

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LÊ NỮ THANH UYÊN

**HIỆU QUẢ CỦA TIN NHẮN, TƯ VẤN TẠO
ĐỘNG LỰC TRÊN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở
BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ METHADONE
TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, VIỆT NAM**

Ngành : Y Tế Công Cộng

Mã số : 9720701

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh, năm 2022

Công trình được hoàn thành tại:
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:
PGS. TS. Trần Thiện Thuận
TS. BS. Lê Trường Giang

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường họp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP. HCM

1. Giới thiệu luận án

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Nghiện các chất dạng thuốc phiện (CDTP) là một vấn đề sức khỏe và xã hội toàn cầu hiện nay. Lệ thuộc CDTP là một rối loạn mạn tính và có tính tái phát do hậu quả tác dụng kéo dài của chất gây nghiện lên não bộ [96]. Điều trị duy trì thay thế CDTP bằng Methadone (MMT) hiện là biện pháp điều trị có hiệu quả. Mặc dù chương trình MMT đã chứng minh có hiệu quả nhưng tỷ lệ tái sử dụng CDTP trong và sau khi tham gia MMT là tương đối cao, cụ thể tỷ lệ không tuân thủ hoặc tuân thủ kém có thể lên đến 70% [156], [195]. Không tuân thủ điều trị có thể dẫn đến tăng nguy cơ bị các triệu chứng cai nghiện, tái nghiện ma túy và quá liều [66]. Một vài nghiên cứu đã chứng minh tư vấn tạo động lực có thể cải thiện tuân thủ dùng thuốc và dẫn đến kết quả hành vi sức khỏe tốt hơn như giảm sử dụng thuốc phiện, tuân thủ điều trị cao và tái phát ít hơn [148]. Nhấn tin nhắc nhở tạo động lực cũng có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc thay đổi hành vi như giúp tăng cường trí nhớ tiềm năng[70], giảm liều thuốc bị bỏ lỡ, có thái độ tích cực hơn với tuân thủ dùng thuốc, giảm các gián đoạn điều trị [82]. Kết quả đánh giá sau hai năm thí điểm chương trình MMT tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống 1-2 ngày tại TP.HCM có chiều hướng tăng dần theo thời gian [75]. Đồng thời, kết quả một nghiên cứu khác cho thấy hỗ trợ tuân thủ bằng điện thoại di động có tương quan nghịch với bỏ liều [130]. Một hệ thống cảnh báo sớm cho rằng dữ liệu bỏ liều Methadone có thể hữu ích để cung cấp hỗ trợ cần thiết và kịp thời cho những

người sử dụng heroin [75]. Sử dụng chất gây nghiện có đặc điểm mạn tính và tái phát, do vậy việc theo dõi liên tục và duy trì động lực là rất quan trọng [127]. Chính vì vậy, việc tạo động lực thông qua tin nhắn và tư vấn là một yếu tố không thể thiếu trong điều trị sử dụng chất và phục hồi lâu dài, thiếu nó được cho là một trong những lý do phổ biến nhất của tuân thủ điều trị thất bại và tái phát sau điều trị [31], [149]. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện nay, vẫn chưa có một nghiên cứu nào sử dụng hai phương pháp can thiệp trên để tăng cường tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đang điều trị Methadone tại Việt Nam, đặc biệt tại TP. Hồ Chí Minh. Do vậy, nghiên cứu tiến hành phương pháp tin nhắn và TVTĐL nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ điều trị, góp phần thành công cho chương trình MMT.

b. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone trước can thiệp tại thành phố Hồ Chí Minh.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone trước can thiệp.
3. Đánh giá hiệu quả của phương pháp tư vấn tạo động lực, nhắn tin nhắc nhở tạo động lực trên tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh sau 3 và 6 tháng can thiệp.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị duy trì nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại phòng khám Methadone Quận 6, Quận 8 và Bình Thạnh, TP. HCM có mặt

trong thời gian nghiên cứu và phù hợp tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành hai giai đoạn:

Giai đoạn một: thực hiện một thiết kế cắt ngang trên nhóm dân số đại diện là 450 bệnh nhân đang điều trị giai đoạn duy trì tại ba phòng khám Methadone nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống tại ba phòng khám. Tất cả đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi soạn sẵn và hồ sơ số liệu bệnh nhân được quản lý tại phòng khám.

Giai đoạn hai: thực hiện một can thiệp thực địa ngẫu nhiên có nhóm chứng nhằm theo dõi, đánh giá hiệu quả sau 3 tháng và 6 tháng can thiệp với hai phương pháp can thiệp độc lập là tin nhắn nhắc nhở tạo động lực, tư vấn tạo động lực trên tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đang điều trị Methadone. Dân số được ước lượng bằng công thức so sánh hai tỷ lệ với mỗi nhóm 150 bệnh nhân. Nghiên cứu có ba nhóm: nhóm chứng, tư vấn và nhắn tin. Do vậy, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu can thiệp là 450 bệnh nhân.

d. Những đóng góp mới nghiên cứu về mặt lý luận, thực tiễn

Chủ đề về nghiên cứu tuân thủ điều trị trên bệnh nhân đang điều trị Methadone được công bố tại Việt Nam còn khá ít, các nghiên cứu trước đây chủ yếu mô tả cắt ngang tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu can thiệp nhắn tin và tư vấn tạo động lực như một tiền đề gợi mở cho các nghiên cứu trong tương lai liên quan tuân thủ điều trị cho lĩnh vực nghiện chất.

Ứng dụng mô hình can thiệp cho hiệu quả tối ưu nhất trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân đang điều trị Methadone. Từ đó nâng

cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, giảm gánh nặng cho bản thân bệnh nhân, gia đình và xã hội. Đóng vai trò hữu hiệu trong việc giảm thiểu tác hại cũng như gánh nặng toàn cầu về kinh tế, chính trị và an ninh xã hội. Trong tương lai, nếu ý thức và động lực tuân thủ điều trị Methadone của bệnh nhân được duy trì và nâng cao thì có thể cân nhắc đến giải pháp phát liều thuốc nhiều ngày cho bệnh nhân tùy thuộc vào mức độ tuân thủ, thời gian điều trị, liều điều trị và tình trạng sức khỏe của mỗi bệnh nhân. Có thể ứng dụng phương pháp nhắn tin nhắc nhở tạo động lực hoặc tư vấn tạo động lực thông qua điện thoại di động, hoặc kết hợp cả hai, đặc biệt trên những bệnh nhân bỏ liều liên tục là điều rất cần thiết và hữu dụng.

e. Bố cục của luận án:

Luận án có 137 trang, trong đó: Đặt vấn đề: 2 trang; Câu hỏi và mục tiêu nghiên cứu: 1 trang; Chương 1. Tổng quan y văn: 39 trang; Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 28 trang; Chương 3. Kết quả: 27 trang; Chương 4. Bàn luận: 35 trang; Kết luận – kiến nghị: 5 trang.

Có 3 danh mục các công trình công bố có liên quan nghiên cứu. Tài liệu tham khảo gồm 195 tài liệu trong đó có 21 tài liệu tiếng Việt và 174 tài liệu tiếng Anh.

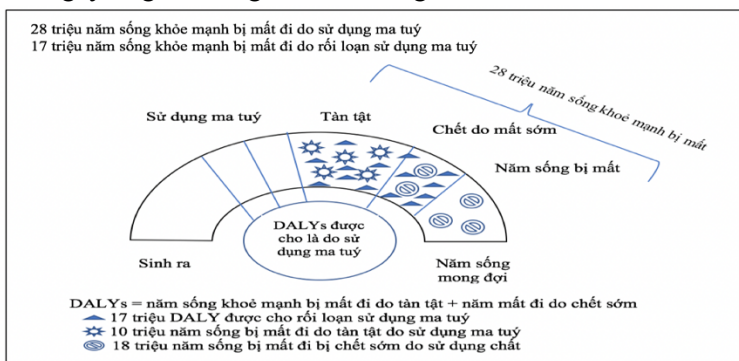
Các phụ lục: gồm phiếu thu thập dữ liệu, các biểu mẫu đồng thuận: tham gia nghiên cứu, tham gia tư vấn tạo động lực, tham gia nhắn tin nhắc nhở tạo động lực; Bảng tuyên bố thông tin dành cho bệnh nhân; Tình huống tư vấn tạo động lực minh họa, các mẫu tin nhắn nhắc nhở tạo động lực và các công cụ, biểu mẫu hồ

trợ can thiệp; Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu và các văn bản pháp lý có liên quan chấp thuận và cho phép thực hiện nghiên cứu; Danh mục các chứng nhận, chứng chỉ liên quan đến lĩnh vực nghiên cứu; Các bảng kết quả phân tích bổ sung.

2. Tổng quan tài liệu

2.1. Tổng quan nghiên các chất dạng thuốc phiện

Nghiện là một vấn đề sức khỏe quan trọng hiện nay, nó khiến bệnh nhân bị lệ thuộc cả về thể chất lẫn tâm lý, bệnh có khả năng tái phát do tác dụng kéo dài của chất gây nghiện lên não bộ [97]. Rối loạn do sử dụng ma túy (SDMT) đã trở thành một trong những gánh nặng bệnh tật toàn cầu và ảnh hưởng rất lớn đến cá nhân và cộng đồng [60], [71], [165]. Trong đó, lệ thuộc các chất dạng thuốc phiện (CDTP) bao gồm cả heroin là loại ma túy có hại nhất về mặt sức khỏe. Một tỷ lệ đáng kể trong số những ca tử vong sớm ở những người sử dụng ma túy là do các chất dạng thuốc phiện. Ngoài ra, rối loạn do sử dụng các CDTP là nguyên nhân gây ra gánh nặng bệnh tật nặng nề nhất do rối loạn SDMT.

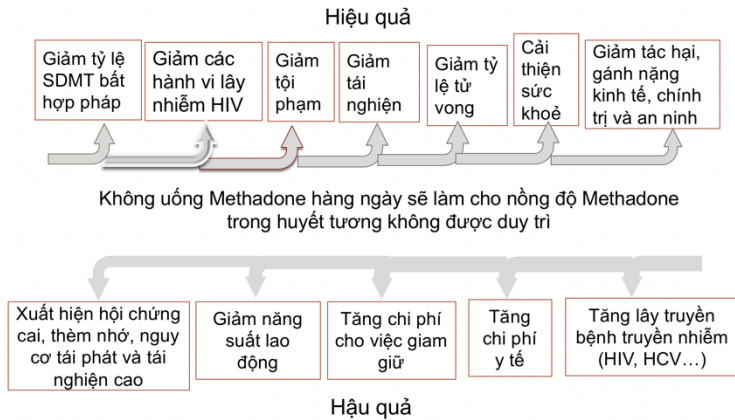


Hình 1.1. Số năm sống khỏe mạnh bị mất đi do SDMT và rối loạn SDMT

Nguồn: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2017 [180]

Năm 1997, tác giả Leshner đã nhận định trong một tờ báo khoa học: nghiện là một bệnh của não bộ [96]. Nghiện không phải là một khuyết điểm, rối loạn nhân cách hoặc băng hoại đạo đức. Trước kia người nghiện được coi là tội phạm. Cách can thiệp chủ yếu là cắt cơn giải độc, ngăn cách nguồn thuốc, giáo dục, lao động trị liệu. Sau đó nghiện gắn với tệ nạn xã hội, suy đồi đạo đức, nhận thức kém, lười lao động và can thiệp là giáo dục lao động. Sau này, coi họ là nạn nhân, bởi bị lôi kéo vào nạn nghiện hút, cần được giáo dục để tránh xa ma túy, cần được lao động để quên ma túy. Và hiện nay, người nghiện được xem là bệnh nhân, họ cần được điều trị như người bệnh. Nhận thức của con người ngày càng thay đổi và có cách nhìn thoáng hơn. Do vậy, nghiện là một bệnh mạn tính của não bộ tức nghiện không thể chữa trị dứt điểm, có thể kéo dài suốt đời nhưng có thể kiểm soát được.

Rối loạn do sử dụng các CDTP là một rối loạn tái phát mạn tính, tuy nhiên có thể phục hồi thành công với điều trị thích hợp, mặc dù có xu hướng tái phát dai dẳng. Những người bị ảnh hưởng cảm thấy mất kiểm soát việc sử dụng CDTP của họ và tiếp tục sử dụng CDTP bất chấp các vấn đề về sức khỏe, pháp lý và mối quan hệ. Đối với phụ thuộc vào CDTP, điều trị duy trì bằng Methadone (MMT) hiện là phương pháp điều trị có hiệu quả, đã sử dụng rộng rãi và được chứng minh có hiệu quả tại nhiều quốc gia khác nhau, điều trị bằng Methadone đòi hỏi thời gian lâu dài để tối ưu hoá hiệu quả của điều trị [58], [75], [109], [183].



2.2. Tuân thủ điều trị Methadone: hiện chưa có định nghĩa về tuân thủ điều trị nào được thống nhất trên quy mô toàn cầu để đánh giá tuân thủ điều trị trên bệnh nhân đang điều trị Methadone. Việc đo lường tuân thủ điều trị của bệnh nhân là một thách thức lớn vì tính chất chủ quan và còn bị ảnh hưởng bởi các hành vi của bệnh nhân như chính sách y tế, hệ thống chăm sóc y tế, kinh tế văn hoá xã hội, các bệnh kèm theo và các yếu tố khách quan khác ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên, các công cụ được sử dụng để đo lường tuân thủ điều trị phải dựa trên các bằng chứng y văn, hướng dẫn điều trị và phải đáp ứng các tiêu chuẩn tâm lý cơ bản về độ tin cậy và tính hợp lý chấp nhận được [133]. Tuân thủ điều trị nhằm đảm bảo nồng độ Methadone trong huyết tương được duy trì và tránh hội chứng cai, khóa tác dụng của heroin. Sử dụng dữ liệu từ việc bỏ liều Methadone có thể hữu ích để cung cấp hỗ trợ cần thiết và kịp thời cho những người sử dụng heroin.

Có nhiều cách để đánh giá tuân thủ điều trị, nhưng cơ bản có thể chia thành hai phương pháp: phương pháp trực tiếp (nhân viên y tế quản lý liều Methadone mỗi ngày cho bệnh nhân tại phòng phát thuốc) và phương pháp đo lường gián tiếp (bệnh nhân tự báo cáo và sử dụng thang đo trực quan VAS).

Tư vấn tâm lý không phải là một phương pháp điều trị cai nghiện chính nhưng sẽ đem lại hiệu quả trong việc cho bệnh nhân có thêm động lực để cai nghiện thành công hơn. Tư vấn tạo động lực được thiết kế đặc biệt khi động lực và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân là quan trọng để điều trị có hiệu quả [113].

Tư vấn tạo động lực giúp bệnh nhân: Tăng tuân thủ điều trị như giảm: bỏ liều, dương tính với heroin, SDMT bất hợp pháp, quá liều và phòng ngừa tái nghiện. Cải thiện chất lượng cuộc sống: có việc làm, thu nhập, ý định cai, gia đình hỗ trợ tăng. Tăng động lực: có niềm tin lớn để vượt qua rào cản và có xu hướng tự tin, cam kết và nghĩa vụ hơn với trị liệu, thúc đẩy lòng tự trọng, xây dựng kế hoạch và sẵn sàng chấp nhận sự thay đổi.

Nhấn tin nhắc nhở tạo động lực giúp bệnh nhân: tăng tuân thủ điều trị: giảm liều thuốc bị bỏ lỡ, có thái độ tích cực tuân thủ dùng thuốc, giảm gián đoạn điều trị. Bệnh nhân cảm thấy được quan tâm và tự tin hơn. Tiềm năng là dễ sử dụng và tự động hóa, có thể tiếp cận nhiều bệnh nhân, có ý nghĩa trong việc giảm sử dụng chất và tăng cường trí nhớ tiềm năng. Đặc biệt, sử dụng tin nhắn nhắc nhở tạo động lực trong một môi trường hạn chế nguồn lực là cần thiết và hữu dụng.

2.3. Nhận xét chung các y văn

Kết quả từ các y văn cho thấy việc bổ sung thêm các dịch vụ tư vấn và sử dụng công nghệ để theo dõi, nhắc nhở, giám sát có liên quan đến việc tăng hiệu quả trong điều trị các vấn đề rối loạn nghiện chất. Như đã đề, SDMT có đặc điểm mạn tính và tái phát, do đó việc theo dõi liên tục và duy trì động lực cho bệnh nhân là rất quan trọng trong quá trình điều trị để thay đổi hành vi sử dụng chất gây nghiện. Ngoài ra, so với các liệu pháp không dùng thuốc khác, tư vấn tạo động lực được xem như một phương pháp trị liệu tâm lý là ngắn hạn và hiệu quả, có thể làm giảm mức độ lạm dụng chất, tuân thủ điều trị cao và tái phát ít hơn.

Đa phần các nghiên cứu có phương pháp đo lường cả chủ quan thông qua tự báo cáo, phỏng vấn định tính và khách quan bằng cách sử dụng hồ sơ bệnh án, các phần mềm ghi nhận số liệu bị bỏ lỡ tại phòng phát thuốc. Đối với các dữ liệu tự báo cáo, dữ liệu thứ cấp có thể có vấn đề liên quan đến sai lệch hồi tưởng. Ngoài ra, sự không đồng nhất về đối tượng nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, công cụ đo lường, phương pháp can thiệp và chất lượng dữ liệu làm cho việc so sánh giữa các nghiên cứu trở nên khó khăn. Tất cả các yếu tố được khảo sát trong các nghiên cứu là yếu tố ở cấp độ cá nhân, một số yếu tố liên quan đến lâm sàng và dịch vụ như liều Methadone, chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân chưa được đưa vào trong các nghiên cứu, do vậy các nghiên cứu tương lai cần khai thác thêm các thông tin này.

2.4. Điều trị bệnh nhân Methadone tại Việt Nam

Tại Việt Nam, chương trình MMT được triển khai đầu tiên vào năm 2008 tại thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) và Hải Phòng, đã được chứng minh là mang lại lợi ích to lớn cho cả người bệnh và cộng đồng [1], [75]. TP.HCM có số BN cao nhất với hơn 24.000 người, đặc biệt tại đây hoạt động mua bán trái phép, tiêm chích ma túy vẫn diễn ra rất phức tạp [2].

2008: Thí điểm tại TP.HCM và Hải Phòng

2012: Chính phủ ban hành NĐ 96/2012/NĐ-CP

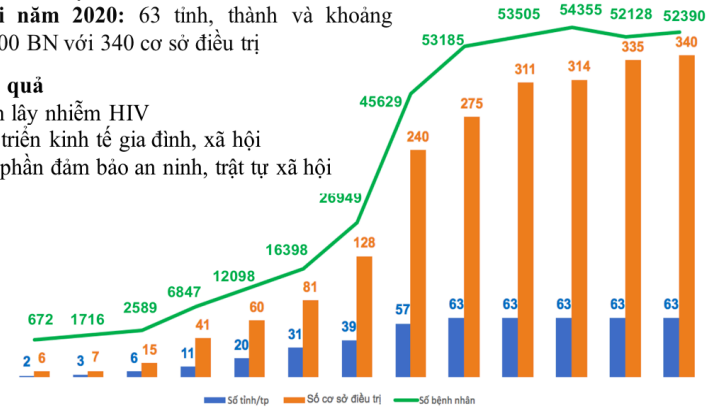
Cuối năm 2020: 63 tỉnh, thành và khoảng 53.000 BN với 340 cơ sở điều trị

Hiệu quả

Giảm lây nhiễm HIV

Phát triển kinh tế gia đình, xã hội

Góp phần đảm bảo an ninh, trật tự xã hội



2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

Hình 1.11. Kết quả báo cáo chương trình điều trị Methadone trong 12 năm qua

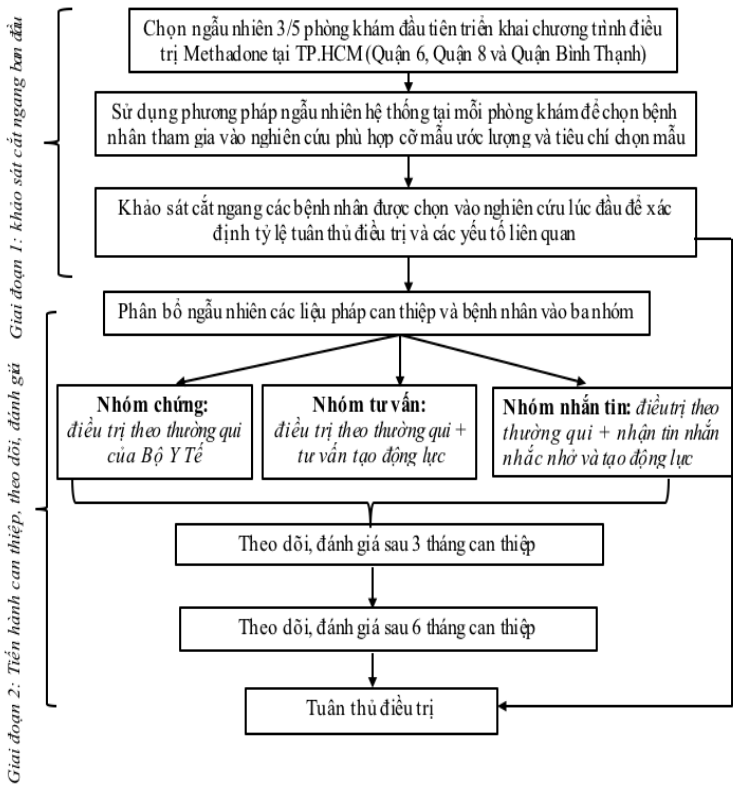
Nguồn: Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, 2020 [5]

Kết quả đánh giá sau hai năm thí điểm chương trình MMT tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống 1-2 ngày tại TP.HCM có chiều hướng tăng dần theo thời gian, cụ thể 0 - 3 tháng (17,3%); 10 -12 tháng (28,1%) và 19 - 24 tháng (34,7%) trong đó có 4,1% bệnh nhân bỏ liên tục 3 – 4 ngày [75]. Ngoài

ra, báo cáo tại Quận 6 ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống ít nhất một liều trong tháng khoảng 28%, số lượt bỏ có thể lên đến 1055 lượt trên 341 BN [4]. Chính vì vậy, việc tạo động lực thông qua tin nhắn và tư vấn là một yếu tố không thể thiếu trong điều trị sử dụng chất và phục hồi lâu dài [31], [149].

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Các giai đoạn thực hiện nghiên cứu tóm tắt qua sơ đồ sau:



Sơ đồ 2.1: Các giai đoạn tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: khảo sát cắt ngang, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống chọn 450 bệnh nhân tại ba phòng khám

Giai đoạn 2: can thiệp thực địa ngẫu nhiên có nhóm chứng

Thời gian nghiên cứu: 06/2018 – 02/2019

Địa điểm nghiên cứu: 3 phòng khám Methadone tại Quận 6, Quận 8 và Quận Bình Thạnh

Dân số nghiên cứu: bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone tại Quận 6, Quận 8 và Bình Thạnh phù hợp tiêu chí chọn mẫu

Cỡ mẫu can thiệp: áp dụng công thức so sánh hai tỷ lệ:

$$n_1 = n_2 \geq \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Cỡ mẫu cần cho mỗi nhóm là 150 bệnh nhân. Nghiên cứu gồm ba nhóm: chứng, tư vấn và tin nhắn, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 450 bệnh nhân

Biến số kết cục

Công cụ đo lường tuân thủ điều trị Methadone dựa vào bảng chứng y văn, hướng dẫn điều trị và đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản về độ tin cậy và tính hợp lý chấp nhận được tại Việt Nam cũng như các quốc gia khác:

Phần mềm quản lý cấp phát thuốc tại phòng khám (S.STORM)

1. Tuân thủ hoàn toàn (100%): có khi không bỏ bất kỳ liều nào trong 3 tháng^[1]
2. Tuân thủ không bỏ liều liên tục: có: không bỏ liên tiếp 3 liều trở lên (dung nạp thay đổi về ý nghĩa lâm sàng) hướng dẫn điều trị của WHO^[202], Chính phủ Úc^[151], Anh^[58], Bộ y tế Việt Nam^[3]

Tự báo cáo

3. Tuân thủ tối ưu: có khi không bỏ bất kỳ liều nào trong 4 ngày qua, cuối tuần qua và trong 3 tháng qua^[2]
4. Tuân thủ tốt theo VAS: có khi tỷ lệ ngày uống Methadone > 90%^[3]

Việc đánh giá trên nhiều khía cạnh được khuyến nghị như một cách để tăng độ tin cậy và tính an toàn của dữ liệu đã thu thập.

Công cụ đo lường: Bộ công cụ gồm 8 phần với cấu trúc như sau:

Phần 1: Thông tin, đặc điểm dân số xã hội bệnh nhân

Phần 2: Hành vi nguy cơ

Phần 3: Các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe

Phần 4: Các bệnh kèm theo

Phần 5: Quá trình sử dụng ma túy

Phần 6: Quá trình điều trị Methadone

Phần 7: Các yếu tố cản trở và mong muốn của bệnh nhân

Phần 8: Biến số kết cục: tuân thủ điều trị

Mô tả biện pháp can thiệp: Bệnh nhân được phân bổ vào ba nhóm được mô tả chi tiết bên dưới:

Nhóm chứng: điều trị theo thường qui hướng dẫn điều trị của Bộ y tế, tức bệnh nhân được hưởng các dịch vụ điều trị như trước đây theo quy trình của phòng khám: uống Methadone hằng ngày, tư vấn, tái khám, xét nghiệm nước tiểu theo quy định của chương trình

Nhóm tư vấn: điều trị theo thường qui + tư vấn tạo động lực theo các bước hướng dẫn đã được tập huấn: thời gian 10-20 phút tùy vấn đề của bệnh nhân, ít nhất 2 lần/tháng, tiếp cận hai tư vấn viên (1 tại PK, 1 bên ngoài)
Bốn giai đoạn
- Giai đoạn tiếp cận
- Giai đoạn tập trung
- Giai đoạn khơi gợi
-Giai đoạn lập kế hoạch (*BN có kế hoạch rõ ràng, có nhiều kế hoạch và không có kế hoạch*)

Chúng ta cần phân tích đúng giai đoạn và mức độ thay đổi để có thể vận dụng những tiến trình thay đổi cho phù hợp với bệnh nhân và loại vấn đề mà bệnh nhân gặp phải.

Nhóm nhận tin nhắn: điều trị theo thường qui + nhận tin nhắn tạo động lực với brandname “FamilyMMT”.

Số lượng: tuần 1 (3 tin nhắn: đầu, giữa và cuối tuần), tuần 2 (đầu và cuối tuần), tuần 3 (cuối tuần) và theo chu kỳ lặp lại tuần 1, 2, 3.

Nội dung tin nhắn được soạn và phân vào bốn nhóm vừa nhắc nhở, vừa tạo động lực:

- Chào hỏi, thông báo, chúc mừng, cảm ơn
- Tin nhắn nhắc nhở tạo động lực

- Khơi gợi hành vi tích cực

- Động viên tinh thần, đồng cảm, quan tâm.

Ngoài ra BN có thể trao đổi thêm qua số ĐT thông thường, qua zalo hay viber tùy nhu cầu của bệnh nhân

Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

Nhập liệu bằng Epidata 3.02 và phân tích số liệu bằng Stata 14.0
Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị.

Thống kê phân tích:

Đối với khảo sát cắt ngang: xác định mối liên quan bằng tỉ số số chênh OR và KTC 95% với $p < 0,05$.

Đối với can thiệp thực địa ngẫu nhiên có nhóm chứng: đánh giá hiệu quả can thiệp được phân tích và báo cáo bằng RR và KTC 95%, với $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận về mặt Y đức từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học thuộc Đại học Y Dược TP.HCM, giấy chấp thuận số 95/ĐHYD-HĐĐĐ “V/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH” ký ngày 15 tháng 03 năm 2018.

Được sự cho phép và đồng ý của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS TP.HCM, sự chấp thuận bằng văn bản của Giám đốc TTYT; Trưởng các Phòng khám Methadone Quận 6, Quận 8 và Quận Bình Thạnh và sự đồng ý của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

4. Kết quả

Kết quả giai đoạn 1: khảo sát cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan trước can thiệp

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội của bệnh nhân (n=450)

Đặc điểm	n(%)	Đặc điểm	n(%)
Giới tính (nam)	414 (92,0)	Thu nhập trung bình/tháng (triệu)	6(5-8) 1-30
Dân tộc kinh	390 (86,7)	Thu nhập < 5 triệu	134(37,8)
Có tôn giáo	292 (64,9)	Kinh tế phụ thuộc	194(43,1)
Tuổi(TB ± ĐLC)	37,4 ± 6,4 (19-63)	Kinh tế khó khăn	80(17,8)
≥ Trung học cơ sở	159 (35,3)	Hiện tại hút thuốc lá	427(94,9)
Độc thân	178 (39,6)	Nghiện rượu	63(14,0)
Đã kết hôn/như VC	199 (44,2)	Vợ/chồng bị HIV	40 (8,9)
Sống với gia đình	430 (95,6)	Nhiều biên cố (≥3)	119(26,4)
Sống người nghiện	118 (26,2)	Nhận hỗ trợ xã hội	434(96,4)
K/c đến PK < 15 phút	258 (57,3)	Điểm HTXH chung	3,4(2,8-4,1)
Khoảng cách >30 phút	30 (6,7)	Sự tin tưởng NVYT	73(66-79)
Có việc làm	354 (78,7)	Hài lòng t/g phục vụ	368(81,8)
Bán thời gian/thời vụ	144 (32,0)	Hài lòng CSĐT	320(71,1)

Bảng 3.2 và 3.3. Tình trạng sức khỏe bệnh nhân (n = 450)

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Có bệnh kèm	300 (66,7)	Liều MMT hiện tại	110(60-180)
Viêm gan C	187 (41,6)	GTNN-GTLN	5 – 430 (mg)
HIV	179 (39,8)	Liều 60-120 mg	158 (35,1)
Điều trị ARV	168 (37,3)	Liều > 120 mg	191 (42,4)
≥ 2 bệnh	143 (31,8)	Táo bón	186 (69,7)
Tuổi bắt đầu SDMT	19 (17-22)	Tăng tiết mồ hôi	143 (53,6)
GTNN-GTLN	(10 - 45)		
Số năm SDMT	18(15-20)	Giảm ham muốn	125 (46,8)
GTNN-GTLN	(2 - 42)	tình dục	
Hiện tại đang SDMT	38 (8,4)	Khô miệng	129 (48,3)
Đang dùng CDTP	32 (7,1)	Có kk hoạt động	52 (11,6)
KQXN (+) CDTP	78 (17,3)	Đau/kg thoải mái	129 (28,7)
Số năm ĐT MMT	4,76±3,08	Lo lắng/căng thẳng	130 (28,9)
Điều trị Methadone > 5 năm	179 (39,8)	Tự đánh giá sức khỏe (%)	76,4±14,8

Bảng 3.5. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân trước can thiệp

Tuân thủ điều trị (n = 450)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Theo phần mềm quản lý cấp phát liều Methadone phòng khám (S.STORM)		
Tuân thủ hoàn toàn (100%) trong 3 tháng qua	260	(57,8)
Tuân thủ không bỏ liều liên tục (≥ 3 liều) trong 3 tháng qua	49	(89,1)
Bệnh nhân tự báo cáo		
Tuân thủ tối ưu (không bỏ 4 ngày, cuối tuần, 3 tháng)	278	(61,8)
<i>Không bỏ liều 4 ngày qua</i>	413	(91,8)
<i>Không bỏ liều cuối tuần</i>	379	(84,2)
<i>Không bỏ liều 3 tháng qua</i>	282	(62,7)
Tuân thủ tốt (VAS > 90%) trong 3 tháng qua	322	(71,6)
<i>Tuân thủ tốt (VAS > 90%) trong 30 ngày qua</i>	364	(80,1)

VAS (Visual Analog Scale): thang đo trực quan

Theo kết quả, đo lường tỷ lệ tuân thủ trên nhiều khía cạnh thì tỷ lệ tuân thủ dao động từ 57,8% đến 89,1%, như vậy có ít nhất khoảng 11% bệnh nhân cho rằng ít nhất họ vẫn còn bỏ ba liều liên tiếp trong ba tháng qua và khoảng 40% họ bỏ ít nhất một liều trong 3 tháng qua.

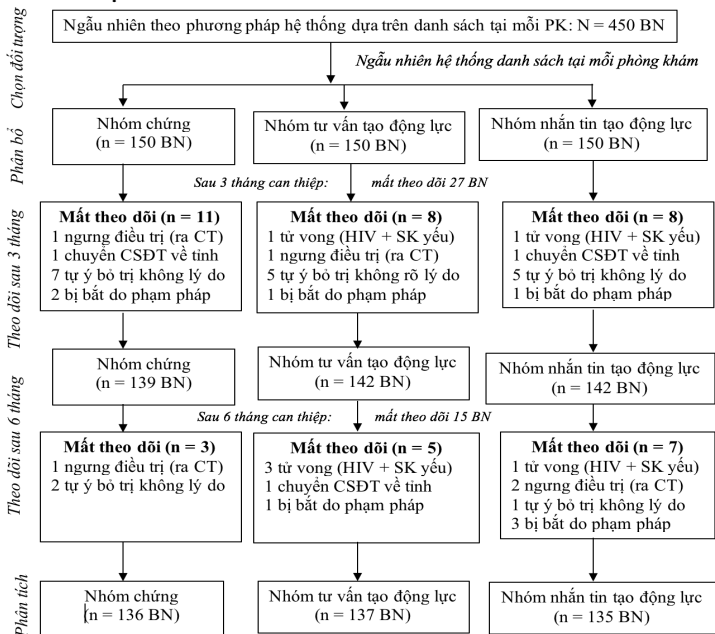
Bảng 3.6 và 3.7: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc tính của bệnh nhân khi đưa vào mô hình phân tích đa biến (n=450)

<i>Kết hôn/sống như vợ chồng</i>	<i>Tuổi cao</i>	Với $p < 0,05$
<i>Goá/ly dị/ly thân</i>	<i>Kinh tế khó khăn</i>	
<i>> Trung học cơ sở</i>	<i>Hài lòng với thời gian phục vụ</i>	
<i>Khoảng cách > 30 phút</i>	<i>Số năm sử dụng ma túy lâu</i>	
<i>Hiện tại sử dụng ma túy</i>	<i>Bệnh kèm theo</i>	
<i>Bị tác dụng phụ khô miệng</i>	<i>Đang điều trị ARV</i>	
	<i>Liều Methadone 60-120 vs < 60mg</i>	

Giảm khả năng tuân thủ 1 Tăng khả năng tuân thủ
OR

Chiến lược nâng cao hiệu quả của chương trình Methadone đang là một lĩnh vực ngày càng được quan tâm. Để nâng cao hiệu quả của tuân thủ điều trị Methadone thì điều cần thiết và quan trọng là cần tìm hiểu rõ những bệnh nhân nào có nhiều khả năng tuân thủ điều trị tốt Methadone tốt và những bệnh nhân có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị Methadone để có hướng can thiệp phù hợp và đạt được mục tiêu nghiên cứu.

Kết quả giai đoạn 2: Đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp là tư vấn tạo động lực, nhắc tin nhắc nhở tạo động lực trên tuân thủ điều trị Methadone



Sơ đồ 3.1. Lưu đồ tiến hành can thiệp thực địa ngẫu nhiên có nhóm chứng

Các đặc tính của bệnh nhân phần lớn tương đồng tức không có sự khác biệt khi phân bổ vào 3 nhóm trước can thiệp (*chỉ một vài đặc tính có sự khác biệt*) (bảng 3.8 -3.16)

- Tuân thủ dựa vào phòng phát thuốc: Tuân thủ hoàn toàn và tuân thủ không bỏ liều liên tục (≥ 3 liều) không có sự khác biệt với $p > 0,05$ khi phân bổ vào 3 nhóm trước can thiệp.
- Tuân thủ tự báo cáo: Tuân thủ tối ưu và tuân thủ tốt ($> 90\%$) có sự khác biệt khi phân bổ vào 3 nhóm trước can thiệp
- Các lý do mất theo dõi sau 3 và 6 tháng can thiệp khi phân bổ vào 3 nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$

Bảng 3.18. Hiệu quả của tư vấn tạo động lực trên tuân thủ điều trị so với nhóm chứng tại từng thời điểm sau khi đã được hiệu chỉnh với các biến số kiểm soát

Tuân thủ điều trị	RR_{hc} (KTC 95%)	P_{hc}
Tuân thủ hoàn toàn		
T0 (n = 300)	1,09 (0,88 – 1,35)	0,422
T3 (n = 281)	1,20 (0,97 – 1,49)	0,083
T6 (n = 273)	1,36 (1,09 – 1,69)	0,006
Tuân thủ không bỏ liều liên tục		
T0 (n = 300)	1,07 (0,99 – 1,17)	0,085
T3 (n = 281)	0,97 (0,90 – 1,04)	0,434
T6 (n = 273)	1,08 (0,99 – 1,17)	0,050
Tuân thủ cuối tuần		
T0 (n = 300)	1,06 (0,95 – 1,17)	0,305
T3 (n = 281)	1,08 (0,98 – 1,20)	0,125
T6 (n = 273)	1,12 (0,99 – 1,26)	0,060

T0 (lúc đầu trước can thiệp); T3 (3 tháng can thiệp); T6 (6 tháng can thiệp)

P_{hc}: giá trị p sau khi hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

RR_{hc}: nguy cơ sau khi đã hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

Bảng 3.20. Hiệu quả của nhắc tin nhắc nhở tạo động lực trên tuân thủ điều trị so với nhóm chứng tại từng thời điểm sau khi đã được hiệu chỉnh với các biến số kiểm soát

Tuân thủ điều trị	RR_{hc} (KTC 95%)	P_{hc}
Tuân thủ hoàn toàn		
T0 (n = 300)	1,16 (0,95 – 1,41)	0,140
T3 (n = 281)	1,27 (1,02 – 1,58)	0,031
T6 (n = 271)	1,28 (1,06 – 1,56)	0,011
Tuân thủ không bỏ liều liên tục		
T0 (n = 300)	1,03 (0,95 – 1,12)	0,472
T3 (n = 281)	1,04 (0,98 – 1,09)	0,248
T6 (n = 271)	1,05 (0,98 – 1,14)	0,154
Tuân thủ cuối tuần		
T0 (n = 300)	1,04 (0,94 – 1,15)	0,433
T3 (n = 281)	1,04 (0,94 – 1,16)	0,422
T6 (n = 271)	1,19 (1,07 – 1,31)	0,001

T0 (lúc đầu trước can thiệp); T3 (3 tháng can thiệp); T6 (6 tháng can thiệp)

P_{hc}: giá trị p sau khi hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

RR_{hc}: nguy cơ sau khi đã hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

Bảng 3.22. Hiệu quả của tư vấn tạo động lực trên tuân thủ điều trị so với nhắn tin nhắc nhở tạo động lực tại từng thời điểm sau khi đã được hiệu chỉnh với các biến số kiểm soát

Tuân thủ điều trị	RR_{hc} (KTC 95%)	P_{hc}
Tuân thủ hoàn toàn		
T0 (n = 300)	0,96 (0,81 – 1,16)	0,808
T3 (n = 284)	0,98 (0,83 – 1,15)	0,761
T6 (n = 272)	1,08 (0,91 – 1,27)	0,399
Tuân thủ không bỏ liều liên tục		
T0 (n = 300)	1,03 (0,96 – 1,09)	0,443
T3 (n = 284)	0,95 (0,89 – 1,01)	0,086
T6 (n = 272)	1,02 (0,96 – 1,08)	0,506
Tuân thủ cuối tuần		
T0 (n = 300)	1,03 (0,94 – 1,14)	0,523
T3 (n = 284)	1,05 (0,96 – 1,15)	0,310
T6 (n = 272)	0,95 (0,88 – 1,03)	0,229

T0 (lúc đầu trước can thiệp); T3 (3 tháng can thiệp); T6 (6 tháng can thiệp)

P_{hc}: giá trị p sau khi hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

RR_{hc}: nguy cơ sau khi đã hiệu chỉnh theo các biến số kiểm soát

5. Kết luận và kiến nghị

Kết luận

Nghiên cứu tiến hành khảo sát cắt ngang trên 450 bệnh nhân lúc đầu trước can thiệp. Theo dõi sau 3 và 6 tháng can thiệp, kết quả sau 6 tháng can thiệp có 42 BN mất theo dõi (9,3%) so với ban đầu, trong đó có 6 BN tử vong; 5 BN ngưng hoàn toàn (liều thấp thử thách ra chương trình); 3 BN chuyển cơ sở khác; 20 BN tự ý bỏ trị; 8 BN bị bắt, còn lại 408 BN sau 6 tháng can thiệp.

Giai đoạn 1: Khảo sát cắt ngang: xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân trước can thiệp

Mục tiêu 1: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân trước can thiệp

Tỷ lệ tuân thủ dựa vào phần mềm S.STORM: tuân thủ hoàn toàn tức bệnh nhân không bỏ bất cứ liều nào trong ba tháng

qua (57,8%) và tuân thủ không bỏ liều liên tục (≥ 3 liều) trong ba tháng qua chiếm 89,1%.

Mục tiêu 2: *Các yếu tố liên quan tuân thủ điều trị trước can thiệp*

Các yếu tố liên quan đến tăng khả năng tuân thủ trước can thiệp: bệnh nhân có tuổi cao hơn, kinh tế có khó khăn, hài lòng thời gian phục vụ tại phòng khám, trung bình số năm SDMT lâu hơn, có bệnh kèm theo, đang điều trị ARV, liều Methadone cao hơn thì khả năng tuân thủ điều trị cao hơn.

Các yếu tố liên quan đến giảm khả năng tuân thủ trước can thiệp: bệnh nhân đã kết hôn hoặc sống với nhau như vợ chồng, trình độ học vấn cao hơn, khoảng cách thời gian đến phòng khám xa (>30 phút), hiện tại sử dụng ma túy, có tác dụng phụ bị khô miệng khi uống methadone thì tỷ lệ tuân thủ thấp hơn.

Giai đoạn 2: Đánh giá hiệu quả tin nhắn, tư vấn tạo động lực
Hiệu quả của tư vấn so với chứng sau khi đã được kiểm soát

Nhóm tư vấn tạo động lực có hiệu quả trên tuân thủ hoàn toàn tại thời điểm 6 tháng can thiệp so với nhóm chứng với RR = 1,36; KTC 95%: 1,09 – 1,69 và $p = 0,006 < 0,05$. Chưa tìm thấy hiệu quả của tư vấn tạo động lực đối với tuân thủ không bỏ liều liên tục và tuân thủ cuối tuần qua so với nhóm chứng với $p > 0,05$.

Hiệu quả của nhắn tin so với chứng sau khi đã được kiểm soát

Nhóm nhắn tin nhắc nhở tạo động lực có hiệu quả trên tuân thủ hoàn toàn so với nhóm chứng tại thời điểm sau 3 tháng can thiệp với RR = 1,27; KTC 95%: 1,02 – 1,58 và $p = 0,031 < 0,05$ và thời điểm sau 6 tháng can thiệp với RR = 1,28; KTC 95%: 1,06 – 1,56 và $p = 0,011 < 0,05$.

Nhóm nhấn tin nhắc nhở tạo động lực có hiệu quả trên tuân thủ cuối tuần qua so với nhóm chứng tại thời điểm 6 tháng can thiệp với RR = 1,19; KTC 95%: 1,07 –1,31 và $p = 0,001 < 0,05$.

Chưa tìm thấy được hiệu quả của nhấn tin nhắc nhở tạo động lực trên tuân thủ bỏ liều liên tục so với nhóm chứng với $p > 0,05$

Hiệu quả của tư vấn so với nhấn tin sau khi đã được kiểm soát

Chưa tìm thấy sự khác biệt tức hiệu quả giữa nhóm tư vấn tạo động lực so với nhóm nhấn tin trên các loại tuân thủ điều trị với $p > 0,05$.

Kiến nghị

Đối với bệnh nhân và gia đình

Bệnh nhân đang điều trị Methadone có xu hướng dễ bị nghiện và tái sử dụng chất hơn những người khác khác, điều trị Methadone lâu dài, do vậy cố gắng duy trì động lực khắc phục những yếu tố khiến mình dễ bỏ liều hay tái sử dụng ma túy. Đặc biệt, những bệnh nhân có sống chung với người nghiện/đang điều trị Methadone hãy cùng nói “không” với ma túy, hạn chế bị rù rê hoặc rù rê người cộng sự SDMT.

Đối với nhân viên y tế tại các phòng khám Methadone

Quan tâm đến những bệnh nhân trẻ tuổi, bệnh nhân hiện đang còn sử dụng ma túy, đang có các tác dụng phụ, bệnh nhân có gia đình hay đang sống chung với bạn tình vì có sự ảnh hưởng lẫn nhau nếu một trong hai người bị nghiện.

Cần tăng cường tuyên truyền giáo dục kiến thức về ma túy cho lứa tuổi trẻ vì lứa tuổi này thường tò mò, thích khám phá, thử thách nhưng thiếu kiến thức phòng vệ, thiếu bản lĩnh nên có

thể khiến các em dễ dàng mắc vào cái bẫy của ma túy (*trong nghiên cứu tuổi nhỏ nhất bắt đầu sử dụng ma túy khi mới 10 tuổi*)

Đối với bệnh nhân bỏ liều liên tục chưa tìm thấy hiệu quả tại các thời điểm can thiệp trên các nhóm can thiệp, vì khi bỏ liên tiếp 3 liều trở lên thì có thể ảnh hưởng đến việc tái sử dụng ma túy do vấn đề về mức độ dung nạp thay đổi. Do vậy, cần tìm hiểu nguyên nhân bỏ liều trên các đối tượng này để có thể can thiệp một cách đúng đắn và hiệu quả nhất.

Đối với các bệnh nhân bỏ liều liên tục từ 3 liều trở lên thì cần tăng cường tư vấn, giám sát và hỗ trợ để nâng cao động lực. Vì chỉ nhấn tin nhắc nhở hoặc tư vấn tạo động lực có thể chưa đủ tạo động lực mạnh để bệnh nhân có thể vượt qua được việc tái sử dụng ma túy. Do vậy, trong tương lai có thể phối hợp cả hai phương pháp can thiệp này nhằm đạt được hiệu quả tốt nhất.

Đối với các nhà quản lý chương trình Methadone, nhà hoạch định chính sách

Điều trị Methadone là một điều trị lâu dài, việc phải đến phòng khám để nhận thuốc hằng ngày trùng với thời gian làm việc là một rào cản lớn. Trong tương lai, có thể có những giải pháp giúp họ vừa được tham gia điều trị, vừa có công việc ổn định nhằm cải thiện đời sống vật chất cũng như tăng cường sức khoẻ cho họ. Nên chăng có thể dựa vào mức độ tuân thủ, thời gian điều trị, liều điều trị, tình trạng sức khoẻ có thể cân nhắc đến việc phát liều mang về nhiều ngày cho bệnh nhân.

Để tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân có thể tiếp cận dễ dàng và thuận tiện với dịch vụ điều trị Methadone tốt nhất, tương

lai gần có thể cấp cho mỗi bệnh nhân một thẻ uống thuốc với mã số riêng nhận dạng thông tin (gắn chip) có liên kết mạng với tất cả các phòng khám trên toàn quốc

Kết quả cung cấp bằng chứng cho hiệu quả ngắn hạn của lời nhắc qua SMS về tuân thủ điều trị cuối tuần cũng như tuân thủ hoàn toàn. Liệu pháp nhắn tin kết hợp phát thuốc nhiều ngày có thể là một điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân giảm bớt rào cản về thời gian và sự kỳ thị. Có thể xem xét các chương trình tài trợ trong việc cung cấp dịch vụ nhắn tin nhắc nhở tạo động lực hàng tuần như một phương tiện thúc đẩy tuân thủ điều trị Methadone.

Đề xuất hướng nghiên cứu trong tương lai

Nghiên cứu sâu hơn về chi phí, số lượng tin nhắn, thời điểm nhắn tin, tần suất, thời gian ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị để có thể giúp cung cấp thông tin về việc triển khai phương pháp can thiệp bằng tin nhắn được đồng nhất trong tương lai và các nhà tài trợ cân nhắc tính khả thi cho liệu pháp này.

Nghiên cứu tương lai cần thực hiện thêm vài nghiên cứu chặt chẽ hơn liên quan đến tuân thủ điều trị để củng cố và đề xuất một tiêu chuẩn vàng cho tuân thủ điều trị Methadone được đồng nhất để việc so sánh được dễ dàng và chính xác hơn. Có thể cân nhắc đến tỷ lệ tuân thủ dựa trên dữ liệu quản lý số liệu cấp phát tại phòng phát thuốc để hạn chế một số sai lệch do tự báo cáo.

Thông qua kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả của nhắn tin và tư vấn tạo động lực được tìm thấy ở tuân thủ hoàn toàn (100%) sau khi kiểm soát sau 3 và 6 tháng can thiệp và nhận định từ các y văn có bằng chứng về nguy cơ sử dụng heroin gia tăng ngay cả

khi chỉ bỏ lỡ một liều Methadone duy nhất do xuất hiện các triệu chứng cai nghiện [66, 73, 75, 175]. Do vậy, có thể cân nhắc đến kết cục tuân thủ hoàn toàn để phát huy tối ưu hiệu quả của chương trình Methadone. Đồng thời để củng cố bằng chứng khẳng định mạnh mẽ hơn về đề xuất tiêu chuẩn vàng cho tuân thủ điều trị Methadone trong tương lai.

Trong tương lai nên khảo sát lý do tại sao những hành vi không tuân thủ xảy ra thông qua nghiên cứu định tính đặc biệt bệnh nhân bỏ liều liên tục, vì kết quả nghiên cứu chưa tìm thấy được hiệu quả của tư vấn hoặc nhấn tin trên nhóm đối tượng này.

Có thể đề xuất thực hiện các nghiên cứu can thiệp đa trung tâm, tập trung vào những bệnh nhân bỏ liều liên tục vì thực tế trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các bệnh nhân này tuy ít, nhưng rất khó để họ thay đổi hành vi không tuân thủ của họ, cụ thể kết quả trong nghiên cứu chưa tìm thấy hiệu quả can thiệp trên nhóm đối tượng này sau 6 tháng can thiệp. Đối với các bệnh nhân này, có thể cần phối hợp cùng lúc nhiều liệu pháp, cần thời gian dài hơn, can thiệp thường xuyên và có tính lặp lại. Bởi vì theo y văn và hướng dẫn điều trị đã đề cập trước đó, bệnh nhân bỏ liều liên tục thì khả năng tái sử dụng ma túy có thể xảy ra. Do vậy rất cần quan tâm, hành động và can thiệp phù hợp trên nhóm đối tượng bỏ liều liên tục nhằm đạt được hiệu quả tốt nhất, góp phần thành công cho chương trình điều trị Methadone trong tương lai.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Lê Nữ Thanh Uyên, Bùi Văn Lộc, Lê Trường Giang, Trần Thiện Thuần (2020), “Tái sử dụng ma tuý ở bệnh nhân đang điều trị Methadone tại Thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 24 (6), tr. 360 – 366.
2. Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Thị Thương Thương, Lê Trường Giang, Trần Thiện Thuần (2020), “Hỗ trợ xã hội trên bệnh nhân đang điều trị duy trì Methadone tại Thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 24 (5), tr. 393 – 399.
3. Uyen Thanh Nu Le, Thuan Thien Tran, Giang Truong Le & Truc Thanh Thai (2020), “Methadone maintenance treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam: Multidimensional measure of adherence and associated factors”, Doi: 10.1080/17441692.2020.1864750. *Global Public Health*, pp. 313 - 323.