhân có rối loạn lo âu có khả năng sử dụng ma túy cao hơn trong quá trình điều trị (OR = 4,16, 95% KTC = 1,18–14,67).¹⁰²

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tuân thủ điều trị giúp giảm tỷ lệ sử dụng chất trong quá trình điều trị,¹⁰³ kết quả nghiên cứu này cho thấy tuân thủ điều trị có mối tương quan với tình trạng dương tính với morphine ở mô hình đơn biến. Điều trị thay thế nghiện CDTP bằng buprenorphine là một biện pháp hiệu quả giảm tình trạng sử dụng ma túy tuy nhiên như bất kỳ hình thức điều trị nào khác hiệu quả của nó phụ thuộc rất nhiều vào sự tuân thủ điều trị và các yếu tố tác động xã hội đối với người bệnh. Vì vậy, việc hiểu tuân thủ điều trị và các yếu tố xã hội tác động đến quá trình điều trị là việc cần thiết đối với

người cung cấp dịch vụ và các nhà quản lý chương trình nhằm hỗ trợ bệnh nhân đạt được tối đa hiệu quả điều trị.

4.3.1.2. Yếu tố liên quan đến duy trì điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone lỏng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú.

Kết quả phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc duy trì điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone lỏng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú cho thấy liều Suboxone và kỳ thị liên quan đến HIV có ảnh hưởng đến việc duy trì điều trị của người bệnh.

Kết quả phân tích mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến cho thấy người bệnh có liều Suboxone càng cao thì tỷ lệ bỏ điều trị càng thấp (HR= 0,94, 95%KTC: 0,91 – 0,98). Các bằng chứng nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng liều điều trị càng cao thì duy trì điều trị tốt hơn liều thấp. Một nghiên cứu tổng quan tài liệu trên 21 các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về hiệu quả điều trị buprenorphine cho thấy những người bệnh nhận liều điều trị cao (từ 16-32mg/ngày) thì duy trì điều trị tốt hơn so với nhóm người bệnh nhận liều điều trị thấp (dưới 16mg/ngày) ($P = .009$, R^2 adjusted = 0.40).¹⁰⁴ Liều điều trị có mối liên quan đến duy trì điều trị không chỉ đối với người bệnh điều trị với Suboxone mà còn có ý nghĩa đối với cả nhóm người bệnh điều trị với methadone. Một số nghiên cứu ở các nước Trung Quốc, Ukraina và Mỹ cho kết quả tương tự nhóm điều trị liều cao duy trì điều trị tốt hơn nhóm điều trị liều thấp.^{105,106,107} Vì vậy, liều Suboxone là yếu tố quan trọng trong việc cải thiện tỷ lệ duy trì trong điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone. Các bác sỹ điều trị nên cân nhắc việc điều chỉnh liều cho người bệnh không đáp ứng với liều thấp và vẫn còn triệu chứng thèm muốn sử dụng heroin.

Kỳ thị liên quan đến tình trạng HIV càng cao thì tỷ lệ bỏ điều trị càng cao (HR=1,01, 95% KTC: 1,00 - 1,03). Chúng tôi chưa tìm thấy bằng chứng trong các yếu tố kỳ thị với tình trạng HIV có mối tương quan với duy trì điều trị nghiện CDTP trong các nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu tập trung nhiều hơn về sự kỳ thị tình trạng sử dụng ma túy ảnh hưởng đến tiếp cận điều trị nghiện chất và quá trình hồi phục của bệnh nhân.^{108, 109} Nghiên cứu này tiến hành lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone ở cơ sở HIV ngoại trú, có thể chính vì bối cảnh lồng ghép mà vấn đề kỳ thị tình trạng HIV trở thành yếu tố ảnh hưởng đến duy trì điều trị nghiện chất. Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy, bệnh nhân lo lắng lộ tình trạng nhiễm HIV và bị kỳ thị khi nhận điều trị nghiện chất lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú. Đây là thách thức đối với việc lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở HIV ngoại trú khi mà chỉ tiến hành can thiệp điều trị nghiện chất trên một nhóm đối tượng nghiện chất dạng thuốc phiện và nhiễm HIV. Chính vì thế, nếu tiến hành lồng ghép điều trị tại cơ sở HIV ngoại trú cần tìm hiểu và thực hiện biện pháp nhằm giảm sự kỳ thị đối với người bệnh. Đồng thời, cần trang bị khiến thức và kỹ năng tâm lý để giúp người bệnh đương đầu với sự kỳ thị và tự kỳ thị.

Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam còn cho thấy ngoài yếu tố liều thì các yếu tố khác ảnh hưởng đến duy trì điều trị nghiện CDTP như tình trạng việc làm và tình trạng sử dụng chất trong quá trình điều trị.^{110,89} Tuy nhiên, trong nghiên cứu này không tìm thấy mối tương quan của các yếu tố trên đối với duy trì trong điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

4.3.1.3. Yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) cho thấy các yếu tố như có kết quả dương tính với morphine (OR=0,24; 95% KTC: 0,06-0,90) có mối liên quan đến không tuân thủ điều trị ARV. Hành vi sử dụng ma túy trong quá trình điều trị nghiện có mối tương quan với tình trạng không tuân thủ điều trị ARV tương đồng với kết quả nhiều nghiên cứu trên thế giới.^{111,112,113} Đối với bệnh nhân có tiền sử tiêm chích ma túy, đã nhận điều trị và tuân thủ điều trị ARV nhưng vẫn tiếp tục duy trì hoặc quay trở lại tiêm chích ma túy thì tuân thủ điều trị sẽ giảm.¹¹³ Một nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân nhiễm HIV điều trị methadone cho thấy, hành vi tiêm chích ma túy trong 6 tháng qua trong khi vẫn duy trì điều trị methadone có mối tương quan với không tuân thủ điều trị ARV.¹¹⁴ Kết quả này đã dẫn đến các khuyến cáo về cải thiện cung cấp dịch vụ điều trị nghiện chất cho nhóm bệnh nhân điều trị ARV và nghiện chất để đạt được hiệu quả tối đa điều trị ARV như cung cấp liệu điều trị nghiện chất phù hợp, củng cố thay đổi hành vi sử dụng chất bằng cách kết hợp các liệu pháp tâm lý hành vi và tăng cường tư vấn cho bệnh nhân.⁹⁹ Ngoài ra, cần tăng cường các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV như hệ thống nhắn tin tự động và sự hỗ trợ của gia đình nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV.

4.3.1.4. Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV

Kết quả phân tích mô hình hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) cho thấy yếu tố tình trạng việc làm và mức CD4 có mối liên quan đến ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đơn biến, và mức CD4 có

mối liên quan đến khả năng ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đa biến.

Kết quả này khá tương đồng với một số các nghiên cứu khác trên thế giới trên nhóm bệnh nhân điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cũng như nhóm bệnh nhân điều trị ARV nói chung. Nghiên cứu của tác giả Shrestha và cộng sự (2018) tại Mỹ trên 133 người bệnh điều trị methadone cho thấy người bệnh có mức CD4 cao ($CD4 \geq 500$ TB/mm³) có khả năng ức chế tải lượng virus cao gấp 2,483 lần so với nhóm có mức CD4 thấp ($CD4 < 500$ TB/mm³) ((aOR = 2.483, p = .045).¹¹⁵ Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 1255 bệnh nhân điều trị điều trị ARV tại bốn tỉnh cho thấy, bệnh nhân có CD4 thấp (dưới 200 TB/mm³) tại thời điểm ban đầu có khả năng không đạt được ức chế tải lượng virus.⁹³

Ngoài ra, những người bệnh có việc làm có khả năng ức chế tải lượng virus HIV cao gấp 0,37 lần so với nhóm người bệnh ko có việc làm ở mô hình đơn biến (OR = 0,37; 95%KTC: 0,17 – 0,84). Tuy nhiên, không tìm thấy nhiều bằng chứng trên thế giới về mối tương quan giữa yếu tố việc làm đối với không chế tải lượng virus HIV, đặc biệt là trong nhóm tiêm chích ma túy hoặc nhóm điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện. Nghiên cứu trên nhóm người bệnh nhân methadone thì yếu tố việc làm không có mối tương quan với khả năng ức chế tải lượng virus.^{115,116}

Nhiều bằng chứng trên thế giới cho thấy điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện giúp tăng khả năng ức chế tải lượng virus.^{90,116,39} Nghiên cứu tổng quan tài liệu được thực hiện năm 2016 của Low và cộng sự cho thấy, tham gia điều trị thay thế nghiện CDTP làm tăng 45% tỷ lệ ức chế tải lượng virus.⁹⁰ Nghiên cứu của Roux và cộng sự cho thấy, nhóm điều trị với methadone có khả năng đạt được ức chế tải lượng virus so với nhóm điều trị

nghiện CDTP với buprenorphine.¹¹⁶ Tuy nhiên, nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan giữa điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone có mối tương quan với khả năng ức chế tải lượng virus HIV.

4.3.2. Các yếu tố thuận lợi từ cấp độ cấp độ bệnh nhân, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả định tính

Lồng ghép điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội đã đem đến cơ hội cho người bệnh thêm sự lựa chọn hình thức và thuốc điều trị bên cạnh chương trình điều trị methadone. Theo đánh giá của người bệnh, các ưu thế về đặc điểm dược lý của thuốc Suboxone như hiệu quả điều trị, không/ít tương tác với thuốc ARV và được uống thuốc cách ngày tác động tích cực đến kết quả điều trị và duy trì trong điều trị. Điều trị bằng Suboxone giúp bệnh nhân ổn định liều và ngừng sử dụng ma túy sớm hơn, bệnh nhân không có cảm giác mệt mỏi trong thời gian đầu điều trị và Suboxone có tác dụng với khoảng thời gian dài hơn. Đặc biệt, thuốc Suboxone ít hoặc như không tương tác với ARV như là methadone, nên Suboxone có thể là lựa chọn tối ưu đối với nhóm bệnh nhân nghiện chất có HIV dương tính. Đối với những bệnh nhân có tác dụng phụ nặng với methadone thì Suboxone cũng là một giải pháp thay thế thuốc điều trị. Trong bối cảnh tại Việt Nam chưa triển khai hình thức cấp thuốc nhiều ngày, thì việc triển khai mô hình điều trị lồng ghép Suboxone thuận tiện cho những bệnh nhân có việc làm, không có thời gian đi uống thuốc hàng ngày. Với liều uống cách ngày cách ngày bệnh nhân chỉ cần đến cơ sở uống thuốc 3 ngày, giúp tiết kiệm được thời gian. Đa dạng thuốc điều trị và hình thức tổ chức điều trị giúp bệnh nhân lựa chọn được mô hình điều trị thích hợp nhằm nâng cao tiếp cận

và hiệu quả điều trị. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu định tính về lòng ghép điều trị Suboxone vào cơ sở điều trị HIV ở Mỹ (BHIVES),¹¹⁷ bệnh nhân đánh giá cao và hài lòng với hiệu quả điều trị của thuốc Suboxone trên khía cạnh điều trị như giảm nhanh chóng cảm giác thèm nhớ, ít tác dụng phụ cũng như khả năng hồi phục nhanh chóng. Một nghiên cứu định tính trên nhóm bệnh nhân điều trị buprenorphine/naloxone ở Mỹ cho thấy nếu bệnh nhân cảm thấy thuốc Suboxone có hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng khó chịu về mặt thực thể do ngừng sử dụng chất dạng thuốc phiện và người bệnh cảm thấy như người bình thường thì khả năng duy trì trong điều trị của bệnh nhân tốt hơn.¹¹⁸

Lòng ghép điều trị được đánh giá là tổ chức điều trị giúp cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn khi chia sẻ tình hình điều trị cũng như câu chuyện hàng ngày với cán bộ y tế. Các nghiên cứu trước đây về mối quan hệ và trao đổi giữa bệnh nhân và cán bộ y tế đều cho thấy rằng đối với cơ sở lòng ghép thì việc trao đổi với cán bộ y tế về tình trạng nghiện chất tốt hơn so với mô hình không lòng ghép.¹¹⁹ Điều này được xem như là một sự hỗ trợ và khuyến khích của cán bộ y tế đối với bệnh nhân trong quá trình điều trị. Một nghiên cứu tại Pháp về sự tương tác giữa bác sỹ và bệnh nhân điều trị buprenorphine cho thấy sự tương tác giữa bệnh nhân và cán bộ y tế đóng vai trò quan trọng đối với tuân thủ thuốc trong quá trình điều trị và sự thành công của chương trình điều trị nghiện chất.¹²⁰ Đối với nhóm bệnh nhân dễ bị tổn thương như nhóm tiêm chích ma túy thì việc cải thiện mối quan hệ người bệnh – cán bộ y tế trở thành yếu tố tích cực tạo môi trường điều trị thân thiện, giảm sự kỳ thị và tăng sự gắn kết của bệnh nhân đối với quá trình điều trị.³³

Ngoài ra, lồng ghép điều trị giúp cho chăm sóc sức khỏe bệnh nhân toàn diện hơn. Một nghiên cứu về lồng ghép điều trị giữa điều trị methadone và ARV tại Việt Nam năm 2014 -2015 cũng cho kết quả tương tự, lồng ghép giúp cán bộ y tế giám sát tốt hơn tiến trình điều trị HIV và điều trị nghiện chất để đảm bảo cung cấp cho bệnh nhân các dịch vụ tư vấn và liều lượng thuốc phù hợp.¹²¹ Nghiên cứu định tính về quan điểm lồng ghép điều trị Suboxone của bệnh nhân tại Mỹ từ năm 2004-2009, chỉ ra rằng lồng ghép điều trị thuận lợi cải thiện kết quả điều trị nghiện chất và điều trị HIV, bệnh nhân cảm thấy được chăm sóc sức khỏe toàn diện hơn.¹¹⁷ Bên cạnh đó, lồng ghép điều trị được nhiều nghiên cứu đánh giá là thuận tiện và giảm quá trình đi lại tiếp cận các dịch vụ sức khỏe của bệnh nhân.^{121,117}

4.3.3. Các yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú

Quá trình triển khai cho thấy có nhiều thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình tác động đến việc tổ chức điều trị, duy trì và kết quả điều trị. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, những thách thức từ phía người bệnh bao gồm động cơ điều trị và tình trạng sử dụng ma túy. Các yếu tố cấp độ phòng khám như điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất và kinh nghiệm điều trị nghiện chất. Các yếu tố từ chương trình bao gồm các yếu tố từ chương trình như thay đổi mô hình điều trị ARV, các chính sách điều trị ARV và điều trị nghiện chất, và sự kỳ thị từ nhân viên y tế và cộng đồng.

Các yếu tố từ phía người bệnh như động cơ điều trị và tình trạng sử dụng đa chất là những yếu tố thách thức đối với việc duy trì và kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy động cơ điều trị và tình trạng sử dụng

ma túy là các yếu tố thách thức từ phía người bệnh đối với việc duy trì và kết quả điều trị. Cán bộ y tế cho thấy rằng nếu như người bệnh mà họ quyết tâm điều trị để thay đổi thì khả năng có kết quả điều trị tốt hơn những người bệnh điều trị vì gia đình ép buộc hay là vì các lý do khác. Một nghiên cứu tìm hiểu yếu tố của người bệnh trong tiếp cận và hồi phục điều trị buprenorphine cho thấy động cơ điều trị là một trong những yếu tố cá nhân cho sự thành công của việc tiếp cận điều trị.¹²² Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của Teruya và cộng sự (2014) cho thấy người bệnh mục đích điều trị không phải dừng sử dụng ma túy hoàn toàn thì khả năng bỏ điều trị rất cao vì thuốc buprenorphine/naloxone có tác dụng rất tốt trong việc ngăn chặn tác dụng của heroin.¹¹⁸ Động cơ điều trị là một trong những yếu tố cá nhân người bệnh có tác động quan trọng đối với việc duy trì và kết quả điều trị. Ngoài ra, tình trạng sử dụng ma túy cũng là một yếu tố thách thức từ phía người bệnh đối với duy trì điều trị. Trong nghiên cứu này, cán bộ y tế e ngại về tình trạng sử dụng ma túy có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị và duy trì trong điều trị của người bệnh trong bối cảnh mà các loại ma túy tổng hợp ngày càng được sử dụng phổ biến trong nhóm bệnh nhân methadone.⁷⁷

Ngoài ra, cung cấp điều trị lồng ghép đôi mắt với thách thức hạn chế nguồn nhân lực và tình trạng quá tải công việc của cán bộ.¹²¹ Cơ cấu nhân lực tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú xu hướng cắt giảm do cắt giảm ngân sách tài trợ quốc tế. Bên cạnh đó, thiếu chỉ tiêu biên chế, chế độ lương chưa thỏa đáng và môi trường làm việc nguy cơ là những hạn chế trong việc bổ sung nguồn nhân lực tại cơ sở lồng ghép điều trị.¹²¹ Lồng ghép điều trị tăng trách nhiệm, khối lượng công việc và thời gian làm việc đối với cán bộ y tế trong khi chế độ đãi ngộ không thay đổi có thể là tác nhân dẫn đến giảm chất lượng dịch vụ

điều trị. Một cán bộ lãnh đạo trung tâm y tế cho rằng “đủ nhân lực thì mới đáp ứng được chất lượng điều trị”. Chính vì thế, đánh giá nguồn lực mỗi cơ sở trước khi triển khai mô hình lồng ghép cũng có thể được xem là một giải pháp để giúp quá trình lồng ghép khả thi. Ngoài ra, để đảm bảo tính khả thi và chất lượng dịch vụ điều trị, lồng ghép nên tiến hành với cơ sở có số lượng bệnh nhân điều trị vừa phải, hoặc cơ sở mà trong khu vực không có cơ sở điều trị methadone hơn là các cơ sở hiện đang cung cấp điều trị với số lượng bệnh nhân lớn.

Thiếu hụt điều kiện cơ sở vật chất như phòng tư vấn hay kho bảo quản thuốc an toàn là một thách thức đối với việc lồng ghép điều trị nghiện chất tại các cơ sở HIV. Đây không phải là trở ngại không chỉ ở mô hình lồng ghép tại Việt Nam mà cũng là thách thức ở các quốc gia khác,¹²³ và các phòng khám trên thế giới đã cải thiện bằng cách sắp xếp lại phòng khám để đảm bảo các không gian tư vấn và khu vực uống thuốc cho bệnh nhân. Hạn chế về không gian nhận thuốc có nghĩa là bệnh nhân đợi bên ngoài để nhận được thuốc điều trị nghiện. Điều đó có thể khiến bệnh nhân rơi vào những tình huống lộ tình trạng HIV trong quá trình điều trị trong bối cảnh mà buprenorphine chưa được cấp phép cấp phát thuốc nhiều ngày. Mặc dù bệnh nhân có thể đánh giá cao sự tiện lợi của điều trị lồng ghép và được chăm sóc toàn diện^{44,124} nhưng cần đảm bảo hình thức tổ chức điều trị nhằm đảm bảo bí mật và hạn chế sự kỳ thị khi thực hiện lồng ghép điều trị.

Trong quá trình cung cấp dịch vụ điều trị lồng ghép một trong những thách thức là kiến thức và kỹ năng được đào tạo không đáp ứng hết thực tế triển khai cung cấp dịch vụ điều trị lồng ghép. Mô hình lồng ghép điều trị HIV tại cơ sở điều trị thay thế nghiện chất bằng methadone ở Trung Quốc

năm 2014 cho thấy đào tạo ngắn hạn trước khi lồng ghép chưa đầy đủ giúp cán bộ y tế giải quyết được các vấn đề nảy sinh trong quá trình điều trị và đối phó với tác dụng phụ của bệnh nhân.¹²³ Tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bác sỹ và cán bộ tư vấn chưa cảm thấy đủ kiến thức và kinh nghiệm để đối phó được với các vấn đề nảy sinh trong quá trình lồng ghép điều trị như tình trạng sử dụng đa chất của bệnh nhân trong quá trình điều trị. Bên cạnh việc sử dụng ma túy dạng thuốc phiện, tình trạng sử dụng đa chất trong nhóm bệnh nhân điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone là tương đối phổ biến,¹²⁵ điều này tạo ra thách thức cho cán bộ điều trị tại mô hình lồng ghép. Các giải pháp hỗ trợ kỹ thuật tại cơ sở cần được triển khai, ngoài ra nên có sự hợp tác trao đổi chuyên môn giữa cán bộ từ mô hình lồng ghép và các chuyên gia điều trị nghiện chất tại cơ sở điều trị methadone.

Từ khi bắt đầu triển khai điều trị ARV tại Việt Nam vào năm 2005, kinh phí phòng chống HIV/AIDS đã nhận được sự hỗ trợ rất lớn từ tổ chức quốc tế như: Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS, viện trợ từ PEPFAR và các tổ chức quốc tế khác. Năm 2019, tổng số kinh phí tài trợ cho chương trình HIV/AIDS chiếm 66,9%, kinh phí tài trợ đã giảm đi một nửa so với năm 2011.¹²⁶ Điều đó đặt các phòng khám ngoại trú HIV trước thách thức về kinh phí và tổ chức để duy trì hoạt động đã dẫn đến thay đổi trong hình thức quản lý, chi trả điều trị qua bảo hiểm y tế, qui trình khám chữa bệnh và cắt giảm nhân sự. Trong bối cảnh đó, lồng ghép điều trị nghiện chất vào cơ sở điều trị HIV ngoại trú sẽ gặp rất nhiều thách thức về mặt hệ thống quản lý và gánh nặng công việc cho cơ sở điều trị HIV ngoại trú đặc biệt là đối với phòng khám đông bệnh nhân điều trị. Hiện nay, chi phí chương trình điều trị HIV

chuyển sang ngân sách hệ thống bảo hiểm chi trả trong khi đó chương trình điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện không thuộc hệ thống bảo hiểm y tế. Hơn nữa, hệ thống hướng dẫn điều trị, bệnh án hệ thống hành chính báo cáo đang là hai hệ thống riêng biệt mà nếu thực hiện lồng ghép điều trị cần có những chỉnh sửa trong hệ thống tổ chức và quản lý chương trình điều trị nghiện chất và điều trị ARV. Mô hình điều trị lồng ghép đem đến sự thuận tiện cho bệnh nhân tuy nhiên đối mặt với nhiều thách thức từ cấp độ quản lý chương trình y tế.¹²¹

Kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV nghiện ma túy có thể khiến cho bệnh nhân không muốn tiếp cận và tiếp cận sớm dịch vụ điều trị và ảnh hưởng đến duy trì điều trị của bệnh nhân.¹²⁷ Mô hình lồng ghép điều trị nghiện chất tại cơ sở điều trị HIV dẫn đến lo lắng nguy cơ lộ tình trạng nhiễm HIV của bệnh nhân khi đến nhận điều trị tại cơ sở lồng ghép, đặc biệt đối với những bệnh nhân trẻ tuổi và chưa lộ tình trạng nhiễm HIV của mình. Những trải nghiệm về sự kỳ thị đối với tình trạng nghiện ma túy và nhiễm HIV tại cộng đồng khiến cho bệnh nhân e ngại đối với mô hình lồng ghép. Hơn nữa, đối với các cơ sở điều trị HIV ngoại trú chưa có lồng ghép điều trị ở cấp độ khác nhau, những định kiến của cán bộ y tế đối với nhóm người bệnh nghiện chất về tình trạng thiếu tuân thủ điều trị¹¹⁹ là một rào cản đối với việc cung cấp dịch vụ điều trị nghiện chất. Nhằm tăng cường tiếp cận và nâng cao dịch vụ điều trị trong mô hình lồng ghép cần loại bỏ rào cản kỳ thị đối với người nhiễm HIV thông qua thiết lập một môi trường điều trị thân thiện giữa cán bộ y tế và người bệnh, hỗ trợ người bệnh kiến thức và kỹ năng giải quyết vấn đề kỳ thị.¹²⁸ Bên cạnh đó, cơ sở lồng ghép cần được cải thiện

điều kiện cơ sở vật chất nhằm đảm bảo không gian riêng tư và kín đáo cho người bệnh trong suốt quá trình điều trị.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu vẫn còn có một số hạn chế nhất định như: thiết kế nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng để so sánh hiệu quả can thiệp giữa các mô hình và các loại thuốc điều trị khác nhau. Bên cạnh đó, hầu hết các thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp, nhiều thông tin được hỏi lại trong khoảng thời gian 3 tháng hoặc 6 tháng, điều này có thể dẫn đến sai số báo cáo và sai số nhớ lại. Tuy nhiên, cán bộ nghiên cứu được tập huấn kỹ về kỹ năng phỏng vấn, khai thác thông tin có thể làm giảm tác động của các sai số trên.

Một trong hạn chế nghiên cứu là tiến hành trên nhóm đối tượng đặc thù là người nghiện các chất dạng thuốc phiện và nhiễm HIV. Với đặc điểm mô tả ở phần đặc điểm nhân khẩu xã hội, đối tượng có thời gian sử dụng ma túy lâu, có tiền sử vi phạm pháp luật và tỷ lệ không có việc làm cao (gần 50%) nên các điều kiện sống kinh tế xã hội bấp bênh và nhiều rủi ro dẫn đến thách thức trong duy trì điều trị và duy trì tham gia nghiên cứu.

Một điểm cuối cùng là Suboxone mặc dù có nhiều ưu điểm như không tương tác với thuốc ARV và thuốc lao, an toàn và có ngưỡng trần. Tuy nhiên, vì đặc điểm có ngưỡng trần nên đối với người bệnh có thời gian sử dụng lâu và độ dung nạp lớn thì dường như thuốc không có hiệu quả,¹²⁹ người bệnh vẫn có cảm giác thèm muốn và tiếp tục sử dụng heroin trong quá trình điều trị. Đây cũng có thể là nguyên nhân khiến cho tỷ lệ dương tính với morphine cao trong quá trình điều trị.

KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ 2016 - 2019

1.1. Về kết quả điều trị nghiện chất cho thấy có giảm tỷ lệ sử dụng heroin, tuy nhiên không cao như mong muốn do duy trì điều trị thấp

+ Tỷ lệ sử dụng heroin trong 30 ngày qua giảm từ 100% tại thời điểm ban đầu xuống xuống 68,7% tại thời điểm 3 tháng, 63,6% tại thời điểm 6 tháng, 60% thời điểm 9 tháng và 64,6% thời điểm 12 tháng. Xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

+ Tỷ lệ tuân thủ điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone ở mức thấp, thời điểm 3 tháng là 52%, 6 tháng là 52,4%, 9 tháng là 62,5% và 12 tháng là 54%.

+ Tỷ lệ duy trì điều trị cộng dồn tại thời điểm 3, 6, 9 và 12 tháng lần lượt là 91,2%; 59,6%; 39% và 29,9%.

1.2. Về kết quả điều trị ARV cho thấy có sự cải thiện tỷ lệ đạt ức chế tải lượng <200 bản sao/mL tuy nhiên tỷ lệ này chưa đạt yêu cầu mục tiêu 90 thứ 3 của chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia

Tỷ lệ bệnh nhân có mức CD4 >500 TB/mm³ là 30,4% tại thời điểm ban đầu, tăng lên 42% thời điểm 6 tháng và 42% tại thời điểm 12 tháng.

Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng virus <200 bản sao/mL tại thời điểm ban đầu là 70,5%, tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 81,8%.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 80,6% tại thời điểm ban đầu, 87% tại thời điểm 6 tháng, và 79,4% tại thời điểm 12 tháng

2. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú ở Hà Nội từ năm 2016 – 2019

2.1. Các yếu tố liên quan từ phía người bệnh đến kết quả điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú: kết quả định lượng

Yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm dương tính với morphine.

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp

(mixed-effect model) đa biến cho thấy những bệnh nhân gặp vấn đề về kỳ thị liên quan đến sử dụng chất có khả năng kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphin cao hơn (OR=2,51; 95% KTC: 1,39-4,53).

Yếu tố liên quan đến duy trì điều trị nghiện bằng Suboxone lồng ghép tại cơ sở HIV ngoại trú.

Người bệnh có liều Suboxone càng cao thì tỷ lệ bỏ điều trị càng thấp (HR= 0,94, 95%KTC: 0,91 – 0,98)

Người bệnh gặp các vấn đề kỳ thị liên quan đến tình trạng HIV càng nhiều thì tỷ lệ bỏ điều trị càng cao (HR=1,01, 95% KTC: 1,00 - 1,03)

Yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng virus trên người bệnh điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú

Mức CD4 có mối liên quan đến khả năng ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đa biến. Người bệnh có mức CD4 \geq 500 TB/mm³ có khả năng đạt ức chế tải lượng virus cao hơn 0,24 lần so với người bệnh có mức CD4 < 500 TB/mm³ (OR=0,24; 95% KTC: 0,09 – 0,64).

Tình trạng việc làm có mối liên quan đến khả năng ức chế tải lượng virus HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đơn biến (OR = 0,37; 95%KTC: 0,17 -0,84)

Yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV trên người bệnh điều trị lồng ghép Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú

Người bệnh tiếp tục duy trì sử dụng ma túy trong quá trình điều trị thì khả năng tuân thủ điều trị ARV kém hơn (OR=0,24; 95% KTC: 0,06-0,90).

2.2. Các yếu tố thuận lợi từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị nghiện chất lồng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả định tính.

Yếu tố thuận lợi đối với tổ chức lồng ghép điều trị từ cấp độ bệnh nhân như sự hài lòng với thuốc điều trị, từ cấp độ phòng khám như cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, ở cấp độ chương trình lồng ghép điều trị giúp cung cấp chăm sóc y tế toàn diện và thuận lợi về việc đi lại cho người bệnh tham gia điều trị.

2.3. Các yếu tố thách thức từ cấp độ người bệnh, cơ sở điều trị và chương trình đối với lồng ghép điều trị và kết quả điều trị nghiện chất lỏng ghép Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú: kết quả định tính.

Các yếu tố như động cơ điều trị và tình trạng sử dụng đa chất từ phía người bệnh cũng là những vấn đề cần phải cân nhắc trong quá trình thực hiện lồng ghép điều trị. Từ cấp độ cơ sở điều trị thì các yếu tố điều kiện cơ sở vật chất chưa đáp ứng, vấn đề nhân lực, đào tạo/tập huấn và kinh nghiệm điều trị nghiện là những thách thức cần phải việc triển khai lồng ghép điều trị nghiện chất tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú. Các thách thức từ phía chương trình có thể tác động đến quá trình lồng ghép điều trị và kết quả điều trị lồng ghép như vấn đề thay đổi chính sách điều trị ARV do tác động của việc cắt giảm kinh phí tài trợ cho chương trình. Ngoài ra, sự kỳ thị từ cán bộ y tế và cộng đồng là thách thức cần được giải quyết đối với việc triển khai lồng ghép điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở HIV ngoại trú từ năm 2016 đến 2019, nghiên cứu xin đề xuất các khuyến nghị cho việc triển khai lồng ghép điều trị trong tương lai:

Thứ nhất, cần bổ sung các can thiệp tâm lý hành vi hỗ trợ giảm và ngừng sử dụng chất ma túy, tuân thủ điều trị và duy trì điều trị nghiện CDTP và ARV. Mặc dù, khuyến nghị này đã được nhấn mạnh ở mô hình điều trị nghiện chất riêng biệt, các can thiệp này càng có ý nghĩa hơn đối với mô hình lồng ghép trong bối cảnh mà cán bộ y tế cơ sở điều trị HIV có những hạn chế kinh nghiệm điều trị nghiện chất. Hơn nữa, xu hướng sử dụng các loại ma túy tổng hợp ngày càng phổ biến trong nhóm bệnh nhân điều trị nghiện CDTP.

Thứ hai cần có biện pháp giảm tình trạng kỳ thị. Cần có giải pháp xây dựng môi trường phòng khám thân thiện, bố trí lại phòng chức năng trong cơ sở và đào tạo về kiến thức về kỳ thị và biện pháp giảm kỳ thị cho nhân viên y tế.

Thứ 3 là cung cấp đào tạo và nâng cao năng lực cho cán bộ ở cơ sở. Các hoạt động bao gồm hỗ trợ kỹ thuật, trao đổi ca bệnh, đồng thời kết nối cán bộ y tế với các chương trình đào tạo liên tục đặc biệt là kỹ năng quản lý và tư vấn điều trị nghiện chất.

Thứ 4 đánh giá về điều kiện và tính sẵn sàng của cơ sở điều trị và cán bộ y tế đối với mô hình lồng ghép điều trị. Cần xây dựng tiêu chuẩn cụ thể để quyết định cơ sở nào đáp ứng được với việc triển khai mô hình lồng ghép. Các tiêu chuẩn có thể là: điều kiện cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, số lượng bệnh nhân, kinh nghiệm triển khai và kỹ năng quản lý chương trình. Điều này nhằm đảm bảo chất lượng điều trị và phát huy tối đa lợi ích và thế mạnh của mô hình lồng ghép.

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

1. Đinh Thị Thanh Thúy, Lê Minh Giang, Todd Korthuis, Phạm Phương Mai, Lynn Kunkel, Nguyễn Thu Hằng (2020). Mô hình lồng ghép điều trị nghiện chất bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội: quan điểm của cán bộ y tế và bệnh nhân. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Tập 128 (4), tháng 6/2020
2. Đinh Thị Thanh Thúy, Vũ Minh Anh, Trần Hữu Bình, Tống Thị Khuyên, Phạm Quang Lộc, Todd Korthuis, Lê Minh Giang (2020) Hiệu quả điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng buprenorphine trên bệnh nhân HIV nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở HIV ngoại trú ở Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Tập 132 số 8 – 2020
3. Đinh Thị Thanh Thúy, Vũ Minh Anh, Trần Hữu Bình, Todd Korthuis, Phạm Phương Mai và Lê Minh Giang (2021). Tuân thủ điều trị ARV trên bệnh nhân HIV có điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng buprenorphine/naloxone ở Hà Nội, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 498, số 2, tháng 1 - 2021

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNODC. *World Drug Report 2: Drug Use and Health Consequences.*; 2020. Accessed October 6, 2020. //wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html
2. Bộ Y tế. Tuyên truyền công tác phòng, chống ma túy năm 2020. Published online 2020. Accessed August 3, 2021. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbK5j/content/le-tuyen-truyen-cong-tac-phong-chong-ma-tuy-nam-2020
3. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health.* 2017;5(12):e1192-e1207. doi:10.1016/S2214-109X(17)30375-3
4. Volkow ND, Li TK. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nat Rev Neurosci.* 2004;5(12):963-970. doi:10.1038/nrn1539
5. Sofuoglu M, DeVito EE, Carroll KM. Pharmacological and Behavioral Treatment of Opioid Use Disorder. *PRCP.* Published online 2018:appi.prcp.20180006. doi:10.1176/appi.prcp.20180006
6. Stotts AL, Dodrill CL, Kosten TR. Opioid Dependence Treatment: Options In Pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother.* 2009;10(11):1727-1740. doi:10.1517/14656560903037168
7. Bond AJ, Witton J. Perspectives on the Pharmacological Treatment of Heroin Addiction. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry.* 2017;8:1179557317737322. doi:10.1177/1179557317737322

8. Larney S, Peacock A, Leung J, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*. 2017;5(12):e1208-e1220. doi:10.1016/S2214-109X(17)30373-X
9. Cục phòng, chống HIV/AIDS. *Báo Cáo Kết Quả Phòng, Chống HIV/AIDS Năm 2019 và Nhiệm vụ Trọng Tâm Năm 2020.*; 2020. Accessed May 29, 2020. http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Media/Documents/01-2020/Bao-cao-2019-gui-VPCP.pdf
10. Carrieri MP, Amass L, Lucas GM, Vlahov D, Wodak A, Woody GE. Buprenorphine use: the international experience. *Clin Infect Dis*. 2006;43 Suppl 4:S197-215. doi:10.1086/508184
11. Lobmaier P, Gossop M, Waal H, Bramness J. The pharmacological treatment of opioid addiction—a clinical perspective. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010;66(6):537-545. doi:10.1007/s00228-010-0793-6
12. Basu S, Smith-Rohrberg D, Bruce RD, Altice FL. Models for integrating buprenorphine therapy into the primary HIV care setting. *Clin Infect Dis*. 2006;42(5):716-721. doi:10.1086/500200
13. Korthuis PT, Fiellin DA, Fu R, et al. Improving adherence to HIV quality of care indicators in persons with opioid dependence: the role of buprenorphine. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56 Suppl 1:S83-90. doi:10.1097/QAI.0b013e31820bc9a5
14. Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1). doi:10.7448/IAS.20.1.21585
15. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, United Nations International Drug Control Programme, Australia, eds. *Demand Reduction: A Glossary of Terms*. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2000.

16. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Terminology and Information on Drugs*. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2016.
17. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. Published online 1994. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
18. Bộ Y tế, Việt Nam. Quyết định 5700/QĐ-BYT: Ban hành “Hướng dẫn điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Buprenorphine.” Published online 2018.
19. UNODC. World Drug Report 2018. Published 2018. Accessed December 13, 2018. <https://www.unodc.org/wdr2018/>
20. Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. Relationship between Nonmedical Prescription-Opioid Use and Heroin Use. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(2):154-163. doi:10.1056 /NEJMra1508490
21. Giang LM, Ngoc LB, Hoang VH, Mulvey K, Rawson RA. Substance use disorders and HIV in Vietnam since Doi Moi (Renovation): An overview. *Journal of Food and Drug Analysis*. 2013;21(4):S42-S45. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.032
22. Kanato M, Choomwattana C, Sarasiri R, Leyatikul P. *ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2019*. ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2020.
23. Do K, Minichiello V, Hussain R. HIV risks among injecting drug users in Vietnam: a review of the research evidence. *Curr HIV Res*. 2012;10(6):479-486.
24. UNAIDS. *Global HIV & AIDS Statistics — 2018 Fact Sheet*; 2018. Accessed January 8, 2019. <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

25. Cục phòng, chống HIV/AIDS. *Báo Cáo Kết Quả Phòng, Chống.*; 2020. http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Media/Documents/01-2020/Bao-cao-2019-gui-VPCP.pdf
26. Kleber HD, Anton RF, Rounsaville BJ, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8 Suppl):5-82.
27. Korthuis PT, McCarty D, Weimer M, et al. Primary Care–Based Models for the Treatment of Opioid Use Disorder: A Scoping Review. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(4):268. doi:10.7326/M16-2149
28. D’Onofrio G, O’Connor PG, Pantalon MV, et al. Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(16):1636-1644. doi:10.1001/jama.2015.3474
29. Calcaterra SL, Bach P, Chadi A, et al. Methadone Matters: What the United States Can Learn from the Global Effort to Treat Opioid Addiction. *J Gen Intern Med*. 2019;34(6):1039-1042. doi:10.1007/s11606-018-4801-3
30. Krantz MJ, Mehler PS. Treating Opioid Dependence: Growing Implications for Primary Care. *Arch Intern Med*. 2004;164(3):277-288. doi:10.1001/archinte.164.3.277
31. American Society Opioid of Addiciton Medicine. Public Policy Statement on Office-Based Opioid Agonist Treatment (OBOT). *Journal of Addictive Diseases*. 2005;24(3):153-161. doi:10.1300/J069v24n03_12
32. Fiellin DA, O’Connor PG. Office-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(11):817-823. doi:10.1056/NEJMcp013579

33. Gunderson EW, Fiellin DA. Office-based maintenance treatment of opioid dependence: how does it compare with traditional approaches? *CNS Drugs*. 2008;22(2):99-111. doi:10.2165/00023210-200822020-00002
34. Lintzeris N, Ritter A, Panjari M, Clark N, Kutin J, Bammer G. Implementing Buprenorphine Treatment in Community Settings in Australia: Experiences from the Buprenorphine Implementation Trial. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2004;13 Suppl 1:S29-41. doi:10.1080/10550490490440799
35. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(5):358-364. doi:10.1007/s11920-007-0046-2
36. Fiellin DA, Weiss L, Botsko M, et al. Drug treatment outcomes among HIV-infected opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;56(SUPPL. 1):S33-S38.
37. O'Connor PG, Oliveto AH, Shi JM, et al. A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic. *Am J Med*. 1998;105(2):100-105. doi:10.1016/s0002-9343(98)00194-6
38. Altice FL, Bruce RD, Lucas GM, et al. HIV Treatment Outcomes Among HIV-Infected, Opioid-Dependent Patients Receiving Buprenorphine/Naloxone Treatment within HIV Clinical Care Settings: Results From a Multisite Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56(Suppl 1):S22-S32. doi:10.1097/QAI.0b013e318209751e

39. Kim J, Lesko CR, Fojo AT, et al. The Effect Of Buprenorphine On HIV Viral Suppression. *Clinical Infectious Diseases*. 2021;(ciab578). doi:10.1093/cid/ciab578
40. Gunderson EW, Fiellin DA. Office-based maintenance treatment of opioid dependence: how does it compare with traditional approaches? *CNS Drugs*. 2008;22(2):99-111. doi:10.2165/00023210-200822020-00002
41. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12(10):e0186315. doi:10.1371/journal.pone.0186315
42. Chính phủ. Nghị định 90/2016/NĐ-CP: “Quy định về điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.” Published online 2016.
43. Thi Thu Van T, Thi Thuy Nga N, Quoc Thong D, et al. Đánh giá kết quả lồng ghép điều trị ARV và Methadone tại cơ sở y tế tuyến quận, huyện ở TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2013 – 2015. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2015;XXV(10 (170)):338.
44. Diep NB, Korthuis PT, Trang NT, Hoa VD, Giang LM. HIV PATIENTS’ PREFERENCE FOR INTEGRATED MODELS OF ADDICTION AND HIV TREATMENT IN VIETNAM. *J Subst Abuse Treat*. 2016;69:57-63. doi:10.1016/j.jsat.2016.07.003
45. Gunderson EW, Fiellin DA. Office-based maintenance treatment of opioid dependence: how does it compare with traditional approaches? *CNS Drugs*. 2008;22(2):99-111. doi:10.2165/00023210-200822020-00002
46. Biondi BE, Zheng X, Frank CA, Petrakis I, Springer SA. A Literature Review Examining Primary Outcomes of Medication Treatment Studies for Opioid Use Disorder: What Outcome Should Be Used to Measure Opioid Treatment Success? *Am J Addict*. 2020;29(4):249-267. doi:10.1111/ajad.13051

47. Marsden J, Farrell M, Bradbury C, et al. Development of the Treatment Outcomes Profile. *Addiction*. 2008;103(9):1450-1460. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02284.x
48. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. 1998;93(4):515-532.
49. Laudet AB. Rate and Predictors of Employment among Formerly Polysubstance Dependent Urban Individuals in Recovery. *J Addict Dis*. 2012;31(3):288-302. doi:10.1080/10550887.2012.694604
50. Henninger A, Sung HE. History of Substance Abuse Treatment. In: Bruinsma G, Weisburd D, eds. *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*. Springer New York; 2014:2257-2269. doi:10.1007/978-1-4614-5690-2_278
51. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*. 1997;11(4):261-278. doi:10.1037/0893-164X.11.4.261
52. Sweetman J, Raistrick D, Mdege ND, Crosby H. A systematic review of substance misuse assessment packages. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32(4):347-355. doi:10.1111/dar.12039
53. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003;98(5):673-684.
54. Hogue A, Dauber S, Morgenstern J. Validation of a contemplation ladder in an adult substance use disorder sample. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(1):137-144. doi:10.1037/a0017895

55. Kelly SM, O'Grady KE, Brown BS, Mitchell SG, Schwartz RP. The role of patient satisfaction in methadone treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(3):150-154. doi:10.3109/00952991003736371
56. Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ. A Controlled Trial of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence. *JAMA*. 1992;267(20):2750-2755. doi:10.1001/jama.1992.03480200058024
57. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine*. 2003;349(10):949-958. doi:10.1056/NEJMoa022164
58. Fudala PJ, Yu E, Macfadden W, Boardman C, Chiang CN. Effects of buprenorphine and naloxone in morphine-stabilized opioid addicts. *Drug Alcohol Depend*. 1998;50(1):1-8. doi:10.1016/s0376-8716(98)00008-8
59. Samet S, Waxman R, Hatzenbuehler M, Hasin DS. Assessing Addiction: Concepts and Instruments. *Addict Sci Clin Pract*. 2007;4(1):19-31.
60. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care*. 2000;12(3):255-266. doi:10.1080/09540120050042891
61. Finitis DJ, Pellowski JA, Huedo-Medina TB, Fox MC, Kalichman SC. Visual analogue scale (VAS) measurement of antiretroviral adherence in people living with HIV (PLWH): a meta-analysis. *J Behav Med*. 2016;39(6):1043-1055. doi:10.1007/s10865-016-9770-6
62. Feldman B, Fredericksen R, Crane P, et al. Evaluation of the Single-Item Self-Rating Adherence Scale for Use in Routine Clinical Care of People Living with HIV. *AIDS Behav*. 2013;17(1):307-318. doi:10.1007/s10461-012-0326-7

63. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-u
64. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Årestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) - a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):168. doi:10.1186/1477-7525-11-168
65. Emlet CA. Measuring Stigma in Older and Younger Adults with HIV/AIDS: An Analysis of an HIV Stigma Scale and Initial Exploration of Subscales. *Research on Social Work Practice.* 2005;15(4):291-300. doi:10.1177/1049731504273250
66. Latkin C, Yang C, Srikrishnan AK, et al. The relationship between social network factors, HIV, and Hepatitis C among injection drug users in Chennai, India. *Drug Alcohol Depend.* 2011;117(1):50-54. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.01.005
67. Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, et al. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. *Drug Alcohol Depend.* 2010;110(3):221-227. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.004
68. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Moore RD, Gallant JE. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clin Infect Dis.* 2003;37(8):1112-1118. doi:10.1086/378301
69. Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Hoàng Long, et al. Một số đặc điểm xã hội và sử dụng ma túy của bệnh nhân mới điều trị methadone tại Điện Biên, Lai Châu và Yên Bái năm 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng [Journal of Preventive Medicine].* 2015;XXV(Số 10 (170)).

70. Hoang TV, Ha TTT, Hoang TM, et al. Impact of a methadone maintenance therapy pilot in Vietnam and its role in a scaled-up response. *Harm Reduction Journal*. 2015;12:39. doi:10.1186/s12954-015-0075-9
71. Nguyen TT, Luong AN, Nham TTT, et al. Struggling to achieve a ‘normal life’: A qualitative study of Vietnamese methadone patients. *International Journal of Drug Policy*. 2019;68:18-26. doi:10.1016/j.drugpo.2019.03.026
72. FHI 360. *Đánh Giá Hiệu Quả Của Chương Trình Thí Điểm Điều Trị Các Chất Thuốc Phiện Bằng Methadone.*; 2014.
73. Nguyen HH, Bui DD, Dinh TT, et al. A prospective “test-and-treat” demonstration project among people who inject drugs in Vietnam. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(7):e25151. doi:10.1002/jia2.25151
74. Perlman DC, Jordan AE, Uuskula A, et al. An international perspective on using opioid substitution treatment to improve hepatitis C prevention and care for people who inject drugs: structural barriers and public health potential. *Int J Drug Policy*. 2015;26(11):1056-1063. doi:10.1016/j.drugpo.2015.04.015
75. Le TA, Le MQT, Dang AD, et al. Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019;14(1):39. doi:10.1186/s13011-019-0223-4
76. Carlsen SEL, Lunde LH, Torsheim T. Opioid and Polydrug Use Among Patients in Opioid Maintenance Treatment. *Subst Abuse Rehabil*. 2020;11:9-18. doi:10.2147/SAR.S221618
77. Le NT, Khuong QL, Vu TTV, et al. Prevalence of Amphetamine-Type Stimulant Use and Related Factors among Methadone Maintenance Patients in Ho Chi Minh City Vietnam: A Cross-Sectional Study. *J Psychoactive Drugs*. Published online January 27, 2021:1-9. doi:10.1080/02791072.2020.1871126

78. Lê Minh Giang và cộng sự. *Thực Trạng Sử Dụng Ma Túy Tổng Hợp Dạng Amphetamine (Ats) và Tiềm Năng Triển Khai Can Thiệp Trên Bệnh Nhân Điều Trị Methadone Tại Hà Nội Năm 2018.*; 2018.
79. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2003;361(9358):662-668. doi:10.1016/S0140-6736(03)12600-1
80. Soeffing JM, Martin LD, Fingerhood MI, Jasinski DR, Rastegar DA. Buprenorphine maintenance treatment in a primary care setting: Outcomes at 1 year. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37(4):426-430. doi:10.1016/j.jsat.2009.05.003
81. Kumari S, Manalai P, Leong S, Wooditch A, Malik M, Lawson WB. Factors associated with non-adherence to Buprenorphine-naloxone among opioid dependent African-Americans: A retrospective chart review. *Am J Addict*. 2016;25(2):110-117. doi:10.1111/ajad.12325
82. Kinsky S, Houck PR, Mayes K, Loveland D, Daley D, Schuster JM. A comparison of adherence, outcomes, and costs among opioid use disorder Medicaid patients treated with buprenorphine and methadone: A view from the payer perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2019;104:15-21. doi:10.1016/j.jsat.2019.05.015
83. Tran BX, Nguyen LH, Tran TT, Latkin CA. Social and structural barriers for adherence to methadone maintenance treatment among Vietnamese opioid dependence patients. *PLoS ONE*. 2018;13(1):e0190941. doi:10.1371/journal.pone.0190941
84. Nguyen LH, Nguyen HTT, Nguyen HLT, Tran BX, Latkin CA. Adherence to methadone maintenance treatment and associated factors among patients in Vietnamese mountainside areas. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2017;12(1):31. doi:10.1186/s13011-017-0115-4

85. Nguyễn SCT, Denis C, Vosin A, Đoàn NĐT, et al. Thay đổi sau 12 tháng Chương trình điều trị lồng ghép nghiện chất dạng thuốc phiện và HIV tại thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam: Nhấn mạnh vai trò tư vấn. In: Bài trình bày Hội nghị; 2017.
86. Hser YI, Saxon AJ, Huang D, et al. Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction*. 2014;109(1):79-87. doi:10.1111/add.12333
87. Burns L, Gisev N, Larney S, et al. A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*. 2015;110(4):646-655. doi:10.1111/add.12834
88. Carrieri MP, Rey D, Loundou A, et al. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2003;72(1):13-21. doi:10.1016/s0376-8716(03)00189-3
89. Khue PM, Tham NT, Thanh Mai DT, et al. A longitudinal and case-control study of dropout among drug users in methadone maintenance treatment in Haiphong, Vietnam. *Harm Reduct J*. 2017;14(1):59. doi:10.1186/s12954-017-0185-7
90. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis*. 2016;63(8):1094-1104. doi:10.1093/cid/ciw416
91. Altice FL, Bruce RD, Lucas GM, et al. HIV treatment outcomes among HIV-infected, opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56 Suppl 1:S22-32. doi:10.1097/QAI.0b013e318209751e

92. WHO | Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO. Accessed December 20, 2020. <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
93. Rangarajan S, Colby DJ, Giang LT, et al. Factors associated with HIV viral load suppression on antiretroviral therapy in Vietnam. *J Virus Erad.* 2(2):94-101.
94. Miller WC, Hoffman IF, Hanscom BS, et al. A Scalable, Integrated Intervention to Engage People Who Inject Drugs in HIV Care and Medication-Assisted Treatment: A Randomized, Controlled Vanguard Trial (HPTN 074). *Lancet.* 2018;392(10149):747-759. doi:10.1016/S0140-6736(18)31487-9
95. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. *AIDS.* 2000;14(2):151-155. doi:10.1097/00002030-200001280-00010
96. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, et al. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People Who Inject Drugs in Ukraine. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2018;79(3):288-295. doi:10.1097/QAI.0000000000001827
97. Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2011;15(7):1381-1396. doi:10.1007/s10461-011-9942-x
98. Tran BX, Nguyen LT, Nguyen NH, Hoang QV. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. *Global Health Action.* 2013;6(1):19570. doi:10.3402/gha.v6i0.19570

99. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*. 2007;18(4):262-270. doi:10.1016 /j.drugpo.2006.12.014
100. Bozinoff N, Anderson BJ, Bailey GL, Stein MD. Correlates of stigma severity among person seeking opioid detoxification. *J Addict Med*. 2018;12(1):19-23.
101. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil*. 2018;10:1-12. doi:10.2147/SAR.S183252
102. Ferri M, Reid Finlayson AJ, Wang L, Martin PR. Predictive Factors for Relapse in Patients on Buprenorphine Maintenance. *Am J Addict*. 2014;23(1):62-67. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12074.x
103. Tkacz J, Severt J, Cacciola J, Ruetsch C. Compliance with buprenorphine medication-assisted treatment and relapse to opioid use. *Am J Addict*. 2012;21(1):55-62. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00186.x
104. Fareed A, Vayalapalli S, Casarella J, Drexler K. Effect of buprenorphine dose on treatment outcome. *J Addict Dis*. 2012;31(1):8-18. doi:10.1080/10550887.2011.642758
105. Peles E, Schreiber S, Adelson M. Factors predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. *Drug Alcohol Depend*. 2006;82(3):211-217. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.09.004
106. Bao YP, Liu ZM, Epstein DH, Du C, Shi J, Lu L. A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing strategy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(1):28-33. doi:10.1080 /00952990802342899

107. Dumchev K, Dvoryak S, Chernova O, Morozova O, Altice FL. Retention in Medication-Assisted Treatment Programs in Ukraine – Identifying Factors Contributing to a Continuing HIV Epidemic. *Int J Drug Policy*. 2017;48:44-53. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.014
108. Wakeman SE, Rich JD. Barriers to Medications for Addiction Treatment: How Stigma Kills. *Substance Use & Misuse*. 2018;53(2):330-333. doi:10.1080/10826084.2017.1363238
109. Lan CW, Lin C, Thanh DC, Li L. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):333-339. doi:10.1111/dar.12589
110. O'Connor AM, Cousins G, Durand L, Barry J, Boland F. Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. *PLOS ONE*. 2020;15(5):e0232086. doi:10.1371/journal.pone.0232086
111. Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction*. 2004;99(3):361-368. doi:10.1111/j.1360-0443.2003.00670.x
112. Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med*. 2003;114(7):573-580. doi:10.1016/s0002-9343(03)00093-7
113. Carrieri MP, Chesney MA, Spire B, et al. Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-positive injecting drug users. *Int J Behav Med*. 2003;10(1):1-14. doi:10.1207/s15327558ijbm1001_01

114. Stein MD, Rich JD, Maksad J, et al. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected methadone patients: effect of ongoing illicit drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26(2):195-205. doi:10.1081/ada-100100600
115. Shrestha R, Copenhaver MM. Viral suppression among HIV-infected methadone-maintained patients: The role of ongoing injection drug use and adherence to antiretroviral therapy (ART). *Addict Behav*. 2018;85:88-93. doi:10.1016/j.addbeh.2018.05.031
116. Roux P, Carrieri MP, Cohen J, et al. Retention in Opioid Substitution Treatment: A Major Predictor of Long-Term Virological Success for HIV-Infected Injection Drug Users Receiving Antiretroviral Treatment. *Clinical Infectious Diseases*. 2009;49(9):1433-1440.
117. Egan JE, Netherland J, Gass J, Finkelstein R, Weiss L, for the BHIVES Collaborative. Patient Perspectives on Buprenorphine/Naloxone Treatment in the Context of HIV Care. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;56. https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2011/03011/Patient_Perspectives_on_Buprenorphine_Naloxone.8.aspx
118. Teruya C, M.D RPS, Mitchell SG, et al. Patient Perspectives on Buprenorphine/Naloxone: A Qualitative Study of Retention During the Starting Treatment with Agonist Replacement Therapies (START) Study. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2014;46(5):412-426. doi:10.1080/02791072.2014.921743
119. An TL, Nguyễn HA, Korthuis PT, Lê MG. Thực trạng thảo luận về sử dụng chất gây nghiện giữa cán bộ y tế và bệnh nhân tại các phòng khám điều trị ngoại trú HIV tại Hà Nội. *Tạp chí Y học dự phòng [Journal of Preventive Medicine]*. 2015;XXV(10 (170)).

120. Guichard A, Lert F, Brodeur JM, Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. *Soc Sci Med.* 2007;64(12):2578-2593. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.049
121. Go VF, Morales GJ, Mai NT, Brownson RC, Ha TV, Miller WC. Finding what works: identification of implementation strategies for the integration of methadone maintenance therapy and HIV services in Vietnam. *Implementation Science.* 2016;11(1):54. doi:10.1186/s13012-016-0420-8
122. Hewell VM, Vasquez AR, Rivkin ID. Systemic and individual factors in the buprenorphine treatment-seeking process: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2017;12:3. doi:10.1186/s13011-016-0085-y
123. Lin C, Cao X, Li L. Integrating antiretroviral therapy in methadone maintenance therapy clinics: Service provider perceptions. *Int J Drug Policy.* 2014;25(6):1066-1070. doi:10.1016/j.drugpo.2014.04.021
124. Tran BX, Nguyen LH, Phan HTT, Nguyen LK, Latkin CA. Preference of methadone maintenance patients for the integrative and decentralized service delivery models in Vietnam. *Harm Reduction Journal.* 2015;12(1):29. doi:10.1186/s12954-015-0063-0
125. Ngoc T, Quynh Long K, Vu V, et al. Prevalence of Amphetamine-Type Stimulant Use and Related Factors among Methadone Maintenance Patients in Ho Chi Minh City Vietnam: A Cross-Sectional Study. *Journal of Psychoactive Drugs.* Published online January 28, 2021. doi:10.1080/02791072.2020.1871126
126. Nguyen HT, Nguyen AQ, Nguyen PTK, Duong AT, Nguyen HT. External funding reduction of HIV/AIDS programme: Exploring options for financial sustainability. *International Journal of Healthcare Management.* 2020;0(0):1-9. doi:10.1080/20479700.2020.1797333

127. Rudolph. Perceptions of community and family level IDU and HIV related stigma, disclosure decisions and experiences with layered stigma among HIV positive injection drug users in Vietnam. Published online 2012. Accessed March 20, 2018. [https://www .ncbi.nlm.nih. gov/pmc/ articles/PMC3289061/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289061/)
128. Lùng BN, An TL, Trần TH, Lê MG. Hỗ trợ của gia đình đối với nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV tại Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 99(1):173-181.
129. Amass L, Bickel WK, Higgins ST, Badger GJ. Alternate-day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. *Life Sci*. 1994;54(17):1215-1228. doi:10.1016/0024-3205(94)00848-5

PHỤ LỤC 1: DANH MỤC CÁC BIẾN SỐ VÀ CHỈ SỐ

Nội dung	Biến số	Chỉ số	Công cụ
Đặc điểm chung của đối tượng	Tuổi	Tuổi trung bình, % nhóm tuổi	Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học
	Giới tính	% theo giới tính khi sinh	
	Dân tộc	% theo dân tộc	
	Trình độ học vấn	% theo cấp độ học vấn	
	Tình trạng hôn nhân	% tình trạng hôn nhân	
	Hiện đang sống cùng với ai	% theo nhóm đối tượng sống cùng	
	Tình trạng việc làm	% theo nhóm tình trạng việc làm	
	Thu nhập trung bình 1 tháng	Thu nhập trung bình/tháng trong 1 tháng qua	
	Tình trạng bảo hiểm y tế	% có bảo hiểm y tế còn hạn sử dụng	
Nhận thức về sự kỳ thị	Sự kỳ thị đối với hành vi sử dụng ma túy	Điểm trung bình sự kỳ thị đối với tình trạng sử dụng ma túy	Phần 9: Sự kỳ thị đối với sử dụng ma túy
	Sự kỳ thị đối với tình trạng HIV	Điểm trung bình theo một số khía cạnh kỳ thị về HIV như giữ khoảng cách, đổ lỗi và phân biệt đối xử	Phần 10: Sự kỳ thị đối với HIV

Hỗ trợ xã hội	Sự hỗ trợ xã hội	Điểm trung bình theo nguồn hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và người quan trọng khác	Phần 6: Sự hỗ trợ về mặt xã hội
Tiền sử về hành vi vi phạm pháp luật và cai nghiện	Vi phạm pháp luật	% số lần bị bắt giam và kết án	Phần 10: Pháp lý
	Tình trạng cai nghiện ở trung tâm 06	% tình trạng đi cai nghiện ở trung tâm	
Tình trạng sức khỏe	Số năm phát hiện nhiễm HIV	Trung bình số năm phát hiện nhiễm HIV	Phần 4: Tiền sử HIV
	Tiền sử điều trị ARV	% đã từng điều trị ARV	Phần 5: Tuân thủ điều trị ARV
	Phác đồ điều trị	% theo phác đồ điều trị	
	Tình trạng mắc Viêm gan virus B (HBV)	% nhiễm virus HBV	Phần 3 Tiền sử sức khỏe Phiếu trích lục thông tin điều trị từ bệnh án
	Tình trạng mắc Viêm gan virus C (HCV)	% nhiễm virus HCV	Phần 3 Tiền sử sức khỏe Phiếu trích lục thông tin điều trị từ bệnh án
	Một số rối loạn sức khỏe tâm thần	% theo mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng	Phần 7: Sức khỏe tinh thần

Đặc điểm tiền sử sử dụng heroin			
Tiền sử sử dụng chất	Tuổi lần đầu sử dụng heroin	% tỷ lệ bắt đầu sử dụng theo nhóm tuổi	Phần 6: Sử dụng rượu và ma túy
	Tổng số năm sử dụng heroin	% theo tổng số năm sử dụng heroin	
	Hành vi tiêm chích 3 tháng qua	% có hành vi tiêm chích % có hành vi tiêm chích chung	
	Tình trạng sử dụng heroin trong 30 ngày qua	% đối tượng sử dụng chất gây nghiện trong 30 ngày qua	
	Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua	Trung vị số ngày sử dụng trong 30 ngày qua	
	Điều trị cai nghiện heroin	% đã từng điều trị heroin	
	Sốc thuốc do sử dụng heroin quá liều	% tình trạng sốc thuốc (có/không)	
	Mức độ phiền phức của triệu chứng liên quan đến heroin trong 30 ngày qua	% theo mức độ phiền phức do triệu chứng liên quan đến heroin	

<i>Tiền sử sử dụng ma túy tổng hợp dạng amphetamine</i>		
Tiền sử sử dụng	% theo tiền sử sử dụng	Phần 6: Sử dụng rượu và ma túy
Tổng số năm sử dụng	% theo tổng số năm sử dụng	
Sử dụng trong 30 ngày qua	% theo tình trạng sử dụng	
Số ngày sử dụng trong 30 ngày qua	Trung vị số ngày sử dụng trong 30 ngày qua	
<i>Đặc điểm tiền sử sử dụng thuốc lá và rượu bia</i>		
Tần suất sử dụng thuốc lá	% sử dụng theo các mức độ	Phần 2: Sử dụng thuốc lá
Số điều thuốc sử dụng trong ngày	Trung bình số điều thuốc sử dụng trong ngày	
Đã từng sử dụng rượu bia	% tình trạng đã từng sử dụng	Phần 6: Sử dụng rượu và ma túy
Điều trị nghiện rượu bia	% đã từng điều trị nghiện rượu	
Sử dụng rượu bia trong 30 ngày qua	% sử dụng Trung bình số ngày sử dụng trong 30 ngày qua	
<i>Đặc điểm sử dụng đa chất gây nghiện</i>		
Sử dụng đa chất	% sử dụng nhiều hơn một chất gây nghiện trong 30 ngày qua Trung vị số ngày sử dụng nhiều hơn 1 chất gây nghiện	Phần 6: Sử dụng rượu và ma túy

		trong 30 ngày qua	
Kết quả điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone	Kết quả xét nghiệm nước tiểu	% xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine, amphetamine và methamphetamine tại các thời điểm ban đầu, 3, 6, 9 và 12 tháng	Phiếu thu thập thông tin xét nghiệm
	Hành vi sử dụng chất trong 30 ngày qua	% tự báo cáo hành vi sử dụng heroin, amphetamine và methamphetamine trong 30 ngày qua tại các thời: ban đầu, 3, 6, 9 và 12 tháng	Phần 6: Sử dụng rượu và ma túy
	Số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày qua	Trung vị số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày	
	Mức độ thèm nhớ heroin	Trung bình mức độ thèm nhớ heroin trong 30 ngày qua	
	Tuân thủ điều trị nghiện CDTP	Tỷ lệ % bệnh nhân có tổng số ngày đến cơ sở ngậm thuốc $\geq 80\%$ tổng số ngày cần đến lấy thuốc và không bỏ quá 5 ngày liên tục trong kỳ theo dõi	Trích lục thông tin từ hồ sơ bệnh án điều trị Suboxone
	Duy trì trong điều trị nghiện chất	Tỷ lệ % bệnh nhân duy trì nhận thuốc điều trị theo tháng	Trích lục thông tin từ hồ sơ bệnh án điều trị Suboxone

		điều trị Tỷ suất dừng điều trị (100 người-tháng) Tỷ lệ % các lý do dẫn đến dừng điều trị	
Kết quả điều trị ARV	Số tế bào CD4	% theo mức tế bào CD4 tại các thời điểm theo dõi	Xét nghiệm máu
	Tải lượng virus HIV	% ức chế tải lượng virus dưới < 1000 bản sao/mL % ức chế tải lượng virus < 200 bản sao/mL	Xét nghiệm máu bằng test Real Time HIV-1 PCR (Abbott m2000rt)
	Ước tính % uống thuốc đúng giờ từ 90% trở lên	% tuân thủ thuốc $\geq 90\%$	Phần 5: Tuân thủ điều trị ARV
	Tình trạng tuân thủ thuốc ARV trong 7 ngày qua	% quên 1 liều thuốc theo các mức độ trong 7 ngày qua	
	Lần cuối cùng quên ít nhất 1 liều	% lần cuối cùng quên 1 liều theo các mốc thời gian	
	Tự đánh giá tuân thủ điều trị ARV	% tự đánh giá tuân thủ điều trị ARV theo các mức độ	
	Tình trạng nhận thuốc ARV tại các thời điểm theo dõi	% nhận thuốc tại các thời điểm theo dõi	Thông tin từ bệnh án điều trị ARV

PHỤ LỤC 2: BỘ CÂU HỎI ĐIỀU TRA

PHIẾU ĐIỀU TRA BAN ĐẦU		
Mã số đối tượng nghiên cứu		Cơ sở điều trị
Ngày:	Lần hẹn gặp:	Cán bộ
PHẦN 1: ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC		
1.1	Bạn sinh vào ngày, tháng, năm nào?	___Ngày___Tháng___Năm <input type="checkbox"/> Không nhớ
1.2	Giới tính của bạn là gì?	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (Ghi cụ thể):_____
1.3	Hiện tại bạn sống ở đâu?	Thị xã//quận/huyện:_____ Tỉnh/thành phố_____
1.4	Hiện tại gia đình bạn có sống trong cùng thành phố với bạn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
1.5	Trình độ học vấn của bạn? <i>(Chỉ khoanh tròn 1 đáp án)</i>	<input type="checkbox"/> Mù chữ <input type="checkbox"/> Tiểu học (Lớp 1-5) <input type="checkbox"/> Trung học cơ sở (Lớp 6-9) <input type="checkbox"/> Trung học phổ thông (Lớp 10 – 12) <input type="checkbox"/> Trung cấp, cao đẳng, đại học (>12)
1.6	Bạn là người dân tộc nào?	<input type="checkbox"/> Kinh <input type="checkbox"/> Hoa <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Tày <input type="checkbox"/> H'mong <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ) _____

1.7	<p>Hiện tại, bạn đang sống cùng ai?</p> <p><i>(Khoanh tất cả các đáp án phù hợp)</i></p>	<input type="checkbox"/> Một mình <input type="checkbox"/> Cùng vợ/chồng/ bạn gái/bạn trai <input type="checkbox"/> Cùng bạn bè <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Bố mẹ <input type="checkbox"/> Sống cùng họ hàng (ví dụ ông bà, bác, v..v) <input type="checkbox"/> Không sống cố định với ai <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ) _____
1.8	<p>Tình trạng hôn nhân hiện tại của bạn là gì?</p>	<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ kết hôn <input type="checkbox"/> Đang có vợ/chồng <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Góa
1.9	<p>Hiện nay bạn có việc làm không?</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời
1.10	<p>Thu nhập của bạn trong một tháng vừa qua là bao nhiêu?</p>	<p>_____ VND</p> <input type="checkbox"/> Không nhớ/Không trả lời
1.11	<p>Tổng thu nhập trong tháng qua của tất cả thành viên trong gia đình bạn là bao nhiêu?</p> <p><i>(Điền tổng thu nhập từ tất cả các nguồn)</i></p>	<p>_____ VND</p> <input type="checkbox"/> Không nhớ/Không trả lời
1.12	<p>Hiện tại, bạn có bảo hiểm y tế để sử dụng trong việc chi trả chi phí khám chữa bệnh không? (có thể hiện tại bạn có nhưng chưa sử dụng bao giờ)</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không rõ

PHẦN 2: SỬ DỤNG THUỐC LÁ		
2.1	Hiện tại, tần suất bạn hút thuốc lá như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Một vài ngày → Chuyển tới câu 2.3 <input type="checkbox"/> Không hút thuốc lá → Chuyển tới câu 2.3 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết/Không nhớ
2.2	Trung bình mỗi ngày bạn hút bao nhiêu điếu thuốc lá?	_____ Điếu thuốc lá/ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết/Không nhớ
2.3	Hiện tại, tần suất bạn hút thuốc lòn như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Không hút thuốc lòn <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

PHẦN 3: TIỀN SỬ SỨC KHỎE

3.1	Từ trước đến nay bao nhiêu lần bạn đã từng nhập viện vì vấn đề sức khỏe (không bao gồm cai nghiện, điều trị nghiện rượu/ma túy và sinh con)?	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết	
3.2	Bạn đã bao giờ được chẩn đoán hay xét nghiệm dương tính một trong những bệnh dưới đây? <i>(Đọc từng bệnh và câu trả lời)</i>	Viên gan B	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
		Viên gan C	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
		Bệnh Lao	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
		Bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) <i>(Ví dụ: giang mai, lậu, nhiễm khuẩn chlamydia)</i>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
3.3	Trong 3 tháng qua, bạn có xét nghiệm dương tính đối với bệnh lây truyền qua đường tình dục (ví dụ giang mai, lậu, nhiễm khuẩn chlamydia) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết	

PHẦN 4: TIỀN SỬ HIV

4.1	Bạn được chẩn đoán dương tính với HIV khi nào?	_____ Năm <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
4.2	Bạn đã bao giờ tiết lộ cho bạn tình của bạn về tình trạng dương tính HIV của bạn chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không có bạn tình kể từ khi xét nghiệm dương tính với HIV → Chuyển tới phần 5 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
4.3	Bạn có khuyến khích bạn tình của bạn, bao gồm cả nam hoặc nữ, đi xét nghiệm HIV không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

PHẦN 5: TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV

5.1	Bạn đã từng bao giờ nhận điều trị ARV chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không → Chuyển tới phần 6 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.2	Anh/chị đã từng bao giờ ngừng sử dụng thuốc điều trị ARV chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.3	Bạn dừng nhận điều trị ARV trong lần điều trị ARV cuối cùng vào khi nào?	_____ Ngày/tháng/năm
5.4	Hiện tại anh/chị có đang sử dụng thuốc điều trị ARV không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.5	Từ khi nào, anh chị bắt đầu sử dụng thuốc điều trị ARV hiện tại?	_____ Ngày/tháng/năm

Câu hỏi dưới đây sẽ hỏi xem liệu bạn có quên không uống liều thuốc nào trong vòng 4 ngày qua. NẾU BẠN CHỈ SỬ DỤNG MỘT PHẦN CỦA LIỀU TRONG BẤT KỲ NGÀY NÀO, XIN VUI LÒNG TÍNH THÊM NHỮNG LIỀU ĐÓ VÀO SỐ LIỀU ĐÃ QUÊN/BỎ QUA.

STT	Bạn đã quên bao nhiêu liều?				
	<u>Bước 1</u> Tên loại thuốc điều trị HIV	<u>Bước 2</u> Ngày hôm qua	<u>Bước 3</u> Ngày hôm kia (2 ngày trước đây)	<u>Bước 4</u> 3 ngày trước	<u>Bước 5</u> 4 ngày trước
5.6		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
5.7		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
5.8		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
5.9		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
5.10		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều

Thang điểm về tuân thủ điều trị		
5.11	Mức độ thường xuyên bạn cảm thấy khó khăn để uống thuốc đúng thời gian quy định như thế nào? Đúng thời gian quy định nghĩa là không sớm hơn hoặc muộn hơn 2 giờ so với thời điểm bác sỹ dặn bạn nên uống thuốc.	<input type="checkbox"/> Luôn luôn <input type="checkbox"/> Rất nhiều lần <input type="checkbox"/> Hiếm khi <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.12	Trung bình có bao nhiêu ngày trong một tuần bạn quên không uống ít nhất một liều thuốc điều trị HIV?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> 4-6 ngày/tuần <input type="checkbox"/> 2-3 ngày/tuần <input type="checkbox"/> Một lần/tuần <input type="checkbox"/> Ít hơn 1 lần trong tuần <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.13	Lần cuối cùng bạn quên không uống ít nhất một liều thuốc điều trị HIV là vào khi nào?	<input type="checkbox"/> Trong vòng tuần trước <input type="checkbox"/> 1-2 tuần trước <input type="checkbox"/> 3-4 tuần trước <input type="checkbox"/> Trong vòng 1-3 tháng trước <input type="checkbox"/> Trước 3 tháng trước đây <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.14	Anh/chị làm ơn ước tính phần trăm mà anh chị uống thuốc ARV đúng thời gian?	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%
SRSI		
5.15	Bạn đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc kháng HIV của bạn như thế nào? Nghĩa là, bạn làm tốt như thế nào theo hướng dẫn của bác sỹ về loại thuốc dùng để điều trị, uống liều bao nhiêu và uống khi nào?	<input type="checkbox"/> Rất kém <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Khá <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tuyệt vời

PHẦN 6: SỬ DỤNG RƯỢU VÀ MA TÚY**AUDIT-C**

Làm ơn trả lời các câu hỏi sau

Một ly rượu tiêu chuẩn bằng:

- 1.5 oz. rượu tương đương với 45 ml rượu (ví dụ như một ly whiskey)
- 12 oz. Bia tương đương với 350 ml (1 vại bia)
- 5 oz Rượu vang tương đương với 150 ml



6.1	Mức độ thường xuyên mà bạn uống một ly rượu (ví dụ như 1 chén hạt mít, hoặc 1 ly rượu vang hoặc 1 vại bia) là như thế nào?	<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Hàng tháng hoặc ít hơn <input type="checkbox"/> 2-4 lần/tháng <input type="checkbox"/> 2-3 lần/tuần <input type="checkbox"/> Ít nhất 4 lần/tuần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.2	Bình thường bạn uống bao nhiêu ly rượu trong một ngày?	<input type="checkbox"/> 1 hoặc 2 <input type="checkbox"/> 3 hoặc 4 <input type="checkbox"/> 5 hoặc 6 <input type="checkbox"/> 7 tới 9 <input type="checkbox"/> 10 hoặc nhiều hơn 10 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.3	Mức độ thường xuyên mà bạn uống từ sáu ly trở lên trong mỗi lần uống rượu/bia là như thế nào?	<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Dưới 1 lần/tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày hay hầu như mỗi ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

ASI-Lite (SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN/MA TÚY VÀ ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN)

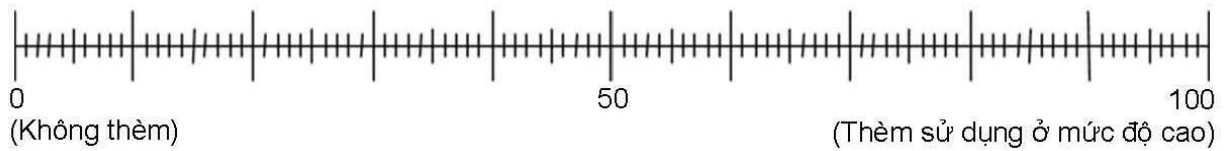
6.4	Trong cuộc đời bạn, bạn được điều trị cai nghiện ma túy bao nhiêu lần? <i>(bao gồm những lần điều trị trong trại cai nghiện hay điều trị nội/ngoại trú có sự tư vấn của bác sỹ)</i>	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.5	Trong cuộc đời bạn, bạn được điều trị cai nghiện rượu bao nhiêu lần? <i>(bao gồm những lần điều trị trong trại cai nghiện hay điều trị nội/ngoại trú có sự tư vấn của bác sỹ)</i>	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.6	Trong 30 ngày qua bạn đã tiêu bao nhiêu tiền để mua ma túy?	_____ VND <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

6.7	Trong 30 ngày qua bạn đã tiêu bao nhiêu tiền để mua bia/rượu?	_____ VND <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.8	Trong 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày bạn gặp trải qua triệu chứng như: cơn thèm nhớ, hội chứng cai, các tác động khó chịu do việc sử dụng ma túy, hoặc muốn bỏ sử dụng ma túy mà không thể?	_____ ngày trong 30 ngày qua <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.9	Trong 30 ngày qua, bạn đã gặp những bực mình và phiền phức do các vấn đề liên quan đến ma túy gây ra như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.10	Hiện tại, việc điều trị nghiện có tầm quan trọng như thế nào để giúp bạn đối phó với các rắc rối liên quan đến ma túy?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.11	Trong 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày bạn gặp triệu chứng như: mong muốn sử dụng rượu bia, hội chứng cai, các tác động khó chịu do việc sử dụng bia/rượu, hoặc muốn bỏ rượu bia mà không thể?	_____ ngày trong 30 ngày qua <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.12	Trong 30 ngày qua, bạn đã gặp những bực mình và phiền phức do các vấn đề liên quan đến rượu/bia gây ra như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

6.13	Hiện tại, việc điều trị nghiện có tầm quan trọng như thế nào để giúp bạn đối phó với các vấn đề liên quan đến rượu/bia?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
6.14	Chi tiêu cho ma túy Trung bình, một ngày anh tiêu bao nhiêu tiền để mua ma túy?	_____ VND

VAS: THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THÈM NHỚ ĐỐI VỚI SỬ DỤNG MA TÚY

VAS. Xin hãy cho biết mức độ thèm nhớ đối với chất gây nghiện/ma túy trong thang đo 0-100 dưới đây. 0 nghĩa là không thèm nhớ và 100 tương ứng với thèm nhớ ở mức độ cao.



PHẦN 8: SỨC KHỎE TINH THẦN (DASS 21)

Xin vui lòng đọc từng câu và khoanh tròn số 0, 1, 2, hay 3 để chỉ định xem câu nào thích hợp với những gì đã xảy ra cho mình trong tuần vừa qua. Không có câu trả lời nào đúng hay sai. Không nên mất quá nhiều giờ để lựa chọn.

STT	Nội dung	Không bao giờ	Đôi khi	Thường xuyên	Gần như luôn luôn	Từ chối trả lời	Không biết
8.1	Tôi nhận thấy khó mà nghỉ ngơi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Tôi thấy mình bị khô miệng	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Tôi không thấy có một cảm giác lạc quan nào cả	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Tôi bị khó thở (thở nhanh, khó thở mà không do làm việc mệt)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Tôi thấy khó mà bắt tay vào làm công việc	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Tôi đã phản ứng cách quá lớn khi có những sự việc xảy ra	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Tay tôi bị run	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Tôi thấy mình đã dùng quá nhiều năng lực vào việc lo lắng	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Tôi lo mình đến những nơi mà tôi có thể bị hốt hoảng và tự làm mất mặt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Tôi thấy tương lai mình chả có gì để mong chờ cả	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11	Tôi thấy bồn chồn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	Tôi thấy khó mà thư giãn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN 11: PHÁP LÝ

11.1	Bao nhiêu lần trong đời bạn bị bắt giam và bị kết án?	_____Số lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
11.2	Hiện tại bạn đang có trong thời gian chờ thi hành án, xử án hay tuyên án không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
11.3	Trong 30 ngày qua, bao nhiêu ngày bạn đã dính líu vào các hoạt động trái pháp luật để kiếm tiền (như buôn bán ma túy, mại dâm, ăn trộm)?	_____Ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
11.4	Bạn đã từng ở trung tâm cai nghiện (trung tâm 06) bao giờ chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không → kết thúc phỏng vấn <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời → kết thúc phỏng vấn <input type="checkbox"/> Không biết → kết thúc phỏng vấn
11.5	Bạn đã từng ở trung tâm cai nghiện (Trung tâm 06) bao nhiêu lần?	_____Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
11.6	<u>Lần gần đây nhất bạn vào trung tâm 06,</u> bạn đã vào đó như thế nào? <i>(Không đọc các đáp án. Chỉ khoanh 1 đáp án)</i>	<input type="checkbox"/> Bắt buộc bởi chính quyền địa phương <input type="checkbox"/> Gia đình gửi vào <input type="checkbox"/> Tự xin vào <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ) _____ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
11.7	Lần gần đây nhất bạn rời khỏi trung tâm 06 là khi nào?	_____ Tháng _____ Năm <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

PHIẾU ĐIỀU TRA THEO DỐI		
Mã số đối tượng nghiên cứu		Cơ sở điều trị:
Ngày:	Lần hẹn gặp:	Cán bộ:
PHẦN 1: ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC		
1.3	Hiện tại bạn sống ở đâu?	Thị xã//quận/huyện: _____ Tỉnh/thành phố _____
1.4	Hiện tại gia đình bạn có sống trong cùng thành phố với bạn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
1.7	Hiện tại, bạn đang sống cùng ai? <i>(Khoanh tất cả các đáp án phù hợp)</i>	<input type="checkbox"/> Một mình <input type="checkbox"/> Cùng vợ/chồng/ bạn gái/bạn trai <input type="checkbox"/> Cùng bạn bè <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Bố mẹ <input type="checkbox"/> Sống cùng họ hàng (ví dụ ông bà, bác, v..v) <input type="checkbox"/> Không sống cố định với ai <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ) _____
1.9	Hiện nay bạn có việc làm không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời
1.10	Thu nhập của bạn trong một tháng vừa qua là bao nhiêu?	_____ VND <input type="checkbox"/> Không nhớ/Không trả lời
1.11	Tổng thu nhập trong tháng qua của tất cả thành viên trong gia đình bạn là bao nhiêu? <i>(Điền tổng thu nhập từ tất cả các nguồn)</i>	_____ VND <input type="checkbox"/> Không nhớ/Không trả lời

PHẦN 2: SỬ DỤNG THUỐC LÁ

2.1	Hiện tại, tần suất bạn hút thuốc lá như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Một vài ngày → Chuyển tới câu 2.3 <input type="checkbox"/> Không hút thuốc lá → Chuyển tới câu 2.3 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết/Không nhớ
2.2	Trung bình mỗi ngày bạn hút bao nhiêu điếu thuốc lá?	_____ Điếu thuốc lá/ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết/Không nhớ
2.3	Hiện tại, tần suất bạn hút thuốc lòn như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Không hút thuốc lòn <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

PHẦN 3: TIỀN SỬ SỨC KHỎE

3.1	Trong 3 tháng qua, bạn nhập viện tổng cộng bao nhiêu lần vì lý do sức khỏe (không bao gồm lý do cai nghiện, điều trị nghiện rượu/ma túy, hay do sinh đẻ)	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
3.3	Trong 3 tháng qua, bạn có xét nghiệm dương tính đối với bệnh lây truyền qua đường tình dục (ví dụ giang mai, lậu, nhiễm khuẩn chlamydia) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

PHẦN 4: TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ HIV**Tuân thủ điều trị HIV (ARV)**

Thông tin cho những câu hỏi dưới đây sẽ giúp chúng tôi tìm giải pháp để giúp những bệnh nhân gặp khó khăn trong việc tuân thủ điều trị HIV. Rất mong bạn trả lời đầy đủ tất cả các câu hỏi. Nếu bạn không muốn trả lời câu hỏi nào, mong bạn cho chúng tôi biết và chúng ta có thể dừng câu hỏi đó. Nếu bạn không hiểu bất kỳ câu hỏi nào, mong bạn yêu cầu nghiên cứu viên giúp bạn. Cảm ơn bạn đã tham gia vào nghiên cứu quan trọng này.

4.1	Bạn bắt đầu đợt điều trị HIV (ARV) hiện tại từ khi nào?	_____ Tháng _____ Năm <input type="checkbox"/> Vẫn chưa điều trị ARV → Chuyển tới phần 6 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
-----	---	--

Câu hỏi dưới đây sẽ hỏi xem liệu bạn có quên không uống liều thuốc nào trong vòng 4 ngày qua.

NẾU BẠN CHỈ SỬ DỤNG MỘT PHẦN CỦA LIỀU TRONG BẤT KỲ NGÀY NÀO, XIN VUI LÒNG TÍNH THÊM NHỮNG LIỀU ĐÓ VÀO SỐ LIỀU ĐÃ QUÊN/BỎ QUA.

STT	Bạn đã quên bao nhiêu liều?				
	<u>Bước 1</u> Tên loại thuốc điều trị HIV	<u>Bước 2</u> Ngày hôm qua	<u>Bước 3</u> Ngày hôm kia (2 ngày trước đây)	<u>Bước 4</u> 3 ngày trước	<u>Bước 5</u> 4 ngày trước
4.2		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
4.3		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
4.4		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
4.5		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
4.6		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều
4.7		_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều	_____ Liều

Thang điểm về tuân thủ điều trị

4.8	Mức độ thường xuyên bạn cảm thấy khó khăn để uống thuốc đúng thời gian quy định như thế nào? Đúng thời gian quy định nghĩa là không sớm hơn hoặc muộn hơn 2 giờ so với thời điểm bác sỹ dặn bạn nên uống thuốc.	<input type="checkbox"/> Luôn luôn <input type="checkbox"/> Rất nhiều lần <input type="checkbox"/> Hiếm khi <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
4.9	Trung bình có bao nhiêu ngày trong một tuần bạn quên không uống ít nhất một liều thuốc điều trị HIV?	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> 4-6 ngày/tuần <input type="checkbox"/> 2-3 ngày/tuần

		<input type="checkbox"/> Một lần/tuần <input type="checkbox"/> Ít hơn 1 lần trong tuần <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
4.10	Lần cuối cùng bạn quên không uống ít nhất một liều thuốc điều trị HIV là vào khi nào?	<input type="checkbox"/> Trong vòng tuần trước <input type="checkbox"/> 1-2 tuần trước <input type="checkbox"/> 3-4 tuần trước <input type="checkbox"/> Trong vòng 1-3 tháng trước <input type="checkbox"/> Trước 3 tháng trước đây <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
4.11	Anh/chị làm ơn ước tính phần trăm mà anh chị uống thuốc ARV đúng thời gian?	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%
SRSI		
4.12	Bạn đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc kháng HIV của bạn như thế nào? Nghĩa là, bạn làm tốt như thế nào theo hướng dẫn của bác sĩ về loại thuốc dùng để điều trị, uống liều bao nhiêu và uống khi nào?	<input type="checkbox"/> Rất kém <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Khá <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tuyệt vời

PHẦN 5: SỬ DỤNG RƯỢU VÀ MA TÚY

AUDIT-C

Làm ơn trả lời các câu hỏi sau

Một ly rượu tiêu chuẩn bằng:

- 1.5 oz. rượu tương đương với 45 ml rượu
(ví dụ như một ly whiskey)
- 12 oz. Bia tương đương với 350 ml (1 vại bia)
- 5 oz Rượu vang tương đương với 150 ml



5.1	Mức độ thường xuyên mà bạn uống một ly rượu (ví dụ như 1 chén hạt mít, hoặc 1 ly rượu vang hoặc 1 vại bia) là như thế nào?	<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Hàng tháng hoặc ít hơn <input type="checkbox"/> 2-4 lần/tháng <input type="checkbox"/> 2-3 lần/tuần <input type="checkbox"/> Ít nhất 4 lần/tuần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.2	Bình thường bạn uống bao nhiêu ly rượu trong một ngày?	<input type="checkbox"/> 1 hoặc 2 <input type="checkbox"/> 3 hoặc 4 <input type="checkbox"/> 5 hoặc 6 <input type="checkbox"/> 7 tới 9 <input type="checkbox"/> 10 hoặc nhiều hơn 10 <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.3	Mức độ thường xuyên mà bạn uống từ sáu ly trở lên trong mỗi lần uống rượu/bia là như thế nào?	<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Dưới 1 lần/tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày hay hầu như mỗi ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

ASI-Lite (SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN/MA TÚY VÀ ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN)

5.4	Trong 3 tháng qua, bạn được điều trị cai nghiện ma túy bao nhiêu lần? <i>Bao gồm những lần điều trị trong trại cai nghiện hay điều trị nội/ngoại trú có sự tư vấn của bác sĩ.</i>	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.5	Trong 3 tháng qua, bạn được điều trị cai nghiện rượu bao nhiêu lần? <i>Bao gồm những lần điều trị trong trại cai nghiện hay điều trị nội/ngoại trú có sự tư vấn của bác sĩ.</i>	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.6	Trong 30 ngày qua bạn đã tiêu bao nhiêu tiền để mua ma túy?	_____ VND <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.7	Trong 30 ngày qua bạn đã tiêu bao nhiêu tiền để mua bia/rượu?	_____ VND <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.8	Trong 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày bạn gặp trải qua triệu chứng như: cơn thèm nhớ, hội chứng cai, các tác động khó chịu do việc sử dụng ma túy, hoặc muốn bỏ sử dụng ma túy mà không thể?	_____ ngày trong 30 ngày qua <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.9	Trong 30 ngày qua, bạn đã gặp những bức mình và phiền phức do các vấn đề liên quan đến ma túy gây ra như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.10	Hiện tại, việc điều trị nghiện có tầm quan trọng như thế nào để giúp bạn đối phó với các rắc rối liên quan đến ma túy?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

5.11	Trong 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày bạn gặp triệu chứng như: mong muốn sử dụng rượu bia, hội chứng cai, các tác động khó chịu do việc sử dụng bia/rượu, hoặc muốn bỏ rượu bia mà không thể?	_____ ngày trong 30 ngày qua <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.12	Trong 30 ngày qua, bạn đã gặp những bức mình và phiền phức do các vấn đề liên quan đến rượu/bia gây như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.13	Hiện tại, việc điều trị nghiện có tầm quan trọng như thế nào để giúp bạn đối phó với các vấn đề liên quan đến rượu/bia?	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Chút ít <input type="checkbox"/> Vừa phải <input type="checkbox"/> Tương đối nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
5.14	Chi tiêu cho ma túy Trung bình, một ngày anh tiêu bao nhiêu tiền để mua ma túy?	_____ VND

VAS: THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THÈM NHỚ ĐỐI VỚI SỬ DỤNG MA TÚY
<p>VAS. Xin hãy cho biết mức độ thèm nhớ đối với chất gây nghiện/ma túy trong thang đo 0-100 dưới đây. 0 nghĩa là không thèm nhớ và 100 tương ứng với thèm nhớ ở mức độ cao.</p> <div style="text-align: center;"> </div>

PHẦN 7: SỨC KHỎE TINH THẦN (DASS 21)

Xin vui lòng đọc từng câu và khoanh tròn số 0, 1, 2, hay 3 để chỉ định xem câu nào thích hợp với những gì đã xảy ra cho mình trong tuần vừa qua. Không có câu trả lời nào đúng hay sai. Không nên mất quá nhiều giờ để lựa chọn.

STT	Nội dung	Không bao giờ	Đôi khi	Thường xuyên	Gần như luôn luôn	Từ chối trả lời	Không biết
8.1	Tôi nhận thấy khó mà nghỉ ngơi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Tôi thấy mình bị khô miệng	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Tôi không thấy có một cảm giác lạc quan nào cả	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Tôi bị khó thở (thở nhanh, khó thở mà không do làm việc mệt)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Tôi thấy khó mà bắt tay vào làm công việc	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Tôi đã phản ứng cách quá lộ khi có những sự việc xảy ra	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Tay tôi bị run	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Tôi thấy mình đã dùng quá nhiều năng lực vào việc lo lắng	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Tôi lo mình đến những nơi mà tôi có thể bị hốt hoảng và tự làm mất mặt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Tôi thấy tương lai mình chả có gì để mong chờ cả	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11	Tôi thấy bồn chồn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	Tôi thấy khó mà thư giãn	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN 10: PHÁP LÝ

10.1	Trong 3 tháng qua, bao nhiêu lần bạn bị bắt giam và bị kết án?	_____ Số lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
10.2	Hiện tại bạn đang có trong thời gian chờ thi hành án, xử án hay tuyên án không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
10.3	Trong 30 ngày qua, bao nhiêu ngày bạn đã dính líu vào các hoạt động trái pháp luật để kiếm tiền (như buôn bán ma túy, mại dâm, ăn trộm)?	_____ Ngày <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
10.4	Trong 3 tháng qua, bạn có cai nghiện ở trung tâm cai nghiện (trung tâm 06) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không → kết thúc phỏng vấn <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết → kết thúc phỏng vấn
10.5	Trong 3 tháng qua, bạn cai nghiện ở trung tâm cai nghiện (Trung tâm 06) bao nhiêu lần?	_____ Lần <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
10.6	<u>Lần gần đây nhất bạn vào trung tâm 06 trong vòng 3 tháng qua,</u> bạn đã vào đó như thế nào? <i>(Không đọc các đáp án. Chỉ khoanh 1 đáp án)</i>	<input type="checkbox"/> Bắt buộc bởi chính quyền địa phương <input type="checkbox"/> Gia đình gửi vào <input type="checkbox"/> Tự xin vào <input type="checkbox"/> Khác (Ghi rõ) _____ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết
10.7	<u>Lần gần đây nhất</u> trong vòng 3 tháng qua, bạn rời khỏi trung tâm 06 là khi nào?	_____ Tháng _____ Năm <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Không biết

**PHỤ LỤC 3: BIỂU MẪU TRÍCH LỤC THÔNG TIN BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ
SUBOXONE**

Phiếu trích lục thông tin điều trị Suboxone		
Mã số đối tượng nghiên cứu (ID):	Phòng khám:	
Ngày:	Lần hẹn gặp:	Cán bộ ký tắt:

1. Đối tượng chủ yếu nhận Suboxone ở phòng khám nào?
 - Phòng khám ngoại trú Hoàng Mai, Trung tâm y tế quận Hoàng Mai
 - Phòng khám ngoại trú Đống Đa, Trung tâm Y tế quận Đống Đa
 - Phòng khám và điều trị ngoại trú Từ Liêm, Trung tâm y tế quận Từ Liêm
 - Phòng khám và điều trị ngoại trú Long Biên, Trung tâm y tế quận Long Biên
 - Khác (Ghi rõ): _____
2. Từ lần thăm khám cuối cùng, bệnh nhân có nhận thuốc điều trị Suboxone ở bất kỳ những cơ sở nào khác bên cạnh cơ sở cấp phát thuốc hiện tại không?
 - Có
 - Không → Chuyển tới câu 5
3. Bệnh nhân nhận thuốc điều trị Suboxone ở những cơ sở nào nữa?
 - Phòng khám ngoại trú Hoàng Mai, Trung tâm y tế quận Hoàng Mai
 - Phòng khám Methadone tại Trung Tâm Y tế Đống Đa
 - Phòng khám và điều trị ngoại trú Từ Liêm, Trung tâm y tế quận Từ Liêm
 - Phòng khám và điều trị ngoại trú Long Biên, Trung tâm y tế quận Long Biên
 - Khác (Ghi rõ): _____
4. Bao nhiêu lần? _____
5. Ngày đầu tiên trợ lý nghiên cứu xem phoi theo dõi liều điều trị: _____
6. Ngày cuối cùng trợ lý nghiên cứu xem phoi theo dõi liều điều trị: _____
7. Số ngày đối tượng nhận liều Suboxone tại cơ sở trong khoảng thời gian kể trên (ngày đầu tiên trợ lý nghiên cứu xem phoi theo dõi liều điều trị và ngày cuối cùng xem phoi) _____ Ngày
8. Liều Suboxone lần gần đây nhất bệnh nhân nhận là: ___ mg
9. Tần suất cấp phát Suboxone cho bệnh nhân:
 - 7 ngày/tuần
 - 4 ngày/tuần

Khác (ghi rõ): _____

10. Trong một quý bệnh nhân có ngừng điều trị và sau đó tái điều trị Suboxone lần nào không?

Không → Kết thúc phiếu

Có (***Nếu có, ghi rõ tất cả ngày bắt đầu và ngày bệnh nhân ngừng điều trị Suboxone, và lý do của việc thay đổi đó***)

10.1a Ngày bệnh nhân bắt đầu điều trị Suboxone:

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.1b Ngày bệnh nhân ngừng điều trị Suboxone

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.1c Khởi liệu điều trị lại cho bệnh nhân?

Không

Có

10.1d Lý do của việc thay đổi điều trị Suboxone của bệnh nhân:

10.2a Ngày bệnh nhân bắt đầu điều trị Suboxone:

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.2b Ngày bệnh nhân ngừng điều trị Suboxone:

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.2c Khởi liệu điều trị lại cho bệnh nhân?

Không

Có

10.2d Lý do của việc thay đổi điều trị Suboxone của bệnh nhân:

10.3a Ngày bệnh nhân bắt đầu điều trị Suboxone:

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.3b Ngày bệnh nhân ngừng điều trị Suboxone:

_____ Ngày/Tháng/Năm

10.3c Khởi liệu điều trị lại cho bệnh nhân?

Không

Có

10.3d Lý do của việc thay đổi điều trị Suboxone của bệnh nhân:

PHỤ LỤC 4: PHIẾU TRÍCH LỤC THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ ARV

Phiếu trích lục thông tin điều trị ARV		
Mã số đối tượng nghiên cứu (ID):	Phòng khám:	
Ngày:	Lần hẹn gặp:	Cán bộ ký tắt:

Hướng dẫn: Tất cả các thông tin trong mẫu phiếu này PHẢI được lấy từ sổ bệnh án.

1. Tại lần thăm khám này, đối tượng có đang sử dụng thuốc điều trị HIV không (ARV)?

- Có → Nếu có, trả lời câu hỏi 2
- Không → Nếu không, kết thúc phiếu

2. Nếu có, ngày bắt đầu nhận đợt điều trị HIV hiện (tại):
_____ (dd/mm/yyyy)

3. Loại thuốc điều trị HIV nào đối tượng đang dùng?

PHỤ LỤC 5: PHIẾU THEO DÕI XÉT NGHIỆM

Phiếu Theo Dõi Xét Nghiệm Lâm Sàng Tại Các Đợt Theo Dõi		
Mã số đối tượng nghiên cứu (ID):	Phòng khám:	
Ngày:	Lần hẹn gặp:	Cán bộ ký tắt:

	Xét nghiệm	Kết quả	Thời gian và ngày lấy mẫu xét nghiệm (Điền ngày tháng năm của xét nghiệm trong hồ sơ bệnh án)	Nguồn
Chỉ số xét nghiệm đánh giá tình trạng HIV	CD4	_____	_____ ngày/tháng/năm	<input type="checkbox"/> Số liệu từ hồ sơ bệnh án <input type="checkbox"/> Khác
	HIV-1 RNA PCR(Tải lượng vi rút)	<input type="checkbox"/> Không phát hiện ARN của HIV <input type="checkbox"/> ARN của HIV dưới ngưỡng phát hiện <input type="checkbox"/> ARN của HIV theo log copies/ml trong ngưỡng phát hiện <u>Cụ thể: _____</u> <input type="checkbox"/> ARN của HIV trên 7,00 Log copies/mL	_____ hh:mm _____ ngày/tháng/năm	

Chữ ký của bác sỹ điều trị: _____

Ngày: _____

PHỤ LỤC 6: HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU BỆNH NHÂN

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN BỆNH NHÂN LẦN ĐẦU

Cảm ơn Anh/chị đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong khoảng 1 giờ tới, tôi muốn hỏi ý kiến Anh/chị về những khía cạnh khác nhau trong điều trị nghiện chất và chăm sóc y tế cho bệnh nhân có HIV. Nếu Anh/chị cảm thấy không thoải mái với bất kỳ câu hỏi nào, Anh/chị có thể từ chối trả lời. Thông tin từ cuộc trao đổi này sẽ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu. Trước hết, chúng ta hãy bắt đầu bằng một số thông tin cơ bản về bản thân Anh/chị.

I. THÔNG TIN CHUNG

- Anh/chị giới thiệu ngắn gọn về bản thân?
- Anh/Chị từ đâu đến?
 - Nếu bệnh nhân đến từ tỉnh/thành phố khác, hỏi bệnh nhân đã sống ở thành phố này bao lâu rồi? Vì sao bệnh nhân lại chuyển tới thành phố này sinh sống?
- Anh/chị đã kết hôn chưa? Có mấy con? Hiện nay anh/chị có sống cùng với gia đình của mình không?
- Hiện nay, Anh/chị đang làm công việc gì để nuôi sống bản thân Anh/chị?

II. CHĂM SÓC Y TẾ CHO BỆNH NHÂN NHIỄM HIV

1. Lần đầu tiên anh/chị **biết tình trạng HIV dương tính** là khi nào và biết trong hoàn cảnh nào?

- Lúc đó anh/chị có cảm nhận và phản ứng như thế nào? Người đầu tiên mà anh/chị tâm sự về tình trạng nhiễm HIV của mình là ai? Tại sao lại là người đó?
- Những ai khác trong gia đình biết về tình trạng nhiễm HIV của Anh/chị? Họ biết trong hoàn cảnh nào? Những ai không biết, tại sao những người đó lại không được biết?
- Cuộc **sống của anh chị thay đổi** như thế nào sau khi biết mình nhiễm HIV:
 - Mọi quan hệ của anh/chị với người thân thay đổi như thế nào? Anh/chị có thể giải thích cho tôi tại sao có sự thay đổi đó?
 - Mọi quan hệ với bạn bè, hàng xóm xung quanh?
 - **Công việc** của anh chị thay đổi như thế nào: có việc gì đang dự định làm thì từ bỏ không?

- Các **trông đợi/kỳ vọng** của gia đình (kết hôn, có con, trách nhiệm chăm sóc trụ cột gia đình, thờ cúng tổ tiên..) với anh chị có thay đổi không? Gia đình anh chị đã biểu lộ điều này như thế nào?
- **Thay đổi** nào là **quan trọng nhất**? Anh/chị suy nghĩ như thế nào về những thay đổi đó?

2. Dành cho bệnh nhân chưa điều trị HIV:

- Anh/chị có muốn bắt đầu điều trị HIV không? Tại sao?
- Điều gì giúp Anh/chị tiếp cận dịch vụ dễ dàng hơn?
 - Lý do riêng của Anh/chị như: lịch làm việc, hiểu biết về thuốc điều trị HIV...
 - Giúp đỡ và hỗ trợ của gia đình, Anh/chị bè, đồng đẳng...
 - Cán bộ y tế/nhân viên xã hội/nhân viên phòng khám
- Nếu tham gia điều trị thì điều gì giúp Anh/chị tuân thủ điều trị?

3. Dành cho bệnh nhân đang điều trị HIV

- Hãy kể cho tôi về những trải nghiệm của Anh/chị trong quá trình điều trị HIV?
 - Anh/chị bắt đầu điều trị ART từ khi nào? Anh/chị đã điều trị ở phòng khám này bao lâu rồi? Thông tin về điều trị từ đâu? Vì sao Anh/chị chọn dịch vụ điều trị ART ở phòng khám này?
 - Bắt đầu điều trị như thế nào (các bước để vào điều trị, phác đồ ban đầu?..)
 - Kể từ khi bắt đầu điều trị ART tới nay, quá trình điều trị của Anh/chị đã thay đổi như thế nào? (thay đổi phác đồ, thời gian ngắt quãng,...)
- Anh/chị đã gặp phải những trở ngại hay khó khăn gì khi tiếp cận dịch vụ điều trị HIV và nhận điều trị ARV? Chi phí, khoảng cách, kỳ thị, giấy tờ, hồ sơ, người hỗ trợ, ...
- Những thuận lợi khi tiếp cận và nhận điều trị ARV là gì?
- Anh/chị hãy kể cho tôi về những dịch vụ (tư vấn, xét nghiệm, điều trị, hỗ trợ dinh dưỡng,...) Anh/chị nhận được từ phòng khám, nơi Anh/chị đã và đang nhận điều trị HIV? Anh/chị nghĩ như thế nào về dịch vụ của phòng khám?
- Anh/chị có suy nghĩ như thế nào về phòng khám, nơi Anh/chị đang nhận điều trị HIV?
- Anh/chị nghĩ như thế nào về nhân viên của phòng khám?
 - Phòng khám này có điểm gì giống và khác so với các phòng khám HIV khác mà Anh/chị biết hoặc đã từng đến?

- Anh/chị có thể cho tôi biết những dịch vụ HIV khác mà Anh/chị đã hoặc đang sử dụng? (ví dụ: tư vấn điều trị về HIV, các dịch vụ giảm hại...)

III. SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG NGHIỆN CHẤT

1. Anh/chị hãy kể cho tôi về những trải nghiệm sử dụng chất gây nghiện của Anh/chị?

- Anh/chị đã từng sử dụng những loại chất gây nghiện nào? Anh/chị bắt đầu sử dụng chất gây nghiện từ khi nào?
- Khi nào Anh/chị bắt đầu tiêm chích? Hiện nay Anh/chị có còn tiêm chích nữa không, mỗi ngày Anh/chị chích bao nhiêu lần?
- Hiện nay, Anh/chị đang sử dụng loại chất gây nghiện nào và Anh/chị sử dụng bằng cách nào?
- Việc Anh/chị sử dụng chất gây nghiện ảnh hưởng như thế nào tới:
 - Gia đình/công việc/ cuộc sống của Anh/chị
 - Quá trình điều trị HIV và uống thuốc điều trị HIV
 - Lịch hẹn điều trị HIV (tái khám, lấy thuốc, xét nghiệm định kỳ,...)
- Anh/chị đã bao giờ thử cai nghiện chưa? Nếu có, Anh/chị thử cai nghiện bằng cách nào? (cai bằng cách riêng của Anh/chị, vào trung tâm cai nghiện, hoặc sử dụng các điều trị cai nghiện?)

2. Những trải nghiệm đối với vấn đề điều trị lạm dụng chất gây nghiện:

- **Nếu bệnh nhân chưa bao giờ tiếp cận dịch vụ điều trị lạm dụng nghiện chất, hỏi:**
 - Anh/chị biết những thông tin gì về điều trị lạm dụng chất gây nghiện?
 - Anh/chị nghĩ như thế nào về điều trị lạm dụng nghiện chất mà Anh/chị từng biết/từng nghe?
 - Anh/chị có muốn bắt đầu tiếp nhận điều trị lạm dụng chất gây nghiện không? Tại sao?

- **Nếu bệnh nhân đã từng nhận bất kỳ liệu trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện (Điều trị MMT, Bup, cai nghiện 06, tự cai):**

Hãy kể cho tôi về những trải nghiệm của Anh/chị khi tiếp cận dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện?

- Anh/chị đã từng nhận bất kỳ điều trị cai nghiện nào? Khi nào? Anh/chị đã nhận liệu trình điều trị nào? Trong vòng bao lâu? Anh/chị nghĩ như thế nào về liệu trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện Anh/chị đã từng sử dụng?

- Nếu trước đây bệnh nhân đã ngừng điều trị lạm dụng chất gây nghiện, khai thác thêm tại sao bệnh nhân ngừng?
- **Điều trị lạm dụng chất gây nghiện quan trọng như thế nào đối với Anh/chị? Tại sao?**
- **Điều gì khiến Anh/chị tiếp cận và duy trì điều trị lạm dụng chất gây nghiện dễ dàng hơn?**
 - Các vấn đề cá nhân của riêng Anh/chị (công việc, kiến thức...)
 - Gia đình, Anh/chị bè, đồng đẳng
 - Nguồn lực của cộng đồng?
 - Cán bộ y tế
- **Đối với Anh/chị, điều gì cản trở Anh/chị tiếp cận và duy trì điều trị lạm dụng chất gây nghiện?** (công việc, gia đình, Anh/chị bè, sự kỳ thị của nhân viên y tế, sợ bị lộ diện...)
- **Anh/chị đã làm những gì để vượt qua trở ngại để không sử dụng chất gây nghiện trong quá trình điều trị? Điều gì có hiệu quả và điều gì không có hiệu quả? Tại sao?**
 - Sự hỗ trợ của gia đình
 - Sự hỗ trợ từ Anh/chị bè
 - Công ăn việc làm

IV. SỬ DỤNG RƯỢU, BIA VÀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN RƯỢU, BIA

1. Anh/chị hãy kể cho tôi về mức độ uống rượu, bia hiện nay của Anh/chị?

- Có uống không? Uống bao nhiêu? Bao lâu uống 1 lần? Thông thường, Anh/chị hay uống rượu, bia trong những hoàn cảnh nào? Tại sao?
- Uống rượu, bia mang lại lợi ích cho Anh/chị gì? (ví dụ: phát triển các mối quan hệ công việc, Anh/chị bè...)
- Uống rượu, bia có hại gì cho cuộc sống của Anh/chị?
 - Các hoạt động hàng ngày khác
 - Ảnh hưởng tới việc thực hiện các vai trò trong gia đình/công việc/xã hội
- Uống rượu, bia có ảnh hưởng như thế nào tới:
 - Sức khỏe của Anh/chị
 - Uống thuốc điều trị HIV?
 - Giữ đúng lịch hẹn với bác sĩ HIV?
- Anh/chị đã từng xin lời khuyên của ai đó để ngừng uống rượu, bia chưa? Nếu có, Anh/chị đã nói chuyện với ai?

2. Nếu Anh/chị từng thử cai rượu, bia:

- Anh/chị hãy kể cho tôi nghe về những kinh nghiệm về việc cai rượu của Anh/chị?
 - Anh/chị đã thử cai rượu, bia như thế nào? [tự cai, điều trị...]
 - Cách nào có hiệu quả? Cách nào không có hiệu quả? Tại sao?
 - Anh/chị đã bao giờ tìm kiếm điều trị nghiện rượu, bia chưa? Nếu có, Anh/chị đã tìm thấy gì và Anh/chị đã sử dụng dịch vụ nào trong điều trị nghiện rượu, bia?
- Đối với Anh/chị, điều trị nghiện rượu, bia quan trọng/cần thiết như thế nào?
- Điều gì giúp Anh/chị dễ cai rượu, bia hơn?
 - Hỗ trợ của gia đình?
 - Nguồn lực của cộng đồng?
 - Công việc?
 - Lời khuyên của bác sĩ?
- Điều gì khiến Anh/chị khó cai được rượu, bia? (ảnh hưởng của Anh/chị bè/đồng đẳng, công việc, các buổi xã giao, thói quen...)

V. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

- Nếu chúng tôi muốn triển khai một chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện ví dụ như sử dụng một loại thuốc mới (BUP), Anh/chị có muốn tham gia không? Nếu tham gia theo Anh/chị, sẽ có những khó khăn hay thuận lợi gì cho những người sử dụng chất gây nghiện?
- Theo Anh/chị, chúng tôi phải làm gì để giảm thiểu những trở ngại và khó khăn trong quá trình triển khai chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện mới?
- Hỗ trợ khác để tham gia điều trị?

VI. KẾ HOẠCH LÒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG NGHIỆN CHẤT VÀ CHĂM SÓC Y TẾ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV

- Anh/chị nghĩ như thế nào về việc kết hợp điều trị lạm dụng chất gây nghiện và chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV?
- Theo Anh/chị, điều trị lạm dụng chất gây nghiện có ảnh hưởng như thế nào tới việc điều trị HIV của Anh/chị?
 - Duy trì điều trị
 - Khó chịu do uống cả hai loại thuốc

Cảm ơn đối tượng phỏng vấn sau khi kết thúc phỏng vấn.

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN LẦN TIẾP THEO

Cảm ơn bạn đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong khoảng một giờ tới, tôi muốn hỏi ý kiến bạn về những khía cạnh khác nhau trong điều trị chất gây nghiện và chăm sóc y tế cho khách hàng có HIV. Nếu bạn cảm thấy không thoải mái với bất kỳ câu hỏi nào, bạn có thể từ chối trả lời. Thông tin từ cuộc trao đổi này sẽ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu. Trước hết, chúng ta hãy bắt đầu bằng một số thông tin cơ bản về bản thân bạn.

Ngày phỏng vấn:

Tên của phỏng vấn viên:

Mã người tham gia:

Giới tính của người tham gia:

Tuổi:

Cơ sở điều trị:

VII. THÔNG TIN CHUNG

- Cuộc sống của bạn thay đổi như thế nào từ khi bạn nhận điều trị nghiện chất? Vấn đề sức khỏe của bạn thay đổi như thế nào?
 - Tình hình điều trị ARV có gì khác so với khi chưa điều trị nghiện chất
 - Việc làm
 - Gia đình/ Bạn tình
 - Vấn đề tài chính
 - Tình hình bạn bè
- Những thay đổi này có giống với những gì bạn trông đợi khi tham gia vào điều trị hay không? Những thay đổi này quan trọng như thế nào đối với bản thân bạn và gia đình của bạn?
- Kể từ lần phỏng vấn đầu tiên đến nay, những thay đổi trong cuộc sống của bạn ảnh hưởng tới việc tiếp cận và tuân thủ điều trị ART và điều trị lạm dụng chất gây nghiện của bạn như thế nào?

VIII. SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

- Bạn hãy kể cho tôi về quá trình điều trị lạm dụng nghiện chất của bạn ở phòng khám này diễn ra như thế nào? Đối với bạn, điều trị lạm dụng chất gây nghiện quan trọng như thế nào?

[Khai thác thêm]:

- Bạn bắt đầu điều trị nghiện chất ở phòng khám này từ khi nào?
- Bạn hãy kể cho tôi cuộc sống của bạn đã thay đổi như thế nào, theo cả hướng tích cực lẫn tiêu cực, kể từ khi bạn bắt đầu điều trị nghiện chất ở phòng khám nào? Có thể là thay đổi về:
 - Gia đình/công việc/vai trò xã hội
 - Sức khỏe của bạn
 - Điều trị ART và lịch hẹn với bác sĩ HIV
 - Từ lần phỏng vấn trước tới nay, cách sử dụng chất gây nghiện của bạn có gì thay đổi không? Những thay đổi đó là gì và tại sao lại có thay đổi như vậy? Hiện nay, bạn đang sử dụng chất gây nghiện nào và mỗi lần bạn sử dụng bằng cách nào?
- Điều gì giúp bạn tiếp cận và duy trì điều trị chất gây nghiện dễ dàng hơn?
 - Các yếu tố cá nhân của bạn (công việc, kiến thức...)
 - Gia đình, bạn bè, đồng đẳng
 - Các nguồn lực của cộng đồng?
 - Các yếu tố từ phòng khám?
- Bạn gặp phải những trở ngại gì khi tiếp cận và duy trì điều trị lạm dụng nghiện chất? Bạn đã làm gì để vượt qua những trở ngại đó? Điều gì có hiệu quả, giúp bạn vượt qua trở ngại và điều gì không có hiệu quả? Tại sao?
 - Phương tiện đi lại
 - Sự bất bớ của công an: những trải nghiệm của bạn đối với việc bắt bớ/kiểm soát ma túy của công an ảnh hưởng đến quá trình điều trị nghiện chất của bạn như thế nào
 - Không muốn mọi người biết tình trạng nhiễm HIV
 - Không muốn mọi người biết tình trạng sử dụng ma túy
- Theo bạn, cần phải làm gì để quá trình điều trị nghiện chất của bạn tốt hơn?
 - Có thể được mang thuốc về nhà uống thay vì đến phòng khám
 - Phương tiện đi lại dễ dàng hơn

- Dịch vụ điều trị nghiện được mở rộng thêm?
- Các yếu tố khác?
- Note: Đối với bệnh nhân bỏ điều trị nghiện chất ở trong quá trình tham gia nghiên cứu hỏi thêm:
 - Lý do bệnh nhân ngừng điều trị
 - Sau khi bỏ điều trị nghiện thì cuộc sống họ thay đổi như thế nào?
 - Điều gì có thể khuyến khích bệnh nhân quay trở lại nghiên cứu
 - Kế hoạch điều trị nghiện sắp tới

IX. CHĂM SÓC Y TẾ CHO KHÁCH HÀNG NHIỄM HIV

Dành cho khách hàng chưa điều trị HIV hoặc bỏ điều trị ARV:

- Vì sao bạn chưa muốn nhận điều trị HIV?
- Một số người không thích nhận điều trị ART? Theo bạn tại sao lại như vậy?
Bạn có lo lắng mọi người biết tình trạng bạn nhiễm HIV?

Dành cho khách hàng đang điều trị HIV:

- Bạn hãy kể cho tôi về những trải nghiệm của bạn trong quá trình điều trị HIV?
[Khai thác thêm]:
 - Tình hình điều trị ART của bạn đã thay đổi như thế nào kể từ lần phỏng vấn trước đây tới nay?
 - Bạn có thể chia sẻ với tôi cuộc sống của bạn đã thay đổi như thế nào kể từ khi bạn bắt đầu điều trị HIV?
- Bạn tuân thủ điều trị ART như thế nào? Điều gì khiến bạn dễ tuân thủ điều trị HIV hơn?

[Khai thác thêm]:

- Lý do riêng của bạn, ví dụ như: lịch làm việc, hiểu biết về thuốc điều trị HIV...
- Hỗ trợ và giúp đỡ của gia đình, bạn bè, đồng đảng.
- Nhân viên phòng khám và cán bộ y tế đã giúp bạn tiếp cận và tuân thủ điều trị HIV như thế nào?
- Việc điều trị nghiện chất đã ảnh hưởng như thế nào đến khả năng nhận thuốc ARV như thế nào?
- Bạn gặp phải những khó khăn, trở ngại nào trong tuân thủ điều trị HIV và nhận điều trị ARV, ví dụ: chi phí, khoảng cách, kỳ thị...? Bạn đã giải quyết những trở ngại đó như thế nào? Nhân viên phòng khám đã giúp bạn vượt qua những trở ngại đó như thế nào? Điều gì có hiệu quả và điều gì không có hiệu quả? Tại sao?

- Bạn hãy mô tả những dịch vụ của phòng khám HIV mà bạn đang sử dụng? Từ cuộc phỏng vấn trước tới nay, có gì thay đổi trong các dịch vụ bạn đang sử dụng không? Theo bạn, phải làm như thế để nâng cao chất lượng dịch vụ của phòng khám này mà bạn đang nhận được?
- Bạn có biết về kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút HIV của mình không? Kết quả xét nghiệm tải lượng virut có ý nghĩa như thế nào đối với bạn?

X. SỬ DỤNG THUỐC LÁ/RƯỢU VÀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN THUỐC LÁ

- Việc uống rượu của bạn đã thay đổi như thế nào kể từ khi bạn bắt đầu điều trị nghiện chất?
- Lý do vì sao bạn tăng/giảm uống rượu
- Bạn hãy kể cho tôi về mức độ hút thuốc lá của bạn hiện nay
 - Bạn hút thường xuyên ở mức độ nào? Bạn thường hút thuốc trong những trường hợp nào? Tại sao?
 - Bạn hãy kể cho tôi bất kỳ thay đổi nào trong việc hút thuốc của bạn (hút nhiều hơn hay ít đi) kể từ lần phỏng vấn trước? Vì sao có thay đổi đó? Những thay đổi này ảnh hưởng như thế nào tới:
 - Các hoạt động hàng ngày khác
 - Ảnh hưởng tới vai trò trong gia đình/công việc/xã hội
 - Sức khỏe của bạn
- Kể từ cuộc nói chuyện gần đây nhất, bạn có từng nói chuyện với ai ở phòng khám này về tình trạng hút thuốc lá không? Nếu có, nhân viên phòng khám cung cấp cho bạn những dịch vụ/thông tin nào? Những thông tin/dịch vụ đó giúp ích như thế nào cho bạn?
- **Nếu bạn đã từng cai hoặc giảm hút thuốc kể từ sau cuộc nói chuyện gần đây nhất**, hãy kể cho tôi về trải nghiệm của bạn khi cai thuốc lá?
 - Bạn thử giảm hoặc cai nghiện thuốc lá như thế nào? (tự cai, điều trị...)
 - Cách nào có hiệu quả? Cách nào không hiệu quả? Tại sao?
 - Bạn có tìm kiếm điều trị cai nghiện thuốc lá không? Nếu có, bạn đã tìm thấy dịch vụ nào và bạn sử dụng dịch vụ nào trong điều trị cai nghiện thuốc lá?
- Đối với bạn, việc điều trị nghiện thuốc lá quan trọng/cần thiết như thế nào?
- Điều gì giúp bạn cai nghiện thuốc lá dễ dàng hơn?
 - Hỗ trợ của gia đình?
 - Các nguồn lực của cộng đồng?

- Công việc?
- Lời khuyên của bác sĩ? Thuốc mua từ hiệu thuốc
- Điều gì khiến bạn gặp khó khăn trong việc tránh sử dụng thuốc lá? (ảnh hưởng của bạn bè/đồng đảng, công việc, giao tiếp xã hội, thói quen...)

XI. LÒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG NGHIỆN CHẤT VÀ CHĂM SÓC Y TẾ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV

- Bạn nghĩ như thế nào về việc lòng ghép điều trị lạm dụng nghiện chất và dịch vụ chăm sóc y tế dành cho người nhiễm HIV?
- Điều trị lạm dụng nghiện chất ảnh hưởng như thế nào tới quá điều trị HIV của bạn?
- Điều gì bạn cảm thấy thích thú/ không thích khi tham gia nghiên cứu này? Bạn có bất kỳ khuyến nghị hoặc giải pháp để giúp cho các nghiên cứu trong tương lai?

Cảm ơn đối tượng sau khi phỏng vấn kết thúc.

HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU LẦN ĐẦU NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Xin ông/bà có thể giới thiệu ngắn gọn về phòng khám của ông/bà?

[Thăm dò]:

- Ở phòng khám của bạn, có bao nhiêu người làm công việc hành chính và các việc [vật khác]?
- Tình trạng hợp đồng lao động của họ là gì?
- Phòng khám của bạn cung cấp các dịch vụ gì cho khách hàng?
- Có dịch vụ nào mà phòng khám đã từng cung cấp trong quá khứ, nhưng nay không còn cung cấp nữa không? Nếu có thì lý do của sự thay đổi đó là gì?
- Có dịch vụ nào mà phòng khám của bạn mới cung cấp gần đây hay không? Tại sao?

2. Xin ông/bà cho biết về các khách hàng của ông/bà?

[Thăm dò]:

- Nhìn chung, tình trạng kinh tế xã hội của họ là gì?
- Khi làm việc với họ, ông/bà có gặp phải những thách thức gì?
 - Việc khách hàng sử dụng ma túy và rượu có phải là một trong những thách thức ông bà gặp phải?
- Các nhu cầu lớn nhất của các khách hàng của ông/bà là gì?

3. Ông/bà có thể cho biết đôi nét về bản thân?

[Thăm dò]:

- Ông/bà có làm việc ở phòng khám toàn thời gian không?
- Ông/bà đã làm ở phòng khám bao lâu rồi?
- Ông/bà đã làm việc trong lĩnh vực điều trị HIV bao lâu rồi (nếu phù hợp)?
- Ông/bà đã làm việc trong lĩnh vực điều trị nghiện bao lâu rồi (nếu phù hợp)?
- Tại sao ông/bà lại chọn làm việc ở phòng khám này?
- Vị trí hiện tại của ông/bà ở phòng khám là gì? Ông/bà đã ở vị trí này bao lâu rồi?
- Cụ thể thì ông/bà làm những gì ở phòng khám?

II. THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ HIV VÀ NGHIỆN

1. Ông/bà có suy nghĩ gì về việc điều trị HIV tại các phòng khám ở địa phương (OPC) hiện nay?

[Thăm dò]:

- Ông/bà có biết các cách thức điều trị HIV nào khác đang được triển khai tại địa phương này không?
- Nếu có thì hoạt động của họ ra sao?
- Ông/bà suy nghĩ gì về các dịch vụ của họ?
- Ông/bà suy nghĩ gì về đội ngũ nhân viên của họ?

2. Ông/bà suy nghĩ gì về các cách thức điều trị nghiện cho bệnh nhân nhiễm HIV ở địa phương của ông bà?

[Thăm dò]:

- Ông/bà biết những các mô hình điều trị chất gây nghiện ở địa phương này không?
- Các mô hình điều trị chất gây nghiện đó hoạt động thế nào ?
- Ông/bà nghĩ gì về các dịch vụ điều trị nghiện của họ?
- Ông bà nghĩ gì về đội ngũ nhân viên điều trị nghiện của họ?
- Khi điều trị cai nghiện cho các bệnh nhân có HIV, phòng khám của ông bà gặp khó khăn và thuận lợi gì so với các phòng khám khác?

3. Ông/bà có gợi ý gì để cải thiện việc kết hợp giữa điều trị HIV và điều trị gây nghiện không?

[Thăm dò]:

- Dựa vào các điều kiện ở địa phương này, thì biện pháp nào sẽ tốt hơn? Làm thế nào để cải thiện mô hình hiện tại?
- Theo những người cùng làm việc với ông/bà, cách tốt nhất để kết hợp dịch vụ điều trị cai nghiện và điều trị HIV là gì?

III. THỰC TRẠNG SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN CỦA KHÁCH HÀNG

1. Xin ông/bà mô tả về thực trạng sử dụng chất gây nghiện (ma túy) của khách hàng của phòng khám?

[Thăm dò]:

- Theo ý kiến ông/bà, khoảng bao nhiêu phần trăm khách hàng của ông bà đang sử dụng chất gây nghiện (ma túy)?
- Các loại chất gây nghiện mà họ sử dụng là gì?
- Việc khách hàng dùng chất gây nghiện ảnh hưởng như thế nào tới ?
 - Khả năng dùng thuốc điều trị HIV của họ?
 - Khả năng giữ lịch hẹn liên quan tới HIV của họ ??
 - Các tác động tới gia đình/công việc/các chức năng xã hội của họ?
- Các trải nghiệm của khách hàng đối với việc điều trị cai nghiện?
- Các khách hàng của ông/bà thường gặp phải những khó khăn nào trong việc tiếp cận điều trị cai nghiện?
- Hiện có các mô hình điều trị cai nghiện nào họ có thể tiếp cận và sử dụng?
- Các trải nghiệm của khách hàng đối với việc phục hồi sau cai nghiện?
- Yếu tố nào tạo thuận lợi cho việc tránh sử dụng nghiện chất?
 - Sự hỗ trợ của gia đình?
 - Các nguồn lực của cộng đồng?
 - Công việc?
- Yếu tố nào gây trở ngại cho việc tránh sử dụng nghiện chất?
 - Ông/bà biết về những yếu tố đó bằng cách nào?

2. Ông/bà ứng phó thế nào với những khách hàng có sử dụng chất gây nghiện?

[Thăm dò]:

- Các vấn đề mà ông/bà thường xuyên gặp phải khi phục vụ những khách hàng này là gì?
- Ông/bà ứng phó với các vấn đề ra sao?
- Việc cung cấp dịch vụ cho các khách hàng này có những thuận lợi gì?
- Ông/bà tận dụng các yếu tố thuận lợi đó như thế nào?
- Phòng khám HIV (OPC) hỗ trợ khách hàng như thế nào trong quá trình điều trị cai nghiện?

IV. THỰC TRẠNG SỬ DỤNG RƯỢU CỦA KHÁCH HÀNG Ở PHÒNG KHÁM

1. Xin ông/bà cho biết về thực trạng sử dụng rượu của khách hàng ở phòng khám?

[Thăm dò]:

- Theo ý kiến của ông/bà, có bao nhiêu phần trăm khách hàng đang sử dụng rượu?
- Việc sử dụng rượu có tác động như thế nào tới các khách hàng này?
 - Về khả năng dùng thuốc điều trị HIV của họ?
 - Về khả năng giữ lịch hẹn liên quan tới HIV của họ?
 - Về tác động đối với gia đình/công việc/chức năng xã hội của họ?
- Họ đã có những trải nghiệm gì trong việc điều trị các vấn đề do sử dụng rượu gây ra?
- Để có thể được điều trị các vấn đề do sử dụng rượu gây ra, khách hàng của ông/bà hay gặp phải khó khăn gì?
- Các loại điều trị nghiện rượu đang sẵn có hiện nay là gì?
- Các loại điều trị đang sẵn có hiện nay là gì?
- Các khách hàng của ông/bà đã có trải nghiệm gì đối với việc phục hồi sau khi được điều trị các vấn đề do sử dụng rượu gây ra?
- Yếu tố nào tạo thuận lợi cho việc tránh sử dụng rượu?
 - Sự hỗ trợ từ gia đình?
 - Các nguồn lực từ cộng đồng?
 - Công việc?
- Yếu tố nào gây khó khăn cho việc tránh sử dụng rượu?
- Ông/bà biết về những yếu tố đó bằng cách nào?

2. Ông/bà ứng phó như thế nào với những khách hàng gặp phải những vấn đề do sử dụng rượu gây ra?

[Thăm dò]:

- Ông/bà thường gặp phải những vấn đề gì khi phục vụ những khách hàng này?
 - Ông/bà ứng phó với những vấn đề này ra sao?
- Việc cung cấp dịch vụ cho những khách hàng này có những thuận lợi gì?
 - Ông/bà tận dụng những yếu tố thuận lợi đó ra sao?

- Phòng khám HIV (OPC) hỗ trợ khách hàng trong quá trình điều trị các vấn đề gây ra do sử dụng rượu như thế nào?

V. HOẠT ĐỘNG LỒNG GHÉP Ở PHÒNG KHÁM

1. Xin ông/bà cho biết về mối quan hệ giữa dịch vụ điều trị HIV và điều trị nghiện ở phòng khám của ông/bà?

[Thăm dò]:

- Các dịch vụ này có được kết hợp (lồng ghép) với nhau?
- Sự lồng ghép giữa điều trị HIV và điều trị nghiện ở phòng khám của ông/bà được thực hiện như thế nào (trong trường hợp không có sự lồng ghép nào, thì tại sao?)
- Công tác nhân sự ở phòng khám của bạn có ảnh hưởng như thế nào tới việc lồng ghép điều trị HIV và điều trị nghiện?

3. [NẾU CÁC DỊCH VỤ ĐÃ ĐƯỢC LỒNG GHÉP]: Việc lồng ghép các dịch vụ điều trị hiện tại với việc điều trị bằng BUP/NLX ở phòng khám của bạn có thuận lợi gì?

[Thăm dò]:

- Xin ông/bà hãy mô tả những thuận lợi do các chính sách y tế và xã hội hiện nay đem lại?
- Nếu có những thuận lợi đó, xin ông/bà hãy cho biết rõ là chúng tồn tại ở cấp huyện, tỉnh, hay quốc gia?
- Ông/bà hoặc phòng khám của ông bà đã nhận được hỗ trợ gì cho việc lồng ghép dịch vụ điều trị HIV và điều trị nghiện?
 - Từ tỉnh? Từ chính phủ?
 - Từ các tổ chức khác?
 - Các tổ chức cộng đồng đóng vai trò gì trong việc lồng ghép các dịch vụ điều trị nói trên?

4. Theo ông/bà, những yếu tố nào có thể gây trở ngại cho việc lồng ghép điều trị bằng BUP/NLX ở phòng khám của ông/bà?

[Thăm dò]:

- Xin hãy mô tả những yếu tố gây trở ngại này trong liên hệ với các chính sách y tế và xã hội hiện hành?
- Yếu tố gây trở ngại nào tồn tại ở cấp huyện? Cấp tỉnh? Cấp quốc gia?

5. Nhìn chung, ông/bà nghĩ gì về việc sử dụng dịch vụ điều trị cai nghiện ở phòng khám ngoại trú của ông bà?

VI. CÁC KẾ HOẠCH LỒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ HIV VÀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN

1. Ông/bà có kế hoạch gì cho việc mở rộng việc lồng ghép các dịch vụ điều trị trong tương lai không?
 - Liên quan tới methadone?
 - Liên quan tới tư vấn?

2. Nếu chúng tôi tiến hành điều trị bằng Buprenorphine ở phòng khám của ông/bà, điều gì sẽ có thể tạo thuận lợi/hoặc gây khó khăn cho việc triển khai cách điều trị này?
 - Hãy mô tả bất cứ khó khăn nào mà phòng khám của ông/bà có thể gặp phải nếu thực hiện điều trị bằng Buprenorphine

3. Nếu việc điều trị bằng buprenorphine được triển khai ở phòng khám này, thì theo ông/bà cán bộ nhân viên của phòng khám cũng như các khách hàng của phòng khám sẽ phản ứng ra sao?
 - Điều gì tạo thuận lợi cho cán bộ nhân viên cũng như khách hàng của phòng khám trong việc thực hiện điều trị bằng buprenorphine?

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ

I. THÔNG TIN CHUNG: NHỮNG THAY ĐỔI Ở PHÒNG KHÁM TỪ KHI CÓ DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ BẰNG BUP/NLX

1. Phòng khám của ông/bà đã có thay đổi gì kể từ khi việc điều trị bằng buprenorphine được áp dụng ở vùng này?
 - Có thay đổi gì về cán bộ nhân viên của phòng khám, bao gồm tình trạng hợp đồng lao động của họ không?
 - Có thay đổi gì về các dịch vụ mà phòng khám cung cấp cho khách hàng không? Phòng khám có dừng cung cấp hoặc là triển khai dịch vụ khám chữa bệnh nào khác không? Tại sao?
 - Có thay đổi gì liên quan tới các quy định của phòng khám không?
 - Có thay đổi gì liên quan tới quan hệ của phòng khám với chính quyền địa phương không?
 - Phòng khám của ông/bà đã gặp những thuận lợi hay khó khăn gì liên quan tới buprenorphine?

2. Vai trò của ông/bà ở phòng khám, cũng như tình trạng hợp đồng lao động của ông/bà có thay đổi gì không?
 - Thay đổi như thế nào và tại sao?
 - Ông/bà cảm nhận như thế nào về sự thay đổi đó?

3. Xin ông/bà hãy cho biết vai trò của cán bộ nhân viên trong phòng khám đã thay đổi ra sao?
 - Theo ông/bà, họ có thể cảm thấy thế nào về những thay đổi này?

4. Xin ông/bà cho biết về các khách hàng của phòng khám?
[Thăm dò]:
 - Nhìn chung, tình trạng kinh tế xã hội của họ ra sao?
 - Các trở ngại khi làm việc với khách hàng của ông/bà là gì?
 - Việc khách hàng sử dụng rượu và các chất gây nghiện khác có gây ra trở ngại gì không?
 - Những nhu cầu lớn nhất của các khách hàng là gì?

II. NHỮNG THAY ĐỔI TRONG VIỆC CHĂM SÓC HIV VÀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT

1. (Nếu người trả lời đã đề cập/nghe nói tới thay đổi nào đó trong việc điều trị ở các phòng khám HIV ngoại trú, hãy hỏi thêm những thay đổi đó là gì):

[Thăm dò]:

- Có thay đổi nào trong các mô hình điều trị HIV của họ
- Có thay đổi nào trong các dịch vụ của họ
- Có thay đổi nào trong đội ngũ cán bộ nhân viên của họ

2. Nếu người trả lời đã biết/nghe nói về bất kỳ thay đổi nào trong các cách tiếp cận đối với điều trị nghiện chất hiện nay ở địa phương cho các khách hàng nhiễm HIV, hãy hỏi xem họ nghĩ gì về những thay đổi này?

[Thăm dò]:

- Xin ông/bà cho biết ông/bà biết về những cách điều trị nghiện chất mới xuất hiện ở địa phương của ông bà?
- Mô hình điều trị mới đó hoạt động thế nào?
- Ông/bà có suy nghĩ gì về những thay đổi về dịch vụ của họ?
- Ông/bà có suy nghĩ gì về những thay đổi trong cán bộ nhân viên làm công tác điều trị nghiện của họ?
- Theo ông bà thì những thay đổi này có những thuận lợi và khó khăn gì đối với phòng khám của ông bà khi so sánh với các phòng khám khác?

3. Ông/bà có gợi ý gì nhằm cải thiện việc lồng ghép điều trị HIV và điều trị nghiện chất không?

[Thăm dò]:

- Dựa vào điều riêng trong khu vực của ông/bà, thì cách tiếp cận nào hoạt động tốt hơn? Làm thế nào để cải thiện cách tiếp cận hiện tại?
- Các đồng nghiệp của ông bà cho rằng cách nào là cách tốt nhất để lồng ghép điều trị cai nghiện và điều trị HIV ?

III. THỰC TRẠNG KHÁCH HÀNG CỦA PHÒNG KHÁM SỬ DỤNG NGHIỆN CHẤT

3. Xin ông/bà hãy cho biết về thực trạng sử dụng chất gây nghiện của khách hàng ở phòng khám?

[Thăm dò]:

- Theo ông/bà, khoảng bao nhiêu phần trăm khách hàng đang sử dụng nghiện chất?
- Loại chất gây nghiện mà họ sử dụng là gì?
- Việc sử dụng các chất gây nghiện đó có ảnh hưởng như thế nào đến các khách hàng của phòng khám?
 - Xét về khả năng dùng thuốc điều trị HIV?

- Xét về khả năng giữ các cuộc hẹn liên quan tới HIV?
 - Xét về tác động của việc sử dụng nghiện chất đối với gia đình/công việc/hay khả năng thực hiện các chức năng xã hội khác của khách hàng?
 - Các khách hàng của ông/bà có những trải nghiệm gì đối với việc điều trị cai nghiện ma túy?
 - Khách hàng của ông bà gặp khó khăn gì trong việc tiếp cận điều trị cai nghiện ma túy?
 - Các mô hình điều trị cai nghiện nào đang có sẵn hiện nay?
 - Các khách hàng của ông/bà có những trải nghiệm nào đối với việc phục hồi sau nghiện?
 - Yếu tố nào tạo thuận lợi cho việc phòng tránh sử dụng chất gây nghiện?
 - Sự hỗ trợ từ gia đình?
 - Các nguồn lực ở cộng đồng?
 - Công việc?
 - Yếu tố nào gây khó khăn cho việc phòng tránh sử dụng nghiện chất?
 - Ông/bà biết về những điều đó như thế nào?
4. Xin ông/bà cho biết về những thách thức/vấn đề mới nảy sinh trong việc ứng phó với những khách hàng có các vấn đề liên quan tới sử dụng chất gây nghiện? Ông/bà đã có những biện pháp nào để ứng phó với những vấn đề đó? Biện pháp nào có hiệu quả, biện pháp nào không hiệu quả? Vì sao?
 5. Xin ông/bà cho biết về những yếu tố thuận lợi mới xuất hiện liên quan tới việc cung cấp dịch vụ cho các khách hàng có vấn đề do sử dụng nghiện chất gây ra? Ông/bà tận dụng những yếu tố thuận lợi đó ra sao?
 6. Phòng khám HIV (OPC) đã hỗ trợ các khách hàng như thế nào trong quá trình điều trị cai nghiện ma túy?
 7. Xin ông/bà cho biết về sự tương tác/các mối liên hệ với cảnh sát về bệnh nhân đang sử dụng ma túy tịa cơ sở:
 - a. Cảnh sát liên hệ với phòng khám bằng cách nào và họ muốn biết điều gì?
 - b. Cách bạn phản ứng/đối phó/trả lời đối với những yêu cầu của cảnh sát?
 - c. Những tác động của sự can dự/sự tham gia của cảnh đối với quá trình cung cấp điều trị nghiện chất ở phòng khám?

- d. Làm thế nào để có mối liên hệ tốt hơn giữa cảnh sát và những người cung cấp dịch vụ điều trị nghiện chất?
- e. Bạn nghĩ như thế nào về tác động của cảnh sát đến chương trình điều trị nghiện/điều trị HIV?

IV. THỰC TRẠNG SỬ DỤNG RƯỢU VÀ THUỐC LÁ CỦA KHÁCH HÀNG Ở PHÒNG KHÁM

5. Xin ông/bà cho biết về thực trạng sử dụng rượu/bia của các khách hàng của phòng khám?

[Thăm dò]:

- Theo ông/bà, khoảng bao nhiêu phần trăm khách hàng của ông/bà đang sử dụng rượu?
 - Việc sử dụng rượu có ảnh hưởng như thế nào tới khách hàng của ông/bà?
 - Xét về khả năng dùng thuốc điều trị HIV?
 - Xét về khả năng giữ các cuộc hẹn liên quan tới HIV?
 - Xét về tác động của việc sử dụng rượu đối với gia đình/cộng việc/các chức năng xã hội của khách hàng?
 - Các khách hàng của ông/bà đã có những trải nghiệm gì đối với việc điều trị các vấn đề do sử dụng rượu gây ra?
 - Để được điều trị nghiện rượu, các khách hàng của ông/bà đã trải qua những khó khăn như thế nào?
 - Cách điều trị nghiện rượu nào đang sẵn có?
 - Khách hàng của ông/bà có những trải nghiệm gì đối với việc phục hồi sau khi được điều trị các vấn đề do sử dụng rượu gây ra?
 - Yếu tố nào tạo thuận lợi cho việc phòng tránh sử dụng rượu?
 - Hỗ trợ từ gia đình?
 - Các nguồn lực ở cộng đồng?
 - Công việc?
 - Yếu tố nào gây khó khăn cho việc phòng tránh sử dụng rượu?
 - Làm thế nào mà ông/bà biết được tất cả những điều ông/bà vừa nêu trên?
6. Ông/bà ứng phó như thế nào với những khách hàng có vấn đề do sử dụng rượu gây nên?

[Thăm dò]:

- Khi phục vụ những khách hàng này, ông/bà thường gặp phải những vấn đề mới nảy sinh nào?

- Ông/bà ứng phó với những vấn đề đó ra sao?
 - Khi cung cấp dịch vụ cho những khách hàng này, ông/bà thấy có những thuận lợi mới nảy sinh nào?
 - Ông/bà tận dụng những thuận lợi đó ra sao?
 - Phòng khám HIV (OPC) hỗ trợ khách hàng trong quá trình điều trị nghiện rượu ra sao?
- 7. Các cách ông/bà giải quyết/phản ứng/ ứng phó với tình trạng sử dụng thuốc lá của bệnh nhân?
 - Các hình thức điều trị nghiện thuốc lá đã được phòng khám giới thiệu?
 - Ông/bà có thể kể một trường hợp bệnh nhân nghiện ma túy đã từ bỏ được thuốc lá mà ông/bà biết? Ông /bà nghĩ điều gì hiệu quả đối với việc bỏ thuốc lá? Điều gì không có hiệu quả?

V. THỰC TRẠNG LỒNG GHÉP DỊCH VỤ Ở PHÒNG KHÁM

1. Xin ông/bà cho biết về mối quan hệ giữa dịch vụ điều trị HIV và điều trị nghiện ở phòng khám của ông/bà?

[Thăm dò]:

- Các dịch vụ ở đây có được lồng ghép không?
 - Việc kết hợp giữa điều trị HIV và điều trị nghiện được thực hiện như thế nào ở phòng khám của ông/bà? (trong trường hợp phòng khám này không có bất cứ sự lồng ghép nào với việc điều trị nghiện, hãy hỏi tại sao)?
 - Việc sắp xếp bố trí nhân sự ở phòng khám của ông bà có ảnh hưởng thế nào tới việc điều trị HIV và điều trị nghiện?
8. [NẾU CÁC DỊCH VỤ ĐÃ ĐƯỢC LỒNG GHÉP]: Việc lồng ghép cách điều trị bằng BUP/NLX vào phòng khám của ông/bà có thuận lợi gì?

[Thăm dò]:

- Xin ông/bà hãy mô tả những thuận lợi do các chính sách y tế và xã hội hiện nay mang lại?
- Nếu có, các thuận lợi đó ở cấp huyện, tỉnh hay quốc gia?
- Để kết hợp dịch vụ điều trị HIV với điều trị nghiện, ông/bà hoặc phòng khám của ông/bà có nhận được sự giúp đỡ gì không?
 - Từ tỉnh? Từ chính phủ?
 - Từ các tổ chức khác?
 - Các tổ chức xã hội ở cộng đồng đã đóng vai trò gì trong việc lồng ghép các dịch vụ điều trị?

Việc lồng ghép cách điều trị bằng BUP/NLX vào phòng khám của ông/bà có thể gặp những trở ngại gì?

- Xin hãy mô tả bất cứ trở ngại nào do các chính sách y tế và xã hội hiện nay gây ra?
- Trở ngại nào là ở cấp huyện, cấp tỉnh, hoặc cấp toàn quốc?

5. Nhìn chung, ông bà nghĩ gì về dịch vụ điều trị cai nghiện ở cơ sở y tế ngoại trú của ông/bà?

VI. CÁC KẾ HOẠCH MỞ RỘNG DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ HIV VÀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN

4. Ông/bà có kế hoạch gì để tiếp tục mở rộng việc lồng ghép trong tương lai? Ông/bà có kế hoạch nào để tiếp tục mở rộng:

- Dịch vụ methadone?
- Dịch vụ tư vấn?

5. Việc triển khai điều trị cai nghiện bằng BUP gặp những thuận lợi hay khó khăn gì? Tại sao? Phòng khám đã có các biện pháp gì để ứng phó với các khó khăn đó? Biện pháp nào hiệu quả, biện pháp nào không hiệu quả? Tại sao?

6. Cán bộ nhân viên và khách hàng của phòng khám của ông/bà đã phản ứng thế nào đối với việc triển khai cai nghiện bằng BUP ở phòng khám này?

7. Để lồng ghép cách điều trị này vào các phòng khám khác, thì theo ông/bà cần phải làm gì?

**PHỤ LỤC 7: VĂN BẢN XÁC NHẬN CỦA CƠ QUAN QUẢN LÝ
ĐỒNG Ý THỰC HIỆN NGHIÊN CỨU VÀ THU THẬP THÔNG TIN**