

CAN THIỆP TĂNG CƯỜNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Vũ Thị Bích Hồng^{1,✉}, Vũ Minh Anh¹, Vương Đình Anh Tú²
Bùi Trung Thành³, Phạm Hồng Thắng⁴, Lê Minh Giang¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Cục Phòng, chống HIV/AIDS

³Doanh nghiệp Xã hội WeCare

⁴Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên được thực hiện trên nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại một số phòng khám tại Hà Nội thông qua các can thiệp thực hiện trên mạng xã hội Zalo, bao gồm: gửi bài truyền thông, gửi thông điệp ngắn và thực hiện cuộc gọi tư vấn. Nghiên cứu nhằm đánh giá tác động của các can thiệp trong tăng cường tuân thủ điều trị ARV và nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuổi trung bình của MSM là $25,5 \pm 6,3$; 18,7% MSM được hỗ trợ bởi nhóm đồng đẳng, 46,7% MSM có mức độ lo âu từ mức độ nhẹ trở lên. Kết quả: có khác biệt về tuân thủ điều trị ARV và chất lượng cuộc sống giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng vào thời điểm 3 và 6 tháng (p -value < 0,05). Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao tăng đáng kể trong nhóm can thiệp từ 42,1% lên 53,4% sau 3 tháng và 67,0% sau 6 tháng, trong khi nhóm chứng giảm từ 48,6% xuống 36,7% sau 3 tháng và 37,6% sau 6 tháng. Điểm chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp tăng từ 13,9 lên 16,9 sau 3 tháng và 17,1 sau 6 tháng, có chiều hướng tăng trên hầu hết các lĩnh vực, trừ niềm tin cá nhân. Nhóm chứng không có sự thay đổi về điểm chất lượng cuộc sống qua thời gian. Các can thiệp này có thể được cân nhắc, làm cơ sở để triển khai mở rộng thí điểm trên quy mô rộng hơn, phù hợp với tình hình địa phương.

Từ khoá: Can thiệp, tuân thủ điều trị ARV, chất lượng cuộc sống, MSM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) là một trong các nhóm bị ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV/AIDS. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ nhiễm mới, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các gánh nặng bệnh tật liên quan trong nhóm MSM tại tất cả các quốc gia trên thế giới đều ở mức cao.¹ Năm 2022, tại Châu Á, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM đang tăng lên và có khoảng 46% tổng số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo là MSM.² Trong 9 tháng đầu năm

2023, nước ta ghi nhận có 10.200 trường hợp nhiễm mới HIV, trong đó nhóm MSM chiếm 49%.³ Mục tiêu của chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch AIDS là đẩy mạnh các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nhằm giảm số người mới nhiễm HIV và tử vong liên quan AIDS, chấm dứt dịch AIDS tại Việt Nam vào năm 2030, giảm tối đa tác động của dịch HIV/AIDS đến sự phát triển kinh tế xã hội.⁴ Tuân thủ điều trị cho người nhiễm HIV là chìa khóa quan trọng trong điều trị, duy trì ngưỡng ức chế vi rút, giảm sự kháng thuốc, và đạt được chất lượng cuộc sống của người bệnh tốt hơn.⁵

Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị là không dễ dàng, nhiều bệnh nhân gặp khó khăn trong quá

Tác giả liên hệ: Vũ Thị Bích Hồng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vubichhong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 29/11/2023

Ngày được chấp nhận: 29/12/2023

trình điều trị dài ngày.⁶ Đặc biệt, nhóm MSM đã phải đối mặt với nhiều rào cản ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị không những ở mức độ cá nhân, mà còn ở cấp độ cấu trúc - xã hội, và có thể chịu tác động của nhiều rào cản cùng một lúc.⁶ Trong năm đầu tiên điều trị ARV, nhóm MSM gặp rất nhiều thách thức liên quan đến việc điều trị như: thiếu kỹ năng tuân thủ điều trị, thiếu thông tin, kiến thức, lo ngại tác dụng phụ của thuốc, thay đổi thói quen hàng ngày, không muốn bị nhắc nhở về tình trạng nhiễm HIV, hay gặp những rối loạn về sức khỏe tinh thần như lo âu, trầm cảm, và có chất lượng cuộc sống thấp.⁷ Tuân thủ điều trị ARV không những mang lại những cải thiện kết quả lâm sàng mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV trong năm điều trị đầu tiên.⁸ Do đó, chất lượng cuộc sống là chỉ số quan trọng, cần được áp dụng rộng rãi trong việc đánh giá tác động của các can thiệp liên quan đến HIV trong các nhóm nguy cơ.⁸

Mặt khác, MSM là quần thể ẩn, biến động và luôn có một số lượng lớn MSM kết nối với nhau thông qua các phương tiện truyền thông xã hội, đặc biệt là các MSM đang sống ở khu vực thành thị.¹¹ Việc nhắn tin văn bản qua điện thoại di động, sử dụng mạng xã hội trực tuyến rất hữu ích trong việc tăng cường tuân thủ điều trị cho nhóm MSM.⁹ Việc can thiệp bằng các phương tiện truyền thông mạng xã hội là một cách tiếp cận mới, có thể kết hợp nhiều biện pháp can thiệp và có khả năng triển khai trên quy mô rộng, đồng thời tiếp cận đến từng cá nhân sử dụng. Việc phát triển một ứng dụng trên thị trường sẽ đòi hỏi thời gian và tiền bạc đáng kể, và có thể không đạt được sự chấp nhận và sử dụng rộng rãi bởi người sử dụng.¹⁰ Trong khi đó, Zalo - một ứng dụng mạng xã hội sẵn có, phổ biến, thuận tiện, bảo mật cao, cùng với các tính năng cực kỳ hấp dẫn khác,

cần được sử dụng để triển khai thí điểm, tối ưu hóa các biện pháp tăng cường tuân thủ điều trị, là cơ sở để mở rộng triển khai can thiệp trên nhiều địa bàn khác nhau.

Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tác động của hoạt động can thiệp thực hiện trên Zalo nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV và nâng cao chất lượng cuộc sống của nhóm MSM tại một số phòng khám tại Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng gồm MSM nhiễm HIV/AIDS mới điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai, Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

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

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên.

Thời gian khảo sát trước can thiệp: từ tháng 04/2022 đến tháng 11/2022. Các can thiệp được thực hiện từ tháng 12/2022 đến tháng 05/2023. Thời gian xử lý và phân tích số liệu từ tháng 06/2023 đến tháng 09/2023.

Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu ước tính.

- P_1 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt của đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp.

- P_2 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt của đối tượng nghiên cứu trong nhóm chứng.

- $P = (P_2 - P_1)/2$

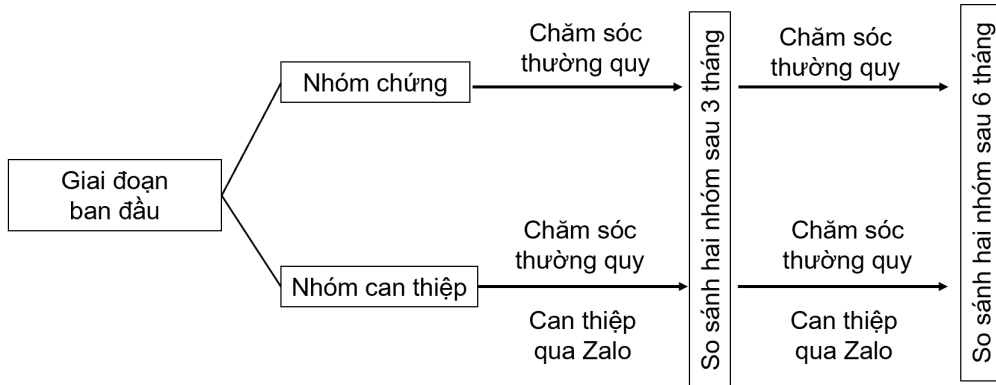
Với $P_1 = 53\%$ là tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt ở nhóm can thiệp, $P_2 = 40\%$ là tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt ở nhóm chứng, được lấy từ một nghiên cứu can thiệp tuân thủ điều trị ARV trước đây.¹¹ Chọn mức ý nghĩa α = Sai lầm loại I (0,05), β = Sai lầm loại II (0,1), cỡ mẫu tối thiểu cần

có là 174, cộng thêm 15% đối tượng tham gia nghiên cứu bị mất dấu theo dõi, chúng tôi thu được cỡ mẫu cần thiết là 200. Thực tế, nghiên cứu tuyển chọn được 212 đối tượng tham gia nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp, 201 đối tượng tham gia nghiên cứu ở thời điểm sau 3 tháng can thiệp và 207 người ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp.

Chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

Bước 1: Trong giai đoạn ban đầu: bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm về nhân khẩu xã hội học, tình trạng lâm sàng, kỳ thị, các vấn đề về tâm lý, mức độ tuân thủ điều trị ARV, chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Bước 2: Trên phần mềm REDcap, phương pháp phân bổ ngẫu nhiên theo cơ sở điều trị được áp dụng, đảm bảo số lượng bệnh nhân trên mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng tại mỗi cơ sở điều trị là như nhau.

Bước 3: Thực hiện các biện pháp can thiệp cho nhóm can thiệp. Can thiệp trước tiên tập trung vào cán bộ y tế (01 bác sĩ và 01 điều dưỡng) của 03 phòng khám ngoại trú: tập huấn trong vòng 03 giờ về việc cung cấp các thông tin về tuân thủ điều trị ARV, các can thiệp hỗ trợ trên Zalo. Điều dưỡng của phòng khám thực

hiện gửi bài truyền thông và các thông điệp tới từng bệnh nhân trong nhóm can thiệp qua tài khoản Zalo của nghiên cứu. Tần suất gửi thông điệp ngắn và bài truyền thông xen kẽ nhau là 1 tuần gửi thông điệp ngắn, 1 tuần gửi bài truyền thông. Nội dung của bài truyền thông và thông điệp ngắn: tuân thủ điều trị, tác dụng phụ khi dùng thuốc, lưu ý khi dùng thuốc, kháng thuốc, diễn giải kết quả xét nghiệm, bệnh đồng nhiễm, sức khỏe tinh thần, thông tin về điều trị nghiện chất, nhắc nhở tuân thủ điều trị, khích lệ, động viên rèn luyện sức khỏe, tinh thần, niềm tin, và thái độ lạc quan trong cuộc sống. Bác sĩ của phòng khám được chỉ định thực hiện cuộc gọi điện thoại tư vấn trong thời gian 3 phút cho bệnh nhân ở nhóm can thiệp tại thời điểm sau 2 tháng và 4 tháng kể từ thời gian theo dõi,

để nhắc nhở bệnh nhân về tuân thủ điều trị, giải quyết các vấn đề liên quan đến lo âu, trầm cảm của bệnh nhân, hay bất cứ những yêu cầu mong muốn của bệnh nhân cần trợ giúp. Can thiệp không sử dụng tính năng chat nhóm trên Zalo vì người tham gia nghiên cứu không muốn sử dụng tính năng này, đồng thời cũng liên quan đến việc bảo mật thông tin của bệnh nhân.

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

Bước 4: Đánh giá sự thay đổi của mức độ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm sau 3 tháng và 6 tháng.

Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Thông tin trích lục bệnh án: phác đồ điều trị, giai đoạn lâm sàng, ngày có kết quả xét nghiệm HIV khẳng định, ngày bắt đầu điều trị ARV, tình trạng mắc bệnh đồng nhiễm.

Thông tin thu thập do bệnh nhân tự trả lời dựa trên bộ câu hỏi cấu trúc và các thang đo, gồm: Bộ câu hỏi về nhân khẩu - xã hội học; Thang đo đánh giá mức độ rối loạn lo âu; Thang đo mức độ kỳ thị dành cho người nhiễm HIV.^{12,13}

Thang đo tuân thủ điều trị của nhóm MSM được đo lường qua bộ công cụ đa chiều do USAID hỗ trợ phát triển.¹⁴ Trong nghiên cứu này xác định 03 mức tuân thủ: cao, trung bình, và thấp thông qua 4 tiêu chí: 1. Hành vi của bệnh nhân; 2. Thang điểm trực quan (VAS); 3. Kiến thức, hiểu biết; và 4. Kiểm tra số viên thuốc còn thừa trong kỳ. Tuân thủ cao khi phần 1: tất cả các câu trả lời là “không”; phần 2: VAS từ 95% trở lên; phần 3: đúng liều, thời gian dùng và cách dùng thuốc; và phần 4: từ 95% trở lên.

Tuân thủ trung bình khi ít nhất một phần trong 1, 2, 3 và 4 ở mức trung bình. Các trường hợp còn lại được xem là tuân thủ thấp.

Thang đo chất lượng cuộc sống *WHOQOL-HIV BREF* cho người nhiễm HIV, gồm 6 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, mức độ độc lập, quan hệ xã hội, môi trường sống, và niềm tin cá nhân.¹⁵ Điểm số của từng lĩnh vực được tính bằng giá trị trung bình của các lĩnh vực nhân với hệ số 4, do vậy điểm số các lĩnh vực sẽ nằm trong khoảng từ 4 đến 20 điểm. Phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ này đã được dịch sang tiếng Việt và được xác nhận tính giá trị với độ tin cậy cao, tính giá trị tốt với chỉ số Cronbach's Alpha cho 6 lĩnh vực dao động từ 0,69 - 0,89.¹⁵

Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập trên nền tảng REDCap. Số liệu được làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA/MP 17.0. Các biến số là các giá trị liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến số phân loại được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ % và lấy ngưỡng 0,05 là ngưỡng có ý nghĩa thống kê. Phân tích Hosmer-Lemeshow được thực hiện để đánh giá xu hướng của các biến tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống được đo lường lặp lại qua các thời điểm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội thẩm định và phê duyệt, số 729/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 04 tháng 6 năm 2022.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung quần thể nghiên cứu

Tại thời điểm trước can thiệp, nghiên cứu đã tuyển được 212 đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trẻ với tuổi trung bình là 25,5. Có 18,7%

MSM được hỗ trợ bởi nhóm đồng đẳng, 46,7% đối tượng nghiên cứu có mức độ lo âu từ mức độ nhẹ trở lên. Không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê về các đặc điểm nhân khẩu - xã hội học, lo âu, kỳ thị của đối tượng nghiên cứu ở nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Bảng 1. Một số đặc điểm của quần thể nghiên cứu trước can thiệp

	Tổng (n = 212)	Nhận can thiệp		p-value
		Không (n = 105)	Có (n = 107)	
Tuổi, TB (ĐLC)	25,5 (6,3)	25,6 (6,9)	25,3 (5,8)	0,866
<i>Nhóm tuổi</i>				
16 - 24 tuổi	116 (54,7)	61 (58,1)	55 (51,4)	0,328
≥ 25 tuổi	96 (45,3)	44 (41,9)	52 (48,6)	
<i>Trình độ học vấn</i>				
Dưới PTTH	31 (14,6)	18 (17,1)	13 (12,1)	0,467
Hoàn thành PTTH	60 (28,3)	31 (29,5)	29 (27,1)	
Trên PTTH	121 (57,1)	56 (53,3)	65 (60,8)	
<i>Sống chung với người thân</i>				
Không	86 (40,6)	39 (37,1)	47 (43,9)	0,315
Có	126 (59,4)	66 (62,9)	60 (56,1)	
<i>Có công việc ổn định</i>				
Không	80 (37,7)	42 (40,0)	69 (64,5)	0,500
Có	132 (62,3)	63 (60,0)	38 (35,5)	
<i>Thời gian điều trị ARV</i>				
Dưới 3 tháng	94 (44,3)	50 (47,5)	44 (41,1)	0,752
3 - 6 tháng	54 (25,5)	27 (25,7)	27 (25,2)	
6 - 12 tháng	64 (30,2)	28 (26,7)	36 (33,6)	
<i>Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng</i>				
Không	169 (79,7)	82 (78,1)	87 (81,3)	0,561
Có	43 (20,3)	23 (21,9)	20 (18,7)	
<i>Mức độ lo âu</i>				
Bình thường/Mức độ tối thiểu (0 - 4)	114 (53,8)	57 (54,3)	57 (53,3)	0,570
Mức độ nhẹ (5 - 9)	62 (29,2)	27 (25,7)	35 (32,7)	
Mức độ vừa phải (10 - 14)	24 (11,3)	14 (13,3)	10 (9,3)	
Mức độ nghiêm trọng (≥ 15)	12 (5,7)	7 (6,7)	5 (4,7)	

	Tổng (n = 212)	Nhận can thiệp		p-value
		Không (n = 105)	Có (n = 107)	
<i>Kỳ thị</i>				
Tổng điểm kỳ thị (TB, ĐLC)	29,3 (7,5)	30,0 (8,1)	28,5 (6,7)	0,144
Kỳ thị mức độ cá nhân (TB, ĐLC)	6,1 (2,2)	6,4 (2,4)	5,9 (2,0)	0,186
Lo lắng khi bị tiết lộ tình trạng HIV (TB, ĐLC)	9,1 (2,1)	9,3 (2,1)	8,9 (2,1)	0,128
Lo lắng về thái độ cộng đồng (TB, ĐLC)	6,8 (2,6)	7,1 (2,8)	6,5 (2,4)	0,095

n: Số lượng bệnh nhân, PTHH: phổ thông trung học, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn

2. Sự thay đổi mức độ tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM trước và sau can thiệp

Bảng 2. Sự thay đổi mức độ tuân thủ điều trị ARV của MSM qua các thời điểm

Mức độ	Thời điểm ban đầu n (%)	Thời điểm 3 tháng n (%)	Thời điểm 6 tháng n (%)	p-trend value
	n = 212	n = 201	n = 207	
Tuân thủ mức độ thấp	24 (11,3)	40 (19,9)*	44 (21,2)*	0,868
Tuân thủ mức độ trung bình	92 (43,4)	70 (34,8)	54 (26,1)	
Tuân thủ mức độ cao	96 (45,3)	91 (45,3)	109 (52,7)	
Nhóm chứng	n = 105	n = 98	n = 101	
Tuân thủ mức độ thấp	12 (11,4)	28 (28,6)	30 (29,7)	0,010
Tuân thủ mức độ trung bình	42 (40,0)	34 (34,7)	33 (32,7)	
Tuân thủ mức độ cao	51 (48,6)	36 (36,7)	38 (37,6)	
Nhóm can thiệp	n = 107	n = 103	n = 106	
Tuân thủ mức độ thấp	12 (11,2)	12 (11,6)	14 (13,2)	0,003
Tuân thủ mức độ trung bình	50 (46,7)	36 (35,0)	21 (19,8)	
Tuân thủ mức độ cao	45 (42,1)	55 (53,4)	71 (67,0)	

*p-value giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm ghi nhận

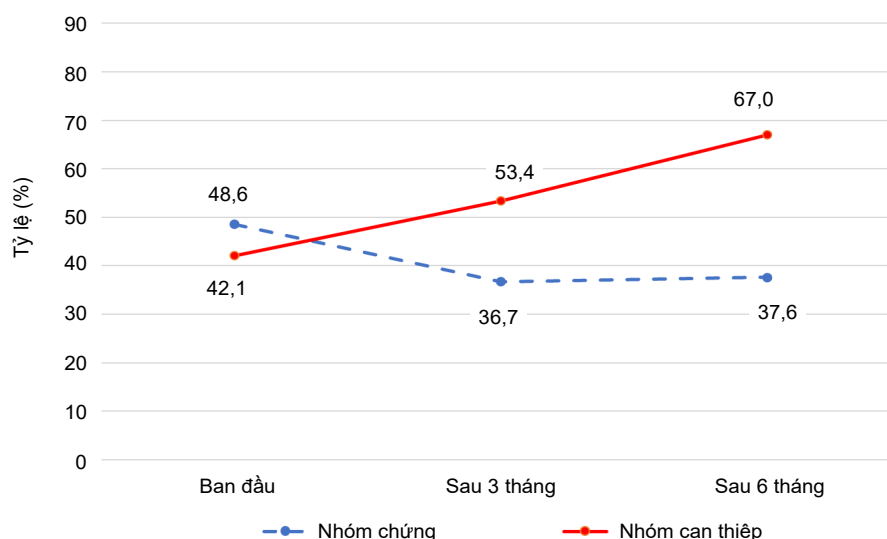
n: Số lượng bệnh nhân

Ở thời điểm ban đầu, khi chưa thực hiện can thiệp, không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tuy nhiên, tại thời điểm 3 và 6 tháng, đều có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các mức độ tuân thủ điều trị ARV giữa nhóm chứng và can thiệp (*: p-value < 0,05). Phân tích xu hướng thay đổi các mức độ tuân thủ điều trị trên từng

nhóm đều cho thấy có sự khác biệt qua thời gian, với p-trend value là 0,010 và 0,000 tương ứng với nhóm chứng và can thiệp.

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



Biểu đồ 1. Sự thay đổi tuân thủ điều trị mức độ cao (%) theo thời gian

Nhóm chứng không duy trì được tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao tại mức ban đầu mà có xu hướng bị sụt giảm tại thời điểm 3 và 6 tháng.

Trong khi đó, tỷ lệ tuân thủ mức độ cao ở nhóm can thiệp tại thời điểm 3 và 6 tháng cao hơn mức ban đầu.

3. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống của nhóm MSM điều trị ARV trước và sau can thiệp

Bảng 3. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống của MSM qua các thời điểm

	Thời điểm			p-trend value
	Ban đầu (n = 212)	3 tháng (n = 201)	6 tháng (n = 207)	
Tổng	n# = 212	n# = 199	n# = 207	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	14,2 (2,0)	14,5 (2,2)*	0,000
Điểm sức khỏe thể chất (TB, ĐLC)	14,4 (2,5)	14,9 (2,5)	15,1 (2,6)	0,004
Điểm sức khỏe tinh thần (TB, ĐLC)	13,6 (2,5)	14,0 (2,4)*	14,5 (2,7)*	0,000
Điểm mức độ độc lập (TB, ĐLC)	14,3 (2,4)	14,9 (2,3)	15,2 (2,4)*	0,000
Điểm quan hệ xã hội (TB, ĐLC)	12,9 (2,5)	13,4 (2,6)*	13,6 (2,9)*	0,008
Điểm môi trường sống (TB, ĐLC)	13,9 (2,4)	14,0 (2,4)	14,4 (2,6)*	0,020
Điểm niềm tin cá nhân (TB, ĐLC)	13,6 (3,3)	13,8 (3,3)	14,1 (3,5)	0,084
Nhóm chứng	n# = 105	n# = 96	n# = 101	
Tổng điểm chất lượng cuộc sống (TB, ĐLC)	13,8 (2,0)	14,0 (2,0)	14,1 (2,3)	0,196

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

n: Số lượng bệnh nhân

n#: Số lượng báo cáo

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

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn

Tại thời điểm ban đầu, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống trên tất cả các lĩnh vực của nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp, điểm số trên lĩnh vực sức khỏe tinh thần và quan hệ xã hội có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp, điểm số trên 4 lĩnh vực bao gồm: sức khỏe tinh thần, mức độ độc lập, quan hệ xã hội, môi trường sống đều có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Sau khoảng thời gian thực hiện can thiệp, tổng điểm chất lượng cuộc sống của tổng số

đối tượng nghiên cứu có xu hướng thay đổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng so với thời điểm ban đầu (*p*-trend value = 0,000). Trên nhóm chứng, điểm chất lượng cuộc sống trên tất cả các lĩnh vực đều không có sự thay đổi qua thời gian. Ngược lại, trên nhóm can thiệp, điểm chất lượng cuộc sống có xu hướng tăng lên qua thời gian trên hầu hết các lĩnh vực, ngoại trừ lĩnh vực niềm tin cá nhân.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên đầu tiên ở Việt Nam sử dụng ứng dụng truyền thông mạng xã

hội trực tuyến Zalo để cải thiện tỷ lệ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân HIV/AIDS. Tác động của can thiệp đã cho thấy mức độ tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống được cải thiện có ý nghĩa thống kê trên nhóm can thiệp (p -value < 0,05). Tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ cao sau can thiệp trên nhóm can thiệp được cải thiện so với trước can thiệp, tăng từ 42,1% lên 67,0%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trên nhóm MSM ở Trung Quốc, các can thiệp trên các phương tiện truyền thông mạng xã hội WeCare có tác động tích cực với tuân thủ điều trị.¹⁶

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã kết hợp nhiều hoạt động can thiệp trên Zalo. Trước hết, chúng tôi gửi thông điệp ngắn và bài truyền thông với tần suất 2 tuần một lần trong suốt 6 tháng tới nhóm can thiệp. Hiện nay, người bệnh đã có rất nhiều kênh để tiếp cận và tìm kiếm các thông tin về sức khỏe, đặc biệt là các kênh thông tin qua Internet. Tuy nhiên, nguồn thông tin này chưa được kiểm soát tốt, nhất là các nước có thu nhập thấp và trung bình nên người bệnh đang bị loạn thông tin, loạn quảng cáo, tiếp thị, không biết thông tin nào là thật là giả. Do vậy, một trong các nhiệm vụ của các can thiệp thay đổi hành vi mà chúng tôi mong muốn làm sao giúp người đọc tiếp cận được các kênh thông tin đáng tin cậy và sử dụng chúng một cách có hiệu quả nhằm tự nâng cao năng lực và sức khỏe và tự thay đổi hành vi. So với biện pháp can thiệp trước đây như sử dụng thiết bị điện tử như máy nhắn tin, hệ thống hỗ trợ quản lý ca bệnh, nắp thuốc điện tử, và báo thức, một đánh giá có hệ thống đã kết luận rằng các thiết bị này có thể giúp cải thiện việc tuân thủ điều trị ART.¹⁷ Tuy nhiên, những thiết bị này có những nhược điểm, bao gồm sự bất tiện, chi phí cao và sự không hài lòng của bệnh nhân do lo ngại về quyền riêng tư.¹⁷ Hơn nữa, các thiết bị này chỉ đóng vai trò như một lời nhắc nhở

và không giải quyết các rào cản tuân thủ tiềm ẩn, chẳng hạn như việc quản lý các tác dụng phụ, cung cấp dịch vụ hỗ trợ xã hội và cho phép bệnh nhân thảo luận về các vấn đề sức khỏe của họ.¹⁷ Nghiên cứu khác cũng cho rằng bệnh nhân thích các biện pháp can thiệp không chỉ đóng vai trò nhắc nhở mà còn cung cấp nguồn thông tin hữu ích về HIV/AIDS cũng như cho phép họ giao tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.¹⁸ Do đó, chúng tôi sử dụng là thực hiện cuộc gọi điện thoại với thời lượng khoảng 3 phút trên Zalo tới bệnh nhân ở nhóm can thiệp tại tháng thứ 2 và tháng thứ 4 của nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống khác, cho thấy người hỗ trợ kết hợp với tư vấn qua điện thoại là một trong những biện pháp can thiệp có hiệu quả cao (OR = 6,59, 95% KTC: 2,95 - 16,0) so với can thiệp thường quy.¹⁹

Mặt khác, nếu chỉ cung cấp tính năng nhắc nhở uống thuốc nhưng thiếu khả năng cho phép bệnh nhân giao tiếp với nhân viên y tế có thể cải thiện tỷ lệ tuân thủ nhưng không thể cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HIV/AIDS.²⁰ Ví dụ, can thiệp trên thiết bị điện tử DMAS cung cấp lời nhắc nhở bằng lời nói về thời gian dùng thuốc nhưng dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, điều này có thể do lời nhắc nhở vi phạm quyền riêng tư của bệnh nhân, theo giải thích của các tác giả.²⁰

Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng vẫn luôn được coi là loại hình nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp khách quan và ít sai số nhất. Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trên các bộ câu hỏi nên người trả lời có xu hướng sửa đổi hành vi, muốn hài lòng người phỏng vấn. Đây chính là những hạn chế của nghiên cứu. Bệnh nhân sau can thiệp cũng có kinh nghiệm trả lời các câu hỏi được sử dụng trước can thiệp. Bên cạnh đó, do hạn chế về kinh phí, việc xét nghiệm tải lượng vi rút

vào các mốc thời điểm nghiên cứu chưa được thực hiện. Do vậy, các nghiên cứu tiếp theo về đánh giá việc duy trì cũng như cải thiện mức độ tuân thủ điều trị, chất lượng cuộc sống và hiệu quả chi phí nên được tiến hành trong thời gian theo dõi dài hơn.

V, KẾT LUẬN

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng đã cho thấy với các biện pháp can thiệp qua Zalo bao gồm gửi thông điệp ngắn, gửi bài truyền thông, thực hiện cuộc điện thoại tư vấn, đã mang lại tác động đáng kể đến việc tăng cường tuân thủ điều trị cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của nhóm MSM mới điều trị ARV trong một năm đầu tiên. Trong khi, mức độ tuân thủ điều trị ARV của nhóm chứng không được duy trì mà còn có xu hướng giảm qua thời gian, nhóm can thiệp lại có mức độ tuân thủ điều trị ARV được cải thiện đáng kể. Sau 3 và 6 tháng can thiệp, nghiên cứu ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm số chất lượng cuộc sống của nhóm can thiệp.

Các can thiệp trong nghiên cứu bước đầu đã mang lại hiệu quả nhất định trong việc tăng cường mức độ tuân thủ điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống. Các can thiệp này có thể được cân nhắc, làm cơ sở triển khai các can thiệp có quy mô rộng lớn hơn, phù hợp với tình hình địa phương, không tạo ra gánh nặng phụ thêm quá lớn cho cơ sở y tế để đảm bảo tính khả thi khi triển khai áp dụng.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả xin cảm ơn sự hỗ trợ và hợp tác của các bác sĩ, điều dưỡng đang công tác tại 3 phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai, Khoa Bệnh Nhiệt đới và Can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong quá trình triển khai nghiên cứu. Trân trọng gửi lời cảm ơn tới tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu tại 3

phòng khám ngoại trú đã tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. *UNAIDS data 2022*. 2022. Accessed 20 January 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2022_en.pdf
2. UNAIDS. *In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022*. 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>
3. Bộ Y tế. Báo cáo sơ kết công tác y tế 6 tháng đầu năm và triển khai nhiệm vụ 6 tháng cuối năm 2023. 2023.
4. Thủ tướng Chính phủ. Quyết định phê duyệt chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. 2020. <https://a.dinmoh.moh.gov.vn/documents/20182/0/aids/010289ac-4916-4c58-9e9c-debee4c3a94b>
5. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
6. Tao Jun, Qian Han-Zhu, Kipp Aaron M, et al. Effects of Depression and Anxiety on Antiretroviral Therapy Adherence among Newly Diagnosed HIV-infected Chinese Men Who Have Sex with Men. *AIDS*. 2017;31(3):401-406. doi:<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001287>
7. Sitorus RJ, Antara NY, Sangalang R, et al. Understanding the Health-related Quality of Life of People Living with HIV Based on Sexual Orientation. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2023;18(1). doi:10.21109/kesmas.v18i1.6623
8. e Silva AC, Reis RK, Nogueira JA, et al. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2014;22(6):994-1000. doi:10.1590/0104-1169.3534.2508
9. Fox S. Peer to peer health care. *Pew*

Research Center Internet Science and Tech 2016;5(9).

10. Muessig KE, Nekkanti M, Bauermeister J, et al. A systematic review of recent smartphone, Internet and Web 2.0 interventions to address the HIV continuum of care. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015;12(1):173-90. doi:10.1007/s11904-014-0239-3

11. Kelly JD, Giordano TP. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS.* 2011;25(8):1137. doi:10.1097/QAD.0b013e32834670d7

12. Robert L Spitzer. GAD-7 (General Anxiety Disorder-7). https://adaa.org/sites/default/files/GAD-7_Anxiety-updated_0.pdf

13. Reinius M, Wettergren L, Wiklander M, et al. Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2017;15(1):115. doi:10.1186/s12955-017-0691-z

14. Steel G NJ, Joshi MP. Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource-Constrained Settings: The South Africa Experience. *UNAIDS.* 2007. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadm153.pdf

15. Tran BX. Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. *PloS one.* 2012;7(7):e41062. doi:10.1371/journal.pone.0041062

16. Tanner AE, Song EY, Mann-Jackson L, et al. Preliminary Impact of the weCare Social Media Intervention to Support Health for Young Men Who Have Sex with Men and Transgender Women with HIV. *AIDS patient care and STDs.* Nov 2018;32(11):450-458. doi:10.1089/apc.2018.0060

17. Saberi P, Johnson MO. Technology-Based Self-Care Methods of Improving Antiretroviral Adherence: A Systematic Review. *PloS one.* 2011;6(11):e27533. doi:10.1371/journal.pone.0027533

18. Shet A, Arumugam K, Rodrigues R, et al. Designing a Mobile Phone-Based Intervention to Promote Adherence to Antiretroviral Therapy in South India. *AIDS and behavior.* 2010;14(3):716-720. doi:10.1007/s10461-009-9658-3

19. Kanters S, Park JJ, Chan K, et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV.* 2017;4(1):e31-e40. doi:10.1016/S2352-3018(16)30206-5

20. Albert W Wu CFS, I-Chan Huang, Richard Skolasky, et al. A Randomized Trial of the Impact of a Programmable Medication Reminder Device on Quality of Life in Patients with AIDS. *AIDS patient care and STDs.* 2006;20(11):773-781. doi:10.1089/apc.2006.20.773

Summary

INTERVENTION TO INCREASE ARV ADHERENCE AND IMPROVE THE QUALITY OF LIFE AMONG HOMOSEXUAL MALE

Randomized controlled clinical trial was conducted among men who have sex with men (MSM) at some clinics in Hanoi by interventions based on social networking Zalo, including sending media articles, short messages and make consultant calls. The study's subject are to increase ARV

adherence and improve the quality of life. The study participants had an average age of 25.5 ± 6.3 years old, 18.7% of MSM received support from a peer group, 46.7% of MSM had mild or higher anxiety levels. The results showed a significant difference in ARV treatment adherence and quality of life between the intervention group and the control group at 3 and 6 months (p -value < 0.05). The rate of high-level adherence to ART increased significantly in the intervention group from 42.1% to 53.4% after 3 months and 67.0% after 6 months, while the control group decreased from 48.6% to 36.7% after 3 months and 37.6% after 6 months. The score of quality of life among intervention group increased from 13.9 to 16.9 after 3 months and 17.1 after 6 months, with an increasing trend in most domains, except personal beliefs. The quality of life in control group did not change over time. These interventions can be considered as pilot study to extend on the different locals communities.

Keywords: Intervention, ARV adherence, quality of life, MSM.