

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN THỊ THẨM

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
BỔ ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN CÁC
CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI HẢI PHÒNG, 2014 - 2016**

LUẬN VĂN TIẾN SĨ TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG – 2018

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN THỊ THẨM

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
BỔ ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN CÁC
CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI HẢI PHÒNG, 2014-2016**

**CHUYÊN NGÀNH : Y TẾ CÔNG CỘNG
MÃ SỐ : 97.20.701**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS.TS. PHẠM VĂN HÁN**
- 2. PGS. TS. PHẠM MINH KHUÊ**

HẢI PHÒNG - 2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan công trình nghiên cứu này do chính tôi thực hiện. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Hải phòng, ngày 02 tháng 05 năm 2018



NCS. Nguyễn Thị Thắm

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng và các Phòng ban liên quan, Trường đại học Y Dược Hải Phòng đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Tôi bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc đến PGS. TS Phạm Văn Hán, PGS. TS. Phạm Minh Khuê, người Thầy đã tận tâm chỉ bảo và giành nhiều quan tâm giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như thực hiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo, cán bộ y tế và bệnh nhân tại các cơ sở điều trị methadone Hải An, An Dương, An Lão, Hồng Bàng, Kiến An, thành phố Hải Phòng đã giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu và triển khai nghiên cứu cho luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Thầy cô, đồng nghiệp và bạn bè đã động viên tinh thần và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình học tập và thực hiện luận án.

Cuối cùng tôi gửi tấm lòng cảm ơn tới chồng, con và những người thân trong gia đình đã chia sẻ, ủng hộ và tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập, công tác.

Hải Phòng, ngày 02 tháng 05 năm 2018



NCS. Nguyễn Thị Thắm

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ATS	Amphetamine Type Stimulants (Chất kích thích loại Amphetamine)
BN	Bệnh nhân
CDTP	Chất dạng thuốc phiện
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CLCS	Chất lượng cuộc sống
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
FHI	Family Health Internatoinal (Tổ chức sức khỏe gia đình Quốc tế)
GDĐĐ	Giáo dục đồng đẳng
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)
HQCT	Hiệu quả can thiệp
MMT	Methadone Maintenance Treatment (Điều trị duy trì methadone)
TCMT	Tiêm chích ma túy
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình HIV/AIDS của liên hiệp quốc)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Văn phòng liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm)
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)
WHOQOL - BREF	World Health Organization Quality of life (Thang đo chất lượng cuộc sống của Tổ chức y tế thế giới)

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN.....	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	iii
MỤC LỤC.....	iv
DANH MỤC BẢNG.....	vi
DANH MỤC HÌNH	x
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Thực trạng sử dụng ma túy trên thế giới và Việt nam.	3
1.2. Tác động đến sức khỏe, gia đình và xã hội.....	6
1.3. Yếu tố liên quan đến nghiện các ma túy.....	12
1.4. Điều trị nghiện ma túy	17
1.5. Điều trị nghiện các CDTP bằng methdone.	23
1.6. Một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị methadone.....	28
1.7. Một số can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị methadone.....	30
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	35
2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu	35
2.2. Phương pháp nghiên cứu	36
2.3. Thu thập thông tin.....	49
2.4. Phương pháp xử lý số liệu	52
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu	53
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	55
3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng... 55	
3.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm.....	55
3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone	58
3.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân..... 81	
3.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	81
3.2.2. Hỗ trợ của đồng đẳng viên	83
3.2.3. Hỗ trợ của cán bộ y tế	85
3.2.4. Tăng cường tuân thủ điều trị methadone.	88
3.2.5. Cải thiện chất lượng cuộc sống.....	93

Chương 4: BÀN LUẬN..... 95

- 4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng. .. 95
- 4.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm..... 95
- 4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone 99
- 4.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân..... 116
- 4.2.1. Hỗ trợ của đồng đảng viên và cán bộ y tế..... 117
- 4.2.2. Tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân 120
- 4.3. Điểm mới và hạn chế của nghiên cứu..... 128

KẾT LUẬN 130

1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng 130
- 1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm..... 130
- 1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị Methadone..... 130
2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân..... 131
- 2.1. Tăng cường tuân thủ điều trị..... 131
- 2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống..... 131

KHUYẾN NGHỊ..... 132**TÀI LIỆU THAM KHẢO****PHỤ LỤC**

Phụ lục 01: Đồng thuận tham gia nghiên cứu bệnh chứng

Phụ lục 02: Phiếu phỏng vấn nghiên cứu bệnh chứng

Phụ lục 03: Đồng thuận tham gia nghiên cứu can thiệp

Phụ lục 04: Phiếu phỏng vấn bệnh nhân trước và sau nghiên cứu can thiệp

Phụ lục 05: Mẫu thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án

Phụ lục 06: Các bài giảng cập nhật kiến thức

Phụ lục 07: Tờ rơi truyền thông

Phụ lục 08: Xác nhận của các cơ sở thu thập số liệu

Phụ lục 09: Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Phụ lục 10: Một số hình ảnh triển khai nghiên cứu

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Ước tính sử dụng các loại ma túy trên toàn cầu, năm 2013	4
Bảng 1.2: Ước tính số lượng và tỷ lệ người TCMT trong dân số chung ở độ tuổi 15-64	6
Bảng 1.3: Ước tính số lượng và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT, 2013 ...	7
Bảng 1.4: Các yếu tố liên quan đến nghiện ma túy	16
Bảng 3.1: Tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong ba năm tại Hải Phòng	56
Bảng 3.2: Ng. nhân bỏ điều trị methadone, số liệu theo hồ sơ phòng khám ..	57
Bảng 3.3: Đặc điểm dân số học của ĐTNC	58
Bảng 3.4: Đặc điểm gia đình của ĐTNC	59
Bảng 3.5: Đặc điểm nghề nghiệp của ĐTNC.....	60
Bảng 3.6: Tiền sử phạm pháp của ĐTNC.....	60
Bảng 3.7: Tiền sử sử dụng ma túy trước điều trị methadone của ĐTNC	61
Bảng 3.8: Tiền sử đã từng cai nghiện ma túy của ĐTNC.....	62
Bảng 3.9: Phân bố triệu chứng tâm thần của ĐTNC	63
Bảng 3.10: Phân bố liều methadone đang điều trị của ĐTNC.....	64
Bảng 3.11: Phân bố tỷ lệ sử dụng ma túy trong tháng qua của ĐTNC.....	65
Bảng 3.12: Phân bố sử dụng rượu và có bạn sử dụng ma túy của ĐTNC	66
Bảng 3.13: Phân bố mắc các bệnh mạn tính của ĐTNC.....	66
Bảng 3.14. Điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC theo WHOQOL-BREF .	67
Bảng 3.15. Đánh giá chung về điểm CLCS của ĐTNC theo WHOQOL-BREF	68
Bảng 3.16: Tỷ lệ ĐTNC có vấn đề về SLCS theo EQ – 5D3L	69
Bảng 3.17: Số ngày bỏ trị trung bình của ĐTNC trong 3 tháng qua	70
Bảng 3.18: Phân bố mức độ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân bỏ điều trị	70
Bảng 3.19: Nguyên nhân bỏ điều trị methadone.....	71
Bảng 3.20: Liên quan giữa giới tính với tình trạng bỏ điều trị	72

Bảng 3.21: Liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng bỏ điều trị	72
Bảng 3.22: Liên quan giữa trình độ học vấn với tình trạng bỏ điều trị.....	73
Bảng 3.23: Liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng bỏ điều trị	73
Bảng 3.24: Liên quan giữa tình trạng có con với tình trạng bỏ điều trị.....	74
Bảng 3.25: Liên quan giữa nhớ uống thuốc 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị	74
Bảng 3.26: Liên quan giữa liều methadone hiện tại với tình trạng bỏ điều trị	75
Bảng 3.27: Liên quan giữa khoảng cách từ nhà đến cơ sở uống thuốc với tình trạng bỏ điều trị	75
Bảng 3.28: Liên quan giữa sử dụng heroin trong điều trị methadone với tình trạng bỏ điều trị	76
Bảng 3.29: Liên quan giữa nước tiểu (+) heroin với tình trạng bỏ điều trị	76
Bảng 3.30: Liên quan giữa có bạn bè đang sử dụng heroin với tình trạng bỏ điều trị.....	77
Bảng 3.31: Liên quan giữa sử dụng rượu với tình trạng bỏ điều trị	77
Bảng 3.32: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV với tình trạng bỏ điều trị ..	78
Bảng 3.33: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV với tình trạng bỏ điều trị.	78
Bảng 3.34: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HCV với tình trạng bỏ điều trị.	79
Bảng 3.35: Liên quan giữa có triệu chứng tâm thần (lo âu, trầm cảm, có ý định tự sát) trong 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị	79
Bảng 3.36: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị	80
Bảng 3.37: Đặc điểm dân số học của ĐTNC can thiệp (n=435)	81
Bảng 3.38: Đặc điểm dân số học của ĐTNC (n=435)	82
Bảng 3.39: Sự thay đổi về mức độ hài lòng với hỗ trợ của ĐĐV của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	83
Bảng 3.40: HQCT đối với hỗ trợ của ĐĐV với BN điều trị methadone	84

Bảng 3.41: Sự thay đổi về mức độ hài lòng với ĐĐV của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	84
Bảng 3.42: HQCT về hài lòng đối với ĐĐV của BN điều trị methadone	85
Bảng 3.43: Sự thay đổi hài lòng về hỗ trợ ở mức rất nhiều với CBYT của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	85
Bảng 3.44: HQCT đối với hỗ trợ của CBYT với BN điều trị methadone	86
Bảng 3.45: Sự thay đổi về hài lòng với CBYT ở mức rất nhiều của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	87
Bảng 3.46: HQCT về hài lòng đối với CBYT của BN điều trị methadone	87
Bảng 3.47: Sự thay đổi về bỏ > 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	88
Bảng 3.48: HQCT với bỏ trên 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua	88
Bảng 3.49: Sự thay đổi về bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	89
Bảng 3.50: HQCT đối với bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua	89
Bảng 3.51: Sự thay đổi xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp.....	90
Bảng 3.52: HQCT đối với xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất ở BN điều trị methadone.....	90
Bảng 3.53: Sự thay đổi hiện tại còn sử dụng heroin của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	91
Bảng 3.54: HQCT đối với hiện tại còn sử dụng heroin ở BN điều trị methadone	91
Bảng 3.55: Sự thay đổi về có bạn sử dụng ma túy của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp	92
Bảng 3.56: HQCT đối với có bạn đang sử dụng ma túy.....	92

Bảng 3.57: Sự thay đổi về tỷ lệ BN có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua tại thời điểm trước và sau can thiệp	93
Bảng 3.58: HQCT với BN có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua	93
Bảng 3.59: Sự thay đổi về CLCS của BN tại thời điểm trước và sau can thiệp theo WHOQOL-BREF	94

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Số lượng và tỷ lệ người sử dụng ma túy bất hợp pháp năm 2006-2013	3
Hình 1.2: Điều trị lệ thuộc ma túy bằng dược lý theo khu vực trên toàn cầu	19
Hình 1.3: Điều trị nghiện ma túy theo khu vực trên toàn cầu.....	20
Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu mô tả và nghiên cứu bệnh chứng.....	42
Hình 2.2: Sơ đồ can thiệp so sánh trước sau có đối chứng	45
Hình 3.1: Kết quả thu thập số liệu nghiên cứu theo dấu kết hợp bệnh chứng	55
Hình 3.2: Tỷ lệ các hình thức cai nghiện trước khi điều trị methadone	62
Hình 3.3: Tỷ lệ ĐTNC có các triệu chứng tâm thần	63
Hình 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân hiện tại có tác dụng phụ của methadone	65
Hình 3.5: Phân bố tỷ lệ ĐTNC mắc một số bệnh mạn tính	67

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chất dạng thuốc phiện (CDTP) đứng đầu danh sách các chất gây ra các vấn đề về gánh nặng bệnh tật và liên quan đến tử vong [151]. Điều này là do mối quan hệ giữa sử dụng ma túy với sức khỏe tâm thần [117], tiêm chích ma túy, HIV/AIDS [61, 154], viêm gan [98, 141] và tử vong do quá liều [43, 69, 163].

Trước đây, Việt Nam có các hình thức cai nghiện tại cộng đồng, gia đình và các trung tâm chữa bệnh – giáo dục – lao động xã hội với biện pháp bắt buộc và tự nguyện. Tuy nhiên, tỷ lệ tái nghiện cao (>90%) sau hết thời gian cai nghiện khoảng 2 năm [31]. Năm 2008, Việt Nam thí điểm chương trình điều trị nghiện các CDTP bằng methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh [32]. Chương trình thí điểm cho thấy điều trị methadone rất hiệu quả trong việc kiểm soát nghiện heroin và được chấp thuận để mở rộng dịch vụ ra các tỉnh, thành khác trong cả nước [32]. Năm 2013, chính phủ Việt nam phê duyệt đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 [26]. Đến 3/2017 cả nước có 280 cơ sở methadone tại 63 tỉnh, thành phố, điều trị cho 51.318 người bệnh [10].

Lợi ích của điều trị methadone: giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp; giảm lây nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C; giảm tử vong do tiêm chích quá liều; cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) của người nghiện; cải thiện mối quan hệ của người nghiện với gia đình và cộng đồng; giảm các hành vi phạm tội [78] và tiết kiệm chi phí cho các vấn đề khác phát sinh như vấn đề pháp luật, y tế ... [3]. Để đạt được thành công này đòi hỏi bệnh nhân cần tuân thủ điều trị theo quy định của chương trình điều trị [5, 6].

Methadone là một CDTP tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự các CDTP khác (đồng vận) như heroin [6]. Do vậy, khi bệnh nhân nghiện các

CDTP được điều trị bằng methadone ở liều thỏa đáng, bệnh nhân sẽ không còn có nhu cầu sử dụng heroin. Ngược lại, tuân thủ kém hay liều methadone không thỏa đáng có thể làm tăng đáng kể nguy cơ sử dụng ma túy bất hợp pháp và dẫn đến thất bại điều trị [76]. Bệnh nhân đến cơ sở uống thuốc hàng ngày là tiêu chí quan trọng để đánh giá tuân thủ điều trị [5, 6]. Tuân thủ kém có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nghiện và dự đoán thất bại điều trị [76]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thấp [80, 125, 140, 166], giảm dần theo thời gian tham gia điều trị [1, 76, 87, 125, 159] và phụ thuộc nhiều vào các hoạt động hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị từ phía cơ sở điều trị, gia đình, bạn bè, người cùng uống methadone và xã hội [5, 6].

Mô hình điều trị methadone hiện nay đã có trên cả nước [10] và ngày càng được mở rộng [26], do vậy nghiên cứu thực trạng tuân thủ điều trị, nhất là bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone ổn định cũng như tìm các yếu tố liên quan đến bỏ điều trị là vấn đề cần thiết để từ đó xây dựng các biện pháp can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị và hiệu quả của chương trình.

Vấn đề đặt ra là thực trạng bỏ điều trị methadone của bệnh nhân tại Hải phòng hiện nay như thế nào? Yếu tố nào liên quan đến tình trạng bỏ điều trị methadone tại Hải phòng? Giải pháp can thiệp giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng tại Hải Phòng có hiệu quả như thế nào? Để trả lời những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài “***Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp bỏ điều trị methadone ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện tại Hải Phòng, 2014 - 2016***” với mục tiêu:

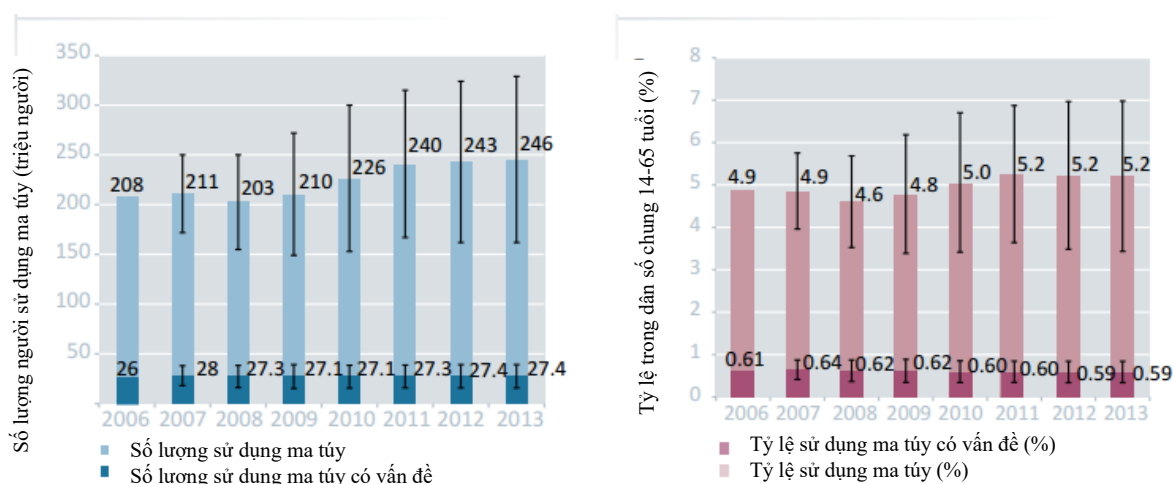
1. *Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng năm 2014-2015*
2. *Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng tại cơ sở điều trị methadone*

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Thực trạng sử dụng ma túy trên thế giới và Việt nam.

1.1.1. Trên thế giới.

Đến năm 2013, Văn phòng liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm (UNODC) ước tính, trên thế giới có 246 triệu người, hoặc cứ 20 người có một người sử dụng một loại ma túy trái phép ở độ tuổi từ 15 đến 64 tuổi. Tương đương 5,2% dân số sử dụng ma túy. Có khoảng 27 triệu người hoặc 0,6% dân số trong độ tuổi từ 15 đến 64 sử dụng ma túy có vấn đề bao gồm các rối loạn do sử dụng ma túy và sự lệ thuộc vào ma túy [151]. Mức độ sử dụng ma túy bất hợp pháp khác nhau theo giới tính và các quốc gia [152].



Hình 1.1: Số lượng và tỷ lệ người sử dụng ma túy bất hợp pháp năm 2006-2013 [151]

Mặc dù việc sử dụng các CDTP trên thế giới nói chung ổn định. Nhưng tại châu Mỹ và châu Âu, việc sử dụng cocain đã giảm trong khi việc sử dụng cần sa và opioid ngoài mục đích y tế tiếp tục tăng. Việc sử dụng chất kích thích loại Amphetamine (ATS) thay đổi tùy vùng, một số khu vực như Đông Nam Á đã báo cáo gia tăng tình trạng sử dụng methamphetamine. Các chất hướng thần mới (NPS) được bán trên thị trường thay thế cho các loại thuốc bị

kiểm soát và các ma túy truyền thống. Nó có tiềm năng gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe và an toàn xã hội. Các thông tin và nghiên cứu về tác hại của các chất hướng thần mới còn giới hạn, nhưng ước tính có khoảng 500 loại, bao gồm cả mephedrome, đặt ra mối đe dọa cho sức khỏe người sử dụng ma túy và tăng nhu cầu điều trị nghiện các chất hướng thần mới. Mức độ sử dụng ma túy có vấn đề - những người sử dụng thường xuyên hoặc nghiện - là 27 triệu người [151].

Ma túy nhóm Opioids (chất dạng thuốc phiện): là những chất có nguồn gốc thuốc phiện và những chất có đặc điểm dược lý tương tự thuốc phiện (Opiates), bao gồm: thuốc phiện, Morphin, Heroin, Codein, Pethidin, Buprenorphin, Methadone, Levo- alpha- acetyl-methadon (LAAM)...[121].

Bảng 1.1: Ước tính sử dụng các loại ma túy trên toàn cầu, năm 2013 [151]

	Tỷ lệ % người dân sử dụng ma túy		Số lượng người sử dụng ma túy (nghìn)	
	Thấp	Cao	Thấp	Cao
Cần sa	2,7	4,9	128,480	232,070
Opioids	0,6	0,8	27,990	37,560
Opioids	0,3	0,4	12,920	20,460
Cocain	0,3	0,4	12800	20,730
Amphetamines	0,3	1,1	13.870	53,870
Ecstasy	0,2	0,6	9,340	28,390
Tất cả ma túy bất hợp pháp	3,4	7,0	162,000	329,000

Năm 2014, ước tính khoảng 32,4 triệu người sử dụng các CDTP tương ứng với 0,7% dân số thế giới, chỉ đứng thứ hai sau cần sa [151].

Ở các nước châu Á, hàng năm có 1,9% số người ở độ tuổi 15-64 tuổi sử dụng cần sa, tiếp theo là ATS (không bao gồm "thuốc lắc") là 0,7%, "thuốc lắc" 0,4 %, thuốc phiện 0,35% và cocain 0,05% [152].

1.1.2. Tại Việt Nam

Năm 2015, Chính phủ thống kê có 201.180 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý [14]. Số người sử dụng ma túy thực tế sẽ cao hơn số liệu thống kê được vì còn nhiều người sử dụng ma túy không bộc lộ tình trạng của bản thân với gia đình và /hoặc xã hội [4]. Trong đó chủ yếu là nam giới (94%), dưới 30 tuổi (70%). Ma túy được ghi nhận có 4 nhóm: heroin, thuốc phiện, Cannabis và Amphetamine loại ATS, nhưng sử dụng nhiều nhất là heroin (70%) và chủ yếu sử dụng qua đường tiêm chích. Có khoảng 65% tổng số người nghiện ma túy là sử dụng qua đường tiêm chích, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm này là 42%. Người nghiện ma túy đã có trên 63/63 tỉnh, thành phố, khoảng 90% quận, huyện, thị xã và gần 60% xã, phường, thị trấn trên cả nước.

Loại ma túy được sử dụng và hình thức sử dụng ma túy cũng có nhiều thay đổi phức tạp. Thay cho vai trò của thuốc phiện trong hơn 10 năm trước đây, heroin hiện là loại ma túy được sử dụng chủ yếu ở Việt Nam, có tới 96,5% người nghiện thường xuyên sử dụng heroin trước khi tham gia cai nghiện. Mặc dù tỷ lệ người nghiện CDTP và các chất kích thích dạng Amphetamine (ATS hay ma túy tổng hợp) tương đương nhau, khoảng 1,2% - 1,4% nhưng theo đánh giá của UNODC, việc lạm dụng ATS, đặc biệt là Methamphetamine, đang có xu hướng gia tăng trong người nghiện ma túy tại Việt Nam, nhất là khi Việt Nam nằm trong khu vực Đông Nam Á là khu vực chiếm ½ số người lạm dụng loại ma túy này trên toàn thế giới. Việc gia tăng lạm dụng các loại ma túy tổng hợp khiến cho công tác phòng ngừa và cai nghiện phục hồi cho nhóm người nghiện ma túy gặp rất nhiều khó khăn [155].

Như vậy, có thể thấy tình hình lạm dụng ma túy ở Việt Nam vẫn đang diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng cùng với việc xuất hiện nhiều loại

ma túy mới, hình thức sử dụng ma túy không an toàn làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.

1.2. Tác động đến sức khỏe, gia đình và xã hội

1.2.1. Tác động đến sức khỏe của người sử dụng ma túy

Có hàng triệu người TCMT khắp thế giới. Trong số những người sử dụng ma túy, người TCMT là một trong những nhóm thiệt thòi và dễ bị tổn thương. Họ thường khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ y tế, kinh tế xã hội và pháp luật, không ít trong số họ có nguy cơ tử vong cao hơn so với dân số nói chung. UNODC, Tổ chức y tế thế giới (WHO), Chương trình HIV/AIDS của liên hiệp quốc (UNAIDS) và Ngân hàng thế giới (WB) ước tính năm 2013 trên toàn thế giới có khoảng 12.190.000 người TCMT, tương đương với 0,26% dân số ở lứa tuổi từ 15-64 [151].

Bảng 1.2: Ước tính số lượng và tỷ lệ người TCMT trong dân số chung ở độ tuổi 15-64 [151]

Vùng	Tiểu vùng	Người tiêm chích ma túy					
		Số lượng ước tính			Tỷ lệ %		
		Thấp	Trung bình	Cao	Thấp	Trung bình	Cao
Châu Phi		330.000	1.000.000	5.590.000	0,05	0,16	0,91
Châu Mỹ		2.150.000	2.820.000	3.970.000	0,34	0,44	0,62
	Nam Mỹ	1.780.000	2.070.000	2.380.000	0,56	0,65	0,75
	Mỹ la tinh và Caribbean	370.000	750.000	1.590.000	0,11	0,23	0,49
Châu Á		3.380.000	4.560.000	6.110.000	0,12	0,16	0,21
	Trung tâm Châu Á	360.000	410.000	470.000	0,66	0,75	0,87
	Đông và Đông Nam Á	2.330.000	3.150.000	4.300.000	0,15	0,20	0,27
	Tây Nam Á	400.000	670.000	940.000	0,22	0,37	0,51
	Trung Đông Á	30.000	70.000	130.000	0,03	0,08	0,13
	Nam Á	250.000	260.000	260.000	0,03	0,03	0,03
Châu Âu		2.500.000	3.680.000	5.630.000	0,45	0,67	1,02
	Đông và Đông Nam Âu	1.790.000	2.910.000	4.780.000	0,78	1,27	2,09
	Tây và trung tâm Âu	710.000	770.000	850.000	0,22	0,24	0,26
Châu Đại Dương		120.000	130.000	160.000	0,49	0,53	0,66
Toàn cầu		8.480.000	12.190.000	21.460.000	0,18	0,26	0,46

1.2.1.1. *Gánh nặng nhiễm HIV trong nhóm TCMT vẫn tiếp tục cao ở nhiều khu vực*

UNODC, WHO, UNAIDS và WB ước tính, trên toàn cầu có khoảng 1.650.000 người TCMT sống chung với HIV, tương ứng với 13,5% người TCMT có HIV (+) [150]. Hai khu vực nổi bật với tỷ lệ nhiễm HIV cao trong nhóm người TCMT là Tây Nam Á và Đông Nam Á với tỷ lệ lần lượt là 29% và 23%.

Bảng 1.3: Ước tính số lượng và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT, 2013

Vùng	Tiểu vùng	Người nhiễm HIV tiêm chích ma túy			
		Số lượng ước tính			Tỷ lệ %
		Thấp	Trung bình	Cao	Ước lượng tốt nhất
Châu Phi		30.000	112.000	1.582.000	11,2
Châu Mỹ		167.000	237.000	416.000	8,4
	Nam Mỹ	141.000	182.000	248.000	8,8
	Mỹ la tinh và Caribbean	26.000	55.000	168.000	7,3
Châu Á		373.000	576.000	993.000	12,6
	Trung tâm Châu Á	26.000	31.000	40.000	7,5
	Đông và Đông Nam Á	211.000	329.000	612.000	10,5
	Tây Nam Á	90.000	196.000	312.000	29,3
	Trung Đông Á	1.000	3.000	9.000	3,8
	Nam Á	17.000	17.000	18.000	6,8
Châu Âu		373.000	724.000	1.428.000	19,7
	Đông và Đông Nam Âu	322.000	665.000	1.359.000	22,8
	Tây và trung tâm Âu	51.000	59.000	69.000	7,6
Châu Đại Dương		1.000	1.000	2.000	1,0
Toàn cầu		915.000	1.651.000	4.221.000	13,5

Liên quan đến TCMT, WHO, UNODC và UNAIDS ước tính có 12,7 triệu người TCMT, tương ứng với tỷ lệ 0,27% dân số ở độ tuổi từ 15- 64. Việc dùng chung bơm kim tiêm làm cho người TCMT rất dễ bị nhiễm HIV và viêm gan C.

Người ta ước tính rằng trung bình có 13,1% trong tổng số lượng người TCMT đang sống với HIV. UNODC, WB, WHO và UNAIDS cùng có ước tính toàn cầu của số lượng người TCMT nhiễm HIV là 1,7 triệu người (0,9-4,8 triệu người). Vấn đề này đặc biệt nổi cộm ở hai khu vực là Tây Nam Á và

Đông Nam Á, nơi mà người ta ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT tương ứng là 28,8% và 23%. Hơn một nửa số người TCMT nhiễm viêm gan C [154].

1.2.1.2. Tử vong sớm là vấn đề thường gặp của người TCMT

Người TCMT có nguy cơ tử vong cao hơn, nguyên nhân chủ yếu do nhiễm các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là HIV, và do quá liều. Một nghiên cứu gộp ở 65 nghiên cứu thuần tập từ 25 quốc gia cho thấy tỷ lệ tử vong ở người TCMT là 2,35 người chết trên 100 người-năm, đây là tỷ lệ tử vong cao hơn nhiều so với tỷ lệ tử vong của dân số có cùng độ tuổi [43]. Châu Á là khu vực có ước tính số người TCMT lớn nhất, chiếm hơn 1/3 số TCMT trên toàn cầu, tỷ lệ tử vong là 5,25 người trên 100 người-năm. Phân tích gộp trên 37 nghiên cứu cho thấy số tử vong ở nam giới TCMT cao hơn và gấp 1,32 lần so với nữ giới TCMT. Điều trị kéo dài và liên tục có thể làm giảm quá liều ở người TCMT. Từ 6 nghiên cứu gần đây cho thấy nguy cơ tử vong của người TCMT ở giai đoạn không điều trị cao gấp 2,5 lần trong giai đoạn đang điều trị.

Can thiệp dựa trên bằng chứng có thể có hiệu quả để phòng, điều trị và chăm sóc HIV cho người TCMT, bao gồm cả chương trình bơm kim tiêm sạch, điều trị thay thế các CDTP, điều trị kháng virus và naloxone [163]. Giám sát hệ thống gần đây nhất nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị thay thế các CDTP, nó giúp giảm tới 54% nguy cơ lây nhiễm HIV mới ở nhóm TCMT, chủ yếu bằng giảm tần xuất TCMT [69].

1.2.1.3. Người TCMT sống chung với viêm gan C.

Viêm gan C có thể gây ra các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng đối với người nhiễm bệnh như: suy gan, ung thư gan và tử vong sớm. Ước tính có

khoảng 2,2% dân số thế giới bị nhiễm viêm gan C, tỷ lệ này cao gấp 25 lần ở người TCMT [141].

Xác định tình trạng nhiễm viêm gan C rất quan trọng trong điều trị và dự phòng lây nhiễm cho người khác. Ở nhiều nước châu Âu, số người TCMT có HCV (+) cao nhưng số người tham gia điều trị lại thấp [98]. Có khoảng 49% các trường hợp nhiễm HCV trong nhóm TCMT không được chẩn đoán và trong số được chẩn đoán chỉ có 19% bắt đầu điều trị thuốc kháng virus.

1.2.1.4. Tử vong liên quan đến quá liều chất dạng thuốc phiện.

UNODC ước tính trong năm 2013 có 187.100 trường hợp tử vong liên quan đến ma túy bất hợp pháp trên toàn thế giới, tương đương tỷ lệ tử vong là 40,8 người trên 1 triệu người trong độ tuổi từ 15-64 [151].

Quá liều là nguyên nhân chính của các trường hợp tử vong liên quan đến ma túy trên toàn thế giới và các CDTP là chất chính liên quan đến tử vong. Tử vong do sử dụng các CDTP quá liều chiếm khoảng 3/4 các trường hợp tử vong do sử dụng ma túy quá liều, ước tính khoảng 3,5% các trường hợp tử vong lứa tuổi 15-30 ở châu Âu [154]. Ở tất cả các nước, các CDTP được nhắc đến nhiều nhất là nguyên nhân chính dẫn đến cái chết.

1.2.1.5. Nguy cơ với sức khỏe tâm thần

Hơn một nửa trong số những người có vấn đề với ma túy cũng có ít nhất một vấn đề với sức khỏe tâm thần như: Trầm cảm: cảm thấy rất buồn và mệt mỏi; Lo lắng: rất lo lắng và sợ hãi; Rối loạn lưỡng cực: tâm trạng thay đổi, có lúc tràn đầy năng lượng, kích thích, thậm chí tức giận, sau đó lại cảm thấy buồn, mệt mỏi, tuyệt vọng; Rối loạn tăng động: khó chú ý, tập trung, ngồi yên; Rối loạn nhân cách xã hội: khó có mối quan hệ tốt và không quan tâm đến cảm xúc của người khác.

Những người có vấn đề sức khỏe tâm thần, nếu họ cảm thấy xấu hổ, họ có thể sử dụng ma túy để làm cho nó tốt hơn. Và họ trở thành nghiện ma túy và làm cho sự việc tồi tệ hơn trước. Vấn đề ma túy có thể làm cho vấn đề sức khỏe tâm thần tồi tệ hơn và vấn đề sức khỏe tâm thần làm cho vấn đề ma túy nặng hơn. Một người có cả hai vấn đề này cần được điều trị để cả hai trở lên tốt hơn [117].

Vấn đề tâm lý đã được ghi nhận là một trong những vấn đề sức khỏe phổ biến nhất với các cá nhân phụ thuộc opioid, đặc biệt những người đang điều trị nghiện các CDTP. Bằng chứng nghiên cứu cho thấy những người sử dụng ma túy bị căng thẳng tâm lý có nguy cơ cao hơn trong việc tham gia vào các hành vi nguy cơ liên quan đến HIV [61], có tỷ lệ tự sát cao hơn [73, 134] và có chất lượng cuộc sống thấp hơn [57]. Đối với những người tiếp nhận điều trị cai nghiện opioid, rối loạn tâm thần có thể làm giảm hiệu quả của điều trị và làm tăng khả năng tái nghiện [38, 107].

1.2.1.6. Quá liều không gây tử vong phổ biến ở người sử dụng ma túy.

Trong khi quá liều gây tử vong được quan tâm khá nhiều, thì quá liều không gây tử vong ở những người sử dụng ma túy bất hợp pháp vẫn phổ biến nhưng ít được ghi chép. Một số nghiên cứu đã tiến hành để tìm hiểu thực trạng, mức độ và yếu tố ảnh hưởng đến quá liều không gây tử vong, đặc biệt ở những người sử dụng các CDTP thường xuyên và những người TCMT: kết quả cho thấy có từ 30-80% những người tham gia nghiên cứu đã ít nhất 1 lần quá liều trong quá trình sử dụng ma túy và gần một nửa trong số họ quá liều trong những tháng gần đây [33]. Người ta ước tính, tại Châu Âu có 1 trường hợp tử vong trong 20 - 25 trường hợp quá liều, và tăng nguy cơ tích lũy tử vong ở những lần quá liều sau.

Mặc dù quá liều không gây tử vong và mắc các bệnh liên quan có tỷ lệ cao, ít được quan tâm, đã được đưa ra trong các các hội nghị quốc tế để thực hiện giảm hại. Cái chết liên quan đến quá liều có thể dự phòng được. Cùng với điều trị thay thế kéo dài, khả năng tiếp cận naloxone là một can thiệp quan trọng với quá liều. Naloxone là một chất đối kháng với các CDTP nên có thể đảo ngược những tác động của quá liều do các CDTP. Việc trao quyền quản lý và đào tạo kỹ cho các thành viên trong gia đình hoặc đồng nghiệp có thể là một can thiệp cứu sóc hiệu quả [152].

1.2.2. Tác động đến gia đình.

Ma túy làm tiêu hao tiền bạc của bản thân và gia đình. Nhu cầu cần tiền để mua ma túy của người nghiện là rất lớn, mỗi ngày ít nhất từ 50.000-100.000 VNĐ thậm chí 1.000.000 - 2.000.000VNĐ/ ngày, vì vậy khi lên cơn nghiện người nghiện ma túy có thể tiêu tốn hết tiền của, tài sản, đồ đạc của gia đình vào việc mua ma túy để thỏa mãn cơn nghiện của mình, hoặc để có tiền sử dụng ma túy, nhiều người đã trộm cắp, hành nghề mại dâm, hoặc thậm chí giết người, cướp của.

Bên cạnh đó, sức khỏe các thành viên khác trong gia đình giảm sút (lo lắng, mặc cảm,...vì trong gia đình có người nghiện). Do vậy, gây tổn thất về tình cảm (thất vọng, buồn khổ, hạnh phúc gia đình tan vỡ, ly thân, ly hôn, con cái không ai chăm sóc...) cho các thành viên trong gia đình [3].

1.2.3. Tác động đến xã hội.

Bên cạnh gia đình, người nghiện ma túy còn ảnh hưởng đến xã hội gây mất trật tự an toàn xã hội, gia tăng các tệ nạn xã hội: lừa đảo, trộm cắp, giết người, mại dâm, bệnh tật....

Tăng chi phí ngân sách xã hội cho các hoạt động ngăn ngừa, khắc phục, giải quyết các hậu quả do ma túy gây ra. Ma túy còn là nguồn gốc, là điều kiện nảy sinh, lan truyền đại dịch HIV/AIDS.

Ảnh hưởng đến giống nòi: người sử dụng ma túy chủ yếu ở lứa tuổi 15-64 do vậy ảnh hưởng khả năng sinh sản giảm sút sức lao động sản xuất trong xã hội, người nghiện ma túy thậm trí giảm hoặc không có nhu cầu tình dục hay lập gia đình [3].

1.3. Yếu tố liên quan đến nghiện các ma túy.

Con người ở bất kỳ độ tuổi, giới tính hoặc tình trạng kinh tế nào cũng có thể trở thành người nghiện ma túy. Tuy nhiên, một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến khả năng và tốc độ phát triển của chứng nghiện [3]. Bất cứ ai sử dụng các ma túy cũng có nguy cơ phát triển thành nghiện. Cách tốt nhất để ngăn chặn là không sử dụng ma túy bất hợp pháp. Các CDTP có khả năng gây nghiện rất cao, vì vậy ngay cả khi sử dụng không thường xuyên cũng có thể nghiện [3]. Nghiện các ma túy có liên quan đến các yếu tố sau:

1.3.1. Tiền sử gia đình nghiện ma túy:

Nghiên cứu cho thấy một người có người thân như cha mẹ, anh chị em ruột có vấn đề với rượu hoặc ma túy có nguy cơ cao hơn trở thành một người nghiện [36, 108]. Nghiện có yếu tố di truyền, nếu trong gia đình có người nghiện thì nhiều khả năng mang một hoặc nhiều gen liên quan đến tình trạng này. Không có gen duy nhất gây nghiện mà các nhà khoa học đã tìm thấy nhiều gen mà nó làm cho một người nhạy cảm hơn với nghiện. Yếu tố gia đình là yếu tố mạnh để dự báo ai đó có thể trở thành nghiện. Điều này không chỉ là vấn đề di truyền mà bởi yếu tố môi trường. Nếu một người lớn lên với các thành viên trong gia đình có chứng nghiện, thì nhiều khả năng người đó cũng có vấn đề với ma túy [142].

1.3.2. Nam giới:

Đàn ông có nhiều vấn đề với ma túy hơn so với phụ nữ. Tuy nhiên, sự phát triển các rối loạn gây nghiện được biết đến thì ở nữ lại nhanh nghiện hơn nam giới [108]. Theo báo cáo của UNODC cứ một phụ nữ sử dụng ma túy thì có hai người nam giới. Tỷ lệ này cũng dao động ở các khu vực khác nhau nhưng nam giới luôn chiếm tỷ lệ cao hơn [151]. Báo cáo về nghiện chích ma túy ở Việt nam cũng cho thấy trong số những người sử dụng ma túy thì nam giới chiếm tới 94%. Các nghiên cứu về điều trị nghiện CDTP bằng methadone cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam giới trên 95% mặc dù người nghiện các CDTP là nữ giới được ưu tiên tham gia chương trình này [8, 15, 17, 22, 23, 25, 29, 33, 36, 108].

1.3.3. Có rối loạn sức khỏe tâm thần:

Một người có rối loạn sức khỏe tâm thần như trầm cảm/ rối loạn tăng động hoặc rối loạn stress, sau chấn thương có nhiều khả năng sẽ trở thành người phụ thuộc vào thuốc [151].

Những người có lo âu, trầm cảm và cô đơn sử dụng ma túy có thể trở thành cách để đối phó với những cảm xúc tâm lý đau đớn và điều này có thể làm cho vấn đề thậm chí còn tồi tệ hơn [108].

1.3.4. Sử dụng chất gây nghiện trong điều trị:

Một số thuốc được kê đơn bởi các bác sĩ để giảm đau như: hydrocodone, oxycodone, morphine và codeine. Trong khi có nhiều người được hưởng lợi từ việc kê đơn này, việc chuyển đổi mục đích sử dụng không đúng cũng khá thường xuyên. Trong năm 2013 và 2014 khảo sát quốc gia về sử dụng ma túy và sức khỏe của Mỹ cho thấy 50,5% người lạm dụng thuốc giảm đau có đơn thuốc từ bạn hoặc người thân cho, 22,1% nhận đơn thuốc từ bác sĩ. Khi một người sử dụng các CDTP nhiều lần, khả năng tìm kiếm thuốc

đó hạn chế nên có thể khiến họ chuyển sang thị trường chợ đen để có thuốc, thậm chí chuyển từ thuốc được kê đơn sang chất rẻ hơn và nguy hiểm hơn như heroin [135]. Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh truyền nhiễm về gia tăng sử dụng heroin tại Mỹ cho thấy, nguy cơ cao nhất đối với một rối loạn sử dụng heroin là việc kê đơn các CDTP không phù hợp [52].

Đối với phẫu thuật ngoại khoa lớn việc sử dụng các CDTP là không thể tránh khỏi. Do vậy, cần đảm bảo rằng bác sĩ và bệnh nhân biết về rủi ro sử dụng lạm dụng các chất này sau phẫu thuật [90]. Một nghiên cứu thuần tập hồi cứu tại Canada đánh giá nguy cơ sử dụng lạm dụng thuốc là CDTP sau phẫu thuật ở những bệnh nhân được dùng các CDTP để điều trị sau phẫu thuật nhỏ và trung bình cho thấy có khoảng 3% trong số 39.140 bệnh nhân tiếp tục sử dụng các CDTP trên 90 ngày [74].

1.3.5. Áp lực nhóm :

Áp lực là một nhân tố mạnh mẽ trong việc bắt đầu sử dụng ma túy, đặc biệt đối với người trẻ tuổi [108]. Động lực cho lần đầu tiên sử dụng ma túy và rượu thường là áp lực nhóm. Nhiều nghiên cứu cho thấy hầu hết những người sử dụng ma túy ở tuổi vị thành niên được biết ma túy qua bạn bè. Ảnh hưởng của áp lực này giảm xuống khi họ già đi. Khi một nhóm thanh niên chơi cùng nhau thì nhóm sẽ tạo áp lực đối với các thành viên để họ thay đổi cho phù hợp với nhóm. Và phần lớn các thay đổi này là tiêu cực mà rất ít khi tích cực, chúng có thể liên quan đến bất kỳ điều gì từ điều thuốc lá cho đến dùng các CDTP [34].

1.3.6. Thiếu sự quan tâm của gia đình:

Gia đình có ảnh hưởng to lớn đến sự phát triển của trẻ em và thanh thiếu niên nói chung. Các nghiên cứu quan sát trong thời gian dài cho thấy

hành vi của cha mẹ và thái độ đối với ma túy ảnh hưởng đến trẻ từ khi mang thai đến khi trưởng thành.

Tuổi bắt đầu sử dụng ma túy thường là lứa tuổi vị thành niên, đây cũng là lứa tuổi với nhiều thay đổi tâm sinh lý. Việc sử dụng ma túy lần đầu có thể dẫn đến tình trạng nghiện sau này. Và thường thấy khởi đầu cho việc sử dụng ma túy ở tuổi trẻ là thuốc lá và rượu. Chính vì vậy, ở lứa tuổi này cần có sự hỗ trợ, giám sát cần thiết từ phía cha mẹ, gia đình. Hoàn cảnh gia đình khó khăn, không được sự ủng hộ của một hoặc nhiều thành viên trong gia đình như cha mẹ, anh chị em hoặc có thể do thiếu sự giám sát của cha mẹ có thể làm tăng nguy cơ mắc nghiện [26]. Nghiên cứu của Kendel cho thấy chất lượng nuôi dạy con của các bà mẹ giảm làm gia tăng việc sử dụng ma túy, chất lượng nuôi dạy con cái giảm được xác định là: giám sát con cái ở mức thấp, kỷ luật bằng trừng phạt, ít gần gũi và tham gia tích cực với con cái [89].

1.3.7. Sử dụng một chất có nguy cơ gây nghiện cao:

Một số loại thuốc, chẳng hạn như các chất kích thích, ma túy hoặc thuốc giảm đau có thể làm cho cơ thể tiến triển nghiện nhanh hơn các thuốc khác [108]. Thuốc phiện và các chất làm từ thuốc phiện đã được sử dụng trong nhiều thập kỷ như một loại thuốc giảm đau. Một số CDTP được pháp luật quy định cho bác sĩ chỉ định cho bệnh nhân của mình (hợp pháp). Tuy nhiên, việc sử dụng các chất này nếu bị lạm dụng sẽ rất đến lệ thuộc và nghiện. Morphin, codein và các CDTP khác là các chất gây nghiện rất mạnh. Khi một người sử dụng các CDTP họ có nguy cơ phụ thuộc và phát triển thành nghiện [121].

Trong hai thập kỷ qua nhiều nghiên cứu đã cố gắng xác định việc lạm dụng ma túy bắt đầu như thế nào và nó tiến triển ra sao. Yếu tố nguy cơ là làm tăng cơ hội lạm dụng ma túy, trong khi yếu tố bảo vệ có thể làm giảm

nguy cơ. Và có thể yếu tố nguy cơ đối với người này nhưng không phải là yếu tố nguy cơ đối với người khác.

Yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ có thể ảnh hưởng đến các giai đoạn khác nhau trong cuộc sống của trẻ em. Ở mỗi giai đoạn, yếu tố nguy cơ có thể được thay đổi thông qua các hoạt động phòng chống. Nguy cơ thời thơ ấu, chẳng hạn như hành vi hung hăng của trẻ có thể được thay đổi hoặc ngăn chặn bằng các can thiệp của gia đình, trường học và cộng đồng để giúp trẻ phát triển, có hành vi tích cực phù hợp. Nếu không được giải quyết, hành vi tiêu cực có thể dẫn đến nguy cơ hơn, chẳng hạn trẻ gặp khó khăn, thất bại trong học tập hoặc cuộc sống, nó sẽ đưa trẻ đến nguy cơ sử dụng ma túy sau này [118].

Bảng dưới đây cho thấy yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ ảnh hưởng đến mọi người trong năm phạm vi, nơi mà các can thiệp có thể thực hiện.

Bảng 1.4: Các yếu tố liên quan đến nghiện ma túy [118]

Yếu tố nguy cơ	Phạm vi	Yếu tố bảo vệ
Sớm có hành vi hung hăng	Cá nhân	Tự kiểm soát
Thiếu giám sát của cha mẹ	Gia đình	Giám sát của cha mẹ
Lạm dụng chất gây nghiện	Cơ hội	Quyền học tập
Sẵn có của ma túy	Trường học	Chính sách phòng chống ma túy
Cộng đồng nghèo	Cộng đồng	Cộng đồng lành mạnh

Một đứa trẻ tiếp xúc với càng nhiều rủi ro thì càng nhiều khả năng lạm dụng ma túy. Một số yếu tố nguy cơ có thể mạnh hơn ở những người khác hay các giai đoạn khác nhau trong quá trình phát triển, chẳng hạn như áp lực ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Trong phòng ngừa sử dụng ma túy là thay đổi cân bằng giữa hai yếu tố này để yếu tố bảo vệ luôn lớn hơn yếu tố nguy cơ [118].

1.4. Điều trị nghiện ma túy

1.4.1. Các nguyên tắc trong điều trị nghiện ma túy

WHO và UNODC đồng thuận khuyến nghị các quốc gia thực hiện 9 nguyên tắc trong điều trị nghiện ma túy [156]. WHO cũng đồng thời khuyến nghị một chương trình điều trị hiệu quả là chương trình giảm cung, giảm cầu ma túy, kiểm soát được cơn thèm nhớ ma túy, phục hồi được các mối quan hệ với gia đình và xã hội, tăng cơ hội việc làm, giảm bệnh tật (Lao, HIV), giảm tử vong và giảm các đe dọa tới sức khỏe cộng đồng.

UNODC và WHO cũng cho rằng sự sẵn có các biện pháp điều trị hiệu quả với chi phí hợp lý và đảm bảo quyền con người, đáp ứng được các nhu cầu đa dạng về y tế và xã hội của người nghiện ma túy tại cộng đồng sẽ khuyến khích người nghiện tự nguyện điều trị. Điều trị và phục hồi phải đi kèm các hoạt động sinh kế để đảm bảo rằng người nghiện có thể tự đảm bảo được cuộc sống và giảm nguy cơ tái nghiện. Chất lượng, hoạt động và hiệu quả là những nhân tố chính ảnh hưởng đến khả năng thu hút khách hàng của các chương trình điều trị nghiện ma túy. Chất lượng điều trị được cấu thành bởi nhiều yếu tố như hạ tầng, có đủ số cán bộ có trình độ và kỹ năng, có các quy định rõ ràng về thuốc điều trị, sự đa dạng các phương pháp điều trị, sự thân thiện với khách hàng [157].

Điều trị nghiện ma túy là điều trị mãn tính:

Các bằng chứng khoa học chỉ ra rằng sự phát triển của các rối loạn sử dụng và phụ thuộc ma túy là hậu quả của tương tác phức tạp giữa sự tiếp xúc nhiều lần với ma túy và các yếu tố sinh học và môi trường. Trong vài thập kỷ gần đây, người ta tìm hiểu được sự phụ thuộc ma túy là một căn bệnh mãn tính phức tạp, đa chiều và dễ tái phát. Do đó, đòi hỏi sự chăm sóc liên tục và can thiệp theo nhiều lĩnh vực [156]. Những phát hiện này đã định hướng phát

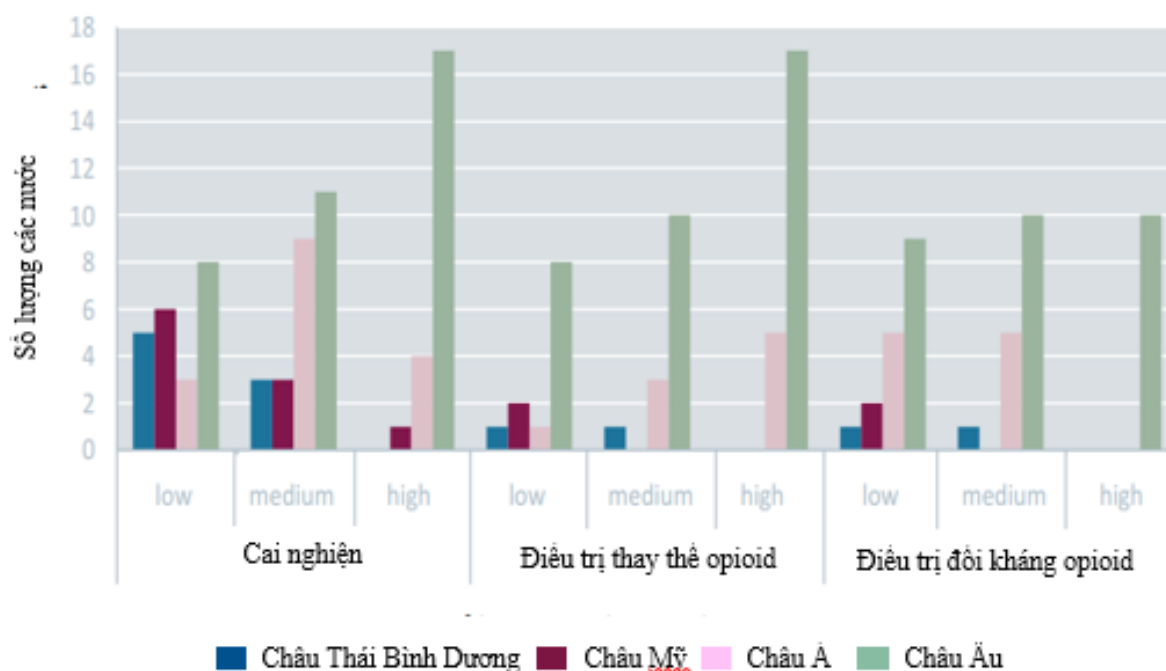
triển các chiến lược phòng ngừa và điều trị có hiệu quả [105]. Rối loạn sử dụng ma túy đã được biết là một vấn đề sức khỏe có thể phòng ngừa và điều trị, có sẵn các can thiệp hiệu quả và toàn diện để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Điều này rất quan trọng, do bản chất mãn tính của rối loạn sử dụng ma túy, cùng với thực tế là các bệnh mãn tính không thể và không nên được điều trị như bệnh cấp tính, [106].

Chi phí và lợi ích của điều trị

Một lợi ích lớn rõ ràng của điều trị ma túy, ngoài việc phục hồi cho bệnh nhân, sức khỏe sau này và tác động xã hội, đó chính là yếu tố chi phí; các nghiên cứu tính toán đến chi tiêu là chi phí - hiệu quả [42, 99, 122]. Ít nhất, tỷ lệ tiết kiệm để đầu tư cho điều trị là 3:1 (mỗi đồng đô la chi tiêu cho điều trị sẽ tiết kiệm được ba đồng), và khi tính toán rộng hơn đến các chi phí liên quan đến tội phạm, sức khỏe và năng suất lao động của xã hội được đặt vào tính toán thì tỷ lệ tiết kiệm đầy đủ có thể tăng lên tới 13:1 [49].

1.4.2. Trên thế giới

Trong hơn bốn thập kỷ qua, nghiên cứu khoa học cho thấy rằng hiệu quả của các điều trị rối loạn sử dụng ma túy đã giúp cho các trường hợp lệ thuộc ma túy tạm dừng sử dụng, dự phòng tái sử dụng lại, giảm thiểu các hành vi tội phạm liên quan đến ma túy, thay đổi các rối loạn hành vi khác và có những đóng góp giúp ích cho gia đình và xã hội [149]. Điểm đặc trưng điều trị hiệu quả là kết hợp nhiều yếu tố như dược trị liệu, trị liệu hành vi và hỗ trợ xã hội – tác động trực tiếp tới từng khía cạnh của sự rối loạn và tiến triển bệnh của từng cá nhân.



Hình 1.2: Điều trị lệ thuộc ma túy bằng dược lý theo khu vực trên toàn cầu [151]

Các khu vực khác nhau cũng có các dịch vụ can thiệp khác nhau: can thiệp tâm lý, tư vấn đặc biệt và hỗ trợ xã hội là dễ tiếp cận và sẵn có trên toàn cầu so với các can thiệp khác. Hơn một phần ba các quốc gia báo cáo có các can thiệp tâm lý xã hội, phục hồi chức năng và các dịch vụ chăm sóc, trong khi có hơn một phần tư báo cáo có dịch vụ can thiệp dược lý.

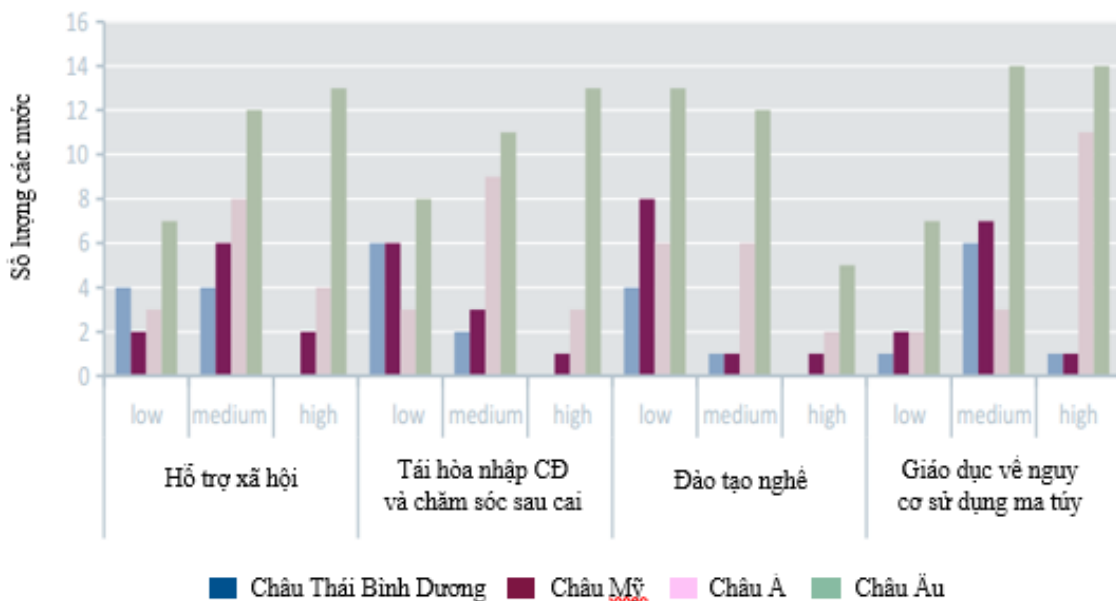
Rất khó để xác định hiệu quả của mỗi biện pháp can thiệp khác nhau trên toàn thế giới, nhưng các dịch vụ dược lý, tâm lý xã hội và can thiệp ở châu Âu đạt trình độ cao hơn so với các vùng khác, đặc biệt là Tây và Trung Âu. Ở các khu vực khác, chính phủ các quốc gia có thể chưa sẵn sàng cho việc điều trị lệ thuộc ma túy bằng thuốc, dẫn đến sự hạn chế phạm vi của chương trình.

Tại châu Phi, biện pháp can thiệp bằng tư vấn sẵn có hơn các can thiệp khác, có thể là do cần sa là chất phổ biến nhất được điều trị trong các loại ma túy. Hầu hết các dịch vụ điều trị ma túy bằng thuốc được cung cấp tại các

chuyên khoa tâm thần trong bệnh viện, điều đó giải thích tại sao có một số lượng đáng kể các biện pháp can thiệp ma túy đi kèm điều trị bệnh tâm thần ở châu Phi, tuy nhiên sự thiếu thốn các loại can thiệp khác gây khó khăn trong việc đáp ứng nhu cầu điều trị chung ở khu vực này.

Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng và lệ thuộc ma túy còn hạn chế ở hầu hết các nước, thiếu hụt các chăm sóc liên tục cho những người có nhu cầu can thiệp điều trị.

Với ước tính trung bình trên toàn cầu, chỉ có một trong sáu người có rối loạn do sử dụng ma túy hoặc nghiện ma túy được điều trị mỗi năm, cho thấy khả năng tiếp cận dịch vụ và tính sẵn có của các dịch vụ còn hạn chế ở hầu hết các quốc gia. Tuy nhiên, trên thực tế tỷ lệ này là 1/18 ở châu Phi so với 1/5 ở Tây và trung Âu, điều này cho thấy sự khác biệt lớn ở các khu vực.



Hình 1.3: Điều trị nghiện ma túy theo khu vực trên toàn cầu [151]

Ngoài những người có rối loạn do sử dụng ma túy và lệ thuộc ma túy, là tỷ lệ lớn những người sử dụng ma túy có thể không lệ thuộc nhưng vẫn cần được can thiệp để ngăn ngừa gia tăng thương tật và biến chứng liên quan đến

việc sử dụng ma túy. Có sự khác biệt giữa các vùng về các loại thuốc chủ yếu mà người sử dụng ma túy được điều trị, Châu Phi chủ yếu là cần sa, Bắc Mỹ là cần sa, cocain và một ít opioid, Mỹ Latinh là cocain và cần sa. Ở châu Á, opioid là loại thuốc điều trị chính cho những người sử dụng ma túy, tiếp đến là ATS và cần sa. Tại châu Âu, opioid được xếp sau cần sa, cocain và ATS, trong khi ở châu Đại Dương cần sa được xếp sau opioid và ATS.

1.4.3. Tại Việt Nam

1.4.3.1. Các hình thức cai nghiện

Cai nghiện ma túy ở nước ta hiện nay chủ yếu đối với người nghiện ma túy dạng thuốc phiện được thực hiện theo quy trình do liên Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội và Bộ Y tế hướng dẫn, bao gồm điều trị cắt cơn, giải độc; giáo dục phục hồi hành vi, nhân cách; lao động trị liệu; học văn hóa, học nghề; lao động sản xuất và hội nhập cộng đồng [31].

Luật Phòng, chống ma túy năm 2000 và Luật sửa đổi bổ sung một số điều Luật Phòng, chống ma túy năm 2009 [20] quy định 3 hình thức cai nghiện là cai nghiện tại gia đình, cai nghiện tại cộng đồng và cai nghiện tại cơ sở cai nghiện; 2 biện pháp cai nghiện là cai nghiện tự nguyện và cai nghiện bắt buộc.

- *Điều trị nghiện*: điều trị để chấm dứt sự phụ thuộc vào ma túy và kết quả được đánh giá thông qua tỷ lệ tái nghiện. Người nghiện được cai nghiện tại các Trung tâm cai nghiện hay cai nghiện tại cộng đồng. Sau khi được hỗ trợ cắt cơn (với sự hỗ trợ của thuốc hoặc không), điều trị bằng lao động để không sử dụng ma túy, sau đó sẽ được hỗ trợ học nghề, văn hóa để tái hòa nhập cộng đồng.

- *Giảm hại*: là hình thức giảm tác hại do sử dụng ma túy gây ra. Hiện nay Việt Nam đã có các hình thức như: điều trị thuốc thay thế các CDTP bằng methadone hay thuốc đối kháng là Naltrexone, và/hoặc chất bán đồng vận là

Buprenorphine. Điều trị thay thế bằng methadone bắt đầu triển khai thí điểm từ năm 2008, chậm 40 năm so với thế giới. Với thành công được ghi nhận từ chương trình thí điểm, mô hình điều trị thay thế này đang mở rộng trên toàn quốc. Chương trình điều trị bằng Suboxone (kết hợp giữa Naltrexone và Buprenorphine) được triển khai đầu tiên tại quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh vào tháng 5/2015, và hiện tại đang tiếp tục thí điểm tại Hà Nội, Thanh Hóa và Bắc Giang.

1.4.3.2. Kết quả của các hình thức cai nghiện

Cai nghiện tại gia đình, cai nghiện tại cộng đồng: được áp dụng với hai biện pháp là tự nguyện và bắt buộc. Tuy nhiên, hình thức cai nghiện này chưa khuyến khích được người nghiện tự nguyện tham gia mà chủ yếu là bắt buộc. Hình thức này chủ yếu tập trung vào cắt cơn 10-15 ngày, sau đó các hoạt động tư vấn, hỗ trợ tâm lý, xã hội, chăm sóc sức khỏe chưa được quan tâm, tỷ lệ tái nghiện cao (>90%).

Cai nghiện tại các trung tâm chữa bệnh – giáo dục – lao động xã hội (trung tâm 06): Hình thức này cai nghiện bắt buộc cho những người nghiện vi phạm pháp luật về hành chính. Tại các trung tâm chủ yếu thực hiện các hoạt động cắt cơn giải độc, lao động, các liệu pháp về tư vấn, tâm lý, hành vi chưa được quan tâm đúng mức. Tỷ lệ tái nghiện cao (80-90%) sau khi ra khỏi trung tâm 1-2 năm [31].

Điều trị thay thế bằng methadone: là điều trị hoàn toàn tự nguyện. Bệnh nhân giảm sử dụng ma túy, cải thiện sức khỏe, chất lượng cuộc sống, có cơ hội làm việc, quan tâm đến các mối quan hệ cá nhân, gia đình và xã hội [2, 18, 22-24, 29, 31, 39, 40, 75, 143].

Đánh giá chi phí hiệu quả cho mô hình điều trị tại các trung tâm 06 và cơ sở điều trị methadone cho thấy chi phí điều trị cho bệnh nhân methadone

thấp hơn bệnh nhân điều trị tại trung tâm 06 là 85,73 triệu VNĐ mỗi năm (95%CI: -76,88 triệu VNĐ, -94,59% VNĐ) [143]. Chi phí điều trị tính bình quân cho một người bệnh điều trị bằng methadone khoảng 5,5 triệu đồng/năm thấp hơn nhiều so với mức 22 triệu đồng/năm nếu cai nghiện bắt buộc tại các trung tâm. MMT giúp giảm sử dụng heroin và cải thiện chất lượng cuộc sống cho cá nhân và gia đình bệnh nhân [75]. Mở rộng MMT còn giúp cải thiện kết quả của công tác phòng chống HIV/AIDS và giảm tổn thất kinh tế cho các gia đình bị ảnh hưởng [18, 40], đặc biệt lồng ghép MMT với ART tạo thuận lợi cho tuân thủ điều trị [39].

Năm 2013, chính phủ Việt Nam phê duyệt đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020. Đề án nhấn mạnh đến lộ trình phát triển mô hình cai nghiện, chuyển dần từ cai nghiện bắt buộc sang tự nguyện, phát triển các điểm tư vấn, chăm sóc, hỗ trợ điều trị tự nguyện tại cộng đồng giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị [26].

1.5. Điều trị nghiện các CDTP bằng methadone.

1.5.1. Lịch sử phát triển

1.5.1.1. Trên thế giới

Nghiện ma túy nói chung, nghiện các CDTP nói riêng là sự lệ thuộc về thể chất và tâm thần vào chất đó. Các CDTP (Opiates, Opioid) gồm nhiều chất (Heroin, Morphin, Codein, Penthydine, Fentanyl) là những chất mà khi sử dụng có biểu hiện lâm sàng tương tự và tác động vào cùng điểm tiếp nhận tương tự ở não. Hiện nay có các loại thuốc tương đối phổ biến dùng để điều trị nghiện các CDTP đó là Methadone, Buprenorphine và Naltrexone

Methadone được sản xuất trong Chiến tranh thế giới thứ II với mục đích ban đầu là làm thuốc giảm đau, có tác dụng kéo dài thời gian chuyển thương để sử dụng trên chiến trường. Methadone nằm trong danh mục các

thuốc thiết yếu của WHO, được quản lý nghiêm ngặt theo Công ước năm 1961 về ma túy [20]. Năm 1964, hai bác sỹ người Mỹ là Marie Nyswander và Vincent Dole đã dùng methadone để điều trị thí điểm cho những người nghiện heroin. Từ những kết quả thu được, họ phát hiện ra rằng methadone có thể giúp người nghiện ngừng sử dụng heroin và không bị tăng liều khi dùng methadone trong thời gian dài. Từ đó, liệu pháp điều trị duy trì cho người nghiện heroin bằng methadone ra đời. Hiện nay trên thế giới đã có 80 quốc gia đã triển khai chương trình điều trị các CDTP bằng thuốc thay thế methadone như Mỹ, Úc, Áo, Hà Lan, Na Uy [152].

Lợi ích của việc điều trị methadone đã được công nhận: giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp; sử dụng đường uống nên giảm lây nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C; giảm tử vong do tiêm chích quá liều; cải thiện chất lượng cuộc sống của người nghiện; cải thiện mối quan hệ của người nghiện với gia đình và cộng đồng; giảm các hành vi phạm tội [78]. Kết quả kinh tế của điều trị methadone đã được nhiều nước nghiên cứu và đưa ra kết luận: với 1 USD chi cho chương trình methadone sẽ tiết kiệm được 7 USD chi cho các vấn đề khác phát sinh như vấn đề pháp luật, y tế ... [3]

1.5.1.2. Tại Việt Nam

Ở Việt Nam, Viện Sức khỏe tâm thần Trung ương đã tiến hành triển khai nghiên cứu và thử nghiệm điều trị thay thế bằng methadone từ cuối năm 1996. Tuy nhiên mô hình không được mở rộng sau đó.

Các cơ sở MMT đầu tiên được thí điểm tại 6 quận, huyện của Hải Phòng và Hồ Chí Minh vào năm 2008. Chương trình thí điểm cho thấy điều trị methadone rất hiệu quả trong việc kiểm soát nghiện heroin và đã được chấp thuận để mở rộng dịch vụ ra các tỉnh, thành khác trong cả nước. Mục tiêu của chương trình MMT tại Việt Nam là: 1) Giảm tỷ lệ lây truyền HIV và

các nhiễm trùng khác trong nhóm người sử dụng ma túy cũng như sự lây truyền từ nhóm này sang cộng đồng; 2) Nâng cao tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của nhóm người này; 3) Hỗ trợ người sử dụng ma túy tái hòa nhập cộng đồng. Tất cả những người tham gia vào chương trình thí điểm MMT là những người tự nguyện tham gia điều trị [10, 151].

Dự kiến tới cuối năm 2015, chương trình sẽ triển khai mở rộng tới 30 tỉnh, thành phố cho 80.000 người nghiện CDTP [26]. Nhưng trên thực tế, đến tháng 03 năm 2017, cả nước có 280 cơ sở methadone tại 63 tỉnh, thành phố, điều trị cho 51.318 người bệnh, đạt 63,32% so với mục tiêu đề ra. Như vậy, dịch vụ điều trị methadone đã được bao phủ trên khắp cả nước [10]. Theo báo cáo của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS của thành phố Hải Phòng, đến tháng 9/2016 thành phố có 11 cơ sở điều trị với 3.875 bệnh nhân [28].

Việc sử dụng heroin trong nhóm bệnh nhân tham gia điều trị đã giảm đi đáng kể cả về tần suất và liều sử dụng; giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đối tượng tham gia điều trị; cải thiện về sức khỏe, chuyển biến tích cực về thái độ cũng như cuộc sống sau một thời gian điều trị; môi trường xung quanh nơi đặt cơ sở điều trị thay đổi tích cực, nhất là về mặt trật tự xã hội, giảm tỷ lệ vi phạm pháp luật trong số những người tham gia chương trình.

Tuy nhiên, chương trình điều trị bằng methadone cũng còn tồn tại một số nhược điểm như: bệnh nhân hàng ngày phải đến cơ sở để uống thuốc, có thể gặp các tác dụng phụ ảnh hưởng đến sức khỏe, vẫn bị lệ thuộc vào thuốc cho đến khi kết thúc chương trình điều trị.

1.5.2. Điều trị thay thế các CDTP bằng methadone

1.5.2.1. Thông tin cơ bản về methadone

Methadone là một CDTP tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự các CDTP khác (đồng vận) nhưng không gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương

và không gây khoái cảm ở liều điều trị, có thời gian bán hủy dài (trung bình 24 giờ) nên chỉ cần sử dụng 1 lần 1 ngày là đủ để không xuất hiện hội chứng cai. Methadone có độ dung nạp ổn định nên ít phải tăng liều khi điều trị lâu dài [6].

1.5.2.2. Điều trị methadone

Điều trị nghiện các CDTP bằng methadone (gọi tắt là điều trị methadone) là một điều trị lâu dài, có kiểm soát, giá thành rẻ, được sử dụng theo đường uống dưới dạng siro nên giúp dự phòng lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, viêm gan B, C, đồng thời giúp cho người nghiện heroin dừng hoặc giảm đáng kể lượng heroin mà người nghiện đã sử dụng giúp người bệnh phục hồi chức năng sinh lý, xã hội, lao động và tái hòa nhập cộng đồng.

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt nam, việc điều trị methadone nhằm 3 mục đích: (1) Giảm hại do nghiện các CDTP gây ra như: lây nhiễm HIV, viêm gan B, C do sử dụng chung dụng cụ tiêm chích, tử vong do sử dụng CDTP quá liều và hoạt động tội phạm. (2) Giảm sử dụng CDTP bất hợp pháp, giảm tỷ lệ tiêm chích CDTP. (3) Cải thiện sức khỏe và giúp người nghiện duy trì việc làm, ổn định cuộc sống lâu dài, tăng sức sản xuất xã hội.

Tuân thủ điều trị methadone

Khái niệm tuân thủ điều trị: Theo định nghĩa của WHO [163], tuân thủ điều trị là trong phạm vi hành vi của một người như dùng thuốc, thay đổi chế độ ăn và/hoặc thay đổi lối sống đúng với những khuyến cáo phù hợp của cán bộ y tế. Sự khác biệt chính của định nghĩa này so với các định nghĩa trước đây là tuân thủ cần sự đồng tình của người bệnh với những khuyến cáo mà cán bộ y tế đưa ra, người bệnh nên là đối tác tích cực với cán bộ y tế trong chăm sóc sức khỏe của mình.

Tuân thủ điều trị methadone: Theo hướng dẫn điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone của Bộ y tế Việt Nam bệnh nhân hàng ngày phải đến cơ sở điều trị methadone uống thuốc với sự giám sát của cán bộ y tế để đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị [6].

Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị methadone: tuân thủ điều trị methadone để đảm bảo nồng độ methadone trong huyết tương được duy trì và tránh hội chứng cai. Tuân thủ điều trị methadone là yếu tố cực kỳ quan trọng để đảm bảo người bệnh cai nghiện được ma túy và đóng góp vào thành công của chương trình điều trị methadone

Bỏ điều trị khi bệnh nhân không đến cơ sở điều trị uống methadone. Một số bệnh nhân liều methadone điều trị cao nên được chia liều và uống thuốc làm 2 lần trong ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bỏ điều trị là bệnh nhân không đến uống thuốc tại cơ sở, ngày bệnh nhân bỏ uống thuốc tương ứng với liều bệnh nhân bỏ không uống. Bệnh nhân bỏ điều trị được phân theo các mức độ và xử trí như sau [6]:

- Bỏ uống 1-3 ngày: không thay đổi liều methadone đang điều trị .
- Bỏ uống 4-5 ngày: cho ½ liều bệnh nhân vẫn uống trước khi dừng điều trị.
- Bỏ uống > 5 ngày liên tục (bỏ từ 6 - đến 30 ngày liên tục): khởi liều methadone lại từ đầu khi bệnh nhân quay lại uống thuốc
- Bỏ hẳn điều trị methadone: bệnh nhân không uống thuốc > 30 ngày nên ra khỏi chương trình điều trị methadone. Bệnh nhân phải làm thủ tục như bệnh nhân mới khi muốn quay lại điều trị.

Hậu quả của không tuân thủ điều trị methadone: khi bệnh nhân không uống methadone hàng ngày sẽ làm nồng độ methadone trong huyết tương không

được duy trì, tác dụng dung nạp chéo với heroin giảm, làm giảm khả năng của điều trị methadone đối với việc giảm phê sương của heroin và xuất hiện hội chứng cai, thèm nhớ heroin, nguy cơ sử dụng lại heroin và tái nghiện cao. Người bệnh phải uống thuốc methadone hàng ngày dưới sự giám sát của cán bộ y tế để đảm bảo hiệu quả điều trị và an toàn.

Các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị: Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân; Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách xử trí các tác dụng không mong muốn của methadone và các diễn biến trong quá trình điều trị; Phối hợp với gia đình, cộng đồng và các tổ chức xã hội động viên giúp đỡ người bệnh tuân thủ điều trị [6].

1.6. Một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị methadone

1.6.1. Trên thế giới

Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân tham gia chương trình điều trị methadone càng lâu thì khả năng tuân thủ càng giảm [41, 133].

Một số nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị là: liều methadone cao (>60mg), lớn tuổi, có công ăn việc làm ổn định, sống cùng gia đình, nhận can thiệp tâm lý, đặc biệt là những người có thời gian dài lệ thuộc ma túy. Các yếu tố dự báo không tuân thủ điều trị là không có nhà ở ổn định, uống rượu, sử dụng ma túy và nhận thức về methadone không đầy đủ [41, 112, 159]. Ngoài ra điều trị methadone cũng giúp giảm dùng chung bơm kim tiêm, cải thiện tuân thủ điều trị cho bệnh nhân điều trị kháng virus và nâng cao chất lượng cuộc sống của họ [91, 113, 164].

Can thiệp dựa trên bằng chứng có thể có hiệu quả để phòng, điều trị và chăm sóc HIV cho người TCMT, bao gồm cả chương trình bơm kim tiêm sạch, điều trị thay thế các CDTP, điều trị kháng virus và naloxone [163]. Giám sát hệ thống gần đây nhất nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị thay

thể các CDTP, nó giúp giảm tới 54% nguy cơ lây nhiễm HIV mới ở nhóm TCMT, chủ yếu bằng giảm tần xuất TCMT [69].

1.6.2. Tại Việt Nam

Hiện nay Việt Nam có khá nhiều đánh giá về chương trình điều trị methadone, hiệu quả chương trình cũng như các yếu tố liên quan đến chương trình, trong đó có đánh giá về tuân thủ điều trị.

Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị trong thời gian đầu tham gia điều trị của bệnh nhân rất cao [15, 32] nhưng giảm dần ở các năm điều trị sau [2, 9, 17, 24]. Nghiên cứu của Đào Thị Minh An và cộng sự cho thấy tỷ lệ ra khỏi chương trình điều bằng methadone ở Thái Nguyên tăng nhanh trong 3 năm đầu (sau năm 1 là 8,7%; sau năm 2 là 18,0% và sau năm 3 là 25,8 %) [1, 2].

Các lý do không tuân thủ điều trị là do tác dụng phụ, bận việc và có một phần lớn là bỏ uống thuốc không có lý do [17], quên đi uống thuốc, đi xa, sử dụng chất gây nghiện khác, không có người nhắc nhở [15]. Một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị của bệnh nhân là: có sử dụng chất gây nghiện trong quá trình điều trị (heroin và ma túy khác) [15], khó khăn của bản thân, còn sử dụng ma túy bất hợp pháp và có >2 tác dụng phụ của methadone, số lần được tư vấn ít, có vấn đề tâm thần của bệnh nhân [2, 9, 17], sử dụng rượu bia, thời gian mở cửa của cơ sở điều trị chưa phù hợp [9]. Ngược lại các yếu tố tác động tích cực giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị là: quan tâm, giám sát của gia đình đối với bệnh nhân [23], hỗ trợ, tư vấn từ phía cán bộ y tế [17], không sử dụng ma túy bất hợp pháp [17].

Các yếu tố liên quan trên đều được xác định từ các nghiên cứu mô tả trên bệnh nhân điều trị methadone mà hầu hết các bệnh nhân này còn đang tham gia điều trị trong chương trình, hạn chế đối với các bệnh nhân đã ra khỏi

chương trình điều trị. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào xác định trong các yếu tố trên yếu tố nào là yếu tố chính ảnh hưởng đến việc bỏ điều trị của bệnh nhân điều trị methadone. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với thiết kế nghiên cứu bệnh chứng trên bệnh nhân đã điều trị trên 2 năm là những bệnh nhân đã điều trị ổn định. Trong những bệnh nhân bỏ trị chúng tôi tìm gặp và mời tham gia nghiên cứu cả những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị.

1.7. Một số can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị methadone

Tuân thủ điều trị methadone là yếu tố cực kỳ quan trọng để đảm bảo người bệnh cai nghiện được ma túy và đóng góp vào thành công của chương trình điều trị methadone. Phương pháp điều trị hiệu quả cần phải giải quyết được những vấn đề cơ bản của người nghiện ma túy, như các vấn đề về tâm thần, sức khỏe thể chất, tiền sử lạm dụng ma túy hoặc những yếu tố mang tính văn hóa khác. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị giảm dần theo thời gian tham gia điều trị [1, 87] và phụ thuộc nhiều vào các hoạt động hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị từ phía cơ sở điều trị, gia đình, bạn bè, người cùng uống methadone và xã hội.

Có nhiều can thiệp nhằm cải thiện chương trình điều trị methadone và tăng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân. Các can thiệp tập chung vào các yếu tố nguy cơ quan trọng tác động đến hiệu quả điều trị như: giảm thêm nhớ bằng giáo dục sức khỏe như tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội cho cá nhân từng bệnh nhân nhóm bệnh nhân, tư vấn từ cán bộ y tế; đảm bảo đủ liều methadone có hiệu quả, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tăng cường hỗ trợ từ phía đồng đẳng, gia đình, bạn bè. Giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức cho bệnh nhân, cán bộ y tế đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Truyền thông giáo dục sức khỏe có 2 phương pháp: gián tiếp và trực tiếp. Truyền thông gián tiếp là thông qua các phương tiện thông tin đại chúng như truyền hình, truyền thanh, báo chí, bài viết, tin ảnh, pano, áp phích, băng rôn, khẩu hiệu, tờ rơi, sách báo.... Truyền thông trực tiếp là nói chuyện chuyên đề, tư vấn cá nhân, truyền thông nhóm, tập huấn, hội thi... Truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng là sử dụng nguồn lực sẵn có của cơ sở, địa phương cho công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe.

Truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng cho bệnh nhân điều trị methadone với mục tiêu đẩy cao vai trò chủ động của bệnh nhân trong quá trình điều trị, nhất là chủ động chia sẻ với cán bộ y tế, bạn uống thuốc các vấn đề trong quá trình điều trị để tăng cường hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, qua đó cải thiện đảm bảo thành công cho chương trình điều trị.

1.7.1. Tư vấn và hỗ trợ tâm lý

Tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội đóng vai trò quan trọng trong thành công của chương trình điều trị. Mục đích của công tác tư vấn cho người bệnh điều trị methadone: Nâng cao nhận thức và trách nhiệm của người bệnh đối với bệnh và việc điều trị; Khuyến khích tuân thủ điều trị; Dự phòng tái nghiện; Giúp người bệnh có lối sống khỏe mạnh; Kêu gọi sự tham gia của cộng đồng. Tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội bao gồm: tư vấn cá nhân; tư vấn và giáo dục nhóm; tư vấn cho gia đình và nhóm hỗ trợ đồng đẳng trước, trong và sau quá trình điều trị [13].

Phỏng vấn tạo động lực là kỹ thuật chuyên sâu trong tư vấn điều trị nghiện ma túy [21]. Phỏng vấn tạo động lực được định nghĩa là "phương pháp lấy khách hàng làm trung tâm, để tăng cường nội lực thay đổi bằng cách giải quyết mâu thuẫn nội tâm và giải quyết tình trạng hai chiều" [111]. Trong điều

trị nghiện ma túy, phỏng vấn tạo động lực giúp thiết lập mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân nhằm hỗ trợ bệnh nhân nhận thức rõ tác hại của việc sử dụng ma túy và xác định mục tiêu cho tương lai, có được động lực, niềm tin vào khả năng thay đổi, tự đưa ra quyết định thay đổi và xây dựng ý chí quyết tâm từ bỏ ma túy [21]. Đối với bệnh nhân điều trị methadone, phỏng vấn tạo động lực khuyến khích bệnh nhân tuân thủ điều trị, dự phòng tái nghiện, có lối sống khỏe mạnh, nâng cao trách nhiệm của bệnh nhân với bệnh tật và điều trị [13].

Phỏng vấn tạo động lực được xây dựng trên nền tảng là thái độ tôn trọng, tập trung vào việc xây dựng mối quan hệ trị liệu tốt trong giai đoạn đầu của quan hệ tư vấn. Một khái niệm trung tâm của phỏng vấn tạo động lực là xác định, kiểm tra và giải quyết mâu thuẫn nội tâm đối với thay đổi hành vi. Nguyên tắc của phỏng vấn tạo động lực là: Hợp tác giữa cán bộ y tế và khách hàng (trái với đối đầu); Khơi gợi ý nghĩ về sự thay đổi (làm cho khách hàng nói ra, thay vì áp đặt ý tưởng) và nhân mạnh và quyền tự quyết của khách hàng (trái với bị áp đặt) [13, 21, 53, 111].

1.7.2. Giáo dục đồng đẳng (GDĐĐ).

Giáo dục đồng đẳng là "một cách tiếp cận để nâng cao sức khỏe, trong đó các thành viên của một cộng đồng được hỗ trợ để thúc đẩy sự thay đổi nhằm nâng cao sức khỏe giữa các thành viên với nhau. Ý tưởng đằng sau GDĐĐ là đặt những con người bình thường ở vị trí tốt nhất để khuyến khích hành vi lành mạnh với nhau thay vì các chuyên gia y tế, giáo dục cho tất cả thành viên". Như vậy, có thể hiểu rằng, GDĐĐ liên quan đến việc chia sẻ kinh nghiệm, kiến thức và kỹ năng giữa những người có cùng tình trạng xã hội, nhằm hỗ trợ và giúp đỡ lẫn nhau. GDĐĐ sử dụng những tình nguyện viên đã qua tập huấn, đào tạo để tuyên truyền, cung cấp, giáo dục kiến thức,

quan điểm cũng như hành vi mới thông qua giao tiếp với các thành viên khác bằng các hoạt động trực tiếp hoặc hoạt động nhóm nhỏ.

Xây dựng mô hình nhóm đồng đẳng trong công tác xã hội sẽ giúp từng cá nhân nâng cao khả năng hoàn thành nhiệm vụ, giảm bớt sự lo âu, tự ti, mặc cảm. Đồng thời, các hoạt động nhóm như tuyên truyền, chia sẻ thông tin... sẽ giúp cá nhân nhận ra giá trị bản thân mình, từ đó, nâng cao khả năng giải quyết vấn đề và ngăn ngừa nảy sinh ra những vấn đề xã hội khác. Khi tham gia vào nhóm, cá nhân sẽ tự nhiên cảm thấy bản thân được thuộc về nhóm, được trải nghiệm những hoạt động chung cùng nhóm. Sự trải nghiệm này sẽ cho cá nhân thấy mình cũng quan trọng và có giá trị khi được tương tác trong nhóm. Mỗi thành viên trong nhóm có cơ hội được giúp và giúp đỡ người khác, từ đó, cho bản thân mỗi người cảm nhận về trách nhiệm với người khác và với chính mình. Mô hình nhóm đồng đẳng tạo ra môi trường trợ giúp bệnh nhân có những khó khăn trong xã hội, tác động về mặt nhận thức, tâm lý, giúp cá nhân giải tỏa tâm tư, chia sẻ tình cảm, lấy lại sự lạc quan, niềm tin vào giá trị bản thân và hòa nhập tốt hơn với cuộc sống xã hội [58].

1.7.3. Hiệu quả của một số hình thức can thiệp

Thèm nhớ là một trong những yếu tố quan trọng có vai trò quyết định trong việc sử dụng lại ma túy của bệnh nhân đang điều trị methadone. Nó là yếu tố quan trọng dẫn đến việc điều trị thất bại. Một nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên cho thấy bệnh nhân điều trị methadone nhận phỏng vấn tạo động lực cá nhân và nhóm giảm hành vi sử dụng ma túy không hợp pháp [35]. Nghiên cứu can thiệp tiến hành trên 2 nhóm bệnh nhân điều trị methadone cho thấy nhóm bệnh nhân nhận phỏng vấn tạo động lực giảm thèm nhớ ma túy và tăng tuân thủ điều trị methadone hơn nhóm không được nhận can thiệp này [37]. Do vậy, phỏng vấn tạo động lực được khuyến cáo để thay

đổi hành vi của bệnh nhân trong mô hình điều trị methadone. Nghiên cứu cũng cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi theo nhóm, can thiệp gia đình và liệu pháp thư giãn giúp giảm sử dụng ma túy, tăng duy trì điều trị, tăng tuân thủ điều trị, giảm tức giận, lo lắng và trầm cảm và liều methadone điều trị hiệu quả hơn [79]. Tư vấn đóng vai trò quan trọng trong điều trị methadone thay thế ở những người nghiện ma túy [70].

Nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả tích cực của giáo dục đồng đẳng đối với người sử dụng ma túy [62] và bệnh nhân đang điều trị methadone [60, 95].

Hiệu quả của điều trị duy trì bằng methadone là không còn nghi ngờ [109], nhưng vẫn còn một số vấn đề về liều lượng thích hợp, hiệu quả và mục tiêu cần đạt được của liệu pháp này. Nhiều tác giả chỉ ra rằng liều methadone >60mg/ngày hiệu quả hơn trong việc không sử dụng ma túy bất hợp pháp và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tốt hơn [41, 112, 136, 159]. Nhưng một số tác giả đề xuất điều chỉnh liều theo nhu cầu của bệnh nhân, dựa trên quá trình phục hồi của bệnh nhân. Chất lượng cuộc sống, sự hài lòng với điều trị, các triệu chứng bệnh tâm thần, nhận thức và việc sử dụng ma túy bất hợp pháp được đánh giá trong nghiên cứu của tác giả Eduardo J. Pedrero-Pérez và cộng sự trên 1898 bệnh nhân tại 10 cơ sở điều trị methadone thuộc thành phố Madrid cho thấy có mối quan hệ tiêu cực giữa liều thuốc điều trị và chất lượng cuộc sống, triệu chứng bệnh tâm thần và hiệu quả nhận thức của bệnh nhân. Sự hài lòng với điều trị của bệnh nhân rất cao, bất kể liều lượng nào nếu dựa trên sự phối hợp giữa bác sĩ và bệnh nhân [64]. Do vậy, để đánh giá hiệu quả điều trị duy trì bằng methadone, bên cạnh hiệu quả kiểm soát xã hội tốt hơn, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phải là một trong những chỉ số chính để đánh giá việc điều trị thành công, như bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác

Chương 2 : ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone trên 18 tuổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Bao gồm cả những người đã được chẩn đoán đồng thời nghiện và tâm thần cũng sẽ được mời vào nghiên cứu để theo dõi tỷ lệ bỏ điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân từ chối trả lời phỏng vấn;
- Những bệnh nhân mắc các chứng tâm thần hoặc mắc các tình trạng bệnh tật khác khiến họ không hiểu được nghiên cứu và/hoặc không trả lời được câu hỏi nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2014 đến tháng 4/2017

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang: 1/2014-6/2015
- Giai đoạn 2: Nghiên cứu bệnh chứng 1/2014-6/2015
- Giai đoạn 3: Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng: 8/2016 – 4/2017

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu bệnh chứng: Đến đầu năm 2014, Hải Phòng có 8 cơ sở điều trị methadone, trong đó có 3 cơ sở tiếp nhận bệnh nhân điều trị từ năm 2008 trong giai đoạn thí điểm (Thủy Nguyên, Lê

Chân và Ngô Quyền) và 5 cơ sở tiếp nhận bệnh nhân từ tháng 6/2011 (An Dương, Hải An, An Lão, Kiến An, Hồng Bàng). Nghiên cứu này chỉ quan tâm đến 3 năm đầu điều trị nên lựa chọn cả 05 cơ sở điều trị methadone hoạt động từ năm 2011 là: An Dương, Hải An, An Lão, Kiến An, Hồng Bàng.

- Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng: chúng tôi lựa chọn 2 cơ sở để can thiệp và làm đối chứng vì: (1) cơ sở điều trị methadone An Dương và Hải An vì 2 cơ sở này có số lượng bệnh nhân tương đồng; (2) An Dương là huyện giáp nội thành và Hải An là quận có khoảng cách từ trung tâm thành phố tương đương huyện An Dương, do vậy điều kiện kinh tế xã hội không có sự khác biệt lớn (3) điều kiện về nhân lực, cơ sở vật chất tại hai cơ sở điều trị tương đồng. Can thiệp được tiến hành tại cơ sở điều trị methadone Hải An, cơ sở điều trị methadone An Dương là đối chứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: bao gồm 3 giai đoạn nghiên cứu: (1) Nghiên cứu mô tả cắt ngang để xác định tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị methadone qua các năm; (2) Nghiên cứu bệnh chứng để xác định yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone; (3) Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng để đánh giá hiệu quả can thiệp của truyền thông giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng. Cụ thể các giai đoạn:

Giai đoạn 1:

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu hồ sơ bệnh án trong 2 năm và theo dõi trong năm thứ 3 để xác định tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong 3 năm đầu điều trị.
- Thu thập thông tin từ bỏ trị và nguyên nhân bỏ trị của bệnh nhân từ hồ sơ bệnh án

- Tiến hành tại 5 cơ sở điều trị methadone: An Dương, Hải An, An Lão, Kiên An, Hồng Bàng

Giai đoạn 2:

- Nghiên cứu bệnh chứng để xác định yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone. Để xác định được các yếu tố liên quan cần chọn nhóm bệnh và nhóm chứng
- Nhóm bệnh: là những bệnh nhân bỏ điều trị trên 5 ngày liên tục
- Nhóm chứng: là những bệnh nhân vào cùng đợt điều trị với ca bệnh và hiện tại tuân thủ điều trị
- Tiến hành tại 5 cơ sở điều trị methadone: An Dương, Hải An, An Lão, Kiên An, Hồng Bàng

Giai đoạn 3:

- Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng để đánh giá hiệu quả can thiệp.
- Đánh giá trước can thiệp
- Triển khai can thiệp 6 tháng
- Đánh giá sau can thiệp
- Tiến hành tại 5 cơ sở điều trị methadone: An Dương, Hải An.

2.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân tại 5 cơ sở nghiên cứu bắt đầu tham gia điều trị từ 8/2011 đến 7/2012 để xác định tỷ lệ bỏ điều trị. Tất cả có 1.055 bệnh nhân được chọn.

Nghiên cứu bệnh chứng

Cỡ mẫu: Sử dụng tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng

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

Trong đó:

- $\alpha = 0,05$
- $\beta = 0,2$ (độ lớn phát hiện sự khác biệt là 80%)
- Ước lượng tỷ lệ sử dụng heroin trong số các bệnh nhân đã bỏ điều trị và những bệnh nhân tuân thủ điều trị: $p_1 = 20\%$, $p_0 = 5\%$.
- Sự khác biệt ước lượng sẽ phát hiện là 15%

Tính toán theo công thức này được 80 ca bệnh (bỏ điều trị) và 80 ca chứng (tổng cỡ mẫu là 160).

Để đảm bảo tính khoa học, cỡ mẫu được tính với tỷ lệ ca bệnh/ca chứng là 1:2 (số ca chứng gấp đôi số ca bệnh). Cỡ mẫu cần thiết lúc này tính được là 240 bệnh nhân (80 ca bệnh và 160 ca chứng).

Chọn mẫu

Có 819 bệnh nhân điều trị đủ 2 năm từ tháng 8/2013 đến tháng 7/2014 (tương ứng thời gian khởi liệu điều trị từ tháng 8/2011 đến tháng 7/2012). Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu đưa vào quá trình xác định ca bệnh và ca chứng.

- Chọn mẫu nhóm nghiên cứu (nhóm bệnh): Nếu một bệnh nhân điều trị đủ 24 tháng trong quá trình điều trị không đến cơ sở điều trị uống thuốc trên 5 ngày liên tiếp bao gồm cả những bệnh nhân đã bỏ hẳn điều trị (ra khỏi chương trình) vì bất kỳ lý do gì (ốm, bị bắt, không muốn tiếp tục uống

methadone, chuyển nơi ở,...) được xác định là trường hợp bệnh và nhóm nghiên cứu liên lạc để mời ký đồng thuận tham gia nghiên cứu bệnh chứng, phỏng vấn và khai thác thông tin bệnh án. Nghiên cứu ngừng thu thập ca bệnh khi số lượng mẫu đã đạt theo thiết kế nghiên cứu.

- Chọn mẫu nhóm chứng: Với mỗi ca bệnh được xác định, nhóm nghiên cứu xác định thời điểm đăng ký của bệnh nhân vào chương trình MMT. Thường các bệnh nhân được đăng ký điều trị theo đợt khoảng 10-30 người, do đó với mỗi đối tượng bỏ trị, chúng tôi tiến hành lựa chọn ngẫu nhiên 2 bệnh nhân vào điều trị cùng đợt với bệnh nhân bỏ trị và hiện vẫn đang nằm trong chương trình điều trị tương đồng về các đặc điểm: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân. Hai ca chứng được xác định, nhóm nghiên cứu viên liên lạc mời ký đồng thuận tham gia nghiên cứu bệnh chứng, phỏng vấn và khai thác thông tin bệnh án tương tự như khai thác cho đối tượng bỏ trị để so sánh với nhóm bỏ trị.

Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng

Sau khi xác định được yếu tố liên quan đến bỏ điều trị trong nghiên cứu bệnh chứng, chúng tôi tiếp tục lựa chọn cơ sở điều trị methadone Hải An và An Dương, là 2 trong 5 cơ sở nghiên cứu ở giai đoạn trước để tham gia vào nghiên cứu can thiệp. Cơ sở điều trị methadone Hải An là cơ sở can thiệp và cơ sở điều trị methadone An Dương là cơ sở để làm chứng. Tiến hành can thiệp 6 tháng tại cơ sở điều trị methadone Hải An.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng sử dụng công thức kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp :

$$n_1 = n_2 \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó :

n_1, n_2 : Số bệnh nhân ở nhóm can thiệp và nhóm chứng

α : Mức sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ (mức tin cậy 95%) $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

β : Mức sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,1$ (lực mẫu 90%) $\rightarrow Z_{\beta} = 1,28$

p_1 : Tỷ lệ người bệnh sử dụng ma túy trước can thiệp tham khảo theo đánh giá của FHI là 12% [32]

p_2 : Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy sau can thiệp mong muốn giảm xuống sau can thiệp là 5%

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

Thay vào công thức tính được $n = 208$

Chọn mẫu : Chọn cơ sở điều trị Hải An và An Dương trong giai đoạn nghiên cứu can thiệp. Sau 3 năm điều trị, số bệnh nhân tham gia điều trị giai đoạn đầu tại cơ sở An Dương còn 165 bệnh nhân và Hải An còn 130 bệnh nhân. Các cơ sở tiếp tục nhận bệnh nhân tham gia điều trị theo thời gian. Đến tháng 8/2016, số bệnh nhân đang điều trị duy trì ở An Dương là 221 bệnh nhân và ở Hải An là 214 bệnh nhân.

+ Nhóm can thiệp là 214 bệnh nhân trước can thiệp và 208 bệnh nhân sau can thiệp (mất dấu 6 bệnh nhân do bệnh nhân ra khỏi chương trình điều trị)

+ Nhóm chứng là 221 bệnh nhân trước can thiệp và 209 bệnh nhân sau can thiệp (mất dấu 12 bệnh nhân do bệnh nhân ra khỏi chương trình điều trị)

2.2.2. Quy trình tổ chức nghiên cứu

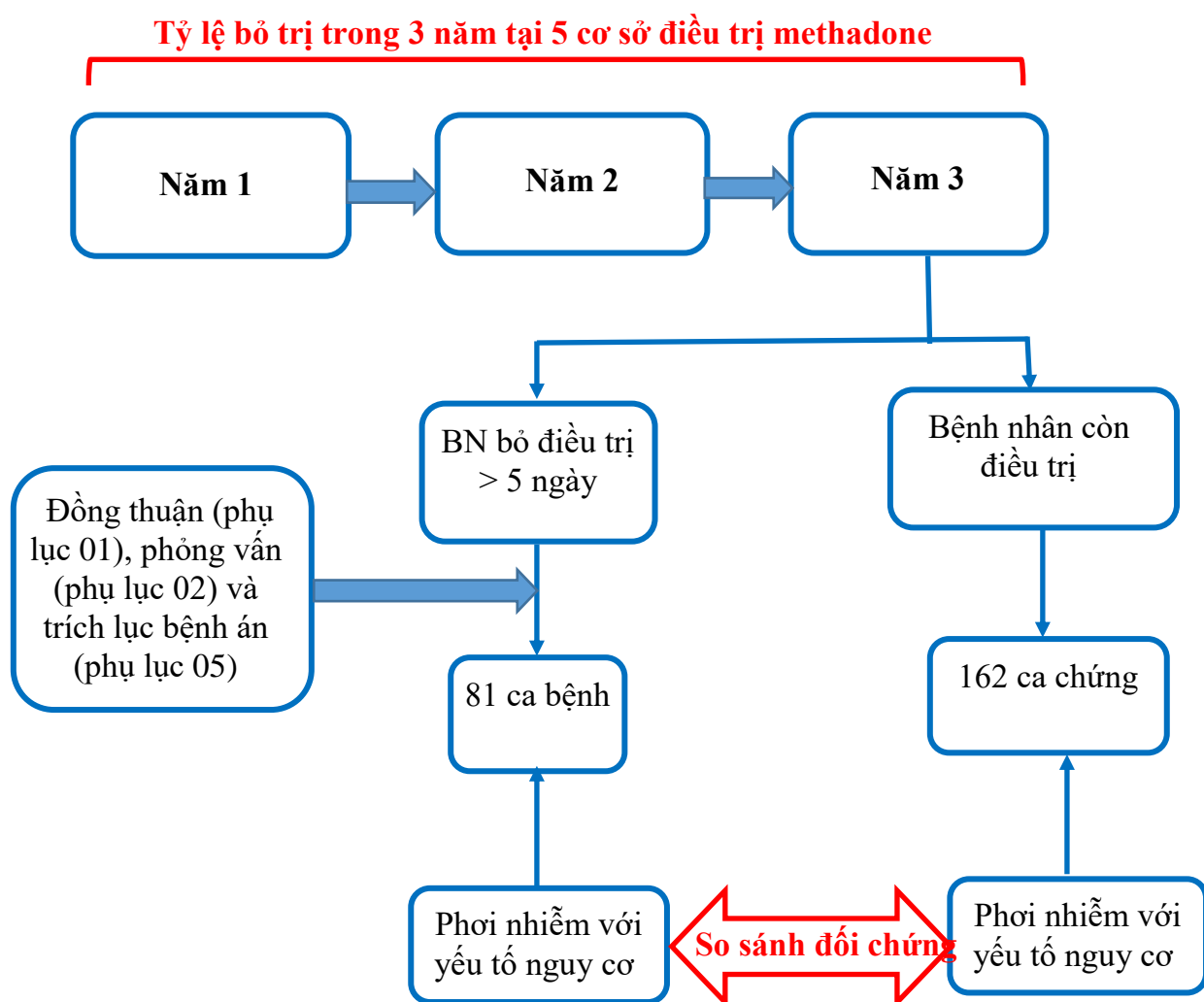
Nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Nghiên cứu viên xác định tỷ lệ bỏ điều trị và lý do ra khỏi chương trình điều trị của bệnh nhân trong 3 năm đầu tham gia điều trị của bệnh nhân thông qua hồ sơ bệnh án và ghi chép tại cơ sở điều trị.

Nghiên cứu bệnh chứng:

Trong năm thứ 3 điều trị methadone (bệnh nhân điều trị đủ 24 tháng), khi có 1 bệnh nhân bỏ điều trị trên 5 ngày liên tục, nghiên cứu viên liên lạc với bệnh nhân để mời tham gia vào nghiên cứu. Khi gặp bệnh nhân, nghiên cứu viên giải thích về nghiên cứu và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nếu bệnh nhân đồng ý bằng cách ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu bệnh chứng. Bệnh nhân ký đồng thuận tham gia nghiên cứu cho phép nghiên cứu viên thực hiện cuộc phỏng vấn và khai thác thông tin bệnh án của bệnh nhân tại cơ sở điều trị.

Các cuộc phỏng vấn được thực hiện tại một văn phòng nghiên cứu độc lập hoặc nếu đối tượng muốn, hai bên thoả thuận địa điểm phỏng vấn phù hợp. Thông tin từ bệnh án cũng được khai thác điền vào mẫu khai thác thông tin bệnh án được thiết kế sẵn. Sau khi tiến hành phỏng vấn, tương ứng với mỗi đối tượng bỏ trị, nghiên cứu viên tìm danh sách các bệnh nhân vào điều trị cùng đợt, lựa chọn 2 bệnh nhân trong danh sách hiện vẫn còn đang điều trị vào nhóm chứng bằng phương pháp chọn ngẫu nhiên. Bệnh nhân trong nhóm chứng cũng được liên hệ, giới thiệu về nghiên cứu và đề nghị đồng thuận để nghiên cứu viên được phỏng vấn và khai thác thông tin bệnh án. Cuộc phỏng vấn nhóm chứng được tiến hành tương tự như phỏng vấn nhóm bệnh.



Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu mô tả và nghiên cứu bệnh chứng

Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng:

**Lựa chọn giải pháp can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị methadone*

Nghiên cứu của các tác giả cho thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị methadone. Tác giả Bao Y [41], M Ramli [112] và Wei X [159] cho thấy bệnh nhân điều trị với liều methadone > 60mg ít nguy cơ bỏ trị hơn những bệnh nhân điều trị với liều thấp hơn. Theo các tác giả Đào Minh An [2], Trần Quang Đạo [9], Phạm Văn Hán [17], Bao Y [41], M Ramli [112] và Wei X [159] những bệnh nhân được nhận các can thiệp tâm lý, hỗ trợ tâm lý xã hội từ cán bộ y tế giảm nguy cơ không tuân thủ điều trị.

Tác giả Nguyễn Dương Châu Giang [15] và Phạm Văn Hán [17] cho thấy tuân thủ điều trị tốt hơn ở những không sử dụng ma túy trong quá trình điều trị. Trong giai đoạn nghiên cứu bệnh chứng chúng tôi cũng tìm được các yếu tố nguy cơ đến không tuân thủ điều trị là bệnh nhân điều trị với liều methadone < 60mg, sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone và không đi uống thuốc > 3 ngày trong 3 tháng qua. Do vậy, giai đoạn can thiệp chúng tôi tập trung vào cải thiện các yếu tố nguy cơ bằng các hoạt động: 1/ hỗ trợ tâm lý, xã hội cho bệnh nhân từ phía cán bộ y tế và đồng đẳng viên 2/ tăng cường kiến thức cho nhóm đồng đẳng viên. 3/ cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế. Các hoạt động can thiệp tập trung giải quyết các yếu tố nguy cơ đến bỏ trị mà chúng tôi tìm được trong giai đoạn nghiên cứu bệnh chứng.

**Các hoạt động can thiệp bao gồm:*

- Tổ chức 2 buổi cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế tại cơ sở can thiệp được thực hiện bởi chuyên gia nghiện chất và tâm thần của Pháp.
- Tăng cường năng lực cho nhóm đồng đẳng viên gồm 22 thành viên, nhóm trưởng là cán bộ tư vấn và nhóm phó và đồng đẳng viên. Nhóm sinh hoạt 2 lần 1 tháng vào sáng thứ 5 tuần thứ 2 và tuần thứ 4 hàng tháng. Nhóm được tập huấn kiến thức về điều trị methadone, ma túy bất hợp pháp, bệnh đồng nhiễm bởi các giảng viên trường Đại học Y Dược Hải phòng. Thành viên của nhóm là nòng cốt để tiếp cận tốt hơn với bệnh nhân đang điều trị tại cơ sở. Nhóm giúp phát hiện sớm những bệnh nhân có sử dụng ma túy bất hợp pháp, tìm hiểu nguyên nhân sử dụng ma túy, hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân tiếp cận tốt hơn với cán bộ y tế đặc biệt với mục đích điều chỉnh liều methadone điều trị cho phù hợp.
- Tờ rơi với các nội dung như: bản chất của nghiện ma túy là bệnh mạn tính, kỹ năng cần thiết để duy trì điều trị methadone, làm thế nào để có

liều methadone hiệu quả từ phía bệnh nhân. Tờ rơi được in và phát cho bệnh nhân bởi cán bộ y tế và đồng đảng viên, để tại phòng uống thuốc.

- Hỗ trợ tâm thân, tâm lý cho bệnh nhân: cán bộ y tế của trường đại học Y Dược Hải Phòng được đào tạo về y học nghiện hỗ trợ 1 ngày/tuần trong suốt quá trình can thiệp để sàng lọc tâm thân, hỗ trợ tâm lý tại chỗ và chuyển gửi bệnh nhân đến bệnh viện tâm thần khám và điều trị chuyên khoa với các trường hợp sàng lọc phát hiện bệnh nhân có vấn đề tâm thân. Với những bệnh nhân bỏ điều trị, sử dụng ma túy bất hợp pháp, cán bộ y tế hỗ trợ tâm lý, phỏng vấn tạo động lực để bệnh nhân lập kế hoạch và thực hiện thay đổi theo hướng tích cực. Trong quá trình can thiệp, cán bộ trường cùng cán bộ y tế tại cơ sở thực hiện can thiệp để đảm bảo cán bộ y tế tại cơ sở có thể thực hiện được khi hết thời gian can thiệp.

Sau 6 tháng đánh giá hiệu quả can thiệp bằng so sánh sau can thiệp với trước can thiệp và nhóm chứng.

** Chuẩn bị cho hoạt động can thiệp*

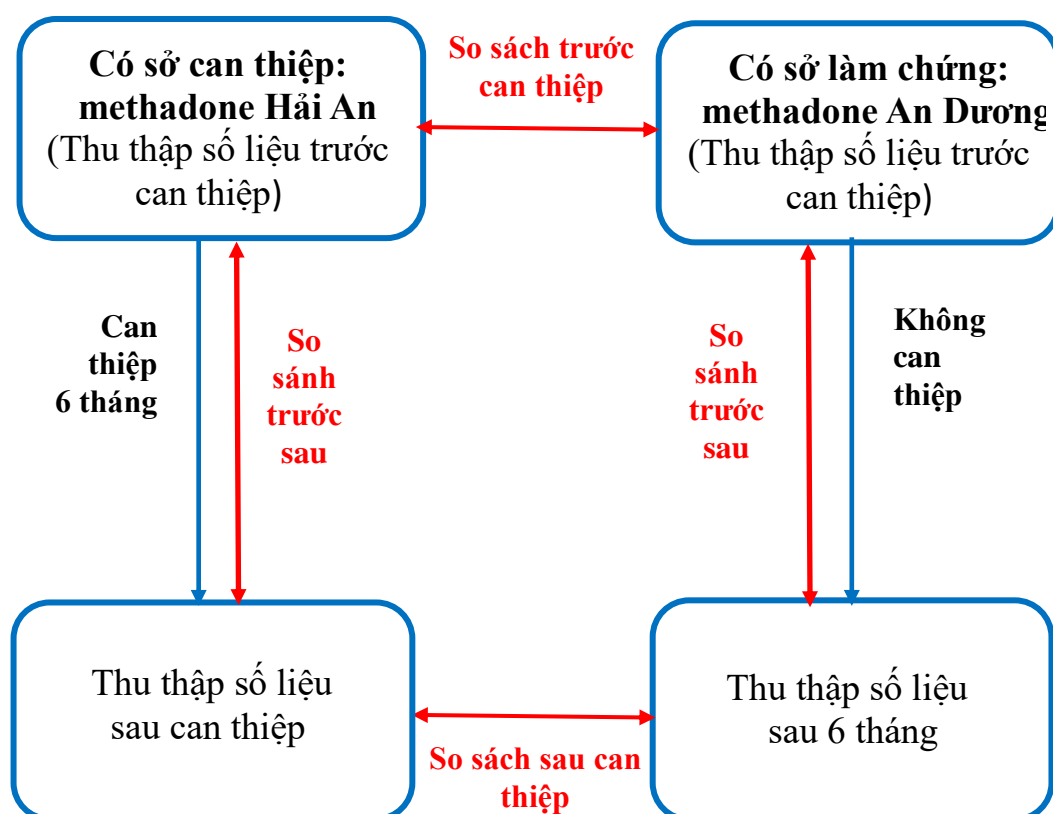
- Chuẩn bị nhân lực, phòng làm việc cho cán bộ hỗ trợ tâm lý làm việc tại cơ sở
- Chuẩn bị bài giảng, nội dung truyền thông, nội dung tờ rơi

** Thực hiện các hoạt động truyền thông*

- Truyền thông trực tiếp :
 - Cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế về điều trị methadone và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân, điều trị toàn diện.
 - Tư vấn cho bệnh nhân bỏ liều điều trị, xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin, sử dụng ma túy bất hợp pháp, có các vấn đề sức khỏe, tâm thân.

- Tổ chức các buổi giảng cho nhóm đồng đảng viên về điều trị methadone, điều trị bệnh kèm theo, kỹ năng đối phó với các yếu tố nguy cơ.
- Truyền thông gián tiếp: Phát tờ rơi cho bệnh nhân bởi cán bộ y tế và đồng đảng viên, tờ rơi được để tại phòng uống thuốc của cơ sở điều trị.
- Các buổi truyền thông được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu là giảng viên của trường Đại học Y Dược Hải Phòng, chuyên gia về nghiện chất và tâm thần của Pháp.

Hoạt động can thiệp nhằm cải thiện mối quan hệ của bệnh nhân với bệnh nhân, bệnh nhân với cán bộ y tế, giảm các yếu tố nguy cơ, qua đó tăng cường tuân thủ điều trị methadone và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.



Hình 2.2: Sơ đồ can thiệp so sánh trước sau có đối chứng

* *Các hoạt động can thiệp với mục đích :*

- Giảm tỷ lệ sử dụng ma túy bất hợp pháp
- Cải thiện sự hỗ trợ từ phía cán bộ y tế, đồng đẳng với bệnh nhân
- Tăng cường tuân thủ điều trị methadone cho bệnh nhân
- Giảm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bỏ điều trị của bệnh nhân
- Cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân
- Cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Bỏ điều trị: bệnh nhân không đến cơ sở điều trị uống thuốc methadone.
- Tiếp tục sử dụng heroin trong quá trình điều trị. Cả trường hợp bệnh và trường hợp chứng được hỏi về tình trạng sử dụng ma túy hiện có của họ.
- *Các biến liên quan khác:* các biến liên quan khác bao gồm: tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, mang thai, có con, sống với người sử dụng ma túy khác, cảm nhận dễ dàng tiếp cận với cơ sở điều trị, tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, thu nhập, thời gian sử dụng heroin, tần suất sử dụng ma túy, tiền sử nghiện đa chất, các nỗ lực cai nghiện trước đây, liều bắt đầu điều trị methadone, liều duy trì methadone, khoảng cách từ nhà và từ nơi làm việc đến cơ sở điều trị, tiền sử bị bắt, tình trạng nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C... Các biến này được thu thập từ hồ sơ bệnh án điều trị tại cơ sở và thông qua phỏng vấn. Một yếu tố khác mà chúng tôi cũng muốn tìm hiểu là mức hỗ trợ xã hội mà bệnh nhân nhận được.

Các biến mô tả lý do bỏ trị điều trị methadone:

- Những bệnh nhân bỏ trị được hỏi về lý do họ bỏ trị, trong đó bao gồm: do bị bắt (và lý do bị bắt), do tác dụng phụ của methadone, chuyển chỗ ở đi

nơi khác, phòng khám MMT xa nhà/xạ nơi làm việc (không thể đến uống thuốc hàng ngày); thời gian chờ đợi lâu từ khi đăng ký đến lúc điều trị, khó tiếp cận với các phòng khám, chán vì phải duy trì uống methadone quá lâu, cho rằng không còn phụ thuộc vào heroin, hoặc muốn bỏ không vì lý do cụ thể nào, ...

- Tình trạng sống sót hay tử vong của bệnh nhân cũng được xác định.

Các biến về chất lượng cuộc sống

- Khả năng vận động, tự chăm sóc, hoạt động thông thường, đau/khó chịu và lo lắng/trầm cảm là các biến để đánh giá chất lượng cuộc sống theo công cụ EU-3D5L

- 4 lĩnh vực: sức khỏe thực thể, sức khỏe tâm lý, xã hội và môi trường để đánh giá chất lượng cuộc sống theo WHOQOL - BREF

Các biến tiềm tàng và/hoặc các yếu tố nhiễu

- Các yếu tố tiềm tàng khác có thể có liên quan đến việc bệnh nhân bỏ trị cũng được khai thác, bao gồm như tình trạng nhiễm HIV, các vấn đề sức khỏe khác đòi hỏi phải được chăm sóc y tế (ví dụ như tai nạn, bệnh viêm gan, lao), mức độ hỗ trợ gia đình và xã hội. Những yếu tố này có thể có mối liên quan đến việc bệnh nhân tiếp tục sử dụng ma túy trong quá trình điều trị methadone, hoặc làm họ hạn chế tham gia vào các dịch vụ hỗ trợ có sẵn, hoặc tự kỳ thị... Những yếu tố này gián tiếp cản trở bệnh nhân tham gia các dịch vụ. Các biến này có thể có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc bỏ trị của bệnh nhân (do đó các biến này cũng là các biến tiên lượng thực sự của biến đầu ra). Ngược lại, những biến này cũng có thể có mối liên quan với mức độ và tần suất sử dụng ma túy trong quá trình điều trị, và như vậy có thể là biến trung gian của mối liên quan thực sự giữa việc dùng ma túy với biến đầu ra là bỏ trị.

- Các yếu tố dân số, xã hội học: như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, nghiện đa chất, có thể là yếu tố gây nhiễu hoặc là yếu tố nguy cơ thật liên quan đến bỏ trị. Những yếu tố này có thể tác động qua ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và hành vi của bệnh nhân về việc sử dụng ma túy và sự tuân thủ của họ đối với kế hoạch điều trị MMT sau khi đăng ký vào chương trình.

- Sự thay đổi về hành vi nguy cơ của người bệnh trong điều trị methadone

- Sự thay đổi về hành vi nguy cơ trong điều trị methadone của bệnh nhân trước và sau can thiệp. Hành vi nguy cơ bao gồm: sử dụng ma túy, có bạn sử dụng ma túy, xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin
- Sự thay đổi về tuân thủ điều trị ở các mức độ của bệnh nhân trước và sau can thiệp. Bao gồm: bỏ uống thuốc > 3 ngày và 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua.
- Sự thay đổi về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau can thiệp. Chất lượng cuộc sống đánh giá theo thang WHOQOL – BREF.
- Hiệu quả can thiệp đối với hành vi nguy cơ của bệnh nhân trong điều trị methadone
- Hiệu quả can thiệp với tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong điều trị mathadone
- Hiệu quả can thiệp với cải thiện chất lượng cuộc sống

- Hiệu quả kiểm soát tuân thủ điều trị ở bệnh nhân

- Sự thay đổi hành vi nguy cơ dẫn đến bỏ trị ở bệnh nhân tại cơ sở can thiệp và đối chứng

- Tỷ lệ không tuân thủ điều trị các mức độ tại cơ sở can thiệp và đối chứng
- Thay đổi mức độ bỏ trị của bệnh nhân ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng

2.2.4. Chỉ số nghiên cứu

Đánh giá mức độ bỏ điều trị methadone theo hướng dẫn điều trị nghiên cứu các chất dạng thuốc phiện bằng methadone của Bộ y tế Việt Nam [6].

- Bỏ trị > 3 ngày điều trị liên tục: bệnh nhân không đến uống methadone từ 4 ngày đến 30 ngày liên tục (gọi tắt là bỏ > 3 ngày liên tục).
- Bỏ > 5 ngày điều trị liên tục: bệnh nhân không đến uống methadone từ 6 ngày đến 30 ngày liên tục (gọi tắt là bỏ > 5 ngày liên tục).
- Bỏ hẳn điều trị: bệnh nhân không đến uống methadone > 30 ngày (gọi tắt là bỏ hẳn).
- Bỏ điều trị: là những bệnh nhân không đến uống methadone trên 5 ngày liên tục (bao gồm cả bỏ hẳn và bỏ trên 5 ngày liên tục).

2.3. Thu thập thông tin

2.3.1. Công cụ thu thập thông tin

- Công cụ phỏng vấn là bộ câu hỏi cấu trúc gồm 4 phần: Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (tuổi, thời gian tham gia điều trị, trình độ học vấn, việc làm, tình trạng hôn nhân), thông tin về các yếu tố nguy cơ (bỏ trị và lý do bỏ trị, sử dụng ma túy bất hợp pháp, phạm tội, mối quan hệ với người hiện đang sử dụng ma túy), thông tin về hỗ trợ bệnh nhân nhận được (đồng đẳng viên và cán bộ y tế), thông tin về chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu (sử dụng bộ công cụ WHOQOL – BREF và EU-3D5L).

+ WHOQOL - BREF là bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống gồm có 26 câu hỏi, là bộ rút gọn của bộ công cụ WHOQOL – 100 (với 100 câu hỏi). WHOQOL - BREF gồm 26 câu hỏi đo lường 4 lĩnh vực: thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường [137, 138].

+ EQ – 5D3L là công cụ đánh giá 5 khía cạnh: vận động, tự chăm sóc, hoạt động thông thường, đau/khó chịu và lo lắng/trầm cảm. Mỗi khía cạnh đánh giá 3 cấp độ: không có vấn đề, có một số vấn đề và có vấn đề ở mức độ cao nhất [65].

- Phiếu trích lục thông tin từ hồ sơ bệnh án: thời gian bắt đầu tham gia điều trị, liều methadone, tác dụng phụ, các bệnh kèm theo, số ngày bỏ uống thuốc, bệnh kèm theo, xét nghiệm nước tiểu...

2.3.2. Thu thập và kiểm tra số liệu

**** Với nghiên cứu mô tả:***

- Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án và ghi chép của cơ sở

**** Với nghiên cứu bệnh chứng***

- Nhóm nghiên cứu thường xuyên kiểm tra tại các cơ sở điều trị về tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Điều tra viên là giảng viên trường Đại học Y Dược Hải Phòng được đào tạo để có thể xác định ca bệnh, ca chứng, thu thập đúng thông tin qua phỏng vấn, trích lục hồ sơ bệnh án, và quản lý các bảng câu hỏi.
- Khi xác định ca bệnh và ca chứng vào nghiên cứu: mời ký đồng thuận tham gia nghiên cứu (phụ lục 01)
- Bệnh nhân thuộc nhóm bệnh và nhóm chứng được phỏng vấn thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi soạn sẵn (Phụ lục 02).

- Mẫu phiếu thu thập số liệu sẵn có trong bệnh án được sử dụng cho việc trích lục thông tin lâm sàng của bệnh nhân (Phụ lục 05).

***Với nghiên cứu can thiệp** chúng tôi sử dụng các công cụ đánh giá tại 2 thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp cho tất cả bệnh nhân tham gia điều trị để đánh giá hiệu quả của hoạt động can thiệp.

- Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời ký đồng thuận tham gia nghiên cứu (phụ lục 03).
- Bệnh nhân được phỏng vấn tại thời điểm trước và sau can thiệp bằng bộ câu hỏi được soạn sẵn (phụ lục 04).
- Mẫu phiếu thu thập thông tin số liệu sẵn có trong bệnh án được sử dụng cho việc trích lục thông tin lâm sàng của bệnh nhân (Phụ lục 05).

Phiếu hỏi được hoàn thiện ngay sau khi phỏng vấn để tránh sai sót thông tin của bệnh nhân.

Trước khi lấy số liệu, bộ công cụ được tiến hành thử nghiệm:

- Chuẩn hoá các bộ công cụ và bộ câu hỏi thông qua thảo luận nhóm định tính với một nhóm cán bộ y tế, tư vấn viên của các cơ sở điều trị methadone và đại diện bệnh nhân về bộ câu hỏi;
- Bộ câu hỏi được thử nghiệm thông qua phỏng vấn và thu thập thông tin thí điểm thực hiện trên 20 bệnh nhân được chọn từ 5 cơ sở điều trị (4 bệnh nhân/cơ sở), bộ công cụ được chỉnh sửa dựa trên thông tin phản hồi về tính khả thi, sự chấp nhận, và khả năng hiểu câu hỏi của đối tượng nghiên cứu.
- Tất cả các câu trả lời cho bộ câu hỏi và số liệu thu thập được từ mẫu bệnh án được kiểm tra lại, làm sạch trước khi nhập dữ liệu.

2.3.3. Quản lý số liệu

- Mọi thông tin, dữ liệu định danh đối tượng nghiên cứu được mã hóa bằng các mã bệnh nhân từ khi bắt đầu tham gia nghiên cứu. Các mã này được sử dụng cố định trong tiến trình nghiên cứu, kể cả trong việc phỏng vấn, thu thập bệnh án và xử lý số liệu. Khi tiến hành phân tích số liệu, tất cả các thông tin nhận diện cá nhân được tách riêng.
- Số liệu được nhập, làm sạch và quản lý trong vào Microsoft Access 2003. Sau đó số liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Phương pháp tính tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình được sử dụng cho câu phân mô tả.
- Giá trị p ở ngưỡng $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Xác định các yếu tố nguy cơ qua phân tích hồi quy logistic đơn biến, những yếu tố có $p < 0,2$ được đưa vào mô hình phân tích logistic đa biến để xác định yếu tố nguy cơ độc lập.
- Kiểm định Khi – bình phương, Fisher để kiểm tra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. T-test để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 trung bình.
- Đối với phân tích chất lượng cuộc sống, các câu phân chất lượng cuộc sống được cho điểm, điểm trung bình của các câu phân (domain) được tính toán dựa trên hướng dẫn sử dụng công cụ WHOQOL-BREF. Điểm trung bình được ước tính cho sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, sức khỏe môi trường và sức khỏe xã hội [138],
- Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) đối với nhóm can thiệp bằng công thức:

$$CSHQ = \frac{|P_2 - P_1|}{P_1}$$

CSHQ: Chỉ số hiệu quả được tính bằng tỷ lệ %

P_1 : Tỷ lệ tại thời điểm bắt đầu can thiệp

P_2 : Tỷ lệ tại thời điểm sau can thiệp

- Tính hiệu quả can thiệp (HQCT) bằng công thức:

$$HQCT = (CSHQ_{CT} - CSHQ_{NC})$$

$CSHQ_{CT}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

$CSHQ_{NC}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng

- Số liệu được trình bày dưới dạng các bảng và hình biểu thị tần số, giá trị trung bình, tỷ lệ và độ lệch chuẩn của các giá trị đó.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương trường đại học Y Dược Hải Phòng và được thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo các cơ sở điều trị methadone thực hiện nghiên cứu.

Đối với nghiên cứu mô tả cắt ngang: Thông tin trích lục từ hồ sơ bệnh án được sự đồng ý của lãnh đạo các cơ sở điều trị methadone. Thông tin được thu thập không gắn với thông tin nhận diện bệnh nhân.

Đối với nghiên cứu mô tả cắt ngang và bệnh chứng: Trong trường hợp bệnh nhân bỏ trị vào năm thứ 3 hoặc trường hợp ca chứng không bỏ trị, nhóm nghiên cứu liên lạc với bệnh nhân để mời họ tham gia phỏng vấn và khai thác bệnh án lâm sàng. Bệnh nhân được xin đồng thuận về việc họ có sẵn lòng tham gia khi được chọn vào phỏng vấn với vai trò là ca bệnh hay chứng. Nếu bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, buổi phỏng vấn được diễn ra tại một địa điểm riêng tư và thuận lợi cho bệnh nhân.

Đối với nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng: Tất cả bệnh nhân điều trị methadone tại 2 cơ sở can thiệp và đối chứng đều được giải thích về nghiên cứu, đồng ý ký vào bản đồng thuận sau khi hiểu rõ mục đích của nghiên cứu. Bệnh nhân ký đồng thuận tham gia nghiên cứu, đồng nghĩa với việc họ đồng ý tham gia phỏng vấn, khai thác hồ sơ điều trị ở 2 thời điểm đánh giá trước và sau can thiệp.

Các đối tượng có thể không trả lời những câu hỏi khiến họ không thoải mái hoặc họ không muốn trả lời.

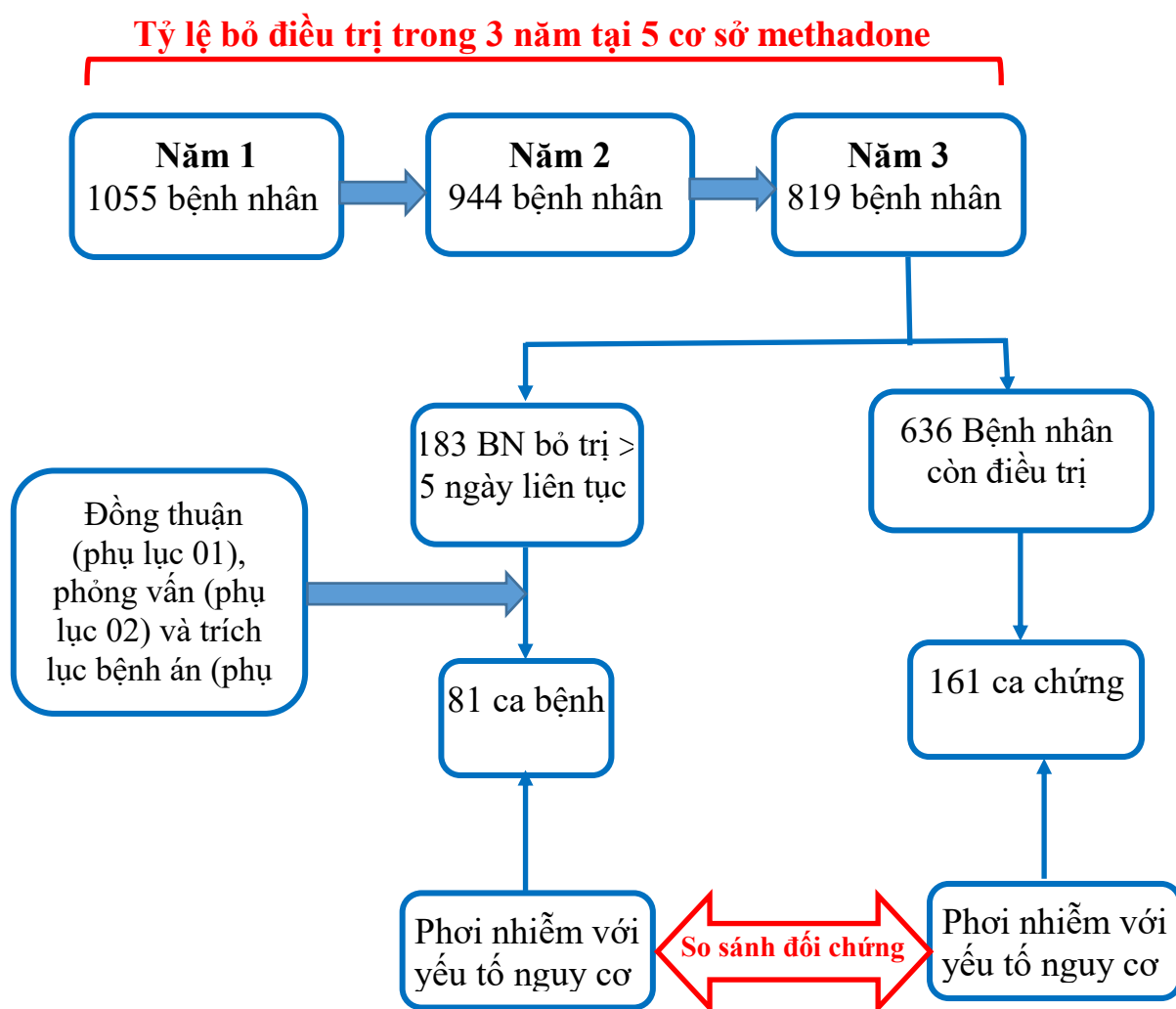
Việc đối tượng từ chối không tham gia vào nghiên cứu dù là trường hợp bệnh hay chứng trong giai đoạn nghiên cứu bệnh chứng hay giai đoạn can thiệp đều không bị ảnh hưởng đến việc tham gia điều trị methadone cũng như chăm sóc của họ tại cơ sở điều trị.

Tất cả các thông tin thu thập qua phỏng vấn và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được giữ bí mật. Các thông tin này chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không tiết lộ cho bất kỳ ai kể cả với các nhân viên y tế của cơ sở điều trị methadone.

Chương 3 : KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng

3.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm



Hình 3.1: Kết quả thu thập số liệu nghiên cứu theo dấu kết hợp bệnh chứng

Nhận xét: Chúng tôi phỏng vấn 81/183 bệnh nhân bỏ uống methadone trên 5 ngày liên tục trong năm thứ 3. Có 28/81 bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị.

Bảng 3.1: Tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong ba năm tại Hải Phòng (2012-2014)

Phòng khám	0-12 tháng			13-24 tháng			25-36 tháng			Bỏ hẳn trong 3 năm
	Số lượng đầu kì (N)	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	Số lượng đầu kì (N)	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	Số lượng đầu kì (N)	Bỏ > 5 ngày liên tục n (%)	Bỏ hẳn n (%)	
An Dương	244	13 (5,3)	15 (6,2)	229	8 (3,5)	30 (13,1)	198	20 (10,1)	33 (16,7)	79 (32,4)
An Lão	184	1 (0,5)	32 (17,4)	152	2 (1,3)	24 (15,8)	128	7 (5,5)	25 (19,5)	81 (44,0)
Hải An	207	11 (5,3)	27 (13,0)	180	4 (2,2)	29 (16,1)	151	15 (9,9)	21 (13,9)	77 (37,2)
Hồng Bàng	167	1 (0,6)	11 (6,6)	156	5 (3,2)	12 (7,7)	144	11 (7,6)	15 (10,4)	38 (22,8)
Kiến An	253	6 (2,4)	26 (10,3)	227	13 (5,7)	29 (12,8)	198	15 (7,6)	21 (10,6)	76 (30,0)
Tổng	1.055	32 (3,0)	111 (10,5)	944	32 (3,4)	124 (13,1)	819	68 (8,3)	115 (14,0)	351 (33,3)

Nhận xét: Trong 3 năm đầu tham gia điều trị, có 143/1055 bệnh nhân (13,5%) trong năm thứ nhất, có 156/944 (16,5%) bệnh nhân trong năm thứ 2 và 183/819 (22,3%) bệnh nhân trong năm thứ 3 bỏ uống methadone trên 5 ngày liên tục. Trong số bỏ trị năm thứ nhất, 111/143 người (77,6%) bỏ hẳn và 32 người quay lại tiếp tục điều trị. Trong số bỏ trị năm thứ hai, 124/156 (80,1%) bỏ hẳn và 32 người quay lại tiếp tục điều trị. Trong năm thứ 3, có 115/183 (62,8%) người không quay lại điều trị.

Bảng 3.2: Nguyên nhân bỏ điều trị methadone, số liệu theo hồ sơ phòng khám (2012-2014)

Nguyên nhân	0-12 tháng (n=143)		13-24 tháng (n=156)		25-36 tháng (n=183)	
	Bỏ hẳn n = 111; n (%)	Bỏ > 5 ngày liên tục, n = 32; n (%)	Bỏ hẳn n = 124; n (%)	Bỏ >5 ngày liên tục, n = 32; n (%)	Bỏ hẳn n = 115; n (%)	Bỏ >5 ngày liên tục, n = 68; n (%)
Chết	21 (18.9)	0	9 (7.3)	0	7 (6.1)	0
Bị bắt	26 (23.4)	0	38 (30.6)	0	20 (17.4)	3 (4.4)
Chuyển phòng khám	11 (9.9)	0	7 (5.6)	0	7 (6.1)	0
Không rõ nguyên nhân	41 (36.9)	27 (84.4)	59 (47.6)	25 (78.1)	38 (33.0)	15 (22.1)
Không ghi lý do	12 (10,8)	5 (15,6)	20 (16,1)	7 (21,9)	43 (37,4)	50 (73,5)

Nhận xét: Hầu hết các phòng khám không ghi lý do không tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án. Tỷ lệ không biết nguyên nhân không tuân thủ điều trị là 47,7% trong năm đầu, 63,7% trong năm hai và 70,4% trong năm thứ 3. Còn lại, phần lớn lý do là bị bắt và tử vong. Tỷ lệ bệnh nhân chết cao nhất trong năm đầu tiên và giảm dần vào những năm tiếp theo.

3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone

3.1.2.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu bệnh chứng

Bảng 3.3: Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu (n=242)

Đặc điểm	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Giới tính					
Nam	27 (96,4)	52 (98,1)	79 (97,5)	158 (98,1)	0,837*
Nữ	1 (3,6)	1 (1,9)	2 (2,5)	3 (1,9)	
Nhóm tuổi					
24 - 30	5 (17,9)	6 (11,3)	11 (13,6)	20 (12,4)	0,636
31 - 40	17 (60,7)	27 (50,9)	44 (54,3)	85 (52,8)	
41 - 50	6 (21,4)	14 (26,4)	20 (24,7)	43 (26,7)	
51 - 59	-	6 (11,3)	6 (7,4)	13 (8,1)	
<i>Tuổi trung bình</i>	36,7 ± 5,5	39,6 ± 7,4	38,6 ± 6,9	38,4 ± 7,0	0,852
Trình độ học vấn					
Tiểu học	2 (7,1)	3 (5,7)	5 (6,2)	15 (9,3)	0,177*
Trung học cơ sở	18 (64,3)	20 (37,7)	38 (46,9)	67 (41,6)	
THPT	6 (21,4)	28 (52,8)	34 (42,0)	73 (45,3)	
Cao đẳng/đại học	2 (7,1)	2 (3,8)	4 (4,9)	6 (3,7)	
Hôn nhân					
Độc thân	7 (25,0)	10 (18,9)	17 (21,0)	56 (34,8)	0,126
Đang có vợ/chồng	17 (60,7)	37 (69,8)	54 (66,7)	80 (49,7)	
Ly hôn/ly thân	4 (14,3)	6 (11,3)	10 (12,3)	25 (15,5)	

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét : Phân bố về giới, tuổi, trình độ học vấn, hôn nhân của hai nhóm có sự tương đồng, với trung bình tuổi của nhóm bệnh là 38,6 tuổi và nhóm chứng là 38,4 tuổi. Đa số bệnh nhân là nam giới (97,5% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 98,1% bệnh nhân nhóm chứng). Trình độ học vấn cũng không khác biệt nhiều giữa hai nhóm, đa số học hết tiểu học (93,8% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 90,7% bệnh nhân nhóm chứng); khoảng một nửa đã hoàn thành trung học phổ thông (46,9% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 49,0% bệnh nhân nhóm chứng). Tất cả những khác biệt trên giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Đặc điểm gia đình của đối tượng nghiên cứu (n=242)

Đặc điểm	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n(%) (2)	p _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28;	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53;	Chung n = 81 (1)		
Tình trạng sống cùng gia đình					
Có	26 (92,9)	51 (96,2)	77 (95,1)	153 (95,0)	0,807*
Không	2 (7,1)	2 (3,8)	4 (4,9)	8 (5,0)	
Tình trạng có con					
Có	22 (78,6)	41 (77,4)	63 (77,8)	94 (58,4)	0,012
Không	6 (21,4)	12 (22,6)	18 (22,2)	67 (41,6)	

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét : Trên 90% bệnh nhân (95,1% nhóm bỏ trị và 95% nhóm chứng) hiện đang sống cùng gia đình với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có 77,8% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 58,4% bệnh nhân nhóm chứng có con, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5: Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng nghề nghiệp	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n(%) (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28;	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53;	Chung n = 81; (1)		
Thất nghiệp	12 (42,9)	23 (43,4)	35 (43,2)	62 (38,5)	0,039*
Công nhân	12 (42,9)	21 (39,6)	33 (40,7)	83 (51,6)	
Nội trợ	3 (10,7)	1 (1,9)	4 (4,9)	9 (5,6)	
Lao động tự do	1 (3,6)	7 (13,2)	8 (9,9)	3 (1,9)	
Nông dân	0	1 (1,9)	1 (1,2)	4 (2,5)	

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét: Khoảng 40% bệnh nhân (43,2% nhóm bỏ trị và 38,5% nhóm chứng) thất nghiệp. Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân (40,7% nhóm bỏ trị và 51,6% nhóm chứng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6: Tiền sử phạm pháp của đối tượng nghiên cứu

Hoạt động phi pháp	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n(%) (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Không	27 (96,4)	48 (90,6)	75 (92,6)	147 (91,3)	0,731
Có	1 (3,6)	5 (9,4)	6 (7,4)	14 (8,7)	

Nhận xét : Dưới 10% bệnh nhân (7,4% nhóm bỏ trị và 8,7% nhóm chứng) đã từng có hoạt động phi pháp. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Các hoạt động phi pháp mà bệnh nhân đã từng làm là ăn cắp, căn cướp, buôn bán ma túy, buôn lậu....

Bảng 3.7: Tiền sử sử dụng ma túy trước điều trị methadone của ĐTNC

Tiền sử sử dụng ma túy trước điều trị methadone		Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)
		Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)	
Tuổi sử dụng lần đầu tiên $p_{1,2} = 0,289^*$	≤ 20	8 (28,6)	13 (24,5)	21 (25,9)	58 (36,0)
	21 - 30	15 (53,6)	25 (47,2)	40 (49,4)	80 (49,7)
	31 - 40	5 (17,9)	14 (25,4)	19 (23,5)	20 (12,4)
	≥ 41	-	1 (1,9)	1 (1,2)	3 (1,9)
	$\bar{X} \pm SD$	24,0 ± 5,5	26,4 ± 8,0	25,6 ± 7,3	23,6 ± 6,7
Thời gian sử dụng (năm) $p_{1,2} = 0,058^*$	≤ 10	15 (53,6)	28 (52,8)	43 (53,1)	55 (34,2)
	11 - 20	11 (39,9)	24 (45,3)	35 (43,2)	96 (59,6)
	≥ 21	2 (7,1)	1 (1,9)	3 (3,7)	10 (6,10)
	$\bar{X} \pm SD$	9,7 ± 5,4	10,3 ± 4,6	10,1 ± 4,8	11,9 ± 4,9
Số lần/ngày $p_{1,2} = 0,898$	$\bar{X} \pm SD$	2,86 ± 0,89	2,74 ± 0,65	2,78 ± 0,74	2,79 ± 1,09
Tiêm chích $p_{1,2} = 0,394$	Có	20 (71,4)	34 (64,2)	54 (66,7)	119 (73,9)
	Không	8 (28,6)	19 (35,8)	27 (33,3)	42 (26,1)

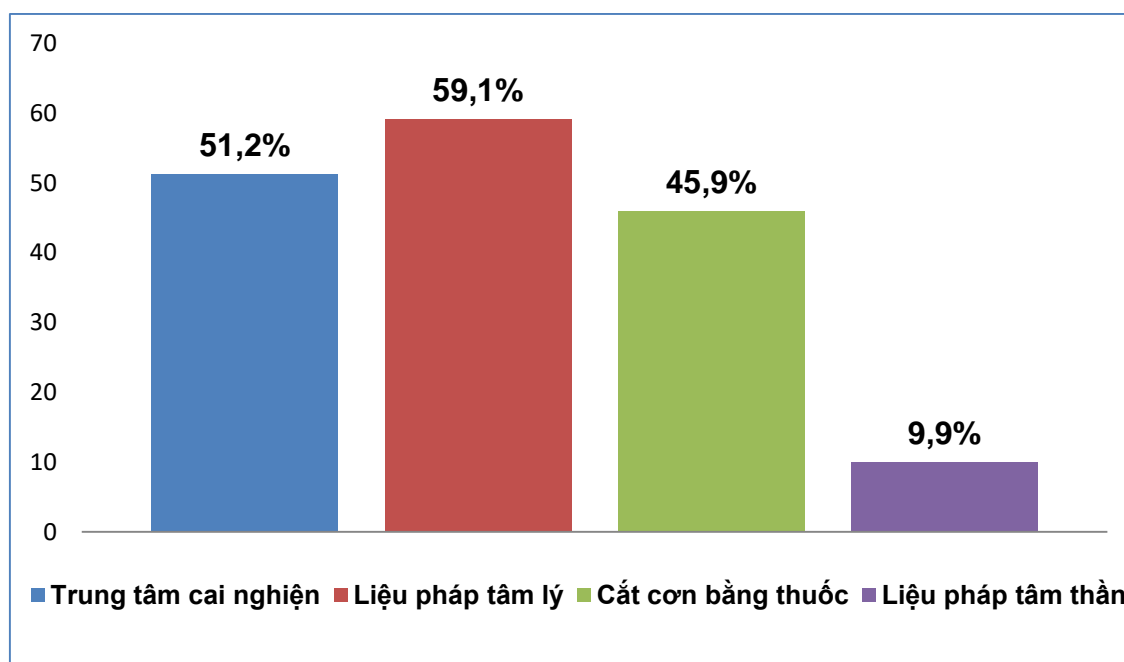
(*) : Test Fisher exact

Nhận xét : Khoảng 30% bệnh nhân sử dụng ma túy lần đầu khi dưới 20 tuổi. Tuổi trung bình sử dụng ma túy lần đầu của nhóm bỏ trị và nhóm chứng lần lượt là 25,6 và 23,6 tuổi. Số năm sử dụng ma túy trung bình khoảng 10 năm. Có 66,7% nhóm bỏ trị và 73,9% nhóm chứng tiêm TCMT. Sự khác biệt ở hai nhóm về các đặc điểm trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8: Tiền sử đã từng cai nghiện ma túy của ĐTNC

Tiền sử cai nghiện	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Chưa từng cai	3 (10,7)	12 (22,6)	15 (18,5)	13 (8,1)	0,016
Đã từng cai	25 (89,3)	41 (77,4)	66 (81,5)	148 (91,9)	

Nhận xét : Có 81,5% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 91,9% bệnh nhân nhóm chứng đã từng cai nghiện ma túy trước khi tham gia điều trị methadone. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



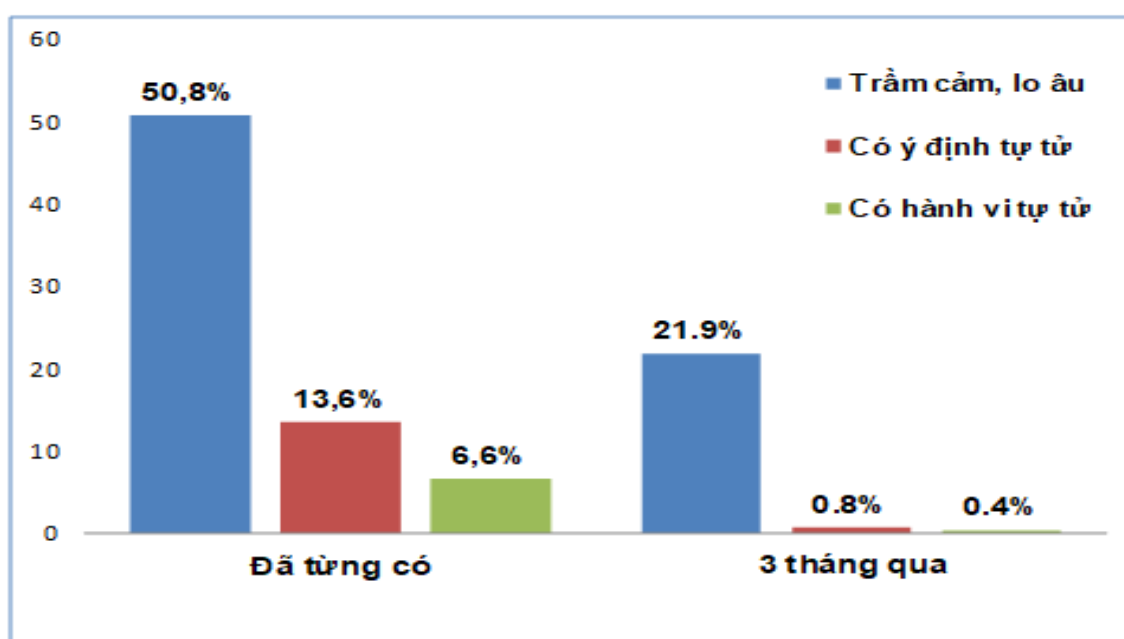
Hình 3.2: Tỷ lệ các hình thức cai nghiện trước khi điều trị methadone

Nhận xét : Bệnh nhân đã từng cai nghiện tập trung tại các trung tâm (51,2%), liệu pháp tâm lý (59,1%), cai nghiện có hỗ trợ của thuốc cắt cơn tại cộng đồng (45,9%), liệu pháp tâm thần (9,9%).

Bảng 3.9: Phân bố triệu chứng tâm thần của ĐTNC

Triệu chứng tâm thần		Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	p _{1,2}
		Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Từ trước đến nay	Có	13 (46,4)	38 (71,7)	51 (63,0)	78 (48,4)	0,01
	Không	15 (53,6)	15 (28,3)	30 (37,0)	83 (51,6)	
3 tháng qua	Có	6 (21,4)	20 (37,7)	26 (32,1)	27 (16,8)	0,006
	Không	22 (78,6)	33 (62,3)	55 (67,9)	134 (83,2)	

Nhận xét : Có 63% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 48,4% bệnh nhân nhóm chứng đã từng có triệu chứng tâm thần. Có 32,1% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 16,8% bệnh nhân nhóm chứng có biểu hiện về tâm thần trong 3 tháng qua. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



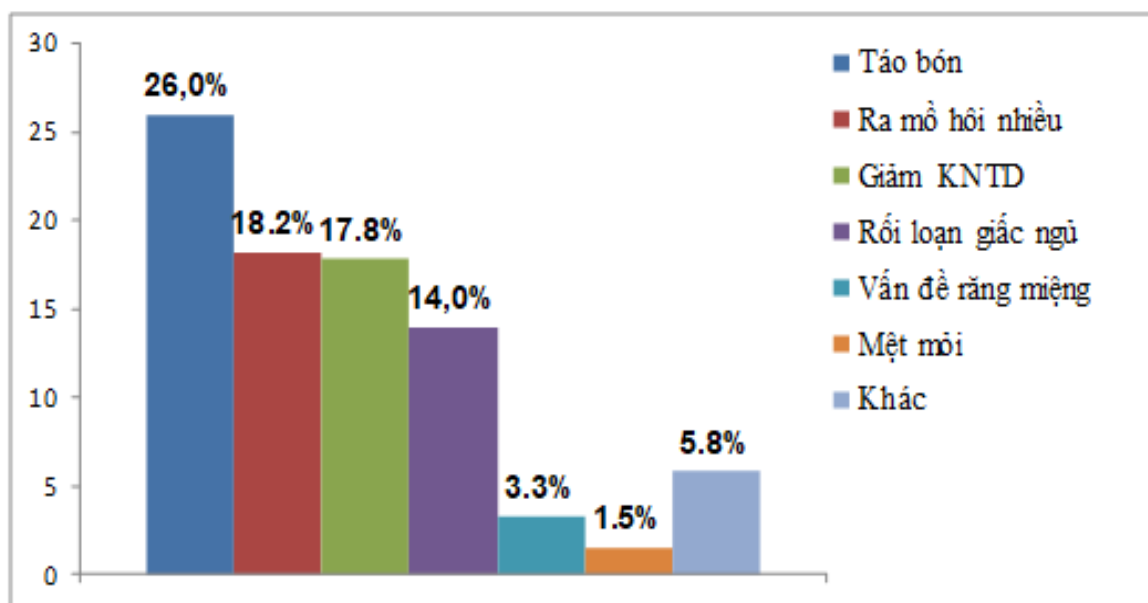
Hình 3.3: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có các triệu chứng tâm thần

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm, lo âu (đã từng có là 50,8% và trong 3 tháng qua là 21,9%) gặp với tần xuất cao nhất, sau đó là có ý định tự tử và đã thực hiện hành vi tự tử.

Bảng 3.10: Phân bố liều methadone đang điều trị của ĐTNC

Liều methadone đang điều trị (mg)	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	p _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
5 - 59 mg	10 (35,7)	34 (64,2)	44 (54,3)	43 (26,7)	0,000
60 – 119 mg	11 (39,3)	14 (26,4)	25 (30,9)	62 (38,5)	
120 – 380 mg	7 (25,0)	5 (9,4)	12 (14,8)	56 (34,8)	
$\bar{X} \pm SD$ (mg)	78,0 ± 43,8	57,1 ± 43,6	64,3 ± 44,5	111,7 ± 78,8	0,000
Liều thấp nhất	10	10	10	5	
Liều cao nhất	175	210	175	380	

Nhận xét : Tỷ lệ bệnh nhân điều trị với liều methadone dưới 120mg/ngày khác nhau ở hai nhóm (85,1% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 65,2% bệnh nhân nhóm chứng). Liều điều trị trung bình ở nhóm bỏ trị và nhóm chứng lần lượt là 64,3 ± 44,5mg và 111,7 ± 78,8mg. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Liều điều trị methadone thấp nhất là 5mg và cao nhất là 380mg.



Hình 3.4: Tỷ lệ bệnh nhân hiện tại có tác dụng phụ của methadone (n=242)
 Nhận xét : Trong 242 bệnh nhân nhóm bệnh và nhóm chứng, bệnh nhân có tác dụng phụ như táo bón (26,0%), ra mồ hôi nhiều (18,2%), giảm khả năng tình dục (17,8%), rối loạn giấc ngủ (14,0%).

Bảng 3.11: Phân bố tỷ lệ sử dụng ma túy trong tháng qua của ĐTNC

Sử dụng ma túy trong tháng qua		Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%)	p _{1,2}
		Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Sử dụng heroin	Có	11 (39,3)	17 (32,1)	28 (34,6)	9 (5,6)	0,000
	Không	17 (60,7)	36 (67,9)	53 (65,4)	152 (94,4)	
Sử dụng ma túy khác	Có	-	3 (5,7)	3 (3,7)	13 (8,1)	0,197
	Không	28 (100)	50 (94,3)	78 (96,3)	148 (91,9)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sử dụng heroin trong tháng qua giữa nhóm bỏ trị và nhóm chứng

Bảng 3.12: Phân bố sử dụng rượu và có bạn sử dụng ma túy của ĐTNC

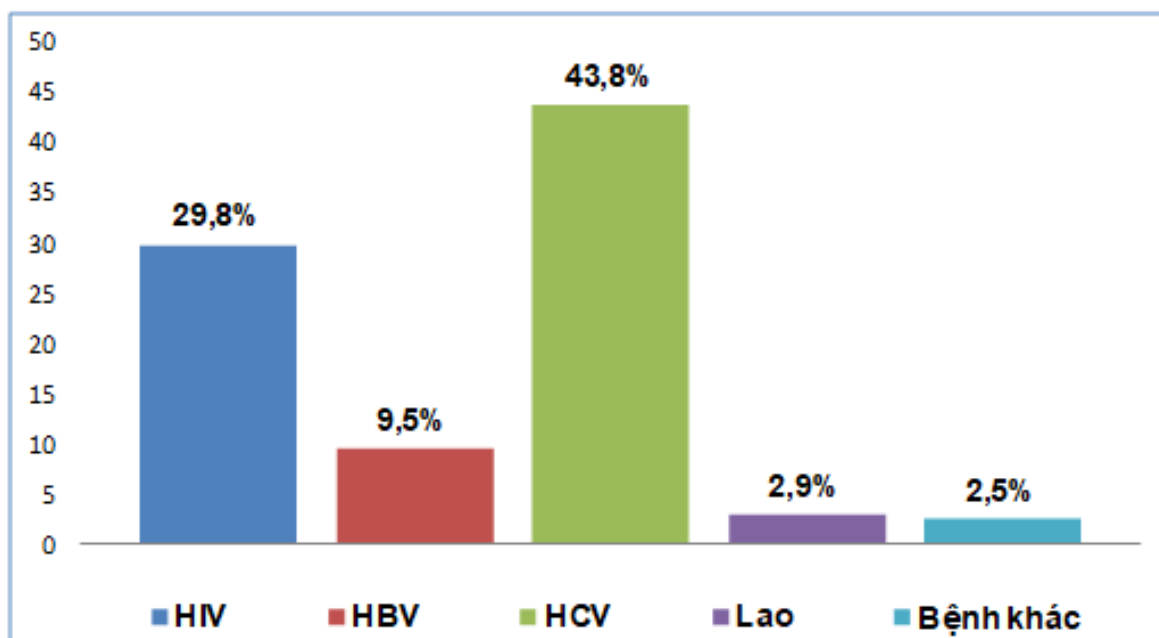
Trong điều trị methadone		Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	p _{1,2}
		Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
Sử dụng rượu trong 3 tháng qua	Có	21 (75,0)	34 (64,2)	55 (67,9)	101 (62,7)	0,428
	Không	7 (25,0)	19 (35,8)	26 (32,1)	60 (37,3)	
Có bạn sử dụng ma túy	Có	13 (46,4)	28 (52,8)	41 (50,6)	97 (60,2)	0,153
	Không	15 (53,6)	25 (47,2)	40 (49,4)	64 (39,8)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sử dụng rượu trong 3 tháng qua và có bạn sử dụng ma túy giữa nhóm bỏ trị và nhóm chứng.

Bảng 3.13: Phân bố mắc các bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử mắc bệnh		Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	p _{1,2}
		Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n = 81 (1)		
HIV/AIDS	Có	5 (17,9)	8 (15,1)	13 (16,0)	59 (36,6)	0,01
	Không	23 (82,1)	45 (84,9)	68 (84,0)	102 (63,4)	
Viêm gan B	Có	4 (14,3)	5 (9,4)	9 (11,1)	14 (8,7)	0,545
	Không	24 (85,7)	48 (90,6)	72 (88,9)	147 (91,3)	
Viêm gan C	Có	8 (28,6)	25 (47,2)	33 (40,7)	73 (45,3)	0,496
	Không	20 (71,4)	28 (52,8)	48 (59,3)	88 (54,7)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm HIV giữa nhóm bỏ trị và nhóm chứng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm viêm gan B, viêm gan C giữa nhóm bệnh và nhóm chứng



Hình 3.5: Phân bố tỷ lệ ĐTNC mắc một số bệnh mạn tính

Nhận xét : Có 43,8% BN có HCV (+), tiếp đó là HIV (29,8%), HBV (9,5%).

Bảng 3.14. Điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC theo WHOQOL-BREF

Chất lượng cuộc sống	Nhóm bệnh			Nhóm chứng n = 161 (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n=81 (1)		
Thể chất	71,3 ± 16,9	71,2 ± 18,4	71,2 ± 17,8	76,7 ± 16,7	0,02
Tâm lý	65,1 ± 20,8	65,4 ± 15,9	65,3 ± 17,6	69,4 ± 13,6	0,066
Xã hội	51,0 ± 19,6	52,5 ± 15,7	52,4 ± 17,0	55,2 ± 18,4	0,256
Môi trường	55,5 ± 17,5	62,7 ± 15,1	60,2 ± 16,2	65,8 ± 15,7	0,01

Nhận xét : Đánh giá chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo WHOQOL-BREF cho thấy chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất và thấp nhất là khía cạnh tâm lý ở cả nhóm bỏ trị và nhóm chứng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về điểm chất lượng cuộc sống ở khía cạnh thể chất và môi trường ($p < 0,05$). Với khía cạnh tâm lý và xã hội, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Bảng 3.15: Đánh giá chung về điểm CLCS của ĐTNC theo WHOQOL-BREF

Chất lượng cuộc sống	Nhóm bệnh			Nhóm chứng n = 161 (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n=81 (1)		
Chất lượng cuộc sống	2,93 ± 0,6	3,2 ± 0,5	3,09 ± 0,6	3,40 ± 0,73	0,001
Sức khỏe	3,21 ± 0,7	3,36 ± 0,9	3,31 ± 0,89	3,39 ± 0,86	0,484
CLCS + sức khỏe	6,14 ± 1,1	6,53 ± 1,3	6,39 ± 1,24	6,79 ± 1,4	0,031

Nhận xét : Đánh giá chung về điểm chất lượng cuộc sống, sức khỏe và chung của 2 yếu tố này với điểm đánh giá trong khoảng từ 1—5 điểm cho mỗi yếu tố cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về chất lượng cuộc sống và khi gộp cả hai khía cạnh chất lượng cuộc sống và sức khỏe ($p < 0,01$). Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh (nhóm bỏ trị) là 3,09 ± 0,6 và nhóm chứng (tuân thủ điều trị) là 3,40 ± 0,73 (điểm cao nhất là 5 điểm).

Bảng 3.16: Tỷ lệ ĐTNC có vấn đề về chất lượng cuộc sống theo EQ – 5D3L

Chất lượng cuộc sống	Nhóm bệnh			Nhóm chứng n = 161 (2)	P1,2
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n=81 (1)		
Sự đi lại	1 (3,6)	2 (3,8)	3 (3,7)	3 (1,9)	0,405*
Tự chăm sóc	1 (3,6)	1 (1,9)	2 (2,5)	3 (1,9)	0,999*
Sinh hoạt hàng ngày	1 (3,6)	2 (3,8)	3 (3,7)	3 (1,9)	0,405*
Đau/khó chịu	7 (25,0)	12 (22,6)	19 (23,5)	18 (11,2)	0,012
Lo lắng/trầm buồn	8 (28,6)	17 (32,1)	25 (30,9)	30 (18,6)	0,032

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét : Đánh giá CLCS của ĐTNC theo thang đo EQ – 5D3L với thang điểm từ 1-5 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khía cạnh lo lắng, đau/ khó chịu giữa nhóm bỏ trị và nhóm chứng ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ở các khía cạnh khả năng đi lại, tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày.

Bảng 3.17: Số ngày bỏ trị trung bình của ĐTNC trong 3 tháng qua

Số ngày bỏ trị	Nhóm bệnh n (%)			Nhóm chứng n = 161; n (%) (2)	P _{1,2}
	Bỏ hẳn n = 28	Bỏ > 5 ngày liên tục n = 53	Chung n=81 (1)		
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	5,8 ± 6,4	7,15 ± 7,1	6,68 ± 6,9	0,8 ± 2,3	0,000
Nhiều nhất	27	27	27	15	

Nhận xét : Số ngày bỏ trị trung bình trong 3 tháng qua của nhóm bệnh nhân bỏ trị là 6,68 ngày và nhóm chứng là 0,8 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.18: Phân bố mức độ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân bỏ điều trị (N=81)

Bỏ điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bỏ 6 – 30 ngày	53	65,4
Bỏ điều trị > 30 ngày	28	34,6
Tổng	81	100

Nhận xét : Trong số 81 bệnh nhân bỏ trị, có 53 bệnh nhân (65,4%) bỏ uống thuốc từ 6 ngày đến 30 ngày và 28 bệnh nhân (34,6%) bỏ hẳn điều trị (ra khỏi chương trình điều trị methadone).

Bảng 3.19: Nguyên nhân bỏ điều trị methadone (n=81)

Nguyên nhân	Bỏ hẳn n = 28; n(%)	Bỏ > 5 ngày liên tục, n = 53; n(%)	Chung n = 81; n(%)
Tôi không còn phụ thuộc vào heroin nữa	12 (42,9)	7 (13,2)	19 (23,5)
MMT không phù hợp với thời gian đi làm	4 (14,3)	12 (22,6)	17 (21,0)
Có vấn đề về sức khỏe và không thể đến phòng khám được	1 (3,6)	12 (22,6)	13 (16,0)
Không đủ khả năng chi trả phí	6 (21,4)	6 (11,3)	12 (14,8)
Muốn từ bỏ methadone	0	4 (7,5)	4 (4,9)
Xung đột gia đình	1 (3,6)	3 (5,7)	4 (4,9)
Cần đi xa khỏi Hải Phòng	-	3 (5,7)	3 (3,7)
Bị bắt	-	3 (5,7)	3 (3,7)
Tác dụng phụ của methadone	1 (3,6)	1 (1,9)	2 (2,5)
Không còn động lực, methadone duy trì quá lâu	1 (3,6)	1 (1,9)	2 (2,5)
Sinh con/ nghỉ thai sản	-	1 (1,9)	1 (1,2)
Chuyển đi nơi khác	1 (3,6)	-	1 (1,2)
Không có lí do gì	1 (3,6)	-	1 (1,2)

Nhận xét : Lý do bỏ điều trị của nhóm bỏ trị cho rằng bản thân mình không còn phụ thuộc vào heroin nữa chiếm tỷ lệ cao nhất (23,5%), tiếp đó là thời gian uống methadone tại các cơ sở không phù hợp với thời gian đi làm (21,0%), bệnh nhân có vấn đề sức khỏe cần đi khám, điều trị hoặc không đến cơ sở điều trị để uống methadone được (16,0%), bệnh nhân không đủ khả năng chi trả chi phí điều trị methadone (14,8%), muốn cai methadone...

3.1.2.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone

Bảng 3.20: Liên quan giữa giới tính với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Giới tính	Có	Không	OR 95%CI	p
Nam	79 (97,5)	158 (98,1)	0,75 0,12 – 4,58	0,755
Nữ	2 (2,5)	3 (1,9)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

* test Fisher exact

Nhận xét : Có 79/81 bệnh nhân bỏ điều trị là nam giới (97,5%) trong khi tỷ lệ này ở nữ là 2/81 (2,5%). Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.21: Liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Nhóm tuổi	Có	Không	OR 95% CI	p
41-59	26 (32,1)	56 (34,8)	0,89 0,50– 1,56	0,677
24-40	55 (67,9)	105 (65,2)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị ở 24-40 tuổi và 40-59 tuổi là 67,9% và 32,1%. Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi của bệnh nhân với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.22: Liên quan giữa trình độ học vấn với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Học vấn	Có	Không	OR 95% CI	p
	THPT trở lên	38 (46,9)	79 (49,1)	
THCS	43 (53,1)	82 (50,9)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân đã hoàn thành THPT là 46,9%. Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn hoàn thành với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.23: Liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Nghề nghiệp	Có	Không	OR 95% CI	p
	Thất nghiệp	35 (43,2)	62 (38,5)	
Có công việc	46 (56,8)	99 (61,5)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân thất nghiệp là 43,2%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.24: Liên quan giữa tình trạng có con với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Có con	Tình trạng bỏ điều trị		OR 95%CI	p
	Có	Không		
Có	63 (77,8)	94 (58,4)	2,49 1,36 – 4,59	0,003
Không	18 (22,2)	67 (41,6)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có con là 77,8%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng có con với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,01$).

Bảng 3.25: Liên quan giữa nhớ uống thuốc 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Ngày nhớ uống methadone	Tình trạng bỏ điều trị		OR 95%CI	p
	Có	Không		
Trên 3 ngày	45 (55,6)	11 (6,8)	25,2 (11,2 – 56,6)	<0,001
1 – 3 ngày	16 (19,8)	27 (16,8)	3,64 (1,67 – 7,94)	0,001
Không nhớ	20 (24,7)	123 (76,4)	1	-
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân nhớ trên 3 ngày và từ 1-3 ngày uống thuốc 3 tháng qua là 55,6% và 19,8%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số ngày nhớ 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,01$)

Bảng 3.26: Liên quan giữa liều methadone hiện tại với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị	Có	Không	OR 95%CI	p
Liều methadone (mg)				
120 - 380	12 (14,8)	56 (34,8)	0,21 (0,1 – 0,44)	<0,001
60 - 119	25 (30,9)	62 (38,5)	0,4 (0,21 – 0,74)	0,004
5 - 59	44 (54,3)	43 (26,7)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có liều methadone hiện tại 5-59mg và 60–119mg là 54,3% và 30,9%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa liều methadone hiện tại với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,01$).

Bảng 3.27: Liên quan giữa khoảng cách từ nhà đến cơ sở uống thuốc với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị	Có	Không	OR 95%CI	p
Khoảng cách				
≥ 6 km	20 (24,7)	30 (18,6)	1,43 0,75 – 2,72	0,272
< 6 km	61 (75,3)	131 (81,4)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét : Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa khoảng cách từ nhà bệnh nhân đến cơ sở điều trị methadone với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.28: Liên quan giữa sử dụng heroin trong điều trị methadone với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Sử dụng heroin	Có	Không	OR 95%CI	p
Có	28 (34,6)	9 (5,6)	8,92 3,96 – 20,13	< 0,001
Không	53 (65,4)	152 (94,4)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng heroin trong thời gian điều trị duy trì methadone với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,01$).

Bảng 3.29: Liên quan giữa nước tiểu (+) heroin với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị Xét nghiệm	Có	Không	OR 95%CI	p
Dương tính	13 (16,0)	12 (7,5)	2,37 1,03 – 5,47	0,045
Âm tính	68 (84,0)	149 (92,5)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh có xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin là 16,0%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.30: Liên quan giữa có bạn bè đang sử dụng heroin với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị	Có	Không	OR 95%CI	p
Có bạn sử dụng heroin				
Có	41 (50,6)	97 (60,2)	0,68 0,39 – 1,16	0,154
Không	40 (49,4)	64 (39,8)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét : Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có bạn sử dụng heroin là 50,6%. Không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có bạn sử dụng heroin với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.31: Liên quan giữa sử dụng rượu với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị	Có	Không	OR 95%CI	p
Uống rượu				
Có	64 (79,0)	117 (72,7)	1,42 0,75 – 2,68	0,284
Không	17 (21,0)	44 (27,3)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét : Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có sử dụng rượu là 79,0%. Không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng rượu của bệnh nhân với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.32: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Tình trạng HIV	Có	Không	OR 95%CI	p
Dương tính	13 (16,0)	59 (36,6)	0,33 0,17 – 0,65	0,001
Âm tính	68 (84,0)	102 (63,4)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có HIV dương tính là 16,0%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng bỏ điều trị và tình trạng nhiễm HIV ($p < 0,01$).

Bảng 3.33: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Tình trạng HBV	Có	Không	OR 95%CI	p
Dương tính	9 (11,1)	14 (8,7)	1,31 0,54 – 3,18	0,643
Âm tính	72 (88,9)	147 (91,3)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét : Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có HBV dương tính là 11,1%. Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm HBV với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.34: Liên quan giữa tình trạng nhiễm HCV với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Tình trạng HCV	Có	Không	OR 95%CI	p
Dương tính	33 (40,7)	73 (45,3)	0,83 0,48 – 1,42	0,587
Âm tính	48 (59,3)	88 (54,7)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét : Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có HCV dương tính là 40,7%. Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm HCV với tình trạng bỏ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.35: Liên quan giữa có triệu chứng tâm thần (lo âu, trầm cảm, có ý định tự sát) trong 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị

Tình trạng bỏ điều trị \ Triệu chứng tâm thần	Có	Không	OR 95%CI	p
Có	26 (32,1)	27 (16,8)	2,34 1,26 – 4,38	0,007
Không	55 (67,9)	134 (83,2)	1	
Tổng	81 (100)	161 (100)		

Nhận xét: Tỷ lệ bỏ điều trị ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng tâm thần như lo âu, trầm cảm, có ý định tự sát trong 3 tháng qua là 32,1%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có triệu chứng tâm thần trong 3 tháng qua với tình trạng bỏ điều trị ($p < 0,01$).

Bảng 3.36: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng bỏ điều trị

Biến số	aOR (95% CI)	p
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	Tham khảo	
Độc thân/góa/li dị/ li thân	0,67 (0,24-1,86)	0,440
Tình trạng có con		
Không	Tham khảo	
Có	2,84 (0,88-9,14)	0,081
Khoảng cách từ nhà đến phòng khám, trung bình (SD), km	1,07 (0,96 – 1,20)	0,228
Liều Methadone hiện tại (mg)		
5-59	Tham khảo	
60-119	0,40 (0,17-0,94)	0,036
120-380	0,28 (0,09-0,86)	0,026
Số ngày methadone bị nhỡ trong 3 tháng trước		
Không nhỡ	Tham khảo	
1-3 ngày	2,21 (0,86-5,66)	0,098
> 3 ngày	18,48 (7,25-47,09)	<0,001
Sử dụng heroin trong khi điều trị MMT		
Không	Tham khảo	
Có	12,40 (4,19-36,75)	<0,001
Có bạn hiện đang sử dụng ma túy		
Không	Tham khảo	
Có	0,62 (0,29-1,31)	0,207
Tình trạng HIV		
Âm tính	Tham khảo	
Dương tính	1,06 (0,39-2,93)	0,907
Triệu chứng tâm thần trong 3 tháng trước		
Không	Tham khảo	
Có	0,99 (0,45-2,17)	0,983
p = 0,000 , R² = 55,3%		

Nhận xét: Trong phân tích đa biến hồi quy logistics, chỉ còn 2 yếu tố là còn sử dụng heroin trong khi điều trị methadone và nhớ > 3 ngày điều trị methadone trong 3 tháng trước làm tăng nguy cơ bỏ điều trị của bệnh nhân (aOR = 12,40; CI95% 4,19-36,75; p < 0,001 và aOR = 18,48; CI95% 7,25-47,09; p < 0,001). Mặt khác, bệnh nhân uống liều methadone hàng ngày trên 60mg ở các mức 60-119mg và 120-380mg lại làm giảm nguy cơ bỏ điều trị (aOR = 0,40; CI95% 0,17-0,94; p = 0,036 và aOR = 0,28; CI95% 0,09-0,86; p = 0,026) hơn nhóm bệnh nhân uống liều thấp hơn.

3.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân

Giai đoạn trước can thiệp tại cơ sở can thiệp có 214 bệnh nhân và cơ sở chứng có 221 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Sau can thiệp 6 tháng cơ sở can thiệp còn 208 bệnh nhân và cơ sở chứng còn 209 bệnh nhân.

3.2.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.37: Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu can thiệp (n=435)

Đặc điểm	Nhóm can thiệp n = 214; n(%)	Nhóm chứng n = 221; n(%)	p
Giới tính			
Nam	213 (99,5)	219 (99,1)	0,581*
Nữ	1 (0,5)	2 (0,9)	
Nhóm tuổi			
23 - 29	15 (7,0)	32 (14,5)	0,082*
30 - 39	106 (49,5)	98 (44,3)	
40 - 49	69 (32,2)	62 (28,1)	
50 - 59	22 (10,3)	28 (12,7)	
60 - 64	2 (0,9)	1 (0,5)	
<i>Trung bình</i>	40,3 ± 7,6	39,3 ± 8,4	0,23

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét: Phân bố về giới, tuổi của hai nhóm có sự tương đồng, với trung bình tuổi của nhóm can thiệp là $40,3 \pm 7,6$ tuổi và nhóm chứng là $39,3 \pm 8,4$ tuổi. Đa số bệnh nhân là nam giới (99,5% bệnh nhân nhóm can thiệp và 99,1% bệnh nhân nhóm chứng).

Bảng 3.38: Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu (n=435)

Đặc điểm	Nhóm can thiệp n = 214; n(%)	Nhóm chứng n = 221; n(%)	p
Trình độ học vấn			
Tiểu học	15 (7,0)	18 (8,1)	0,078*
Trung học cơ sở	86 (40,4)	111 (50,2)	
Trung học phổ thông	109 (50,9)	91 (41,2)	
Cao đẳng/ đại học	4 (1,9)	1 (0,5)	
Tình trạng hôn nhân			
Độc thân	51 (23,8)	56 (25,3)	0,102
Đang có vợ/chồng	145 (67,8)	133 (60,2)	
Ly hôn/ly thân/góa	18 (8,4)	32 (14,5)	

(*) : Test Fisher exact

Nhận xét: Phân bố về trình độ học vấn, hôn nhân của hai nhóm có sự tương đồng. Trình độ học vấn cũng không khác biệt nhiều giữa hai nhóm, đa số học hết tiểu học (93,0% bệnh nhân nhóm chứng và 91,9% bệnh nhân nhóm chứng); khoảng một nửa đã hoàn thành trung học phổ thông (52,8% bệnh nhân nhóm can thiệp và 41,7% bệnh nhân nhóm chứng). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tình trạng hôn nhân. Tất cả những khác biệt trên giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2. Hỗ trợ của đồng đảng viên

Bảng 3.39: Sự thay đổi về mức độ hài lòng rất nhiều với hỗ trợ của đồng đảng viên của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Hỗ trợ của đồng đảng viên		Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
		n (%)		n (%)			
		Có	Không	Có	Không		
Tinh thần	Nhóm can thiệp	20 (9,3)	194 (90,7)	33 (15,9)	175 (84,1)	6,6	0,043
	Nhóm chứng	25 (11,3)	196 (88,7)	29 (13,9)	180 (86,1)	2,6	0,423
	p	0,501		0,568			
Thông tin	Nhóm can thiệp	14 (6,5)	200 (93,5)	37 (17,8)	171 (82,2)	11,3	0,000
	Nhóm chứng	14 (6,3)	207 (93,7)	15 (7,2)	194 (92,8)	0,9	0,728
	p	0,930		0,001			

Nhận xét: Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm can thiệp đánh giá nhận được hỗ trợ tinh thần từ đồng đảng viên ở mức độ rất nhiều tăng 6,6% so với trước can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này chỉ tăng 2,6%. Với hỗ trợ về thông tin, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá được hỗ trợ của đồng đảng viên ở mức độ rất nhiều tăng 11,3% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này chỉ tăng 0,9%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về hỗ trợ về thông tin tại thời điểm sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), về hỗ trợ tinh thần không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.40: Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ của đồng đảng viên với bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp về hỗ trợ của đồng đảng viên	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Tinh thần	71,0	23,0	48,0
Thông tin	173,8	14,3	159,5

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ tinh thần và thông tin ở mức cao là 48,0%, 159,5%.

Bảng 3.41: Sự thay đổi về mức độ hài lòng với đồng đảng viên của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Hài lòng với đồng đảng viên	Trước can thiệp n (%)		Sau can thiệp n (%)		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	25 (11,7)	189 (88,3)	76 (36,5)	132 (64,5)	24,8	0,000
Nhóm chứng	22 (10,0)	199 (90,0)	21 (10,0)	188 (90,0)	0	0,974
p	0,562		0,000			

Nhận xét: Mức độ hài lòng với đồng đảng viên tăng lên 24,8% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này không tăng. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về hài lòng với đồng đảng viên tại thời điểm sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.42: Hiệu quả can thiệp về hài lòng đối với đồng đảng viên của bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp về hỗ trợ của đồng đảng viên	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Hài lòng chung	211,9	0	211,9

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối về hài lòng với đồng đảng viên là 211,9%

3.2.3. Hỗ trợ của cán bộ y tế

Bảng 3.43: Sự thay đổi hài lòng về hỗ trợ ở mức rất nhiều với cán bộ y tế của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm		Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
		Có	Không	Có	Không		
Tinh thần	Nhóm can thiệp	56 (26,2)	158 (73,8)	77 (37,0)	131 (63,0)	11,4	0,016
	Nhóm chứng	44 (19,9)	177 (80,1)	39 (18,7)	170 (81,3)	-1,2	0,743
	p	0,121		0,000			
Thông tin	Nhóm can thiệp	57 (26,6)	157 (73,4)	96 (46,2)	112 (53,8)	19,6	0,000
	Nhóm chứng	64 (29,0)	157 (71,0)	60 (28,7)	149 (71,3)	-0,3	0,954
	p	0,589		0,000			

Nhận xét: Với hỗ trợ tinh thần, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá hỗ trợ của cán bộ y tế ở mức độ rất nhiều tăng 11,4% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 1,2%. Với hỗ trợ về thông tin, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá được hỗ trợ của đồng đảng viên ở mức độ rất nhiều tăng 19,6% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 0,3%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về hỗ trợ về thông tin và hỗ trợ tinh thần của sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.44: Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ của cán bộ y tế với bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp về hỗ trợ của cán bộ y tế	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Tinh thần	43,5	-6,0	49,5
Thông tin	72,6	-1,0	73,6

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ tinh thần ở mức rất nhiều là 49,5%. Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ thông tin ở mức rất nhiều là 73,6%.

Bảng 3.45: Sự thay đổi về hài lòng với cán bộ y tế ở mức rất nhiều của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Hài lòng với cán bộ y tế	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	76 (35,5)	138 (64,5)	123 (59,1)	85 (40,9)	23,6	0,000
Nhóm chứng	61 (27,6)	160 (72,4)	56 (26,8)	153 (73,2)	-0,8	0,851
p	0,076		0,000			

Nhận xét: Mức độ hài lòng với cán bộ y tế tăng lên 23,6% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 0,8%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về hài lòng với cán bộ y tế sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.46: Hiệu quả can thiệp về hài lòng đối với cán bộ y tế của bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp về hỗ trợ của cán bộ y tế	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Hài lòng chung	66,5	-2,9	69,7

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp về hài lòng về hỗ trợ của cán bộ y tế là 69,7%

3.2.4. Tăng cường tuân thủ điều trị methadone.

Bảng 3.47: Sự thay đổi về bỏ > 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Bỏ trên 3 ngày methadone	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	63 (29,4)	151 (70,6)	43 (20,7)	165 (79,3)	8,7	0,038
Nhóm chứng	76 (34,4)	145 (65,6)	70 (33,5)	139 (66,5)	0,9	0,844
p	0,268		0,003			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bỏ trên 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua giảm đi 8,7% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 0,9%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bỏ > 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.48: Hiệu quả can thiệp với bỏ trên 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua

Hiệu quả can thiệp đối với bỏ trên 3 ngày	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Tuân thủ điều trị	29,6	2,6	27,0

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với bỏ > 3 ngày uống methadone trong 3 tháng qua là 27,0%

Bảng 3.49: Sự thay đổi về bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Bỏ trên 3 ngày liên tục	Thời điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
		Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp		22 (10,3)	192 (89,7)	9 (4,3)	199 (95,7)	6,0	0,019
Nhóm chứng		25 (11,3)	196 (88,7)	23 (11,0)	186 (89,0)	0,3	0,919
p		0,729		0,010			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua giảm đi 6,0% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 0,3%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bỏ > 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.50: Hiệu quả can thiệp đối với bỏ trên 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua

Hiệu quả can thiệp đối với bỏ trên 3 ngày liên tục	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Tuân thủ điều trị	58,3	2,7	55,6

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với bỏ > 3 ngày uống methadone liên tục trong 3 tháng qua là 55,6%

Bảng 3.51: Sự thay đổi xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	(+)	(-)	(+)	(-)		
Nhóm can thiệp	17 (7,9)	197 (92,1)	10 (4,8)	198 (95,2)	3,1	0,188
Nhóm chứng	24 (10,9)	197 (89,1)	23 (11,0)	186 (89,0)	-0,1	0,962
p	0,298		0,019			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần gần đây nhất giảm đi 3,1% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này tăng 0,1%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần gần đây nhất sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.52: Hiệu quả can thiệp đối với xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần xét nghiệm gần đây nhất ở bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp đối với xét nghiệm heroin	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin	39,2	0,9	38,3

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong lần gần đây nhất là 38,3%

Bảng 3.53: Sự thay đổi hiện tại còn sử dụng heroin của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Còn sử dụng heroin	Thời điểm		Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	23 (11,7)	191 (89,3)	11 (4,8)	197 (94,7)	6,9	0,023		
Nhóm chứng	26 (11,8)	195 (88,2)	21 (10,0)	188 (90,0)	1,8	0,568		
p	0,737		0,041					

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân còn sử dụng ma túy giảm đi 6,9% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này tăng 1,8%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bệnh nhân còn sử dụng ma túy tại thời điểm sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.54: Hiệu quả can thiệp đối với hiện tại còn sử dụng heroin ở bệnh nhân điều trị methadone

Hiệu quả can thiệp đối với hiện tại còn sử dụng heroin	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Còn sử dụng heroin	59,0	15,3	43,7

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với yếu tố nguy cơ hiện tại còn sử dụng heroin là 43,7%

Bảng 3.55: Sự thay đổi về có bạn sử dụng ma túy của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Có bạn sử dụng ma túy	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	97 (45,3)	117 (54,7)	74 (35,6)	134 (64,4)	9,7	0,041
Nhóm chứng	107 (48,4)	114 (51,6)	96 (45,9)	113 (54,1)	2,5	0,606
p	0,519		0,031			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có bạn sử dụng ma túy giảm đi 9,7% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này chỉ giảm 2,5%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về có bạn sử dụng ma túy sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.56: Hiệu quả can thiệp đối với có bạn đang sử dụng ma túy

Hiệu quả can thiệp đối với có bạn sử dụng ma túy	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Bạn sử dụng ma túy	21,4	5,2	16,2

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với có bạn sử dụng ma túy là 16,2%

3.2.5. Cải thiện chất lượng cuộc sống

Bảng 3.57: Sự thay đổi về tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua tại thời điểm trước và sau can thiệp

Thời điểm Lo lắng, trầm buồn	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Chênh lệch (%)	p
	Có	Không	Có	Không		
Nhóm can thiệp	36 (16,8)	178 (83,2)	14 (6,7)	194 (93,3)	10,1	0,001
Nhóm chứng	47 (21,3)	174 (78,7)	36 (17,2)	173 (82,8)	4,1	0,288
p	0,238		0,001			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua giảm đi 10,1% sau can thiệp, trong khi tại cơ sở không can thiệp tỷ lệ này giảm 4,1%. Đánh giá tại cơ sở can thiệp và không can thiệp về bệnh nhân có lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua sau can thiệp cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.58: Hiệu quả can thiệp với bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, trầm buồn trong 3 tháng qua

Hiệu quả can thiệp đối lo lắng trầm buồn	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Can thiệp	Đối chứng	
Lo lắng, trầm buồn	60,1	19,28	40,9

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp đối với có lo lắng trầm buồn trong 3 tháng qua là 40,9%

Bảng 3.59: Sự thay đổi về điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tại thời điểm trước và sau can thiệp theo WHOQOL-BREF

Thời điểm		Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Thể chất	Nhóm can thiệp	74,6 ± 14,8	75,4 ± 15,3	0,571
	Nhóm chứng	72,8 ± 13,6	72,6 ± 13,4	0,874
	p	0,186	0,044	
Tâm lý	Nhóm can thiệp	69,4 ± 13,2	72,3 ± 13,9	0,025
	Nhóm chứng	67,6 ± 13,6	66,6 ± 10,7	0,386
	p	0,181	0,000	
Xã hội	Nhóm can thiệp	54,2 ± 16,2	58,3 ± 17,6	0,014
	Nhóm chứng	54,1 ± 13,6	54,9 ± 12,7	0,480
	p	0,913	0,026	
Môi trường	Nhóm can thiệp	67,2 ± 13,2	69,1 ± 15,8	0,172
	Nhóm chứng	65,9 ± 12,8	65,3 ± 12,1	0,675
	p	0,281	0,006	

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống ở khía cạnh thể chất và môi trường tại thời điểm sau can thiệp tăng lên 75,4 ± 15,3 và 69,1 ± 15,8 so với trước can thiệp 74,6 ± 14,8 và 67,2 ± 13,2 không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 nhưng so với nhóm chứng với điểm trung bình là 72,6 ± 13,4 và 65,5 ± 12,1 thì có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Điểm chất lượng cuộc sống ở các khía cạnh tâm lý và xã hội tại thời điểm sau can thiệp tăng lên 72,3 ± 13,9 và 58,3 ± 17,6 điểm so với trước can thiệp là 69,4 ± 13,2 và 54,2 ± 16,2 có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 và cao hơn nhóm chứng với điểm số của 2 khía cạnh này là 66,6 ± 10,7 và 54,9 ± 12,7, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Chương 4 : BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải Phòng.

4.1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm

Từ nghiên cứu thử nghiệm đầu tiên về chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Việt Nam báo cáo về tỉ lệ bỏ trị sớm sau 9 tháng điều trị vào năm 2009 [32]. Một nghiên cứu mới đây thực hiện theo dõi dọc 24 tháng về chương trình thí điểm điều trị methadone cũng không chỉ rõ tỉ lệ bỏ trị, tuy nhiên tỉ lệ mất dấu vào khoảng 22% tính cả số từ chối theo dấu [75]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bỏ chương trình điều trị trong năm đầu tiên là 10,5%, năm thứ hai là 13,1% và năm thứ 3 là 14%. Tỉ lệ còn duy trì điều trị sau 3 năm tham gia điều trị methadone là 66,7%, có nghĩa là có đến một phần ba trong số bệnh nhân tham gia điều trị bỏ trị sau 3 năm.

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận thấy một tỉ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 5 ngày liên tiếp (cần được khởi liều lại) trong năm đầu tiên là 3%, năm thứ hai là 3,4% và đến năm thứ 3 là 8,3%. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số ít nghiên cứu ở Việt Nam và châu Á quan sát tỉ lệ bỏ trị trong thời gian dài. Theo hiểu biết của tôi, hiện nay chỉ có một nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Đào Thị Minh An và cộng sự theo dõi tại các cơ sở điều trị methadone Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ bỏ hẳn sau 1 năm là 8,7%, sau 2 năm là 18,0% và sau 3 năm là 25,8% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Đào Thị Minh An đều cho thấy tỉ lệ bỏ trị không phải là quá cao theo thời gian, nhưng có sự chênh lệch theo từng năm.

Tỷ lệ bỏ trị sau 1 năm đầu điều trị của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với báo cáo của các nước trong khu vực và một số nước phương tây [50, 76,

84-86, 112, 120, 125, 139]. Tại Malaysia, 38% khách hàng ra khỏi chương trình sau 12 tháng [112] và ở Trung Quốc, có 73,9% - 87% bệnh nhân ở lại chương trình điều trị sau 1 năm điều trị [84, 85, 159]. Các nghiên cứu từ phía Tây và Israel cho thấy tỷ lệ bỏ trị sau 1 năm dao động từ 27 – 40% [50, 86, 120].

Hầu hết nghiên cứu từ các nước trong khu vực cũng báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trong năm đầu tiên, chỉ có một đánh giá được thực hiện tại Trung Quốc theo dõi khách hàng trong 6 năm liên tục, tỷ lệ bệnh nhân duy trì sau 3 năm là 66% [159], tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Ngược lại, một nghiên cứu tại Đức cho thấy tỷ lệ bỏ trị sau 6 năm là rất thấp, ít hơn 25%, điều này có thể do thực tế bệnh nhân được điều trị buprenorphine, cũng là thuốc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện như methadone nhưng có sẵn tại các phòng khám tư nhân và bệnh nhân không cần phải hàng ngày đến các cơ sở điều trị để được uống thuốc [139]. Một nghiên cứu cộng gộp từ 74 nghiên cứu với 43.263 bệnh nhân điều trị methadone tại Trung Quốc từ năm 2004 đến 2013 cho thấy có 27 nghiên cứu báo cáo về tỷ lệ bỏ trị. Có khoảng 1/3 số bệnh nhân ra khỏi chương trình sau 3 tháng điều trị và tỷ lệ bệnh nhân còn điều trị sau 12 và 24 tháng là 55,2 và 43,0% [165].

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở Châu Á và Châu Âu, cho thấy có sự tuân thủ thấp ở bệnh nhân điều trị methadone [80, 125, 140, 166]. Điều đáng lưu ý, chúng tôi nhận thấy mức độ tuân thủ giảm đáng kể so với thời gian điều trị methadone, nghĩa là thời gian điều trị càng dài thì tỷ lệ tuân thủ điều trị càng thấp, tương tự như các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam [76], và Pháp [125]. Hiện tượng này có thể giải thích rằng khi bệnh nhân được điều trị lâu dài, họ tin rằng họ có khả năng ngừng sử dụng ma túy hoàn toàn, họ có nhiều khả năng ra khỏi chương trình [133]. Tuy nhiên, sự tuân thủ kém có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nghiện

và dự đoán thất bại điều trị [76]. Do đó, cần thiết phải theo dõi sự tuân thủ của bệnh nhân và tư vấn kịp thời cho bệnh nhân để đảm bảo sự thành công của chương trình.

Tỉ lệ bỏ trị thấp trong nghiên cứu này có thể được giải thích do việc thực hiện một hệ thống phòng khám điều trị methadone tại Việt Nam đã được thiết lập và thu nhận bệnh nhân với những tiêu chí sàng lọc chặt chẽ trong giai đoạn thử nghiệm 2008-2011 [68, 100, 119], và sự lựa chọn bệnh nhân vào điều trị methadone cũng chặt chẽ hơn như họ phải thông qua một ban xét chọn tại địa phương đánh giá một số tiêu chí y tế và phi y tế như cần có chứng minh thư, hộ khẩu tại địa phương để đảm bảo rằng họ không đang điều trị methadone ở nơi nào khác, chứng nhận hiện đang sử dụng ma túy của chính quyền, có đơn tự nguyện tham gia và không có vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe phải nhập viện hoặc điều trị khác. Các phòng khám cũng theo dõi nghiêm ngặt để giữ liên lạc thường xuyên với bệnh nhân, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn [144].

Những người được phép tham gia chương trình điều trị methadone phải chứng minh được gia đình ổn định hoặc các hệ thống hỗ trợ khác như một tiêu chuẩn để đảm bảo sự tuân thủ của họ. Khách hàng tiềm năng cũng phải có chứng minh nhân dân và được xác nhận là người sử dụng ma túy với chính quyền địa phương. Các chính sách này ngăn chặn các cá nhân không ổn định tham gia điều trị, bao gồm người di cư, những người nghèo khó và những người có liên quan đến bất kỳ hoạt động phi pháp nào. Quá trình lựa chọn bệnh nhân tham gia điều trị đã được cải thiện từ giữa năm 2015; hiện tại khách hàng tiềm năng chỉ yêu cầu xuất trình hộ khẩu hoặc giấy chứng minh nhân dân nhưng phải trả một phần chi phí điều trị bằng methadone.

Tuy nhiên, mô hình này có thể thay đổi do chương trình điều trị methadone đang tăng lên rất nhanh về số lượng và địa lí trong những năm tới do Bộ Y tế muốn mở rộng số người tiếp cận được với chương trình điều trị methadone lên đến 80.000 người sử dụng ma túy và 245 phòng khám vào cuối năm 2015 [26]. Tính đến 31/03/2017, cả nước có 280 cơ sở methadone tại 63 tỉnh, thành phố, điều trị cho 51.318 người bệnh, đạt 63.32% so với mục tiêu đề ra. Như vậy, dịch vụ điều trị methadone đã có được bao phủ trên khắp cả nước [10] và kế hoạch tiếp tục mở rộng quy mô [75]. Do đó, quy trình lựa chọn đối tượng vào điều trị cũng dễ dàng hơn, nguồn cung ứng thuốc được tăng cường nhưng bệnh nhân điều trị methadone đòi hỏi phải chi trả một phần chi phí các hoạt động dịch vụ điều trị khoảng 300.000/tháng từ năm 2011. Thực tế, ngân sách của chính phủ chỉ có thể chi trả cho 6 đến 12% tổng các chi phí dịch vụ liên quan đến HIV [123], tương đương khoảng 150 triệu đô la Mỹ vào năm 2015. Điều trị methadone chỉ là một trong những hoạt động giảm hại ở Việt Nam, nó đã chứng minh được là có những tác động tích cực đến tình trạng sức khỏe, chất lượng cuộc sống, có cơ hội làm việc, quan tâm đến các mối quan hệ cá nhân, gia đình và xã hội, sử dụng dịch vụ y tế và phí tổn của người sử dụng ma túy [2, 16, 18, 22, 24, 29, 23, 31, 39, 40, 46, 75, 123, 143].

Tỷ lệ bệnh nhân ra khỏi chương trình điều trị methadone tăng dần theo thời gian, bệnh cạnh đó có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân bỏ không đến cơ sở methadone uống thuốc hàng ngày. Điều này ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và đe dọa thành công của chương trình. Việc xác định các yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến không tuân thủ sẽ góp phần xây dựng các can thiệp hiệu quả để tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân cũng như nâng cao hiệu quả của chương trình.

4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone

4.1.2.1. Thông tin chung và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh chứng bao gồm 81 trường hợp bệnh và 161 trường hợp chứng. Trong nhóm bỏ trị có 28/81 bệnh nhân bỏ hẳn điều trị (ra khỏi chương trình điều trị), và 53/81 bệnh nhân bỏ trên 5 ngày liên tiếp (khởi liệu lại). Bệnh nhân trong nghiên cứu bệnh chứng có đặc điểm sau:

Giới tính: bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 97,5%, không có sự khác biệt giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tỷ lệ giới tính tại các phòng khám methadone trên địa bàn Hải Phòng, các phòng khám khác trên cả nước [8, 15, 17, 19, 22, 23, 29, 32], và trên thế giới [35, 81, 84, 112, 159]. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số ở các cơ sở điều trị methadone do số lượng nam giới sử dụng ma túy và khả năng tiếp cận dịch vụ của nam giới tốt hơn nữ giới.

Tuổi: tuổi trung bình của bệnh nhân là 38,6 tuổi ở nhóm bỏ trị và 38,4 tuổi ở nhóm chứng, bệnh nhân ít tuổi nhất là 24 tuổi, cao tuổi nhất là 59 tuổi. Hầu hết bệnh nhân ở lứa tuổi lao động. Nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế cũng cho thấy bệnh nhân tại các phòng khám methadone hầu hết ở lứa tuổi lao động [8, 15, 17, 19, 22, 23, 29, 32, 35, 81, 84, 159]. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lứa tuổi giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng.

Trình độ học vấn: bệnh nhân chủ yếu có trình độ THCS (46,9% ở nhóm bỏ trị và 41,6% ở nhóm chứng), THPT (42% ở nhóm bỏ trị và 41,6% ở nhóm chứng) và 4,9% nhóm bỏ trị, 3,7% nhóm chứng có trình độ cao đẳng, đại học. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng. Nghiên cứu của các tác giả tại các phòng khám tại Hải Phòng [17, 19], Đà Nẵng [8, 15], Hồ Chí Minh [32] các nước khác như Malaysia

[112], Trung Quốc [84], Đài Loan [81] cũng cho thấy chủ yếu bệnh nhân có trình độ học vấn THCS và THPT.

Tình trạng hôn nhân: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 33,3% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 50,1% bệnh nhân chưa kết hôn hoặc ly hôn, ly thân, góa và có 95% bệnh nhân sống cùng gia đình. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chưa kết hôn hoặc ly hôn, ly thân, góa khá cao. Khảo sát của FHI tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ này là 63,9% [32], khảo sát của Cục phòng chống ma túy tại Hồ Chí Minh là 61,4% [7], một nghiên cứu tại Đài loan là 82,6% [81], Trung Quốc là 61,2% [84]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả có 64,5% bệnh nhân đã có con. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng với $p < 0,05$.

Nghề nghiệp: Có 40,1% bệnh nhân thất nghiệp, trong đó nhóm bỏ điều trị có 43,2% và nhóm chứng có 38,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng với $p < 0,05$. Nghề nghiệp của bệnh nhân chủ yếu là công nhân (40,7% bệnh nhân trong nhóm bỏ điều trị và 51,6% bệnh nhân trong nhóm chứng). Kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỷ lệ thất nghiệp của bệnh nhân đang điều trị tại các cơ sở điều trị methadone khoảng 40 – 60% như Hải Phòng [17, 19], Đà Nẵng [8, 15], thành phố Hồ Chí Minh [32]. Nghiên cứu của tác giả Haifeng Jiang và cộng sự tại Thượng Hải và Côn Minh, Trung quốc cho thấy tỷ lệ thất nghiệp của bệnh nhân điều trị methadone tương đối cao (53,6%) nhưng không có sự khác biệt giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng về tình trạng thất nghiệp [84].

Sử dụng ma túy trước điều trị methadone: kết quả nghiên cứu cho thấy có khoảng 30% sử dụng ma túy lần đầu khi dưới 20 tuổi và tuổi trung bình sử dụng ma túy lần đầu là 24,25 tuổi với thời gian sử dụng ma túy trước điều trị

methadone là 11,3 năm. Sự khác biệt ở hai nhóm về các đặc điểm trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi sử dụng ma túy lần đầu trong nghiên cứu tại Đài loan là 26,1% [81]. Một nghiên cứu trên 319 bệnh nhân điều trị methadone tại Trung Quốc cho thấy tuổi sử dụng ma túy lần đầu là 26,75 tuổi số lần sử dụng trung bình /ngày trước điều trị methadone là 3,44 lần/ngày [84].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân sử dụng ma túy trung bình 2,79 lần/ngày trong vòng 30 ngày trước khi điều trị methadone và có 66,7% bệnh nhân nhóm bỏ điều trị và 73,9% bệnh nhân nhóm chứng tiêm chích ma túy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khảo sát của tổ chức FHI với 63,2% bệnh nhân thường sử dụng ma túy 2-3 lần mỗi ngày trong 30 ngày trước điều trị methadone và tỷ lệ tiêm chích ma túy là 84,2% [32]. Một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy có tới 92,8% bệnh nhân sử dụng heroin thường xuyên đường tiêm chích [55].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 46,4% bệnh nhân đã sử dụng heroin ≥ 11 năm trước khi tham gia điều trị methadone. Nghiên cứu của Xiaoli Wei và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ này là 42,2% [159]. Hầu hết (88,4%) bệnh nhân đã từng cai nghiện ma túy. Các hình thức cai nghiện mà bệnh nhân đã từng cai là: cai nghiện tại các trung tâm cai nghiện tập trung (51,2%), liệu pháp tâm lý hay gọi là cai bo (59,1%), cai nghiện ma túy có hỗ trợ của thuốc cắt cơn tại cộng đồng (45,9%), liệu pháp tâm thần. Tuy nhiên các hình thức cai nghiện này đều không thành công và bệnh nhân phải tìm đến chương trình điều trị methadone để cai nghiện ma túy bất hợp pháp.

Sức khỏe tâm thần: Nghiên cứu đã chứng minh, điều trị methadone giúp cải thiện sức khỏe tâm thần cho người sử dụng ma túy [32], tuy nhiên bệnh nhân điều trị methadone vẫn có các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 53,3% bệnh nhân đã từng có vấn đề với sức khỏe tâm thần và 21,9% có các vấn đề này trong 3 tháng qua. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Hoàng Long đánh giá tại 2 cơ sở điều trị methadone tại Tuyên Quang với tỷ lệ 26,8% bệnh nhân có vấn đề với sức khỏe tâm thần [103]. Tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề tâm thần của chúng tôi thấp hơn ở bệnh nhân đang điều trị methadone tại các nước khác, bao gồm: Netherlands, Mỹ và Indonesia [44, 51, 72, 127] sự khác biệt này có thể do khác biệt về văn hóa. Steel và các cộng sự tiến hành một nghiên cứu hệ thống và thấy rằng các quốc gia ở Đông Nam Á, như Việt Nam, có tỷ lệ thấp hơn của rối loạn sức khỏe tâm thần so với các nước phương Tây [128, 129]. Văn hóa cũng cho thấy người dân Việt Nam có thể bị mức độ tàn tật về tinh thần cao hơn các người dân ở các nước phương Tây trước khi chấp nhận các triệu chứng về vấn đề tâm lý [128].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 50,8% có lo âu, trầm cảm, 13,6% đã từng có ý định tự tử và 6,6% bệnh nhân đã từng có hành vi tự tử. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang và cộng sự tiến hành tại một cơ sở điều trị methadone tại Hà Nội cho thấy có 42,4% bệnh nhân có nguy cơ rối loạn tâm thần; tỷ lệ này đối với trầm cảm, lo âu và stress lần lượt là 25,2%, 34,0% và 21,5% [27]. Điều trị methadone là điều trị lâu dài như các bệnh mạn tính khác [156] điều này đồng nghĩa với bệnh nhân già hóa cùng với các vấn đề xã hội khác của bệnh nhân như sống độc thân, không nghề nghiệp sẽ làm tăng nguy cơ có các vấn đề về sức khỏe tâm thần [130]. Chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam vẫn còn nhiều thách thức và cần được phát triển hơn nữa trong thời gian tới đối với tất cả các đối tượng trong xã hội nói chung [61] và bệnh nhân điều trị methadone nói riêng.

Điều trị methadone: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiện tại bệnh nhân có liều methadone điều trị trung bình là $95,8 \pm 72,6$ mg. Nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy liều methadone trung bình hàng ngày cao hơn các nghiên cứu quốc tế khác, trong đó có nghiên cứu của Xiaoli Wei và cộng sự tại 8 cơ sở điều trị methadone tại Trung Quốc với 5.849 bệnh nhân cho thấy liều methadone trung bình là 48.76 ± 17.03 mg [159] và nghiên cứu của Eduardo J. Pedrero-Pérez và cộng sự tại thủ đô Madrid, Tây ban nha cho thấy liều methadone trung bình là 47,0mg [64].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 54,3% bệnh nhân nhóm bỏ trị và 26,7% bệnh nhân nhóm chứng có liều methadone hiện tại < 60mg và tỷ lệ bệnh nhân điều trị liều methadone dưới 120mg chiếm 85,1% ở bệnh nhân nhóm bỏ trị và 65,2% bệnh nhân nhóm chứng. Bệnh nhân có liều methadone thấp nhất là 5mg và cao nhất là 380mg. Theo hướng dẫn điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng methadone của Bộ y tế Việt Nam, giai đoạn duy trì nên có liều 60 – 120mg [5, 6]. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ở liều dưới 60 mg của chúng tôi còn cao hơn kết quả các nghiên cứu tại các cơ sở điều trị methadone ở Việt Nam như Hải Phòng [17, 19], Đà Nẵng [15], Hồ Chí Minh [7].

Yan-ping Bao và cộng sự tiến hành một nghiên cứu cộng gộp với 18 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có liều methadone dưới 60mg cao hơn bệnh nhân có liều trên 60mg và nghiên cứu cũng cho thấy những bệnh nhân có liều điều chỉnh linh hoạt tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân có liều cố định [41]. Theo hướng dẫn của Hiệp hội về liệu pháp cai nghiện khuyên dùng liều ít nhất là 60 mg và cần lưu ý tăng liều cao hơn nữa [115]. Tại Anh, Bộ Y tế cũng khuyến cáo nên duy trì liều cho bệnh nhân từ 60 -120 mg [63]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liều methadone trung bình của nhóm bỏ điều trị là $64,3 \pm 44,5$ mg, thấp hơn nhiều so với liều methadone trung bình của nhóm chứng là $111,7 \pm 78,8$ mg. Sự khác biệt về liều methadone trung bình giữa nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân điều trị methadone có các tác dụng phụ như: táo bón (26,0%), ra mồ hôi nhiều (18,2%), giảm khả năng tình dục (17,8%), rối loạn giấc ngủ (14,0%), các tác dụng khác như vấn đề răng miệng, mệt mỏi với tỷ lệ thấp hơn. Khảo sát của FHI tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh cũng cho thấy bệnh nhân điều trị methadone gặp các tác dụng phụ này [32].

Bệnh kèm theo: Người nghiện các chất dạng thuốc phiện với hình thức chủ yếu là tiêm chích. Việc sử dụng tiêm chích ma túy, và đặc biệt là sử dụng chung bơm kim tiêm là tăng nguy cơ lây lan các bệnh truyền nhiễm qua đường máu như: HIV, viêm gan B và viêm gan C. Bệnh nhân điều trị methadone có thời gian sử dụng ma túy dài nên tỷ lệ nhiễm các bệnh này cũng khá cao. Việc xác định tình trạng nhiễm các bệnh rất quan trọng trong điều trị và dự phòng lây nhiễm cho người khác.

Viêm gan C có thể gây ra các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng đối với người nhiễm bệnh như: suy gan, ung thư gan và tử vong sớm. Tỷ lệ nhiễm viêm gan C ở người tiêm chích ma túy cao gấp 25 lần dân số chung [141] và hơn một nửa số người tiêm chích ma túy nhiễm viêm gan C [154]. Một nghiên cứu gộp cho thấy có 9 trên 27 quốc gia có số liệu về tỷ lệ mắc viêm gan C ở người tiêm chích ma túy và thường cao (2,7-66 / 100 người) [98]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 43,8% bệnh nhân mắc bệnh viêm gan C. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Khánh Duy đánh giá tại cơ sở điều trị methadone Ngô Quyền, Hải Phòng với tỷ lệ bệnh nhân nhiễm viêm gan C là 43% [19]. Các nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm viêm gan C cao như Đà Nẵng (60,0%) [8], Phú Thọ (75,6%) [29]. Tỷ lệ nhiễm viêm gan C trên đối tượng bệnh nhân điều trị methadone trên thế giới cũng rất cao, trong đó có Trung Quốc (57,0%) [159]. Ở nhiều nước châu Âu, số người tiêm chích ma túy

nhiễm viêm gan C cao nhưng số người tham gia điều trị lại thấp [98]. Có khoảng 49% các trường hợp nhiễm HCV trong nhóm tiêm chích ma túy không được chẩn đoán và trong số được chẩn đoán chỉ có 19% bắt đầu điều trị thuốc kháng virus.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 9,5% bệnh nhân nhiễm viêm gan B. Một số nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng cho tỷ lệ nhiễm viêm gan B ở bệnh nhân điều trị methadone có kết quả tương tự [8, 19] với nghiên cứu của chúng tôi.

UNODC, WHO, UNAIDS và Ngân hàng Thế giới ước tính, trên toàn cầu có khoảng 1.650.000 người TCMT sống chung với HIV, tương ứng với 13,5% người tiêm chích ma túy có HIV (+) [150]. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy ở Việt Nam là 13,4% nhưng lên đến 56% ở Điện Biên và Quảng Ninh [11]. Điều trị methadone giúp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV [40, 69, 75, 133]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29,8% bệnh nhân điều trị methadone nhiễm HIV. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của các tác giả khác triển khai trên địa bàn Hải Phòng với tỷ lệ khoảng 30% [17, 19] nhưng cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại Đà Nẵng với tỷ lệ nhiễm HIV của bệnh nhân chỉ có 4,1% [8].

Chất lượng cuộc sống: Để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ công cụ WHOQOL - BREF, là bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống gồm có 26 câu hỏi, là bộ rút gọn của bộ công cụ WHOQOL - 100 (với 100 câu hỏi) đã được việt hóa và thử nghiệm trước khi đưa vào nghiên cứu. WHOQOL - BREF đo lường 4 lĩnh vực: thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường [137, 138]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chất lượng cuộc sống ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất, sau đó là khía cạnh tâm lý và khía cạnh môi trường, thấp nhất là khía cạnh xã hội

ở cả nhóm bỏ điều trị và nhóm chứng. Một số nghiên cứu cho thấy mức chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị tại các cơ sở điều trị methadone thấp hơn so với người bình thường [57] và một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy hiệu quả tích cực của điều trị methadone trong cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [22, 45, 110, 116, 131, 147]. Nghiên cứu của Lê Minh Giang và cộng sự đánh giá chất lượng cuộc sống bằng công cụ WHOQOL - BREF trên đối tượng điều trị methadone trên 24 tháng tại 3 cơ sở điều trị tại Hải Phòng cũng cho thấy chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất ($72,2 \pm 13,4$), thấp nhất là khía cạnh xã hội ($55,5 \pm 12,3$) [16]. Chất lượng cuộc sống của các đối tượng nghiên cứu thấp hơn kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của tác giả Shahrokh Aghayan tại Iran cho thấy kết quả về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cao hơn (>60 điểm) [131]. Nghiên cứu của Nizam và cộng sự (2012) tại Malaysia đánh giá bệnh nhân điều trị methadone trong 6 tháng cho thấy tất cả các khía cạnh đều tăng lên đáng kể (> 60 điểm) [114]. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân có khác nhau ở nhóm bỏ liều uống thuốc trên 5 ngày liên tiếp. Khía cạnh thể chất và môi trường điểm số về chất lượng cuộc sống ở nhóm bỏ điều trị thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khía cạnh tâm lý và xã hội không có sự khác biệt giữa các nhóm bỏ điều trị và chứng.

Bên cạnh đó chúng tôi còn sử dụng công cụ EQ – 5D3L để đánh giá sức khỏe của bệnh nhân. EQ – 5D3L là công cụ đánh giá 5 khía cạnh: vận động, tự chăm sóc, hoạt động thông thường, đau/khó chịu và lo lắng/trầm cảm. Mỗi khía cạnh đánh giá 3 cấp độ: không có vấn đề, có một số vấn đề và có vấn đề ở mức độ cao nhất [65]. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo EQ – 5D3L cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề về lo lắng/ trầm buồn là cao nhất (22,7%) sau đó đến cảm giác đau/ khó chịu (15,3%), đối với các khía

cạnh như sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề ở mức độ thấp (2,1 -2,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề về lo lắng/ trầm buồn và cảm giác đau/ khó chịu cao hơn ở nhóm bỏ điều trị và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long và cộng sự trên bệnh nhân điều trị methadone tại các tỉnh miền núi phía bắc cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề khía cạnh về lo lắng/ trầm buồn là cao nhất (25,5%) sau đó đến cảm giác đau/ khó chịu (19,9%), tỷ lệ bệnh nhân có các vấn đề sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày thấp hơn khía cạnh lo lắng/ trầm buồn và cảm giác đau/ khó chịu nhưng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [77].

Phân bố về độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, tiền sử sử dụng ma túy trước khi tham gia điều trị methadone, mắc viêm gan B, viêm gan C, chất lượng cuộc sống khía cạnh tâm lý và xã hội của nhóm bệnh (nhóm bỏ trị) và nhóm chứng có sự tương đồng, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phân bố về các triệu chứng tâm thần bệnh nhân có từ trước đến nay và có trong 3 tháng qua, liệu methadone đang điều trị, sử dụng heroin và các ma túy khác trong quá trình điều trị methadone, nhiễm HIV, chất lượng cuộc sống khía cạnh thể chất và môi trường có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p < 0,05$.

4.1.2.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone

Tuân thủ điều trị methadone là yếu tố quan trọng để đảm bảo người bệnh cai nghiện được ma túy và đóng góp vào thành công của chương trình điều trị methadone. Điều trị duy trì methadone là một hoạt động không thể tách rời khỏi kế hoạch thanh toán đại dịch HIV trên toàn cầu [94]. Tuy nhiên, bỏ điều trị methadone thường được ghi nhận trong các báo cáo toàn cầu. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp nhất ở các nước châu Mỹ chỉ với 17% ở Hoa Kỳ và

15,5% ở Canada [80, 125]. Tuy nhiên tỷ lệ cao hơn nhiều ở các khu vực khác. Ở châu Âu, khảo sát tại Pháp và Anh cho thấy 65,2% và 42% không tuân thủ điều trị. Trong khi đó, nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị từ 36,3% đến 88,2% [140, 166]. Một nghiên cứu theo thời gian tại Việt Nam năm 2009 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc 1-2 ngày tăng từ 18,4% trong 3 tháng đầu lên 41,4% sau 24 tháng [76]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị giảm dần theo thời gian tham gia điều trị [88, 133]. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân cũng đã được ghi nhận. Nhìn chung, điều kiện kinh tế kém, lạm dụng nhiều chất (ví dụ như ma túy, rượu), thiếu liều methadone, xa cơ sở điều trị và không hài lòng với các dịch vụ trong điều trị methadone có liên quan tuân thủ điều trị của bệnh nhân [80, 97, 125, 140, 166]. Bên cạnh đó sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân còn phụ thuộc và các hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè, người cùng uống methadone và xã hội. Trong đó có nhiều biện pháp hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị từ phía cơ sở điều trị, cán bộ y tế như: tư vấn trước và trong quá trình điều trị, phỏng vấn tạo động lực cho từng bệnh nhân hay nhóm bệnh nhân, hỗ trợ tâm lý trong quá trình điều trị, điều trị các bệnh kèm theo như: HIV, viêm gan, tâm thần, lao....

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số ngày nghỉ trung bình của nhóm chứng thấp hơn ($0,8 \pm 2,3$ ngày) rất nhiều so với nhóm bỏ điều trị ($6,7 \pm 6,9$ ngày). Sự khác biệt của hai nhóm về số ngày nghỉ trung bình có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Bệnh nhân nghỉ uống thuốc nhiều nhất là 27 ngày trong thời gian bệnh nhân còn tham gia điều trị. Với bệnh nhân ra khỏi chương trình, chúng tôi ghi nhận số ngày bỏ uống thuốc trong 3 tháng trước kể từ ngày bệnh nhân ra khỏi chương trình. Theo hướng dẫn của Bộ y tế những bệnh nhân bỏ uống thuốc trên 30 ngày liên tục là tiêu chuẩn loại ra khỏi chương trình [6].

Trong nhóm bỏ điều trị, chúng tôi phân thành 2 nhóm : nhóm bỏ trên 5 ngày đến 30 ngày là những bệnh nhân cần khởi liều lại khi bệnh nhân quay lại uống thuốc gồm 53 bệnh nhân chiếm 65,4% và nhóm bỏ trên 30 ngày là những bệnh nhân ra khỏi chương trình gồm 28 bệnh nhân chiếm 34,6%.

Nguyên nhân bỏ trị được đề cập nhiều nhất là bệnh nhân cho rằng bản thân bệnh nhân không còn phụ thuộc vào heroin (23,5%). Hiện tượng này có thể giải thích rằng khi bệnh nhân được điều trị lâu dài, họ tin rằng họ có khả năng ngừng sử dụng ma túy hoàn toàn; do đó, họ có nhiều khả năng ra khỏi chương trình điều trị [50]. Methadone là một chất dạng thuốc phiện tổng hợp, có tác dụng dược lý tương tự các chất dạng thuốc phiện khác (đồng vận) như heroin [6]. Do vậy, khi bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện được điều trị bằng methadone ở liều thỏa đáng, bệnh nhân sẽ không còn có nhu cầu sử dụng heroin. Như vậy, tuân thủ kém có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nghiện và dự đoán thất bại điều trị [32]. Do đó, kết quả này hàm ý sự cần thiết phải theo dõi sự tuân thủ của bệnh nhân và tư vấn kịp thời cho bệnh nhân để đảm bảo sự thành công của điều trị. Chính vì vậy, bệnh nhân tự nhận thức sai lầm khi cơ thể không có đòi hỏi với heroin và tin rằng bản thân không còn lệ thuộc vào heroin nữa, nhưng thực chất những đòi hỏi cơ thể bệnh nhân về sử dụng heroin đã được methadone khóa lấp. Điều này giải thích tại sao khi bệnh nhân nghỉ hoặc ngừng uống methadone thì tỷ lệ sử dụng lại heroin là rất cao. Kết quả này gián tiếp cho thấy kiến thức của bệnh nhân chưa tốt về tác dụng của methadone và sự cần thiết của việc hàng ngày cần đều đặn uống methadone. Khi kiến thức chưa tốt sẽ là yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Chính vì vậy, truyền thông và tư vấn cho bệnh nhân trước và trong quá trình điều trị đóng vai trò vô cùng quan trọng trong tăng cường hiệu quả điều trị của methadone.

Nguyên nhân bỏ trị cao thứ hai được đề cập đến trong nghiên cứu của chúng tôi là do thời gian uống methadone tại các cơ sở điều trị không phù hợp với thời gian đi làm (21,0%). Hầu hết các cơ sở điều trị methadone tại Hải Phòng hay ở Việt Nam chỉ mở cửa cho bệnh nhân đến uống thuốc trong giờ hành chính. Chính vì vậy, đối với những bệnh nhân có việc làm, đặc biệt những công việc làm vào giờ hành chính sẽ gặp nhiều khó khăn trong việc duy trì điều trị mà không ảnh hưởng đến công việc. Nghiên cứu của tác giả Huang-Chi Lin tại Đài Loan cho thấy, bệnh nhân sẵn sàng bỏ ra 1,3 giờ mỗi ngày cho việc điều trị Methadone [81].

Nguyên nhân thứ ba được đề cập đến trong nghiên cứu là do bệnh nhân có vấn đề sức khỏe nên phải nghỉ uống thuốc để đi khám hoặc điều trị bệnh. Theo hướng dẫn của Bộ y tế, bệnh nhân điều trị methadone nếu phải điều trị nội trú tại các cơ sở y tế bệnh nhân sẽ chuyển bệnh nhân đến điều trị tại cơ sở methadone gần nơi điều trị nội trú của bệnh nhân nhất và để thuận tiện cho bệnh nhân uống methadone hàng ngày hay cán bộ y tế tại cơ sở điều trị methadone này mang thuốc đến cho bệnh nhân uống trực tiếp nếu bệnh nhân không thể đến cơ sở điều trị methadone để uống [6]. Tuy nhiên, trên thực tế nhiều bệnh nhân điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân hay đến những nơi chưa có cơ sở điều trị methadone nên không thể thực hiện chuyển gửi điều trị. Điều đó đồng nghĩa với việc bệnh nhân đi khám điều trị bệnh thì phải nghỉ uống methadone trong thời gian này.

Những người được phép vào chương trình methadone phải chứng minh được gia đình ổn định hoặc có người giám hộ để đảm bảo sự tuân thủ của họ. Khách hàng tiềm năng cũng phải có chứng minh nhân dân và được chính thức xác nhận là người sử dụng ma túy với chính quyền địa phương. Các chính sách này ngăn chặn các những người có nguy cơ không tuân thủ điều trị tốt tham gia điều trị như người di cư nội bộ, những người nghèo khó và những

người có liên quan đến bất kỳ hoạt động tội phạm nào. Quá trình lựa chọn tham gia vào chương trình điều trị methadone ở Việt Nam đã có thay đổi tích cực từ giữa năm 2015: khách hàng tiềm năng chỉ yêu cầu xuất trình hộ khẩu hoặc giấy chứng minh nhân dân nhưng vẫn phải trả một phần chi phí điều trị bằng methadone.

Bệnh nhân không đủ khả năng chi trả chi phí điều trị methadone cũng là lý do khiến bệnh nhân bỏ điều trị (14,8%). Hiện nay, methadone vẫn đang được điều trị miễn phí cho người bệnh tại nhiều tỉnh, thành phố trong cả nước. Một số địa phương đã áp dụng việc thu một phần phí điều trị methadone như thành phố Hải Phòng, thành phố Hồ Chí Minh, tỉnh Điện Biên, Hưng Yên, Bắc Ninh, Kon Tum, Ninh Bình, Bắc Giang, Nam Định, Hải Dương, Thái Bình, Vĩnh Phúc, Quảng Trị với mức 10.000 đồng/lần/người. Một số người thuộc đối tượng chính sách (người nghèo hoặc người khuyết tật) có thể được miễn, giảm phí điều trị [12]. Việc chi trả này nhằm đảm bảo tính bền vững của chương trình điều trị methadone, đảm bảo cung cấp dịch vụ cho người nghiện có nhu cầu điều trị khi các nguồn tài trợ quốc tế bị cắt giảm trong tương lai [77, 144].

Thành phố Hải Phòng triển khai thu phí điều trị methadone với mức 10.000 đồng/ngày/người từ đầu năm 2014. Một khảo sát được thực hiện tại Hải Phòng cho thấy, hầu hết bệnh nhân chấp nhận với mức phí đóng khoảng 300.000 đồng mỗi tháng [144]. Mặc dù đa số bệnh nhân sẵn sàng chi trả cho điều trị methadone bởi lợi ích lâu dài của việc điều trị nhưng có không ít bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đóng phí uống thuốc hàng tháng mặc dù khoản phí không cao. Điều này do phần lớn bệnh nhân điều trị methadone không có công việc, tài chính phụ thuộc gia đình và người thân. Việc tích hợp chương trình điều trị methadone với các dịch vụ y tế khác đã được đề xuất như một giải pháp để giải quyết gánh nặng kinh tế của điều trị [146].

Một số nguyên nhân khác cũng được đề cập như bệnh nhân bị bắt do phạm pháp, sử dụng ma túy bất hợp pháp, có việc cần phải đi khỏi Hải Phòng....

Việc sử dụng các hệ thống hồ sơ điện tử, liên kết các cơ sở điều trị, đặc biệt hệ thống có thể nhận diện khách hàng sẽ cho phép bệnh nhân được tiếp nhận chăm sóc và điều trị tại các cơ sở điều trị khác nhau hoặc trên cả nước, giúp cho bệnh nhân tiếp tục duy trì khi bệnh nhân có việc cần đi xa khỏi phòng khám hiện đang điều trị. Những thay đổi này, cũng như loại bỏ các rào cản để có đủ điều kiện để được tiếp nhận vào điều trị methadone ở cơ sở đầu tiên, có thể làm một bước tiến dài trong việc cải thiện số người sử dụng ma túy có thể được điều trị thay thế bằng methadone. Điều này sẽ làm giảm gánh nặng đáng kể không chỉ của việc sử dụng ma túy mà còn góp phần hạn chế dịch HIV ở Việt Nam.

Để tăng cường hiệu quả của chương trình điều trị methadone, cần phải đo lường tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan, yếu tố nguy cơ, qua đó có thể giúp các nhà hoạch định chính sách và các nhà quản lý chương trình cung cấp các giải pháp kịp thời và phù hợp cho bệnh nhân. Chính phủ Việt Nam đã cam kết mở rộng mô hình điều trị methadone cho 80.000 người sử dụng các chất dạng thuốc phiện [26], đến nay người sử dụng ma túy được điều trị tại các phòng khám trên toàn quốc [10]. Tuy nhiên, việc duy trì chương trình điều trị methadone đang phải đối mặt với một thách thức lớn khi Chính phủ chỉ có thể cung cấp 50% nguồn lực cần thiết trong những năm tới do cắt giảm nhanh chóng các nguồn viện trợ quốc tế [155]. Trong bối cảnh nguồn lực hạn hẹp, thông tin về tuân thủ có thể được sử dụng để tối ưu hóa các lợi ích của chương trình điều trị methadone, cũng như kiểm soát chất lượng dịch vụ điều trị methadone và đóng vai trò là một chỉ báo cho việc phân bổ nguồn lực. Nhiều nỗ lực trong việc tối ưu hóa hiệu quả của can thiệp này tăng lên trong

những năm gần đây, bao gồm các chiến lược cải thiện việc duy trì điều trị và tuân thủ của bệnh nhân điều trị methadone.

Methadone là chất đồng vận thụ thể mu (μ) ở não làm cho bệnh nhân giảm bớt sử dụng ma túy bất hợp pháp, các hành vi nguy cơ liên quan đến sử dụng ma túy, cũng như cải thiện sức khỏe cho những người nghiện các chất dạng thuốc phiện [6]. Mặc dù, methadone là thuốc có tác dụng trong thời gian dài [30], nhưng không tuân thủ điều trị sẽ làm tăng nguy cơ có các triệu chứng cai nghiện, tái sử dụng ma túy bất hợp pháp và quá liều do mất kiểm soát [39, 71, 145]. Vì vậy, cùng với việc nhận đủ liều điều trị, sự tuân thủ điều trị lâu dài là cần thiết đối với bệnh nhân đang điều trị methadone để tối đa hiệu quả của can thiệp giảm hại này.

Chúng tôi phân tích bỏ trị với các yếu tố liên quan như: tình trạng công việc, có con, khoảng cách từ nhà đến cơ sở điều trị, liều methadone, số ngày bỏ trị trong 3 tháng trước, tình trạng sử dụng heroin khi đang điều trị methadone, có bạn đang sử dụng ma túy bất hợp pháp, tình trạng nhiễm HIV, viêm gan C, viêm gan B và triệu chứng tâm thần của bệnh nhân trong 3 tháng trước.

Kết quả phân tích đơn biến các đặc điểm liên quan đến việc bỏ hẳn điều trị hoặc bỏ uống thuốc trên 5 ngày liên tiếp cho thấy nguy cơ bỏ điều trị cao hơn ở những bệnh nhân có con (OR= 2,49; 95%CI: (1,36-4,59); p =0,003); bỏ từ 1-3 ngày uống thuốc trong 3 tháng qua (OR = 3,64; 95%CI (1,67-7,94); p = 0,001); bỏ trên 3 ngày uống thuốc trong 3 tháng qua (OR = 25,2; 95%CI: (11,2-56,6); p < 0,001); sử dụng heroin khi đang điều trị methadone (OR = 8,92; 95%CI: (3,96-20,13); p < 0,001); có triệu chứng tâm thần trong 3 tháng trước (OR =2,34; 95%CI: (1,26-4,38); p = 0,007). Và nguy cơ bỏ điều trị thấp hơn ở những bệnh nhân có liều điều trị methadone hiện tại 60-119mg (OR =

0,40; 95%CI: (0,21-0,74), $p = 0,003$); liều methadone $\geq 120\text{mg}$ (OR = 0,21; 95%CI: (0,10-0,41); $p < 0,001$); tình trạng HIV dương tính (OR = 0,33; 95%CI: (0,17-0,65); $p < 0,01$).

Kết quả phân tích đa biến hồi quy logistics cho thấy yếu tố nguy cơ chính đến không tuân thủ điều trị là bệnh nhân có sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone (aOR = 12,40; 95%CI: 4,19-36,75, $p < 0,001$) và bỏ > 3 ngày trong 3 tháng qua (aOR = 18,48; 95%CI: 7,25-47,09; $p < 0,001$). Tuy nhiên, việc uống liều cao trong điều trị methadone cũng làm giảm nguy cơ không tuân thủ điều trị (aOR=0,40; 95%CI: 0,17-0,94, $p = 0,036$ nếu bệnh nhân uống liều 60 – 119mg/ngày và aOR=0,28; 95%CI : 0,09 -0,86, $p = 0,026$ nếu bệnh nhân uống liều $> 120\text{mg}/\text{ngày}$ so với nhóm uống liều dưới 60mg).

Một vài nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa liều methadone và hành vi sử dụng ma túy bất hợp pháp, giấu giếm với việc bỏ trị methadone [46, 48, 159]. Các nghiên cứu đã cho thấy liều điều trị methadone cao hơn cũng liên quan đến việc sử dụng ma túy thấp hơn và duy trì điều trị methadone tốt hơn [48, 102, 159]. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên và đối chứng trước đây đã chỉ ra rằng liều methadone cao hơn có liên quan đến sự duy trì lớn hơn đáng kể [82, 83, 124, 132]. Caplehom và cộng sự phát hiện ra rằng những bệnh nhân được dùng liều methadone hàng ngày tối đa dưới 60 mg có nguy cơ bỏ điều trị cao hơn so với những bệnh nhân nhận được liều tối đa là 80 mg (OR=4,8, 95%CI: 2,6-8,3) [47].

Theo hướng dẫn của Hiệp hội về liệu pháp cai nghiện khuyên dùng liều ít nhất là 60mg và cần lưu ý tăng liều cao hơn nữa [115]. Bộ Y tế tại Anh cũng khuyên cáo nên duy trì liều cho bệnh nhân từ 60 - 120mg [63]. Theo hướng dẫn điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng methadone của Bộ y tế Việt Nam, giai đoạn duy trì nên có liều 60 – 120mg [5, 6]. Dựa trên các

nguyên tắc này, chúng tôi phân loại các nhóm liều methadone: < 60mg/ngày, 60-119mg/ngày và ≥ 120 mg/ngày. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy nhóm những bệnh nhân có liều điều trị < 60mg/ngày làm nền để tham khảo. Kết quả nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân có liều methadone 60-119mg /ngày bỏ trị ít hơn những bệnh nhân có liều <60mg/ngày (OR=0,4; p = 0,004), những bệnh nhân có liều methadone ≥ 120 mg/ngày bỏ trị ít hơn những bệnh nhân có liều <60mg/ngày (OR=0,21; p < 0,001). Các phát hiện của chúng tôi về liều lượng phù hợp với những phân tích cộng gộp trước đây [41, 66, 67, 96]. Điều đó chứng minh rằng liều trên 60mg/ngày là đủ, có hiệu quả và mang lại lợi ích cho duy trì điều trị methadone. Những kết quả này cho thấy cần có hướng dẫn lâm sàng cụ thể để xác định liều methadone phù hợp cho bệnh nhân [56, 133, 160]. Một nghiên cứu cộng gộp của các tác giả Trung Quốc còn cho thấy những bệnh nhân có liều điều chỉnh linh hoạt tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân có liều cố định [41].

Một số đánh giá có hệ thống cho thấy sự duy trì điều trị có liên quan đến liều điều trị methadone và tỷ lệ bỏ trị cao hơn ở những bệnh nhân có liều methadone thấp hơn [66, 67, 96]. Trong quá trình điều trị methadone, khuyến cáo nên dùng liều methadone riêng lẻ và linh hoạt với mỗi bệnh nhân, đó là thách thức lâm sàng lớn nhất và không có liều nào là tốt nhất cho tất cả các bệnh nhân [101, 148]. Việc cá nhân hóa và điều chỉnh liều cho bệnh nhân dựa trên kết quả xét nghiệm nước tiểu và các triệu chứng cai nghiện [54, 101]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá liều điều trị methadone hiện tại mà chưa đánh giá đến tính ổn định của liều methadone điều trị với bỏ điều trị của bệnh nhân. Việc điều chỉnh liều methadone trong quá trình điều trị có ý nghĩa quan trọng. Một đánh giá có hệ thống cho thấy việc điều chỉnh liều linh hoạt cho bệnh nhân có phần hiệu quả hơn so với phương pháp duy trì liều cố định [54].

Một nghiên cứu cộng gộp từ 18 nghiên cứu của tác giả Yan-ping Bao và cộng sự cho thấy bệnh nhân có liều methadone ≥ 60 mg tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân có liều methadone < 60 mg (OR: 1,74 ; 95%CI: 1,43-2,11) và liều methadone linh hoạt sẽ giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn liều methadone cố định (OR: 1,72; 95%CI: 1,41-2,11) [41]. Điều này cho thấy, bên cạnh việc nên điều trị duy trì cho bệnh nhân ở liều ≥ 60 mg methadone/ngày, thì việc điều chỉnh liều methadone linh hoạt là cần thiết để bệnh nhân tuân thủ điều trị được tốt hơn. Qua đó, nâng cao hiệu quả của chương trình điều trị giảm hại của methadone.

Các yếu tố khác đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì bao gồm tuổi tác, sự ổn định về thu nhập, dân tộc bản xứ, tính sẵn có của điều trị miễn phí, chính sách quản lý bệnh viện, sử dụng liệu pháp hành vi nhận thức và sử dụng quản lý dự phòng. Việc kết hợp các chiến lược điều trị hỗ trợ với thực hành liều lượng tốt hơn có thể đã góp phần vào những kinh nghiệm thành công với các chương trình điều trị methadone ở Hoa Kỳ, châu Âu và các nước phát triển khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố nguy cơ chính đến không tuân thủ điều trị là bệnh nhân có sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone và bỏ uống thuốc methadone > 3 ngày trong 3 tháng qua, bên cạnh đó việc uống liều cao trong điều trị methadone cũng làm giảm nguy cơ không tuân thủ điều trị

4.2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân

Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng với cơ sở can thiệp là cơ sở điều trị methadone Hải An với 214 bệnh nhân và cơ sở chứng là cơ sở điều trị methadone An Dương với 221 bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, nhóm tuổi, trình độ văn hóa và hôn nhân giữa nhóm

can thiệp và nhóm chứng. Sau can thiệp 6 tháng, tại cơ sở can thiệp chúng tôi bị mất dấu 6 bệnh nhân và cơ sở methadone chúng mất 12 bệnh nhân, đây đều là những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị.

4.2.1. Hỗ trợ của đồng đảng viên và cán bộ y tế

4.2.1.1. Hỗ trợ của đồng đảng viên

Trong can thiệp của chúng tôi, đồng đảng viên hỗ trợ bạn điều trị methadone của mình, là những bệnh nhân tuân thủ điều trị không tốt, khó khăn trong việc duy trì điều trị. Đồng đảng viên tác động về mặt nhận thức, tâm lý, giúp bệnh nhân giải tỏa tâm tư, chia sẻ tình cảm và đặc biệt tránh các yếu tố nguy cơ dẫn đến bỏ uống methadone.

Kết quả nghiên cứu đối với bệnh nhân điều trị methadone cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hỗ trợ tâm lý từ nhóm đồng đảng viên giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hỗ trợ thông tin từ nhóm đồng đảng viên giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ tinh thần ở mức độ thường xuyên từ đồng đảng viên là 9,3% ở nhóm can thiệp và 11,3% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ này là 15,9% ở nhóm can thiệp và 13,9% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về tinh thần tăng lên 6,6%, trong khi nhóm chứng chỉ tăng 2,6%.

Về hỗ trợ thông tin từ đồng đảng viên, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 173,9% trong khi nhóm chứng là 14,3%. Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ thông tin từ đồng đảng viên là 159,5%.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ thông tin ở mức độ thường xuyên từ đồng đảng viên là 6,5% ở nhóm can thiệp và 6,3% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ thông tin ở mức độ thường xuyên từ đồng đảng viên tăng lên 17,8% ở nhóm can thiệp và 7,2% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về thông tin tăng lên 11,3% trong khi nhóm chứng chỉ tăng 0,9%.

Về hỗ trợ tinh thần từ đồng đảng viên, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 71,0% trong khi nhóm chứng là 23,0%. Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ tinh thần từ đồng đảng viên là 48,0%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về hài lòng với đồng đảng viên giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với đồng đảng viên là 11,7% ở nhóm can thiệp và 10,0% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với đồng đảng viên là 36,5% ở nhóm can thiệp và 10,0% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,001$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về thông tin tăng lên 24,8% trong khi nhóm chứng không thay đổi.

Về hỗ trợ hài lòng với đồng đảng viên, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 211,9% trong khi nhóm chứng không thay đổi. Hiệu quả can thiệp đối với hài lòng với đồng đảng viên là 211,9%.

Như vậy, các hoạt động can thiệp có hiệu quả với việc tăng cường hỗ trợ thông tin và tinh thần cho bệnh nhân điều trị methadone từ đồng đảng viên.

4.2.1.2. Hỗ trợ của cán bộ y tế.

Kết quả nghiên cứu đối với bệnh nhân điều trị methadone cho thấy có sự khác biệt về hỗ trợ tâm lý, và thông tin từ cán bộ y tế giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ tinh thần ở mức độ thường xuyên từ cán bộ y tế là 26,2% ở nhóm can thiệp và 19,9% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ tinh thần ở mức độ thường xuyên từ cán bộ y tế là 37,0% ở nhóm can thiệp và 18,7% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,001$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về tinh thần tăng lên 11,4%, trong khi nhóm chứng giảm 1,2%.

Về hỗ trợ tinh thần từ cán bộ y tế, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 43,5% trong khi nhóm chứng giảm 6,0%. Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ thông tin từ đồng đẳng viên là 49,5%.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ thông tin ở mức độ thường xuyên từ cán bộ y tế là 26,6% ở nhóm can thiệp và 29,0% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ thông tin ở mức độ thường xuyên từ cán bộ y tế là 46,2% ở nhóm can thiệp và 28,7% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về thông tin tăng lên 19,6% trong khi nhóm chứng giảm 0,3%.

Về hỗ trợ tinh thần từ cán bộ y tế, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 72,6% trong khi nhóm chứng giảm 1,0%. Hiệu quả can thiệp đối với hỗ trợ tinh thần từ đồng đẳng viên là 73,6%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về hài lòng với cán bộ y tế giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với cán bộ y tế là 35,5% ở nhóm can thiệp và 27,6% ở nhóm chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với cán bộ y tế là 59,1% ở nhóm can thiệp và 26,8% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,001$). Ở nhóm can thiệp tỷ lệ được nhận hỗ trợ thường xuyên về thông tin tăng lên 23,6% trong khi nhóm chứng giảm 0,8%.

Về hỗ trợ hài lòng với cán bộ y tế, chỉ số hiệu quả tại nhóm can thiệp là 66,5% trong khi nhóm chứng giảm 2,9%. Hiệu quả can thiệp đối về hài lòng với cán bộ y tế là 69,7%.

Các hoạt động can thiệp có hiệu quả với việc tăng cường hỗ trợ thông tin và tinh thần cho bệnh nhân điều trị methadone từ cán bộ y tế.

4.2.2. Tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

4.2.2.1. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Lệ thuộc ma túy là một căn bệnh mãn tính phức tạp, đa chiều và dễ tái phát. Do đó, đòi hỏi sự chăm sóc liên tục và can thiệp theo nhiều lĩnh vực [156]. Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone là điều trị thay thế với mục đích giảm tác hại của việc sử dụng ma túy bất hợp pháp. Tuân thủ điều trị là tiêu chí quan trọng đánh giá sự thành công của chương trình [6]. Can thiệp của chúng tôi với mục đích tăng cường tuân thủ điều trị của bệnh nhân thông qua việc hỗ trợ tâm lý xã hội cho bệnh nhân đang điều trị và đặc biệt tập trung vào những bệnh nhân có nguy cơ cao như bỏ uống thuốc methadone; xét nghiệm nước tiểu có dương tính với ma túy bất hợp pháp như heroin hoặc và ma túy đá; có vấn đề với sức khỏe tâm thần.

Nghiên cứu giai đoạn bệnh chứng của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân bỏ uống thuốc nhiều hơn 3 ngày trong 3 tháng qua, có bạn sử dụng ma túy bất hợp pháp, hiện tại còn sử dụng ma túy và xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin tăng nguy cơ bỏ uống thuốc methadone trên 5 ngày liên tiếp, và khi bệnh nhân quay lại uống thuốc cần được khởi liều lại [6]. Để đánh giá hiệu quả các can thiệp: hỗ trợ từ đồng đảng viên, sàng lọc và hỗ trợ tâm lý, tác động của phòng vãn tạo động lực giúp bệnh nhân tăng cường tuân thủ điều trị, chúng tôi đánh giá các tiêu chí về các mức độ bỏ điều trị vào thời điểm trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Trong giai đoạn nghiên cứu can thiệp, chúng tôi đề cập đến 2 mốc đánh giá tuân thủ điều trị: bỏ trị trên 3 ngày và trên 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua. Chúng tôi sử dụng mốc bỏ trị trên 3 ngày liên tục ở để đánh giá hiệu quả can thiệp bởi tỷ lệ bỏ trên uống thuốc 5 ngày liên tục chúng tôi ghi nhận thấp chỉ từ 3-8% qua các năm và thời gian can thiệp 6 tháng. Bên cạnh đó, theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, bỏ uống thuốc trên 3 ngày liên tục (từ 4-5 ngày liên tục) cần khởi lại liều methadone bằng $\frac{1}{2}$ liều trước đó bệnh nhân đang uống [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 3 ngày trong 3 tháng qua ở nhóm can thiệp giảm 8,7% (từ 29,4% xuống còn 20,7%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 3 ngày trong 3 tháng qua ở nhóm chứng giảm 0,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) về tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 3 ngày trong 3 tháng qua giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp là 29,6% và nhóm chứng là 2,6%. Hiệu quả can thiệp đạt 27,0%.

Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có bạn đang sử dụng ma túy bất hợp pháp ở nhóm can thiệp giảm 9,7% (từ 45,3% xuống còn 35,6%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân có bạn đang sử dụng ma túy bất hợp pháp ở nhóm

chứng chỉ giảm 2,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ bệnh nhân có bạn đang sử dụng ma túy bất hợp pháp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp là 21,4% và nhóm chứng giảm 5,2%. Hiệu quả can thiệp đạt 16,2%.

Đánh giá tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm dương tính với heroin ở nhóm can thiệp giảm 3,1% (từ 7,9% xuống còn 4,8%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm dương tính với heroin ở nhóm chứng tăng 0,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm dương tính với heroin giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp là 39,2% và nhóm chứng là 0,9%. Hiệu quả can thiệp đạt 38,3%.

Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân hiện tại còn sử dụng heroin ở nhóm can thiệp giảm 6,9% (từ 11,7% xuống còn 4,8%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân hiện tại còn sử dụng heroin ở nhóm chứng giảm 1,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ bệnh nhân hiện tại còn sử dụng heroin giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp là 59,0% và nhóm chứng 15,3%. Hiệu quả can thiệp đạt 43,7%.

Đánh giá về tuân thủ điều trị methadone trong 3 tháng qua, bên cạnh các tiêu chí về bỏ uống thuốc trên 3 ngày, chúng tôi đánh giá thêm tiêu chí bỏ uống methadone trên 3 ngày liên tục, là những bệnh nhân có nguy cơ sử dụng lại ma túy bất hợp pháp. Những bệnh nhân bỏ uống methadone trên 3 ngày liên tục khi quay lại cơ sở điều trị cần được bác sĩ đánh hội chứng dung nạp thuốc của bệnh nhân và cho bệnh nhân uống 1/2 liều methadone trước khi dừng điều trị của bệnh nhân, theo dõi sát để tránh nguy cơ ngộ độc do quá

liều xảy ra [6]. Bởi những bệnh nhân bỏ uống thuốc nhiều ngày liên tục, khả năng sử dụng ma túy bất hợp pháp là khó tránh khỏi.

Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc trên 3 ngày liên tục ở nhóm can thiệp giảm 8,7% (từ 29,4% xuống còn 20,7%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc trên 3 ngày liên tục ở nhóm chứng chỉ giảm 0,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc trên 3 ngày liên tục giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp là 29,6% và nhóm chứng 2,6%. Hiệu quả can thiệp đạt 27,0%.

Can thiệp của chúng tôi thực hiện là cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế, hỗ trợ kiến thức, thông tin cho nhóm đồng đảng viên, hỗ trợ tâm lý tâm thần cho những bệnh nhân có vấn đề tâm thần và có yếu tố nguy cơ để tăng cường duy trì điều trị và giảm ham muốn sử dụng ma túy bất hợp pháp.

Kết quả cho thấy, nhóm can thiệp tuân thủ điều trị tốt hơn nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp giảm tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone, xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin, và hiện tại sử dụng heroin khi đang điều trị methadone.

Phỏng vấn tạo động lực thúc đẩy động lực bên trong của bệnh nhân để thay đổi thông qua sự đồng cảm, tham gia, nhắc nhở, tôn trọng quyền tự chủ của bệnh nhân, hỗ trợ sự tự tin và kết quả là mang lại kết quả đối với điều trị [126].

Các nghiên cứu cho thấy hỗ trợ tâm lý xã hội bao gồm phỏng vấn tạo động lực có hiệu quả trong điều trị methadone thông qua giảm ham muốn sử dụng ma túy bất hợp pháp. Bởi vì, phỏng vấn tạo động lực có hiệu quả làm giảm ham muốn ma túy tương tự như các phương pháp tâm lý khác như liệu pháp nhận thức hành vi [104], sự chú ý [162], liệu pháp chấp nhận và cam kết

[93], sự kích thích thường xuyên, lặp đi lặp lại. Hơn nữa, liên quan đến hiệu quả của phỏng vấn tạo động lực trong lĩnh vực cai nghiện, có thể thấy rằng phỏng vấn tạo động lực đã có hiệu quả trong giảm thèm muốn ma túy, duy trì liên tục [158].

Kết quả nghiên cứu của Ali Navidian và cộng sự cho thấy hỗ trợ bệnh nhân bằng phỏng vấn tạo động lực có tác dụng giảm lạm dụng ma túy và tăng cường duy trì điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone [37]. Nghiên cứu của trường đại học Y Khoa Qom, Iran với 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng, là những bệnh nhân điều trị methadone giai đoạn ổn định ở tháng đầu tiên. Nhóm can thiệp được nhận các can thiệp: liệu pháp nhận thức hành vi theo nhóm, can thiệp gia đình và liệu pháp thư giãn, nhóm chứng chỉ được nhận điều trị methadone. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm nhận can thiệp giảm sử dụng ma túy ($p < 0,05$), tăng duy trì điều trị ($p < 0,05$), tăng tuân thủ điều trị, giảm tức giận, lo lắng và trầm cảm và liều methadone điều trị hiệu quả hơn ($p < 0,05$) [79]

Một nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên thực hiện tại 05 cơ sở điều trị methadone ở Los Angeles và California, Mỹ tiến hành để so sánh can thiệp với 3 nhóm bệnh nhân đang điều trị methadone là những bệnh nhân đã tham gia điều trị được trên 3 tháng. Số liệu thu thập sau 6 tháng can thiệp cho thấy bệnh nhân điều trị methadone nhận phỏng vấn tạo động lực cá nhân và phỏng vấn tạo động lực nhóm giảm hành vi sử dụng ma túy không hợp pháp [35].

Sau can thiệp 6 tháng, giảm tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống methadone và giảm các yếu tố nguy cơ đến không tuân thủ điều trị như: sử dụng heroin, xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin và có bạn hiện tại đang sử dụng ma túy. Kết quả này cho thấy, các hoạt động can thiệp có hiệu quả. Do vậy, duy trì hoạt

động can thiệp là cần thiết để cải thiện tuân thủ điều trị cho bệnh nhân cũng như tăng cường hiệu quả của chương trình.

4.2.2.2. *Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân*

Chúng tôi đánh giá về các triệu chứng lo lắng, trầm buồn của bệnh nhân trong 3 tháng qua. Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, trầm buồn ở nhóm can thiệp giảm 10,1% (từ 16,8% xuống còn 6,7%). Trong khi tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, trầm buồn ở nhóm chứng chỉ giảm 4,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) về tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, trầm buồn giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp. Chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp đạt 60,1% và nhóm chứng giảm 19,28%. Hiệu quả can thiệp đối với giảm tỷ lệ lo lắng, trầm buồn ở bệnh nhân điều trị methadone đạt 40,9%.

Mặc dù điều trị methadone giúp cải thiện sức khỏe tâm thần cho người sử dụng ma túy [32, 44, 51, 72, 127], tuy nhiên bệnh nhân điều trị methadone vẫn có các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu của các tác giả tại Việt Nam cho thấy 20-35% bệnh nhân có vấn đề tâm thần [27, 103], nhưng tỷ lệ này vẫn thấp hơn so các nước như Netherlands, Mỹ và Indonesia với tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề với sức khỏe tâm thần là 54-78% [44, 51, 72, 127]. Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân điều trị methadone có nhiều thách thức, bởi chính bản thân bệnh nhân và người nhà bệnh nhân dễ dàng chấp nhận các biểu hiện về sức khỏe tâm thần của bệnh nhân. Trong giai đoạn thực hiện can thiệp, chúng tôi có sàng lọc và phát hiện 12 bệnh nhân có vấn đề tâm thần, tuy nhiên khi hỗ trợ bệnh nhân để được khám và điều trị chuyên khoa, bản thân bệnh nhân ngại không muốn đi khám do bệnh nhân cho rằng tình trạng đó chưa thực sự là vấn đề sức khỏe của họ. Do vậy, cán bộ y tế tại các cơ sở điều trị methadone cần được đào tạo thêm về lĩnh vực tâm thần để

có tăng cường năng lực trong sàng lọc, hỗ trợ và điều trị cho bệnh nhân methadone có vấn đề về sức khỏe tâm thần ngay tại cơ sở điều trị.

Tác giả Searby A và cộng sự đã phân tích hai mươi bài viết từ năm 2003 đến 2014 để xem xét vấn đề tâm thần ở những bệnh nhân điều trị methadone tại Australia cho thấy, việc điều trị duy trì methadone lâu dài đồng nghĩa với tuổi bệnh nhân ngày càng tăng lên và khi tuổi bệnh nhân tăng thì cũng tăng các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở bệnh nhân. Như vậy, các dịch vụ y tế cũng cần được tăng cường để đáp ứng việc chăm sóc bệnh nhân được tốt hơn [130].

Để đánh giá hiệu quả can thiệp của nghiên cứu đối với sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị methadone, chúng tôi sử dụng công cụ WHOQOL-BREF của Tổ chức y tế thế giới để đánh giá 4 khía cạnh cuộc sống bao gồm: thực thể, tâm lý, xã hội và môi trường [137, 138]. Can thiệp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở các khía cạnh thể chất (tăng lên $75,4 \pm 15,3$ điểm so với trước can thiệp là $74,6 \pm 14,8$ điểm), khía cạnh tâm lý (tăng lên $72,3 \pm 13,9$ điểm so với trước can thiệp là $69,4 \pm 13,2$ điểm), khía cạnh xã hội (tăng lên $58,3 \pm 17,6$ điểm so với trước can thiệp là $54,2 \pm 16,2$ điểm) và khía cạnh môi trường (tăng lên $69,1 \pm 15,8$ điểm so với trước can thiệp là $67,2 \pm 13,2$ điểm). Chỉ có khía cạnh tâm lý và xã hội điểm chất lượng cuộc sống tăng sau can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước can thiệp. Nhưng so sánh với nhóm chứng, cả 4 khía cạnh của chất lượng cuộc sống ở nhóm can thiệp đều cao hơn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm chất lượng cuộc sống cao nhất ở khía cạnh thể chất (trên 70 điểm) và thấp nhất là khía cạnh xã hội (dưới 60 điểm) với cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm trước

và sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu của Lê Minh Giang và cộng sự cũng cho thấy chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu ở khía cạnh thể chất có điểm số cao nhất ($72,2 \pm 13,4$), thấp nhất là khía cạnh xã hội ($55,5 \pm 12,3$) [16]. Đánh giá hiệu quả chương trình điều trị methadone thí điểm của FHI tại Hải Phòng và Hồ Chí Minh cho thấy điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện nhiều khi tham gia điều trị methadone và ở giai đoạn điều trị duy trì điểm chất lượng cuộc sống cao nhất ở khía cạnh thể chất (trên 70 điểm) và thấp nhất là khía cạnh môi trường (dưới 60 điểm) [32]. Nghiên cứu của các tác giả tại Iran [131] và Malaysia [114] cho thấy điểm chất lượng cuộc sống ở tất cả các khía cạnh của bệnh nhân đều > 60 điểm.

Các nghiên cứu cũng cho thấy vai trò của tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội đối với bệnh nhân điều trị methadone. Tư vấn và hỗ trợ tâm lý xã hội bao gồm: tư vấn cá nhân; tư vấn và giáo dục nhóm; tư vấn cho gia đình và nhóm hỗ trợ đồng đẳng trước, trong và sau quá trình điều trị [13]. Nghiên cứu của tác giả Adeline và cộng sự cho thấy phỏng vấn tạo động lực giúp giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp ở bệnh nhân điều trị methadone [35]. Nghiên cứu của Ali Navidian và cộng sự cho thấy hỗ trợ bệnh nhân bằng phỏng vấn tạo động lực giúp bệnh nhân giảm thèm nhớ và sử dụng ma túy bất hợp pháp, do vậy tăng khả năng giữ bệnh nhân ở lại với điều trị methadone lâu dài [37].

Sau can thiệp 6 tháng, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có lo lắng trầm buồn giảm và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở khía cạnh tâm lý và xã hội. Như vậy, các hoạt động can thiệp không chỉ tăng cường tuân thủ điều trị mà còn góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

4.3. Điểm mới và hạn chế của nghiên cứu

Điểm mới của nghiên cứu là: 1/ Đóng góp vào bộ số liệu về tuân thủ điều trị của bệnh nhân điều trị methadone và yếu tố nguy cơ đến bỏ trị ở những bệnh nhân đã điều trị ổn định lâu dài (trên 2 năm). Đáng ghi nhận là trong nghiên cứu này chúng tôi đã tìm và phỏng vấn những bệnh nhân đã rời khỏi chương trình điều trị, những bệnh nhân này có thể khác với những bệnh nhân bỏ uống thuốc một số ngày và quay lại điều trị. 2/ Đây là một nghiên cứu về đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục sức khỏe dựa vào cộng đồng, cụ thể là các hoạt động hỗ trợ tâm lý, xã hội cho bệnh nhân đang điều trị methadone trong điều kiện thực tế của hệ thống y tế hiện hành ở Việt Nam, góp phần đưa ra giải pháp can thiệp để cải thiện hiệu quả của chương trình điều trị methadone trong thời gian tới. Hoạt động giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, bao gồm hỗ trợ tâm lý vẫn tiếp tục được các cán bộ y tế tại cơ sở duy trì khi nghiên cứu kết thúc để hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn và tăng cường chất lượng cuộc sống.

Bên cạnh các ưu điểm trên, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Trong giai đoạn nghiên cứu theo dõi, chúng tôi xác định nhóm bệnh là những bệnh nhân bỏ liên tục trên 5 ngày không uống thuốc methadone. Như vậy nhóm bệnh bao gồm những bệnh nhân đã bỏ từ 6 ngày đến dưới 30 ngày - là những bệnh nhân hiện vẫn đang tham gia điều trị và những bệnh nhân đã bỏ trên 30 ngày uống thuốc - là những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị. Do đó, chúng tôi gặp khó khăn trong việc tìm kiếm những bệnh nhân đã rời khỏi chương trình điều trị và có thể những bệnh nhân chúng tôi đưa vào nghiên cứu không hoàn toàn đại diện cho nhóm bỏ trị. Tuy nhiên, theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên tìm lại những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình điều trị để phỏng vấn vì việc tìm kiếm những bệnh nhân đã ra khỏi chương trình và mời họ tham gia nghiên cứu là rất khó khăn. Ngoài ra,

các bệnh nhân nhóm chứng được chọn cùng nhóm tuổi giới và cùng thời gian tham gia điều trị nên giảm thiểu các yếu tố có thể ngẫu nhiên mang đến sự khác biệt cho nhóm bệnh và nhóm chứng.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị methadone tại Hải phòng

1.1. Tỷ lệ bỏ điều trị ở bệnh nhân điều trị methadone trong 3 năm

Sau 3 năm đầu điều trị:

- Năm 1: 143/1.055 bệnh nhân (13,5%) bỏ điều trị, trong đó có 111/143 bệnh nhân (77,6%) bỏ hẳn và 32 bệnh nhân quay lại tiếp tục điều trị.
- Năm 2: 156/944 bệnh nhân (16,5%) bỏ điều trị, trong đó có 124/156 (80,1%) bệnh nhân bỏ hẳn và 32 bệnh nhân quay lại tiếp tục điều trị.
- Năm 3: 183/819 bệnh nhân (22,3%) bỏ điều trị, trong đó có 115/183 (62,8%) bỏ hẳn và 68 bệnh nhân quay lại tiếp tục điều trị.
- Tỷ lệ bệnh nhân rời khỏi chương trình methadone trong năm 1 là 10,5%, năm 2 là 13,1% và năm 3 là 14,0%. Sau 3 năm có 33,3% bệnh nhân bỏ hẳn chương trình điều trị.

1.2. Một số yếu tố liên quan đến bỏ điều trị Methadone

Kết quả phân tích đa biến hồi quy logistics cho thấy yếu tố nguy cơ chính đến không tuân thủ điều trị là bệnh nhân có sử dụng heroin trong quá trình điều trị methadone (aOR = 12,40; CI 95% 4,19-36,47; $p < 0,001$) và bỏ uống thuốc > 3 ngày trong 3 tháng qua (aOR = 18,48; CI 95% 7,25-47,09 ; $p < 0,001$). Tuy nhiên, việc uống liều cao trong điều trị methadone cũng làm giảm nguy cơ bỏ điều trị nếu bệnh nhân uống liều 60 – 119mg/ngày (aOR = 0,40 ; CI95% 0,17-0,94; $p = 0,036$) và liều > 120mg/ngày (aOR = 0,28 ; CI95% 0,09-0,86; $p = 0,026$) so với nhóm bệnh nhân uống liều dưới 60mg/ngày.

2. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân

2.1. Tăng cường tuân thủ điều trị

Kết quả sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân bỏ uống thuốc methadone trên 3 ngày và trên 3 ngày liên tục trong 3 tháng qua giảm còn 20,7%, 4,3% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả can thiệp là 27,0% và 55,6%.

Sau can thiệp, các yếu tố nguy cơ giảm: sử dụng ma túy bất hợp pháp (4,8%), xét nghiệm nước tiểu (+) với heroin (4,8%) và có bạn sử dụng ma túy (35,6%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả can thiệp với 3 chỉ tiêu trên lần lượt là 43,7%, 38,3% và 16,2%.

2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống

Kết quả sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có lo lắng, trầm buồn giảm còn 6,7% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Hiệu quả can thiệp là 40,9%.

Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp ở các khía cạnh thể chất ($75,4 \pm 15,3$), tâm lý ($72,3 \pm 13,9$), xã hội ($58,3 \pm 17,6$) và môi trường ($69,1 \pm 15,8$) đều tăng lên so với trước can thiệp, tuy nhiên chỉ có khía cạnh tâm lý và môi trường tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So với nhóm chứng thì cả 4 khía cạnh trên đều cao hơn và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

1. Cơ sở điều trị cần quan tâm đến liều methadone hiệu quả cho mỗi bệnh nhân, đặc biệt ở những bệnh nhân có sử dụng ma túy bất hợp pháp, bỏ liều methadone và đang điều trị ở liều dưới 60mg/ngày bởi những bệnh nhân này có thể tiềm ẩn nguy cơ thiếu liều methadone.
2. Cân nhắc điện tử hóa bệnh án và hệ thống quản lý bệnh nhân điều trị methadone trên toàn quốc để bệnh nhân dễ dàng tiếp cận và điều trị tại các cơ sở điều trị khác khi được chuyển gửi đến.
3. Trong quy trình điều trị methadone có thể xem xét đến việc cho phép bệnh nhân mang methadone về uống trong vài ngày hoặc đưa buprenorphine vào chương trình điều trị để tăng lựa chọn cho bệnh nhân và bệnh nhân không phải hàng ngày đến cơ sở uống thuốc.
4. Duy trì tập huấn cho cán bộ y tế, đồng đảng viên để tăng cường năng lực hỗ trợ tâm lý xã hội cho cán bộ y tế và tăng cường kiến thức và vai trò của nhóm đồng đảng để thông qua nhóm đồng đảng có được thông tin bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân mà cán bộ y tế khó tiếp cận hay sử dụng ma túy bất hợp pháp giai đoạn đầu chưa phát hiện để hỗ trợ kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đào Thị Minh An và cộng sự (2015). Xác suất bỏ trị theo thời gian và yếu tố ảnh hưởng tới bỏ trị ở những bệnh nhân điều trị cai nghiện tại 6 cơ sở điều trị Methadone tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí y học dự phòng, số 10 (170) 2015 Số đặc biệt.
2. Đào Minh An, và cộng sự (2015). Thực trạng bỏ điều trị, ra khỏi chương trình và quay lại điều trị tại các cơ sở điều trị cai nghiện bằng Methadone tỉnh Thái Nguyên từ 09/2011 đến 08/2015. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 10(170) 2015 Số đặc biệt
3. Báo điện tử Chính phủ nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2001). Điều trị nghiện bằng methadone từ góc nhìn kinh tế - xã hội. Truy cập <http://baodientu.chinhphu.vn/home/dieu-tri-nghien-bang-methadone-tu-goc-nhin-kinh-texa-hoi/20121/125023.vgp> ngày 22/2/2014
4. Bộ tư pháp (2016). Quy định pháp luật về tội phạm ma túy, thực tiễn và kiến nghị. Truy cập <http://www.moj.gov.vn/qt/tintuc/Pages/nghien-cuu-trao-doi.aspx?ItemID=2019> ngày 10/11/2016
5. Bộ y tế (2010). Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone.
6. Bộ Y tế (2011). Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone. Nhà xuất bản y học.
7. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2012). Khảo sát khả năng cho trả chi phí điều trị methadone của bệnh nhân chuẩn bị tham gia mô hình xã hội hóa methadone tại thành phố Hồ Chí Minh. Đề tài cấp cơ sở.

8. Phạm Thị Đào (2013). Khảo sát tình hình bệnh nhân điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại thành phố Đà Nẵng giai đoạn 2010 – 2012. Luận văn chuyên khoa II.
9. Trần Quang Đạo, Hồ Thị Hiền (2017). Bỏ trị của bệnh nhân tại cơ sở Methadone thành phố Hòa Bình giai đoạn 2012 – 2015. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, số 1(189) 2017
10. Điều trị methadone Việt Nam (2017), Cập nhật tình hình điều trị methadone đến giữa tháng 3 năm 2017, truy cập <http://vaac.gov.vn/mmtvietnam/vi/bao-cao-tinh-hinh-dieu-tri-methadone-den-giua-thang-3-nam-2017/> ngày 22 tháng 11 năm 2016.
11. Điều trị methadone Việt Nam (2014). Lệ thuộc ma túy ở Việt nam, truy cập tại <http://vaac.gov.vn/mmtvietnam/vi/professionals/drug-dependency-in-vietnam/> ngày 12/9/2017.
12. Điều trị methadone Việt Nam (2017). Chi phí. Truy cập tại <http://vaac.gov.vn/mmtvietnam/vi/community-members/cost/> ngày 14/9/2017.
13. Điều trị methadone Việt Nam (2017). Tư vấn điều trị. Truy cập tại: <http://vaac.gov.vn/mmtvietnam/vi/professionals/treatment-counseling/>, ngày 17/11/2017.
14. Phó Thủ Tướng chính phủ Vũ Đức Đam (2016). Phòng chống ma túy, AIDS, mại dâm: Không dừng ở những gì đạt được. Truy cập trang <http://vuducdam.chinhphu.vn/Home/Phong-chong-ma-tuy-AIDS-mai-dam-Khong-dung-o-nhung-gi-dat-duoc/20163/23348.vgp> ngày 1/6/2016
15. Nguyễn Dương Châu Giang (2015). Tuân thủ điều trị của bệnh nhân điều trị methadone và một số yếu tố liên quan tại thành phố Đà Nẵng, năm 2015. Luận văn cao học.

16. Lê Minh Giang, và cộng sự (2015). Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân được điều trị methadone tại Hải Phòng. Tạp chí nghiên cứu y học, số 96 (4) – 2015.p 114-122.
17. Phạm Văn Hán và cộng sự (2013). Trục trạng tuân thủ điều trị methadone tại cơ sở điều trị methadone quận Lê Chân, Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tập 409/2013, p: 48-51
18. Trần Minh Hoàng và cộng sự (2015). Một số yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng ma túy của người nhiễm HIV tham gia chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng. Tạp chí nghiên cứu y học. Số 95 (2) – 2015, p 103-109
19. Bùi Khánh Huy và cộng sự (2016). Thực trạng điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại phòng khám Methadone, quận Ngô Quyền, Hải Phòng, năm 2014. Tạp chí y học dự phòng, Tập XXVI, số 14(187) 2016 Số đặc biệt.
20. Luật số 16/2008/QH12 ngày 3 tháng 6 năm 2008 (2008). Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật phòng chống ma túy. Quốc hội Việt Nam
21. Bùi Thị Xuân Mai, Nguyễn Tố Như (2013). Giáo trình tham vấn điều trị nghiện. Nhà xuất bản Lao động và xã hội, trang 61-85
22. Đinh Thanh Nam và cộng sự (2015). Kết quả điều trị bằng Methadone cho người nghiện chích ma túy tại quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ năm 2010-2014. Tạp chí y học dự phòng, Tập XXV, số 10(170) 2015 Số đặc biệt
23. Nguyễn Thanh Sơn và cộng sự (2015). Kết quả điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại thành phố Tân An, tỉnh Long An năm 2015. Tạp chí y học dự phòng. Tập XXV, số 10(170) 2015 Số đặc biệt

24. Đinh Thị Thanh Thúy, và cộng sự (2015). Tiếp cận dịch vụ y tế xã hội của bệnh nhân điều trị methadone tại Hải Phòng năm 2013. Tạp chí nghiên cứu y học, số 96 (4) – 2015.p 123-130.
25. Thủ tướng chính phủ (2012). Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.
26. Thủ tướng chính phủ (2013). Quyết định số 2596/QĐ-TTg ngày 27 tháng 12 năm 2013 về việc phê duyệt đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020.
27. Nguyễn Thu Trang, Nguyễn Bích Diệp và cộng sự. (2016). Nguy cơ rối loạn tâm thần ở bệnh nhân điều trị methadone và một số yếu tố liên quan. Tạp chí nghiên cứu y học. TCNCYH 99 (1) – 2016.
28. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng (2017). Báo cáo tình hình điều trị methadone trên địa bàn Hải Phòng.
29. Hồ Quang Trung, và cộng sự (2015). Kết quả chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại tỉnh Phú Thọ năm 2015. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 10(170) 2015 Số đặc biệt
30. Trường Đại học Y Hải Phòng (2010). Bài giảng HIV/AIDS, ma túy và rượu. Nhà xuất bản Y học, tr 235-242
31. Nguyễn Kim Việt (2016). Nghiện ma túy và các phương pháp điều trị. Viện sức khỏe tâm thần, truy cập tại <http://nimh.gov.vn/phuong-phap-dieu-tri/duoc-ly-tri-lieu/44-nghin-ma-tuy-va-cac-phng-phap-iu-tr.html>, ngày 20/8/2016.
32. FHI360 (2014). Effectiveness evaluation of the pilot program for treatment of opioid dependence with methadone in Hai phong and Ho Chi Minh cities (After 12 month treatment).

Tiếng Anh

- 33.A. Bergenstrom, et al., (2008). A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Vietnam. *Substance Use and Misuse*, vol. 43, No. 1 (2008), pp. 77-84.
- 34.Addiction hope (2016). Influence of Peer Pressure on Adolescents and Substance Abuse. Access on <https://www.addictionhope.com/blog/peer-pressure-teenagers-substance-abuse/>
- 35.Adeline M. Nyamathi PhD, Karabi Nandy PhD, Barbara Greengold PhD, et al., (2010). Effectiveness of Intervention on Improvement of Drug Use Among Methadone Maintained Adults. *Journal of Addictive Diseases*, 30:6–16, 2011.
- 36.Amber Erickson Gabbey (2017). Opioid (Opiates) Abuse and Addiction. Access on <http://www.healthline.com/health/opioids-and-related-disorders#Overview1>
- 37.Ali Navidian, Fatihe Kermansaravi, Ebrahim Ebrahimi Tabas, et al., (2016). Efficacy of Group Motivational Interviewing in the Degree of Drug Craving in the Addicts Under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran. *BMJ* , Volume 30, Issue 2, P 144–149.
- 38.Amparo Carreras Alabau, et al., (2016). Perceived stress related to methadone withdrawal. *Psicothema* 2016, Vol. 28, No. 3, 235-240
- 39.Bach XT, Bach XT, Arto O, Anh DT, et al., (2012). Cost-effectiveness of integrating methadone maintenance and antiretroviral treatment for HIV-positive drug users in Vietnam’s injection-driven HIV epidemics. *Drug and Alcohol Dependence* 125 (2012) 260–266

40. Bach XT, Long NT (2013). Impact of methadone maintenance on health utility, health care utilization and expenditure in drug users with HIV/AIDS. *International Journal of Drug Policy* 24 (2013) e105–e110
41. Bao Y, Liu Z, Epstein D, et al., (2009). A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009 ; 35(1): 28–33.
42. Barnett PG., Hui SS (2000). The cost-effectiveness of methadone maintenance. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 67, Nos. 5 and 6 (2000), pp. 365-374.
43. Bradley M. Mathers, et al., (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, No. 2 (2013), pp. 102-123
44. Brienza RS, Stein MD, Chen M, Gogineni A, Sobota M, Maksad J, et al (2000). Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. *J Subst Abuse Treat*. 2000;18(4):331–7.
45. B. Nosyk, D. P. Guh, H. Sun et al (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug Alcohol Depend*, 118(2-3), 259 - 264.
46. Cao X, et al. (2014). Retention and its predictors among methadone maintenance treatment clients in China: a six-year cohort study. *Drug Alcohol Depend*, 2014;145: 87-93.
47. Caplehorn JR, Dalton MS, Cluff MC, Petrenas AM (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction*. 1994; 89(2):203–209.
48. Caplehorn JR. et al (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*, 1993; 88(1): 119-24

49. Cartwright WS (2008), Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, No. 2 (2008), pp. 224-233.
50. Carrieri PM, et al (2014). Methadone induction in primary care for opioid dependence: a pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). *PLoS One*. 2014;9(11):e112328.
51. Carpentier PJ, Krabbe PF, van Gogh MT, Knapen LJ, Buitelaar JK, de Jong CA (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The Am J Addict*. 2009;18(6):470–80.
52. CDC (2015). New research reveals the trends and risk factors behind America's growing heroin epidemic. Access on www.cdc.gov/media/releases/2015/p0707-heroin-epidemic.html
53. Center for Substance Abuse Treatment (2005). Treatment Improvement Protocol (TIP) 42, pp 1-71.
54. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, et al (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2007; 11(9):1–171.
55. Caleb J., et al., (2009). Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users. *Addiction*, 104, 775–783.
56. Che Y, et al. (2010). Predictors of early dropout in methadone maintenance treatment program in Yunnan province, China. *Drug Alcohol Rev*, 2010; 29(3): 263-70.
57. Chia – Nan Yen, et at., (2011). Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (2011) 27, 177-183

58. David Dickinson (2009). *Changing the Course of AIDS: Peer Education in South Africa and Its Lessons for the Global Crisis*. Cornell University ILR School.
59. David Markland, et al., (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 24, No. 6, 2005, pp. 811-831
60. Deren S, et al., (2012). Conducting peer outreach to migrants: outcomes for drug treatment patients. *J Immigr Minor Health*. 2012 Apr;14(2):251-8. doi: 10.1007/s10903-011-9467-4.
61. Duong Anh Vuong, et al., (2011). Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services. *Asian Journal of Psychiatry* 4 (2011) 65–70.
62. Don C. Desjarlais, et al., (2004). Opiate agonist maintenance treatment for injecting drug user peer educators. *Addiction* Volume 99, Issue 10 October 2004 Pages 1355–1356
63. Department of Health (1999). *Drug Misuse and Dependence - UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health; 1999.
64. Eduardo J. Pedrero-Pérez, Grupo MethaQoL (2017). Methadone dosage and its relationship to quality of life, satisfaction, psychopathology, cognitive performance and additional consumption of non-prescribed drugs. *Adicciones* 2017 · Vol. 29 NO. 1, p. 37-54
65. EuroQol Research Foundation (2015). *EQ-5D-3L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument*.
66. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003; 3:CD002208.10.1002/14651858

67. Farre M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Cami J (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2002; 65(3):283– 290.
68. Giang LM, et al., (2013). Substance use disorders and HIV in Vietnam since (Renovation): an overview. *J Food Drug Anal*, 2013;21(4): S42-S45
69. Georgie J. MacArthur, et al., (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*, vol. 345 (4 October 2012), pp. 1-16.
70. Gossop M1, Stewart D, Marsden J, (2006). Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes. *Addiction*. 2006 Mar;101(3):404-12.
71. Greenwald MK (2002). Heroin craving and drug use in opioid-maintained volunteers: effects of methadone dose variations. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2002;10(1):39–46. doi: 10.1037/1064-1297.10.1.39.
72. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807–16.
73. Huang CL, Lee CW. (2013). Factors associated with mortality among heroin users after seeking treatment with methadone: a population-based cohort study in Taiwan. *J Subst Abuse Treat*. 2013 Mar;44(3):295-300.
74. Hance Clarke, Neilesh Soneji, Dennis T Ko, et al., (2014). Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study. *BMJ* 2014;348:g1251 doi: 10.1136/bmj.g1251 (Published 11 February 2014).

75. Hoang T.V, Hà T, Hoang T.M, et al., (2015). Impact of a methadone maintenance therapy pilot in Vietnam and its role in a scaled-up response. *Harm Reduction Journal* (2015) 12:39
76. Hoang TV, Ha TTT, Hoang TM, et al (2015). Impact of a methadone maintenance therapy pilot in Vietnam and its role in a scaled-up response. *Harm reduction journal*. 2015;12(1):39.
77. Hoang L N, et al (2017). Quality of life and healthcare service utilization among methadone maintenance patients in a mountainous area of Northern Vietnam. Nguyen et al. *Health and Quality of Life Outcomes* (2017).
78. Hua-Min Sun, et al., (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2015;5:e005997. doi:10.1136/bmjopen-2014005997.
79. Hossein Eghbali, Mahdi Zare, Arva Bakhtiari, et al., (2013). The Effectiveness of Matrix Interventions in Improving Methadone Treatment. *Int J High Risk Behav Addict*. 2013 Winter; 1(4): 159–165
80. Haskew M, Wolff K, Dunn J, Bearn J (2008). Patterns of adherence to oral methadone: implications for prescribers. *J Subst Abus Treat*. 2008; 35(2):109–15.
81. Huang-Chi Lin, et al., (2013). Predictors for Dropping-Out From Methadone Maintenance therapy Programs Among Heroin Users in Southern Taiwan. *Substance Use & Misuse*, 48:181–191, 2013.
82. Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, et al (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med*. 2000; 343(18):1290–1297.

83. Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA*. 1992; 267(20):2750–2755.
84. Jiang H, et al., (2014). Factors associated with one year retention to methadone maintenance treatment program among patients with heroin dependence in China. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2014; 9: 11.
85. Jiang H, et al (2016). Dose, plasma level, and treatment outcome among methadone patients in Shanghai, China. *Neurosci Bull*. 2016;32(6):538–44
86. Joe GW, Simpson DD, Broome KM (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug Alcohol Depend*. 1999;57(2):113–25.
87. K. H. Wong, et al., (2003), "Adherence to methadone is associated with a lower level of HIV-related risk behaviors in drug users", *J Subst Abuse Treat*, 24(3), pp. 233-9.
88. K. D'Onise A. McDermott and J. W. Lynch, (2010), "Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review", *Public Health*, vol. 124, No. 9 (2010), pp. 500-511.
89. Kandel, D. (1990) Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family* 52 , pp. 183-196.
90. Kluger J (2010). The new drug crisis; addiction by prescription. *Time* 2010;176:46-9
91. Kwiatkowski CF, B.R. (2001). Methadone maintenance as HIV risk reduction with street-recruited injecting drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 2001. 26(5): p. 483-9

92. Kato M, et al., (2013). The potential impact of expanding antiretroviral therapy and combination prevention in Vietnam: towards elimination of HIV transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63(5):e142-9.
93. Kiani, A., Ghasemi, N., & Alipour, A. (2012). Comparative effectiveness of acceptance & commitment therapy and mindfulness on craving and emotion regulation in methamphetamine abusers. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 6, 27–36.
94. Kermode M, Crofts N, Kumar MS, Dorabjee J (2001). Opioid substitution therapy in resource-poor settings. *Bull World Health Organ*. 2011;89(4): 243. doi: 10.2471/BLT.11.086850
95. Linda Glickman, et al., (2006). Recovery and Spiritual Transformation Among Peer Leaders of a Modified Methadone Anonymous Group. *Journal of Psychoactive Drugs*, Volume 38 (4), December 2006
96. Laura Amato, Carlo A. Perucci, Marica Ferri, et al., (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat*. 2005 Jun;28(4):321-9.
97. Lin C-K, Hung C-C, Peng C-Y, et al (2015). Factors associated with methadone treatment duration: a cox regression analysis. *PLoS One*. 2015; 10(4):e0123687.
98. L. Wiessing, et al., (2014). Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe: a systematic review of data for scaling up treatment and prevention. *PLOS ONE*, vol. 9, No. 7 (2014).
99. L. W. Gerson, et al., (2001). Medical care use by treated and untreated substance abusing medicaid patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, No. 2 (2001), pp. 115-120.

100. Lua PL, Talib NS (2012). A 12-month evaluation of healthrelated quality of life outcomes of methadone maintenance program in a rural Malaysian sample. *Subst Use Misuse*, 2012;47(10): 1100-5.
101. Leavitt SB, Shinderman M, Maxwell S, Eap CB, Paris P (2000). When “enough” is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai J Med*. 2000; 67(5–6):404–411.
102. LiL, et al. (2011). Multiple substance use among heroindependent patients before and during attendance at methadone maintenance treatment program, Yunnan, China. *Drug Alcohol Depend*, 2011; 116(1-3): 246-9.
103. Long Hoang Nguyen, et al., (2017). *Psychological Distress Among Methadone Maintenance Patients in Vietnamese Mountainous Areas*. Springer Science + Business Media New York 2017.
104. Momeni, F., Moshtaghi, N., & Pourshahbaz, A. (2009). The effectiveness of group cognitive behavior therapy on craving, depression and anxiety symptom of opiates addictions under MMT. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 3, 83–98.
105. Michael Dennis and Christy K. Scott (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science and Clinical Practice Perspectives*, vol. 4, No. 1 (2007), pp. 45-55.
106. McLellan AT, et al., (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, vol. 100, No. 4 (2005), pp. 447-458.
107. Mulder RT, Frampton CM, Luty SE, Joyce PR (2009). Eighteen months of drug treatment for depression: predicting relapse and recovery. *J Affect Disord*. 2009;114(1–3):263–70.

108. Mayo clinic (2014). Diseases and Conditions Drug addiction. Access on http://www.mayoclinic.org/diseases_conditions/drug_addiction/basics/treatment/con-20020970
109. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, et al. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002209. doi: 10.1002/14651858. CD002209. pub2
110. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33(1):91–8. doi: 10.1016/j.jsat.2006.11.009.
111. Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*(2nd ed.). New York: Guilford Press.
112. M Ramli, A B A Zafri, M R Junid, S Hatta, (2012). Associated risk factors to Non-compliance to Methadone Maintenance Therapy. *Med J Malaysia* Vol. 67 No. 6 (December 2012), pp. 560-4
113. Metzger DS, et al., (1993). Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 1993. 6(9): p. 1049-56
114. N. Baharom, M. R. Hassan, N. Ali et al (2012). Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 7, 32.
115. NIH Consensus Conference (1998). Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA.* 1998; 280(22): 1936–1943.

116. Nosyk B, Guh DP, Sun H, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2011;118(2-3):259– 64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.003.
117. National institute on drug abuse (2012). *Drug Use and Mental Health Problems Often Happen Together*
118. National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents*, pp 1-11.
119. Nguyen TT, et al. Methadone maintenance therapy in Vietnam: an overview and scaling-up plan. *Adv Prev Med.* 2012;2012:732484.
120. Peles E, et al (2008). One-year and cumulative retention as predictors of success in methadone maintenance treatment: a comparison of two clinics in the United States and Israel. *J Addict Dis.* 2008;27(4):11–25.
121. "Opiate - Definitions from Dictionary.com". dictionary.reference.com. Retrieved 2008-07-04.
122. Paul G. Barnett, Ralph W. Swindle (2007). Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Services Research*, vol. 32, No. 5 (1997), pp. 615-629.
123. Peles E, Schreiber S, Adelson M (2006). Factors predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. *Drug Alcohol Depend.* 2006;82(3):211–7.
124. Preston KL, Umbricht A, Epstein DH (2000). Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57(4):395–404.
125. Roux P, Lions C, Michel L, Cohen J, Mora M, Marcellin F, et al (2014). Predictors of non-adherence to methadone maintenance treatment

inopioid-dependent individuals: implications for clinicians. *Curr Pharm Des.* 2014;20(25):4097–105.

126. Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2009; 73 (7) Article 127.
127. Rosen D, Smith ML, Reynolds CF 3rd (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(6):488–97.
128. Steel Z, Silove D, Gao NM, Phan TTB, Chey T, Whelan A, et al (2009). International and indigenous diagnoses of mental disorder among Vietnamese living in Vietnam and Australia. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):326–33.
129. Steel Z, et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):476-93.
130. Searby A , Maude P , McGrath I (2015). An Ageing Methadone Population: A Challenge to Aged Persons' Mental Health Services?. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36(11):927-31. doi: 10.3109/01612840.2015.1081655
131. Shahrokh Aghayan, et al (2015). Quality of Life in Methadone Maintenance Treated Patients in Iran. *Int J High Risk Behav Addict.* 2015 December; 4(4): e22275
132. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE (1993). Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med.* 1993; 119(1):23–27.

133. Sarasvita R, et al. (2012). Predictive factors for treatment retention in methadone programs in Indonesia. *J Subst Abuse Treat*, 2012;42(3): 239-46.
134. Shan Darke, et al., (2014). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 74, Issue 1, 9 April 2004, Pages 77-83
135. Samsha (2016). Opioids. Access on <https://www.samhsa.gov/atod/opioids>
136. Steven Simoens, Catriona Matheson, Christine Bond, et al. (2005). The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence. *British Journal of General Practice*, February 2005
137. S. M. Skevington, M. Lotfy, K. A. O'Connell et al (2004). The World Health Organization's WHOQOL - BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13 (2), 299 – 310
138. Shahrum Vahedi. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iran J Psychiatry*. 2010 Fall; 5(4): 140–153.
139. Soyka M, et al (2017). Six-year outcome of opioid maintenance treatment in heroin-dependent patients: results from a naturalistic study in a nationally representative sample. *Eur Addict Res*. 2017;23(2):97–105.
140. Shen J, Wang M, Wang X, et al (2016). Predictors of poor adherence to methadone maintenance treatment in Yunnan Province, China. *J Addict Med*. 2016;10(1):40–5.

141. The Global Burden of Hepatitis C Working Group (2004). Global burden of disease (GBD) for hepatitis C. *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 44, No. 1 (2004), pp. 20-29.
142. The Ranch Pennsylvania treatment center (2017). You Have a Family History of Addiction, Now What?. Access on <https://www.brightwaterlanding.com/you-have-a-family-history-of-addiction-now-what/>
143. Thu V, Marian S, Nhu N, et al., (2016). Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam. *Drug and Alcohol Dependence* 168 (2016) 147–155.
144. Tran BX. (2013). Willingness to pay for methadone maintenance treatment in Vietnamese epicentres of injection-drug-driven HIV infection. *Bull World Health Organ*, 2013; 91(7): 475-82.
145. Tran BX, Ohinmaa A, Duong AT, et al (2012). The cost-effectiveness and budget impact of Vietnam's methadone maintenance treatment programme in HIV prevention and treatment among injection drug users. *Glob Public Health*. 2012;7(10):1080–94.
146. Tran BX, et al (2016). Economic vulnerability of methadone maintenance patients: implications for policies on co-payment services. *Int J Drug Policy*. 2016;31:131–7.
147. Tran BX, A. Ohinmaa, A. T. Duong et al (2012). Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Qual Life Res*, 21(4), 613 – 623.

148. Trafton JA, Minkel J, Humphreys K (2006). Determining effective methadone doses for individual opioid-dependent patients. *PLoS Med.* 2006; 3(3):1549–1676.
149. United States, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (2012), *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3rd ed., NIH publication No.12-4180 (2012).
150. UNAIDS (2014), *The Gap Report* (Geneva, 2014)
151. UNODC (2015). *World drug report 2015*, pp 1-36
152. UNODC (2014). *World drug report 2014*, pp 1-51
153. UNODC (2014) *World drug report 2013*, pp 1-17
154. UNODC (2016). *World drug report 2016*, pp 1-21
155. UNODC (2015), *Drug-Free ASEAN 2015: Status and recommendations-Free ASEAN*
156. UNODC and WHO (2008). *Principles of drug dependence treatment. Discussion paper*, March 2008.
157. UNODC (2012). *From coercion to cohesion Treating drug dependence through health care, not punishment*
158. Vikas, R., Ram, D., & Khalique, A. (2014). Reduced craving and change in locus of control as a result of motivational enhancement therapy in patients with alcohol dependence syndrome. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5, 1000–1003.
159. Wei X, Wang L, Wang X, et al., (2012). A study of 6-year retention in methadone maintenance treatment among opioid-dependent patients in Xi'an. *J Addict Med.* 2013;7(5):342-8.
160. Ward J, Hall W, Mattick RP (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 1999; 353(9148): 221-6.

161. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D., (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010;376:355-66.
162. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1563–1572.
163. WHO, UNODC (2012), UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision (Geneva, WHO, 2012).].
164. Xiao, L., et al. (2010). Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 53 Suppl 1: p. S116-20.
165. Zhang L, Chow EP, Zhuang X, et al (2013). Methadone maintenance treatment participant retention and behavioural effectiveness in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013 Jul 26;8(7):e68906. doi: 10.1371/journal.pone.0068906. Print 2013.
166. Zhou K, Li H, Wei X, Li X, Zhuang G (2017). Medication Adherence in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment in Xi'an, China. *J Addict Med.* 2017;11(1):28–33.

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

THỎA THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG

Tên nghiên cứu "TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THAY THỂ BẰNG METHADONE TẠI VIỆT NAM"

Đây là một nghiên cứu về tuân thủ điều trị nghiên cứu các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone ở Hải phòng, Việt Nam. Nghiên cứu này được tiến hành bởi các nhà nghiên cứu của Trường Đại học Y Hải phòng. Nghiên cứu viên chính Nguyễn Thị Thắm, Khoa Y tế công cộng, Trường đại học Y Hải Phòng sẽ đóng vai trò giải thích cho bạn khi bạn có bất kỳ câu hỏi nào.

Tại sao nghiên cứu này được thực hiện?

Nghiên cứu muốn tìm hiểu nguyên nhân tại sao sau 2 năm điều trị thay thế Methadone, bệnh nhân bỏ hay tiếp tục tuân thủ điều trị. Kết quả của nghiên cứu này có thể được sử dụng cho các nhà lãnh đạo và y tế công cộng cải thiện chương trình MMT giúp cho bệnh nhân tuân thủ tốt hơn chương trình điều trị.

Có bao nhiêu người tham gia vào nghiên cứu này?

Nghiên cứu này sẽ tuyển chọn khoảng hơn 200 bệnh nhân đang tham gia chương trình MMT tại 5 cơ sở điều trị tại Hải Phòng. Trong số này khoảng 2/3 đối tượng là những bệnh nhân vẫn đang tuân thủ chương trình điều trị và 1/3 là những bệnh nhân đã bỏ điều trị methadone. Bạn được mời tham gia nghiên cứu này bởi vì hiện tại bạn nằm trong số các đối tượng trên và được chọn vào nghiên cứu.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này?

- Nếu bạn đồng ý, các điều tra viên sẽ phỏng vấn bạn tại cơ sở điều trị Methadone _____ [tên cơ sở] vào một thời điểm thuận tiện cho bạn. Nếu bạn không muốn phỏng vấn tại cơ sở điều trị, chúng tôi sẽ sắp xếp một địa điểm khác để phỏng vấn. Địa điểm phỏng vấn được sắp xếp theo nguyên tắc đảm bảo tính bảo mật cao nhất.
- Sau đó bạn sẽ trả lời các câu hỏi phỏng vấn của các điều tra viên, cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng 15 - 30 phút. Các điều tra viên sẽ hỏi bạn về thông tin tuổi, giới, tiền sử dùng ma túy và rượu, hành vi tình dục, các hỗ trợ xã hội mà bạn được nhận, và nếu bạn đã rời khỏi chương trình MMT thì chúng tôi sẽ hỏi bạn lý do tại sao bạn bỏ điều trị.
- Ngoài việc tham gia trả lời phỏng vấn, việc bạn ký vào giấy thoả thuận tham gia nghiên cứu là bạn cho phép nghiên cứu viên của chúng tôi tiếp cận với các thông tin trong bệnh án của bạn ở cơ sở điều trị MMT, các thông tin này gồm: liều lượng, tác dụng phụ của Methadone, quá trình điều trị các bệnh liên quan, bao gồm cả HIV nếu có.

Bạn có nguy cơ bị tiết lộ thông tin nếu tham gia nghiên cứu không?

Vẫn có thể có nguy cơ thông tin của bạn bị lộ. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ đảm bảo rằng các thông tin thu thập từ bạn và hồ sơ y tế của bạn được bảo mật một cách tốt nhất. Các thông tin cá nhân như tên, địa chỉ được bảo mật tuyệt đối, các phiếu phỏng vấn sẽ được mã hóa và không bao gồm các thông tin cá nhân để có thể nhận dạng.

Với một số câu hỏi về hành vi tình dục, thói quen sử dụng ma túy có thể làm bạn cảm thấy hoặc gọi lại ký ức không vui của mình, bạn có thể bỏ qua không trả lời nếu bạn không muốn trả lời

Để biết thêm thông tin về nguy cơ lộ thông tin, bạn có thể yêu cầu nghiên cứu viên giải thích thêm.

Tham gia nghiên cứu có mang lại lợi ích gì không?

Tham gia nghiên cứu này sẽ không mang lại lợi ích trực tiếp nào cho bạn. Tuy nhiên, những thông tin mà bạn cung cấp sẽ cho các chuyên gia y tế hiểu rõ hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị Methadone và giúp cho việc cải thiện tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong tương lai.

Nếu không tham gia nghiên cứu, tôi có lựa chọn nào khác không?

Bạn có quyền lựa chọn có tham gia nghiên cứu không. Nếu bạn quyết định không tham gia nghiên cứu này, quyết định đó sẽ không ảnh hưởng gì đến bạn. Bạn sẽ không mất bất kỳ lợi ích nào, bạn vẫn được nhận các dịch vụ chăm sóc từ các tổ chức, bao gồm cả ở phòng khám MMT.

Thông tin của tôi được bảo mật như thế nào?

Chúng tôi đảm bảo các thông tin cá nhân của bạn sẽ được hoàn toàn bảo mật. Thông tin của bạn được bảo mật bằng cách: phỏng vấn bạn ở một nơi riêng tư, không thu thập bất kỳ thông tin cá nhân nào, không ghi tên bạn trên bảng câu hỏi, và thông tin của bạn được nhập và quản lý bởi một số nhân viên chuyên môn. Các thông tin thu nhận được từ nghiên cứu này được báo cáo, trình bày nhưng không có tên bạn cũng như các thông tin cá nhân khác. Mặc dù trong nghiên cứu các nghiên cứu viên có tìm hiểu về hoạt động sử dụng ma túy nhưng họ sẽ không báo cáo hoạt động này.

Có mất chi phí gì để được tham gia vào nghiên cứu không?

Bạn sẽ không mất chi phí nào nếu muốn tham gia vào nghiên cứu này.

Tham gia nghiên cứu tôi có được nhận thù lao không?

Khi tham gia nghiên cứu bạn sẽ được trả 100.000 VNĐ cho thời gian và nỗ lực của bạn.

Tôi có quyền gì nếu tham gia nghiên cứu ?

Tham gia nghiên cứu là lựa chọn của bạn. Bạn có quyền tham gia hoặc không tham gia nghiên cứu này. Kể cả khi bạn đã ký cam kết tham gia nghiên cứu, bạn vẫn có thể rút lui không tham gia nữa ở bất kỳ thời điểm nào. Sẽ không có bất kỳ hình phạt nào đối với bạn. Bạn cũng sẽ không bị mất bất kỳ lợi ích nào, bạn vẫn có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc từ bất cứ tổ chức nào theo cách thông thường.

Nếu tôi có bất kỳ câu hỏi nào về nghiên cứu, tôi có thể hỏi ai?

Nếu có bất kỳ câu hỏi, mối quan tâm hay khiếu nại về nghiên cứu, bạn có thể nói chuyện với các nhà nghiên cứu. Hãy liên hệ với nghiên cứu viên Nguyễn Thị Thắm trường Đại học Y Hải Phòng, số điện thoại 0987 137 697.

Nếu bạn có câu hỏi về nghiên cứu hay quyền của bạn khi tham gia nghiên cứu với một người khác, hay có mối quan tâm về nghiên cứu, xin vui liên hệ với lòng gọi Hội đồng đạo đức nghiên cứu trường Đại học Y Hải Phòng theo số điện thoại (031) 3 733 311

BẢN ĐỒNG THUẬN

Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn 1 bản sao thỏa thuận nghiên cứu, nếu bạn muốn

THAM GIA NGHIÊN CỨU LÀ TỰ NGUYỆN. Bạn có quyền từ chối tham gia nghiên cứu này, hoặc rút lui bất cứ thời điểm nào mà không bị phạt hay mất lợi ích nào của bạn

Nếu đồng ý tham gia nghiên cứu, bạn hãy ký và ghi rõ họ tên phía dưới

Ngày

Đối tượng tham gia nghiên cứu

Ngày

Người làm chứng

**“TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIÊN BẰNG METHADONE
(MMT) Ở VIỆT NAM”**

PHIẾU PHÒNG VẤN BỆNH NHÂN – NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG

Thông tin cơ sở điều trị	
Mã cơ sở điều trị	<input type="text"/>
Thông tin người phỏng vấn	
Họ và tên của người phỏng vấn:	_____
Ngày phỏng vấn (ngày/tháng/năm):	___/___/___
Thời gian bắt đầu phỏng vấn	___:___ (hh:mm)
Thông tin cho bệnh nhân:	
<p>Cám ơn bạn đã dành thời gian tham gia nghiên cứu của chúng tôi. Trong cuộc phỏng vấn, chúng tôi sẽ hỏi bạn về gia đình của bạn, công việc của bạn, cũng như quá trình sử dụng ma túy và những thay đổi của bạn trong quá trình điều trị Methadone. Những thông tin mà bạn cung cấp sẽ giúp chúng tôi có kế hoạch giúp đỡ những người đang điều trị Methadone theo phác đồ tốt hơn cho họ. Xin vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi ở tất cả các câu hỏi. Có một số câu nhạy cảm, bạn có thể từ chối nếu không muốn trả lời. Nếu có câu hỏi nào chưa rõ, hãy cho chúng tôi biết, chúng tôi sẽ giải thích rõ cho bạn. Tất cả các thông tin mà bạn cung cấp sẽ được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu</p> <p>Cám ơn bạn đã tham gia vào nghiên cứu quan trọng này</p>	

1. BỎ TRỊ		2. TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ	
A	MÃ BỆNH NHÂN		
1.	Mã bệnh nhân	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÂU HỎI			
B	ĐẶC ĐIỂM XÃ HỘI		
2.	Năm sinh?	_____ (yyyy)	
3.	Giới tính?	1 - Nam 2- Nữ	
4.	Dân tộc	1 - Kinh 2- Khác	
5.	Bạn học hết lớp mấy? (Lớp 1-12; “0” nếu mù chữ, “13” nếu cao hơn)	_____	

Mã phiếu : ____/____/____/____

6.	Tình trạng hôn nhân của bạn?	1- Độc thân 2- Kết hôn 3- Ly thân 4- Ly dị 5- Góa	
7.	Bạn có đang mang thai không?	0 - Không 1 - Có	Chỉ hỏi bệnh nhân nữ
8.	Bạn có con không?	0 - Không 1 - Có 2 - Tôi đang mang thai	Nếu trả lời "0" chuyển sang câu 10
9.	Bạn có mấy con?	____ (Không tính mang thai lần này)	
10.	Bạn đang sống cùng với những ai? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1- Một mình 2- Chồng/vợ/bạn tình 3- Bố mẹ 4- Con 5- Anh/chi/em 6- Bạn bè 7- Đồng nghiệp 8- Không có nhà/ở tạm	
11.	Từ nơi bạn ở đến cơ sở điều trị MMT bao nhiêu km?	____ km	
12.	Hiện tại bạn đang làm gì để kiếm sống? (Chọn một đáp án đúng nhất)	0 - Không có việc làm/thất nghiệp 1- Nông dân 3- Công nhân 4- Lao động tự do 5- Nội trợ 6- Buôn bán nhỏ 7- Nhân viên chính phủ 8- Học sinh hoặc sinh viên 9- Khác(ghi cụ thể _____)	Nếu chọn "không có việc/thất nghiệp" chuyển câu 17
13.	Từ chỗ bạn làm việc đến cơ sở điều trị Methadone bao nhiêu km?	____ km	

Mã phiếu : ___/___/___/___

14.	Bạn đã làm việc đó trong bao lâu?	1- Ít hơn 1 tuần 2- Từ 1 tuần đến dưới 1 tháng 3- Từ 1 - 5 tháng 4- Trên 6 tháng	
15.	Trung bình mỗi ngày bạn làm việc bao nhiêu giờ?	1- Dưới 4 giờ 2- Từ 4-8 giờ 3- Nhiều hơn 8 giờ	
16.	Trung bình một tuần bạn làm việc bao nhiêu ngày?	1- 1 ngày 2 - 2 ngày 3 - 3 ngày 4- 4 ngày hoặc nhiều hơn	
17.	Bạn đã từng làm công việc khác để kiếm sống chưa?	0 - Không 1- Có	Nếu “Không” chuyển câu 19
18.	Bạn làm công việc đó trong bao lâu?	1- Dưới 1 tháng 2- Từ 1 đến <3 tháng 3- Từ 3 đến <6 tháng 4- 6 tháng hoặc nhiều hơn	
19.	Trong 5 năm qua, bạn đã bao giờ kiếm được tiền nhờ các hoạt động phi pháp không? (như buôn bán ma túy, trộm cắp hoặc khác)?	0 - Không 1- Có	Nếu “Không” chuyển câu 23
20.	Bạn có thể cho chúng tôi biết bạn đã là việc gì mà bạn nghĩ là phi pháp?	1- Ăn cắp CÓ/KHÔNG 2- Ăn cướp CÓ/KHÔNG 3- Buôn bán ma túy CÓ/KHÔNG 4- Buôn bán hàng hóa CÓ/KHÔNG 5- Thu nợ thuê CÓ/KHÔNG	
21.	Bạn đã bao giờ bị bắt chưa?	0 - Không 1- Có	
22.	Bạn đã bao giờ đi tù chưa?	0 - Không 1- Có	

C	SỬ DỤNG MA TÚY VÀ RƯỢU		
23.	Bạn bắt đầu sử dụng heroin từ bao giờ?	____/_____ (mm/yyyy)	
24.	Trong 3 tháng trước khi tham gia chương trình điều trị Methadone, mỗi ngày bạn sử dụng Heroin bao nhiêu lần?	_____ lần	
25.	Trong 3 tháng trước khi tham gia chương trình điều trị Methadone, trung bình bạn mua mất bao nhiêu tiền cho mỗi lần sử dụng Heroin	_____ đồng	
26.	Hiện tại, bạn còn sử dụng heroin không?	0 - Không 1- Có	Nếu “CÓ” chuyển câu 28
27.	Bạn không sử dụng heroin từ khi nào?	cách đây _____ tháng	
28.	Bạn đã bao giờ bị sốc do sử dụng heroin quá liều không?	0 - Không 1- Có	
29.	Bạn có bao giờ cố tình sử dụng ma túy quá liều để tự tử không?	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 31
30.	Lúc đó là khi nào?	0 – Khi chưa điều trị Methadone 1 – Khi đang điều trị methadone	
31.	Đã bao giờ bạn sử dụng chất gây nghiện khác nhiều hơn heroin không?	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 34
32.	Chất gây nghiện khác đó là chất gì?	1- _____ 2- _____ 3- _____	
33.	Bạn sử dụng chất gây nghiện khác từ khi nào? (Có thể có nhiều hơn 1 lựa chọn)	1- Trước khi sử dụng heroin 2- Đang sử dụng heroin 3- Đang điều trị Methadone	
34.	Bạn đã bao giờ uống rượu chưa? (bất kỳ đồ uống nào có cồn như bia, rượu vang, ...vv.)	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 39
35.	3 tháng trước khi tham gia điều trị Methadone, 1 tuần bạn uống rượu bao nhiêu lần?	1- Ít hơn 1 lần 2- Từ 1 đến 6 lần 3- Một lần mỗi ngày 4- Nhiều hơn 1 lần mỗi ngày	

36.	Bạn có sử dụng ma túy khi đang uống rượu không?	0 - Không 1- Có	
37.	Khi tham gia điều trị Methadone bạn có uống rượu không?	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 39
38.	Trong 3 tháng gần đây, 1 tuần bạn uống rượu bao nhiêu lần ?	1- Ít hơn 1 lần 2- Từ 1 đến 6 lần 3- Một lần mỗi ngày 4- Nhiều hơn 1 lần mỗi ngày	
39.	Bạn đã bao giờ cai nghiện ma túy chưa? (Ghi rõ số lần cai với từng loại)	0 - Chưa bao giờ 1- Cai nghiện tại trung tâm _____ 2- Cai nghiện bằng thuốc _____ 2- Liệu pháp tâm lý _____ 3- Liệu pháp tâm thần _____ 4- Thầy cúng _____ 5- Khác(Cụ thể _____) _____	
D	HÀNH VI NGUY CƠ		
40.	Bạn có bao giờ tiêm chích ma túy không?	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 43
41.	Hiện tại, bạn còn tiêm chích ma túy không?	0 - Không 1- Có	
42.	Bạn có bao giờ sử dụng chung bơm kim tiêm với bạn chích không?	0 - Không 1- Có	
43.	Trong 3 tháng qua, bạn có quan hệ tình dục không?	0 - Không 1- Có	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 47
44.	Trong 3 tháng qua, có bao giờ bạn quan hệ tình dục để có tiền không?	0 - Không 1- Có	
45.	Trong 3 tháng qua, có bao giờ bạn quan hệ tình dục để có ma túy không?	0 - Không 1- Có	
46.	Trong 3 tháng qua, khi quan hệ tình dục bạn có sử dụng bao cao su không?	0 - Không 1- Có vài lần 3- Có sử dụng trong tất cả các	

		lần	
47.	Có ai trong gia đình bạn sử dụng ma túy không?	0 - Không 1 - Có, cụ thể: _____	
48.	Có bạn bè hay người thân nào (không sống cùng bạn) mà bạn gặp hàng ngày sử dụng ma túy không?	0 - Không 1 - Có, cụ thể: _____	
E	TIỀN SỬ MẮC BỆNH TÂM THẦN		
49.	Bạn đã bao giờ có những biểu hiện sau không? (có thể chọn nhiều lựa chọn)	1 – Không 2 - Lo âu, trầm cảm, stress 3 - Có ý định tự tử 4 – Có hành vi tự tử	Nếu “KHÔNG” chuyển câu 51
50.	Trong 3 tháng qua, bạn có những biểu hiện sau không? (có thể chọn nhiều lựa chọn)	1 – Không 2 - Lo âu, trầm cảm, stress 3 - Có ý định tự tử 4 – Có hành vi tự tử	
F	BỎ LIỀU ĐIỀU TRỊ METHADONE		
51.	Từ khi tham gia điều trị Methadone, bạn đã bỏ bao nhiêu liều điều trị Methadone	1- 1 liều: _____ 2- 2 liều liên tiếp _____ 3- 3 liều liên tiếp: _____ 4- 4 liều liên tiếp: _____	Nếu không bỏ trị ≥ 5 ngày chuyển sang phần chất lượng cuộc sống
52.	Bạn đã bỏ điều trị Methadone quá 5 ngày, và bạn có muốn trở lại tham gia điều trị không?	0 - Không 1 - Có, giải thích tại sao: _____ _____ _____	
G	NGUYÊN NHÂN BỎ ĐIỀU TRỊ METHADONE > 5 NGÀY		
53.	Bị bắt đi tù	0 - Không 1 - Có, nguyên nhân _____	

Mã phiếu : ___/___/___/___

		(buôn bán ma túy, ăn cướp, trộm cắp...)	
54.	Bị bắt vào trung tâm cai nghiện tập trung	0 - Không 1 - Có, nguyên nhân (sử dụng ma túy, ...)	
55.	Tác dụng phụ của thuốc	0 - Không 1 - Có, ghi rõ _____	
56.	Chuyển đi nơi khác	0 - Không 1 - Có, ghi rõ _____	
57.	Cơ sở điều trị quá xa nhà	0 - Không 1 - Có	
58.	Cơ sở điều trị quá xa nơi làm việc	0 - Không 1 - Có	
59.	Tôi phải chờ đợi quá lâu để được uống thuốc	0 - Không 1 - Có	
60.	Tôi cảm thấy quá khó khăn để tiếp xúc với cán bộ y tế	0 - Không 1 - Có	
61.	Tôi cảm thấy mặc cảm khi đến cơ sở điều trị	0 - Không 1 - Có	
62.	Tôi không đủ khả năng tài chính để tiếp tục tham gia điều trị	0 - Không 1 - Có	
63.	Với tôi, điều trị Methadone duy trì quá lâu	0 - Không 1 - Có	
64.	Tôi thấy tốt và không phụ thuộc vào Methadone	0 - Không 1 - Có	
65.	Nguyên nhân khác	0 - Không 1 - Có, ghi rõ _____	
66.	Tôi muốn bỏ điều trị và không có lý do gì	0 - Không 1 - Có	



Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống

Xin anh/chị chỉ rõ tình trạng diễn tả đúng nhất sức khỏe của anh/chị hôm nay bằng cách đánh dấu vào ô tương ứng ở mỗi nhóm bên dưới.

Sự đi lại

- Tôi đi lại không có khó khăn gì
- Tôi đi lại hơi khó khăn
- Tôi chỉ có thể nằm tại giường

Tự chăm sóc

- Tôi có thể tự chăm sóc bản thân không gặp khó khăn gì
- Tôi gặp một số khó khăn khi muốn tự tắm rửa hoặc thay quần áo
- Tôi không thể tự tắm rửa hay tự thay quần áo

Sinh hoạt hàng ngày (ví dụ: làm việc, học hành, làm việc nhà, chăm sóc gia đình, vui chơi giải trí)

- Tôi không có khó khăn gì khi sinh hoạt hàng ngày
- Tôi gặp chút khó khăn khi sinh hoạt hàng ngày
- Tôi không thể thực hiện các sinh hoạt hàng ngày

Đau/ khó chịu

- Tôi không đau hay không khó chịu
- Tôi khá đau hay khá khó chịu
- Tôi rất đau hay rất khó chịu

Lo lắng/trầm buồn

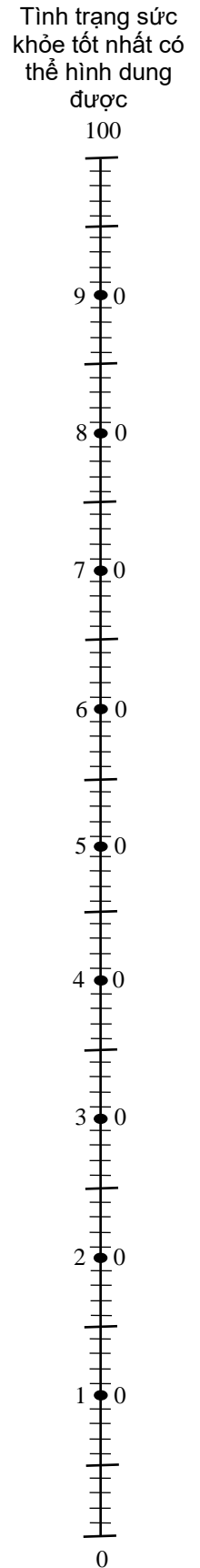
- Tôi không lo lắng và không trầm buồn
- Tôi hơi lo lắng và hơi trầm buồn
- Tôi rất lo lắng và rất trầm buồn

Nhằm giúp mọi người có thể xác định trạng thái tốt hay xấu của sức khỏe, chúng tôi vẽ ra một thang điểm (giống như nhiệt kế). Ở thang điểm này, số điểm 100 tương ứng với tình trạng sức khỏe tốt nhất và 0 tương ứng với tình trạng sức khỏe xấu nhất mà anh/chị có thể hình dung được.

Chúng tôi mong muốn anh/chị sẽ chỉ ra trên thang điểm này tình trạng sức khỏe (tốt hay xấu) của mình ngày hôm nay.

Xin hãy vẽ 1 đường kéo ngang từ ô tô đen bên dưới đến điểm mà anh/chị cho là thích ứng nhất với tình trạng sức khỏe của mình hôm nay.

Tình trạng sức khỏe (tốt hay xấu) của anh/chị ngày hôm nay



PHẦN V - CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG (Khoanh tròn số tương ứng)

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất xấu	Xấu	Trung bình	Tốt	Rất tốt
Q1. Bạn đánh giá chất lượng cuộc sống của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q2. Bạn hài lòng với sức khỏe của mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không	Ít	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
Q3. Khi bị đau đớn trong cơ thể thì những cơn đau đó cản trở đến việc mà bạn muốn làm ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q4. Để có thể hoạt động bình thường trong cuộc sống hàng ngày, bạn cần được uống thuốc hoặc điều trị nhiều ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q5. Bạn thấy yêu với cuộc sống của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q6. Bạn thấy cuộc sống của bạn có ý nghĩa nhiều ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không	Kém	Tương đối	Tốt	Rất tốt
Q7. Khi làm việc gì đó thì bạn có khả năng tập trung ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q8. Bạn thấy yên tâm với cuộc sống hàng ngày của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q9. Bạn thấy môi trường tự nhiên nơi bạn sống trong lành ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không chút nào	Một chút	Tương đối	Gần đủ	Hoàn toàn đủ
Q10. Bạn có đủ sức lực cho các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q11. Bạn có đủ tiền để trang trải các nhu cầu của mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q12. Bạn bằng lòng với ngoại hình của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không dễ chút nào	Khá khó khăn	Khá dễ	Dễ dàng	Rất dễ dàng
Q13. Giả sử bạn muốn tìm kiếm thông tin (tin tức) thì bạn có thể tìm kiếm được dễ dàng ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q14. Bạn có cơ hội được giải trí nhiều như bạn muốn không?	1	2	3	4	5
Q15. Việc đi lại của bạn dễ dàng ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q16. Bạn hài lòng với giấc ngủ của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q17. Bạn hài lòng với khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q18. Bạn hài lòng với khả năng làm việc của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q19. Bạn hài lòng với bản thân mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q20. Bạn hài lòng với các mối quan hệ cá nhân của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q21. Bạn hài lòng với đời sống tình dục của bạn ở mức độ nào? (nếu bệnh nhân nói không có, thì hỏi bệnh nhân có hài lòng với tình trạng không có đó không ?)	1	2	3	4	5
Q22. Bạn hài lòng với mức độ hỗ trợ của bạn bè ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q23. Bạn hài lòng với những tiện nghi nơi bạn sống ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q24. Bạn hài lòng với khả năng sử dụng được các dịch vụ y tế mà bạn cần ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q25. Bạn hài lòng như thế nào đối phương tiện di chuyển của bạn?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không bao giờ	Ít khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Q26. Bạn có thường xuyên có những tâm trạng tiêu cực như chán nản, tuyệt vọng, lo âu, trầm cảm không?	1	2	3	4	5

Cám ơn bạn đã tham gia.

THỎA THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU CAN THIỆP

"TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ METHADONE"

Nghiên cứu muốn đánh giá hiệu quả các hoạt động can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone. Kết quả của nghiên cứu này có thể được sử dụng cho các nhà lãnh đạo và y tế công cộng cải thiện chương trình MMT cho phù hợp. Chúng tôi sẽ tuyển chọn khoảng 200 bệnh nhân đang tham gia chương trình MMT tại 2 cơ sở điều trị tại Hải Phòng.

Chúng tôi mời bạn tham gia nghiên cứu và nếu bạn đồng ý các điều tra viên sẽ phỏng vấn bạn tại cơ sở điều trị Methadone 2 lần cách nhau 6 tháng. Mỗi cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng 15 - 20 phút. Các điều tra viên sẽ hỏi bạn về thông tin tuổi, giới, tiền sử dùng ma túy và rượu, hành vi tình dục, các hỗ trợ xã hội mà bạn được nhận. Ngoài việc tham gia trả lời phỏng vấn, việc bạn ký vào giấy thỏa thuận tham gia nghiên cứu là bạn cho phép nghiên cứu viên của chúng tôi tiếp cận với các thông tin trong bệnh án của bạn ở cơ sở điều trị MMT, các thông tin này gồm: liều lượng, tác dụng phụ của Methadone, quá trình điều trị các bệnh liên quan.

Chúng tôi sẽ đảm bảo rằng các thông tin thu thập từ bạn và hồ sơ y tế của bạn được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về nghiên cứu, bạn có liên lạc với nghiên cứu viên Nguyễn Thị Thắm, trường Đại học Y Dược Hải phòng, số điện thoại 0987.137.967

Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn 1 bản sao thỏa thuận nghiên cứu, nếu bạn muốn

Bằng việc ký và ghi rõ họ tên dưới đây, bạn đã đồng ý tham gia nghiên cứu

Ngày

ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

Ngày

NGƯỜI LÀM CHỨNG

PHIẾU PHÒNG VẤN “TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ METHADONE ” – NGHIÊN CỨU CAN THIỆP

Thông tin người phỏng vấn	
Họ và tên của người phỏng vấn:	_____
Ngày phỏng vấn (ngày/tháng/năm):	___/___/___
Thời điểm phỏng vấn	1. Trước can thiệp 2. Sau can thiệp

A		MÃ BỆNH NHÂN									
1.	Mã bệnh nhân										
CÂU HỎI		B								ĐẶC ĐIỂM XÃ HỘI	
2.	Năm sinh?	_____ (yyyy)									
3.	Giới tính?	1 - Nam		2- Nữ							
4.	Dân tộc?	1 – Kinh		2- Khác							
5.	Bạn học hết lớp mấy? (Lớp 1-12; “0” nếu mù chữ, “13” nếu cao hơn)	_____									
6.	Tình trạng hôn nhân của bạn?	1- Độc thân 2- Đã kết hôn 3- Ly thân 4-Ly dị 5- Góa									
7.	Bạn có đang mang thai không?	0 – Không		1 - Có							
8.	Bạn có con không?	0 - Không		1 - Có		2 - Tôi đang mang thai				Nếu "Có" → câu 10	
9.	Bạn có mấy con?	_____									
10.	Bạn đang sống cùng với những ai? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1- Một mình 2- Chồng/vợ/bạn tình 3- Bố mẹ 4- Con 5- Anh/chị/em 6- Bạn bè 7- Đồng nghiệp 8- Không có nhà/ở tạm									
11.	Từ nơi bạn ở đến cơ sở điều trị MMT bao nhiêu km?	_____ - km									
12.	Hiện tại bạn đang làm gì để kiếm sống?	0 - Không có việc làm/thất nghiệp								Nếu chọn	

Mã phiếu : ___/___/___/___

	(Chọn một đáp án đúng nhất)	1- Nông dân 3- Công nhân 4- Lao động tự do 5- Nội trợ 6- Buôn bán nhỏ 7- Nhân viên chính phủ 8- Học sinh hoặc sinh viên 9- Khác(ghi cụ thể _____)	"thất nghiệp" chuyên câu 17
13.	Từ chỗ bạn làm việc đến cơ sở điều trị Methadone bao nhiêu km?	_____ km	
14.	Bạn đã làm việc đó trong bao lâu?	1- Ít hơn 1 tuần 2- Từ 1 tuần đến dưới 1 tháng 3- Từ 1 - 5 tháng 4- Trên 6 tháng	
15.	Trung bình mỗi ngày bạn làm việc bao nhiêu giờ?	1- Dưới 4 giờ 2- Từ 4-8giờ 3- Nhiều hơn 8 giờ	
16.	Trung bình một tuần bạn làm việc bao nhiêu ngày?	1- 1 ngày 2 - 2 ngày 3 - 3 ngày 4- 4 ngày hoặc nhiều hơn	
17.	Bạn đã từng làm công việc khác để sống chưa?	0 - Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 19
18.	Bạn làm công việc đó trong bao lâu?	1- Dưới 1 tháng 2- Từ 1 đến <3 tháng 3- Từ 3 đến <6 tháng 4- 6 tháng hoặc nhiều hơn	
19.	Trong 5 năm qua, bạn đã bao giờ kiếm được tiền nhờ các hoạt động phi pháp không? (như buôn bán ma túy, trộm cắp hoặc khác)?	0 - Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 23
20.	Bạn có thể cho chúng tôi biết bạn đã là việc gì mà bạn nghĩ là phi pháp?	1- Ăn cắp 2- Ăn cướp 3- Buôn bán ma túy 4- Buôn bán hàng hóa 5- Thu nợ thuê	
21.	Bạn đã bao giờ bị bắt chưa?	0 – Không 1- Có	
22.	Bạn đã bao giờ đi tù chưa?	0 – Không 1- Có	
C	SỬ DỤNG MA TÚY VÀ RƯỢU		
23.	Bạn bắt đầu sử dụng heroin từ bao giờ?	_____/____ (mm/yyyy)	
24.	Trong 3 tháng trước khi tham gia chương trình điều trị Methadone, mỗi ngày bạn sử dụng heroin lần ?	_____ lần	
25.	Trong 3 tháng trước khi tham gia chương trình điều trị Methadone, trung bình bạn	_____ đồng	

Mã phiếu : ___ / ___ / ___ / ___

	mua mất bao nhiêu tiền cho mỗi lần sử dụng Heroin		
26.	Hiện tại, bạn còn sử dụng heroin không?	0 – Không 1- Có	Nếu “CÓ” → câu 28
27.	Bạn không sử dụng heroin từ khi nào?	cách đây ____ tháng	
28.	Bạn đã bao giờ bị sốc do sử dụng heroin quá liều không?	0 – Không 1- Có	
29.	Bạn có bao giờ cố tình sử dụng ma túy quá liều để tự tử không?	0 – Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 31
30.	Lúc đó là khi nào?	0 – Khi chưa điều trị Methadone 1 – Khi đang điều trị methadone	
31.	Đã bao giờ bạn sử dụng chất gây nghiện khác nhiều hơn heroin không?	0 - Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 34
32.	Chất gây nghiện khác đó là chất gì?	1- _____ 2- _____ 3- _____	
33.	Bạn sử dụng chất gây nghiện khác từ khi nào? (Có thể có nhiều hơn 1 lựa chọn)	1- Trước khi sử dụng heroin 2- Đang sử dụng heroin 3- Đang điều trị Methadone	
34.	Bạn đã bao giờ uống rượu chưa? (bất kỳ đồ uống nào có cồn như bia, rượu vang...)	0 – Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 39
35.	3 tháng trước khi tham gia điều trị Methadone, 1 tuần bạn uống rượu bao nhiêu lần?	1- Ít hơn 1 lần 2- Từ 1 đến 6 lần 3- Một lần mỗi ngày 4- Nhiều hơn 1 lần mỗi ngày	
36.	Bạn có sử dụng ma túy khi đang uống rượu không?	0 – Không 1- Có	
37.	Khi tham gia điều trị Methadone bạn có uống rượu không?	0 – Không 1- Có	Nếu “Không” → câu 39
38.	Trong 3 tháng gần đây, 1 tuần bạn uống rượu bao nhiêu lần ?	1- Ít hơn 1 lần 2- Từ 1 đến 6 lần 3- Một lần mỗi ngày 4- Nhiều hơn 1 lần mỗi ngày	
39.	Bạn đã bao giờ cai nghiện ma túy chưa? (Ghi rõ số lần cai với từng loại)	0 - Chưa bao giờ 1- Cai nghiện tại trung tâm _____ 2- Cai nghiện bằng thuốc _____ 2- Liệu pháp tâm lý _____ 3- Liệu pháp tâm thần _____ 4- Khác(Cụ thể _____) _____	
D	HÀNH VI NGUY CƠ		

Mã phiếu : ___ / ___ / ___ / ___

40.	Bạn có bao giờ tiêm chích ma túy không?	0 – Không	1- Có	Nếu “Không” → câu 43	
41.	Bạn còn tiêm chích ma túy không?	0 – Không	1- Có		
42.	Bạn có bao giờ sử dụng chung bơm kim tiêm với bạn chích không?	0 – Không	1- Có		
43.	Trong 3 tháng qua, bạn có quan hệ tình dục không?	0 – Không	1- Có	Nếu “Không” → câu 47	
44.	Trong 3 tháng qua, có bao giờ bạn quan hệ tình dục để có tiền không?	0 – Không	1- Có		
45.	Trong 3 tháng qua, có bao giờ bạn quan hệ tình dục để có ma túy không?	0 – Không	1- Có		
46.	Trong 3 tháng qua, khi quan hệ tình dục bạn có sử dụng bao cao su không?	0 - Không	1- Có vài lần	3- Sử dụng trong tất cả các lần	
47.	Có ai trong gia đình bạn sử dụng ma túy không?	0 - Không	1 - Có, cụ thể: _____		
48.	Có bạn bè hay người thân nào (không sống cùng bạn) mà bạn gặp hàng ngày sử dụng ma túy không?	0 - Không	1 - Có, cụ thể: _____		
E	TIỀN SỬ MẮC BỆNH TÂM THẦN				
49.	Bạn đã bao giờ có những biểu hiện sau không? (có thể chọn nhiều lựa chọn)	1 – Không 2 - Lo âu, trầm cảm, stress 3 - Có ý định tự tử 4 – Có hành vi tự tử			Nếu “Không” → câu 51
50.	Trong 3 tháng qua, bạn có những biểu hiện sau không? (có thể chọn nhiều lựa chọn)	1 – Không 2 - Lo âu, trầm cảm, stress 3 - Có ý định tự tử 4 – Có hành vi tự tử			
F	HỖ TRỢ XÃ HỘI				
		Hoàn toàn không	Một ít	Thỉnh thoảng	Rất nhiều
Những người sau đây hỗ trợ tinh thần cho bạn ở mức độ nào? (ví dụ lắng nghe bạn chia sẻ, chăm sóc, tâm sự, chia sẻ nỗi đau...)					
51.	Gia đình	0	1	2	3
52.	Bạn bè	0	1	2	3
53.	Đồng đảng viên	0	1	2	3
54.	Nhân viên xã hội	0	1	2	3
Những người sau đây hỗ trợ vật chất cho bạn ở mức độ nào (ví dụ tài chính, đi lại, việc nhà, nơi ở, quần áo, thức ăn, thuốc men, giáo dục cho trẻ nhỏ...)?					

Mã phiếu : ___ / ___ / ___ / ___

55.	Gia đình	0	1	2	3
56.	Bạn bè	0	1	2	3
57.	Đồng đảng viên	0	1	2	3
58.	Nhân viên xã hội	0	1	2	3
Những người sau đây hỗ trợ thông tin cho bạn ở mức độ nào (như tư vấn, hướng dân, phân hồi, thông tin về một vấn đề nào đó...)					
59.	Gia đình	0	1	2	3
60.	Bạn bè	0	1	2	3
61.	Đồng đảng viên	0	1	2	3
62.	Nhân viên xã hội	0	1	2	3
Nói chung, bạn có hài lòng với sự hỗ trợ của những người sau đối với bạn không?					
63.	Gia đình	0	1	2	3
64.	Bạn bè	0	1	2	3
65.	Đồng đảng viên	0	1	2	3
66.	Nhân viên xã hội	0	1	2	3
F	BỎ LIỀU ĐIỀU TRỊ METHADONE				
67.	Trong 3 tháng qua, bạn đã bỏ bao nhiêu liều điều trị Methadone	0 - Không 1- Có		Nếu “Không” → chất lượng cuộc sống	
68.	Nếu có, lý do bỏ điều trị (nếu nhiều hơn 1 lần thì hỏi gần đây nhất) của bạn là gì?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tôi không còn phụ thuộc heroin nữa 2. MMT không phù hợp với thời gian đi làm 3. Có vấn đề sức khỏe không đến uống thuốc được 4. Không đủ khả năng chi trả để tiếp tục tham gia điều trị 5. Muốn bỏ methadone 6. Mâu thuẫn với gia đình 7. Có việc cần đi khỏi Hải Phòng 8. Bị bắt 9. Do tác dụng phụ của methadone 10. Methadone duy trì quá lâu 11. Nguyên nhân khác (ghi rõ.....) <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....)</p>			

Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống

Xin anh/chị chỉ rõ tình trạng diễn tả đúng nhất sức khỏe của anh/chị hôm nay bằng cách đánh dấu vào ô tương ứng ở mỗi nhóm bên dưới.

Sự đi lại

Tôi đi lại không có khó khăn gì

Tôi đi lại hơi khó khăn

Tôi chỉ có thể nằm tại giường

Tự chăm sóc

Tôi có thể tự chăm sóc bản thân không gặp khó khăn gì

Tôi gặp một số khó khăn khi muốn tự tắm rửa hoặc thay quần áo

Tôi không thể tự tắm rửa hay tự thay quần áo

Sinh hoạt hàng ngày (ví dụ: làm việc, học hành, làm việc nhà, chăm sóc gia đình, vui chơi giải trí)

Tôi không có khó khăn gì khi sinh hoạt hàng ngày

Tôi gặp chút khó khăn khi sinh hoạt hàng ngày

Tôi không thể thực hiện các sinh hoạt hàng ngày

Đau/ khó chịu

Tôi không đau hay không khó chịu

Tôi khá đau hay khá khó chịu

Tôi rất đau hay rất khó chịu

Lo lắng/trầm buồn

Tôi không lo lắng và không trầm buồn

Tôi hơi lo lắng và hơi trầm buồn

Tôi rất lo lắng và rất trầm buồn

Mã phiếu : ___/___/___/___

Nhằm giúp mọi người có thể xác định trạng thái tốt hay xấu của sức khỏe, chúng tôi vẽ ra một thang điểm (giống như nhiệt kế). Ở thang điểm này, số điểm 100 tương ứng với tình trạng sức khỏe tốt nhất và 0 tương ứng với tình trạng sức khỏe xấu nhất mà anh/chị có thể hình dung được.

Chúng tôi mong muốn anh/chị sẽ chỉ ra trên thang điểm này tình trạng sức khỏe (tốt hay xấu) của mình ngày hôm nay.

Xin hãy vẽ 1 đường kéo ngang từ ô tô đen bên dưới đến điểm mà anh/chị cho là thích ứng nhất với tình trạng sức khỏe của mình hôm nay.

Tình trạng sức khỏe (tốt hay xấu) của anh/chị ngày hôm nay

Tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

0

Tình trạng sức khỏe xấu nhất có thể hình dung được

PHẦN V - CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG (Khoanh tròn số tương ứng)

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất xấu	Xấu	Trung bình	Tốt	Rất tốt
Q1. Bạn đánh giá chất lượng cuộc sống của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q2. Bạn hài lòng với sức khỏe của mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không	Ít	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
Q3. Khi bị đau đớn trong cơ thể thì những cơn đau đó cản trở đến việc mà bạn muốn làm ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q4. Để có thể hoạt động bình thường trong cuộc sống hàng ngày, bạn cần được uống thuốc hoặc điều trị nhiều ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q5. Bạn thấy yêu với cuộc sống của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q6. Bạn thấy cuộc sống của bạn có ý nghĩa nhiều ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không	Kém	Tương đối	Tốt	Rất tốt
Q7. Khi làm việc gì đó thì bạn có khả năng tập trung ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q8. Bạn thấy yên tâm với cuộc sống hàng ngày của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q9. Bạn thấy môi trường tự nhiên nơi bạn sống trong lành ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không chút nào	Một chút	Tương đối	Gần đủ	Hoàn toàn đủ
Q10. Bạn có đủ sức lực cho các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q11. Bạn có đủ tiền để trang trải các nhu cầu của mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q12. Bạn bằng lòng với ngoại hình của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không dễ chút nào	Khá khó khăn	Khá dễ	Dễ dàng	Rất dễ dàng
Q13. Giả sử bạn muốn tìm kiếm thông tin (tin tức) thì bạn có thể tìm kiếm được dễ dàng ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q14. Bạn có cơ hội được giải trí nhiều như bạn muốn không?	1	2	3	4	5
Q15. Việc đi lại của bạn dễ dàng ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q16. Bạn hài lòng với giấc ngủ của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q17. Bạn hài lòng với khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q18. Bạn hài lòng với khả năng làm việc của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q19. Bạn hài lòng với bản thân mình ở mức độ nào?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Q20. Bạn hài lòng với các mối quan hệ cá nhân của bạn ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q21. Bạn hài lòng với đời sống tình dục của bạn ở mức độ nào? (nếu bệnh nhân nói không có, thì hỏi bệnh nhân có hài lòng với tình trạng không có đó không?)	1	2	3	4	5
Q22. Bạn hài lòng với mức độ hỗ trợ của bạn bè ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q23. Bạn hài lòng với những tiện nghi nơi bạn sống ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q24. Bạn hài lòng với khả năng sử dụng được các dịch vụ y tế mà bạn cần ở mức độ nào?	1	2	3	4	5
Q25. Bạn hài lòng như thế nào đối phương tiện di chuyển của bạn?	1	2	3	4	5

Câu hỏi: Trong 4 tuần qua,...	Không bao giờ	Ít khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Q26. Bạn có thường xuyên có những tâm trạng tiêu cực như chán nản, tuyệt vọng, lo âu, trầm cảm không?	1	2	3	4	5

Cám ơn bạn đã tham gia.

“TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG METHADONE ”**MẪU THU THẬP THÔNG TIN TỪ HỒ SƠ BỆNH ÁN**

(Số liệu của phòng khám MMT đối với các trường hợp quản lý)

Thông tin của cơ sở						
Mã cơ sở: _____						
Ngày lấy số liệu (dd/mm/yyyy): ____/____/____				Thời gian (hh:mm): ____:____		
A	Mã bệnh nhân					
1.	Mã bệnh nhân					
2.	Số hồ sơ y tế					
B	ĐIỀU TRỊ METHADONE					
3.	Ngày khởi liệu uống Methadone?	____/____/____ (dd/mm/yyyy)				
4.	Liều khởi liệu Methadone:	_____ mg/ngày				
5.	Liều Methadone hiện tại:	_____ mg/ngày				
6.	Tác dụng phụ của Methadone: (Nếu nhiều hơn 1 lần tính lần gần đây nhất)	Có	Không	Ngày xuất hiện (dd/mm/yyyy)	Ngày hết (dd/mm/yyyy)	Vẫn tồn tại
	1- Táo bón			____/____/____	____/____/____	
	2- Ra nhiều mồ hôi			____/____/____	____/____/____	
	3- Buồn nôn, nôn			____/____/____	____/____/____	
	4- Mất ngủ			____/____/____	____/____/____	
	5- Giảm khả năng tình dục			____/____/____	____/____/____	
	6 - Bệnh răng miệng			____/____/____	____/____/____	
	9- Khác (ghi rõ) _____			____/____/____	____/____/____	
7.	Tổng số ngày bỏ điều trị Methadone trong 3 tháng gần đây	_____ ngày				
8.	Số ngày bỏ điều trị liên tục nhiều nhất	_____ ngày				
9.	Ngày bắt đầu bỏ điều trị đợt này	____/____/____ (dd/mm/yyyy)				
10.	Hiện tại còn tham gia điều trị không?	1. Có; 2. Không (Nếu chọn 2 chuyển câu 12)				
11.	Ngày bệnh nhân điều trị trở lại	____/____/____ (dd/mm/yyyy)				
C	Xét nghiệm nước tiểu (Nếu nhiều hơn 1 lần tính lần gần đây nhất)					
12.	Xét nghiệm nước tiểu tìm heroin trong giai đoạn dò liều Methadone	Số lần làm xét nghiệm: _____ Số lần dương tính: _____ Số lần âm tính _____				

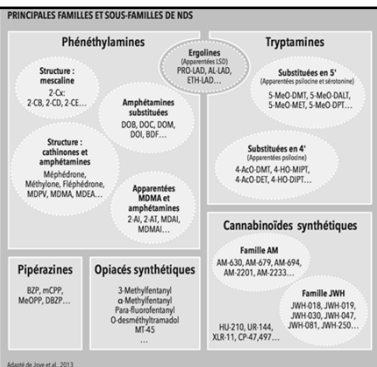
13.	Xét nghiệm nước tiểu tìm heroin trong giai đoạn duy trì liều Methadone	Số lần làm xét nghiệm: _____ Số lần dương tính: _____ Số lần âm tính _____
14.	Xét nghiệm nước tiểu tìm heroin trong lần gần đây nhất	0- Âm tính (ngày ___/___/___) 1- Dương tính (ngày ___/___/___) 9- Không làm hoặc bỏ qua
15.	Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất kích thích khác (AMP, COC, THC, MOP) trong giai đoạn dò liều	Số lần làm xét nghiệm: _____ Số lần dương tính: _____ Số lần âm tính _____
16.	Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất kích thích khác (AMP, COC, THC, MOP) trong giai đoạn duy trì liều điều trị	Số lần làm xét nghiệm: _____ Số lần dương tính: _____ Số lần âm tính _____
17.	Xét nghiệm nước tiểu tìm các chất kích thích (AMP, COC, THC, MOP) trong lần gần đây nhất	0- Âm tính (ngày ___/___/___) 1- Dương tính (ngày ___/___/___) 9- Không làm hoặc bỏ qua
18.	Tình trạng nhiễm HIV	0 - Âm tính 1- Dương tính (ngày ___/___/___) 9 - Không thử
19.	Tình trạng nhiễm viêm gan B (HBsAg)	0 - Âm tính 1- Dương tính (ngày ___/___/___) 9 - Không thử
20.	Tình trạng nhiễm viêm gan C (Anti-HCV)	0 - Âm tính 1- Dương tính (ngày ___/___/___) 9 - Không thử

Methamphetamines

Dr L Michel
Centre Pierre Nicole/CESP Inserm 1018

Một dạng ma túy tổng hợp mới

- Ma túy đặc biệt được tổng hợp để lẩn tránh những luật liên quan đến các chất ma túy (ở những nơi luật pháp là nghiêm ngặt)
 - **Tái tạo lại cấu trúc, thành phần của những chất bất hợp pháp với những sự thay đổi về mặt hóa học nhỏ nhất nhằm tránh luật pháp**



Đặc trưng

- Không có điều lệ hợp pháp
- Tái tạo lại các phân tử tồn tại tự nhiên nhưng nồng độ cao hơn
- Ở châu Âu: có thể mua bán qua internet
 - Không người buôn bán
 - Cảm tính sai lầm về sự an toàn
 - Nhận qua đường bưu điện
- Tổng hợp hóa học độc quyền, đôi khi dễ dàng
 - Nhân lên của các phòng thí nghiệm bí mật, lén lút
- Sản phẩm không quá đắt (không có người bán lại trung gian)
- Sản phẩm khá mạnh, chất lượng không thể kiểm định
- Không có bất cứ sự thụt lùi nào về được động học vì sự thay đổi là thường xuyên



messages(0) | orders(0) | acc

- Shop by category:
- Drugs(688)
 - Cannabis(269)
 - Ecstasy(36)
 - Dissociatives(7)
 - Psychedelics(68)
 - Opioids(68)
 - Stimulants(52)
 - Other(100)
 - Benzos(46)
 - Lab Supplies(3)
 - Digital goods(94)
 - Services(47)
 - Money(46)
 - Weasponry(7)
 - Home & Garden(27)
 - Electronics(8)
 - Books(36)
 - Drug paraphernalia(27)
 - XXX(26)
 - Medical(4)

 \$50 Aussie Note! For Bitcoin high... B5.81	 10mg 2C-E Powder B0.34	 Cocaine - 40 x 10MG Cocaine/APAP... B2.09
 Mr. Ovoid B1.00	 Syringes, Needles - 30 Gauge 1cc/ml... B2.21	 0.5g Masterkush melt/bubble hashish... B3.19

Các chất kích thích thần kinh chủ yếu

- > AMPHÉTAMINES : tốc độ, amphetamine
- > CATHINONES : méphédrone, 4-MEC, MDPV...
- > MÉTHYLPHÉNIDATE : Ritaline
- > MÉTHAMPHÉTAMINES : meth đá, tinh thể
- > MDMA : ecstasy, X, xtc, love, MD, Taz, D,...

Các chất kích thích thần kinh chủ yếu

- Trong não bộ, các chất amphetamines gây ra sự tăng trực tiếp và quan trọng của dopamine và serotonin, theo sau đó sẽ là sự cạn kiệt dần lưu trữ các chất dẫn truyền thần kinh.
- Sự tiêu thụ có thể dẫn đến
 - Suy giảm tình trạng chung bởi sự mất dinh dưỡng và bởi sự mất ngủ kéo dài dẫn đến tình trạng kiệt sức,
 - Một trạng thái dễ bị kích thích nhiều và các rối loạn tâm thần (lo âu, bồn chồn, dễ cáu gắt, kích thích, hoảng sợ, rối loạn tính khí, loạn thần, hoang tưởng).
- Cũng có thể thấy sự xuất hiện các vấn đề ở da quan trọng (núm, nốt, mụn).

Các chất kích thích thần kinh chủ yếu

- « sự hạ xuống » có thể khó khăn :
 - Cứng hàm,
 - Cơ co cứng cơ dạng tetani,
 - Cơ bồn chồn, lo sợ,
 - Một tình trạng trầm cảm và đôi khi bao gồm cả nguy cơ tự tử.
- Nguy hiểm trên những người đã từng có tiền sử trầm cảm, có những vấn đề tim mạch hoặc động kinh.
- Kết hợp với rượu hoặc các chất hướng thần như thuốc lắc (ecstasy-MDMA) tăng nguy cơ độc tính thần kinh (độc tính trên hệ thống thần kinh).

Methamphetamines

- Có thể hút, hít, nuốt, tiêm, ngửi
- Méthamphétamine làm tăng các hoạt động của hệ thống dẫn truyền thần kinh
 - Nor-adrenaline
 - Dopamine
 - Serotonine.
- Méthamphétamine là chất mạnh hơn amphetamine
- Khi sử dụng thường xuyên, não bộ giảm số lượng các receptor (chất thụ thể) của dopamine và các chất vận chuyển dopamine: suy giảm hệ dopaminergic một cách bền vững.
- Cũng gây độc tính lên não, đặc biệt là các tế bào não

Dấu hiệu sử dụng

- Mất sự kiềm chế
- Lo âu
- Cử chỉ, động tác lặp lại, run rẩy
- Bồn chồn, mất ngủ
- Hoang tưởng, ảo tưởng
- Lở mũi nứt nẻ, chảy nước mũi
- Tăng nhịp tim
- Giãn đồng tử
- Sốt, đổ mồ hôi
- Co cứng hàm

Các tác động cấp tính chủ yếu

- Trạng thái hưng phấn, kích thích
- Giảm sự đói và sự mệt mỏi
- Tăng sự tỉnh giấc và sức mạnh của cơ
- Cảm giác mạnh mẽ
- Ý nghĩ to lớn, nâng tầm quan trọng, sáng khoái
- Mất nước

Dấu hiệu dừng lại các tác động của các chất

- Lo âu, dễ bị kích thích
- Trầm cảm, ý định tự tử
- Mệt mỏi, yếu ớt
- Khó khăn khi tập trung
- Buồn nôn
- Tăng sự thèm ăn
- Thèm muốn
- Không thể kìm nén sự tiêu thụ (sự thèm muốn, khát khao)

Dấu hiệu trong trường hợp quá liều

- Khó khăn trong việc thở (thở hỗn hển, phi phò)
- Cảm giác ngạt thở
- Tăng HA
- Chủ định rời rạc
- Liệt một phần
- Áo giác, hoang tưởng, mê sảng
- Đau đầu, sốt, rối loạn tim mạch,
- Đau vùng trước ngực (Nhồi máu cơ tim?)
- Run rẩy, co giật, hôn mê, tử vong
- Tai biến mạch máu não (AVC)

Tình huống khẩn cấp có thể liên quan đến sử dụng hoặc dừng sử dụng các chất

- Ngừng tim phổi
- Sốt cao
- Co cơ giật
- Co cơ hoảng sợ, kinh hoàng
- Nhảm lẩn và rời rạc
- Tình trạng kích thích tâm thần vận động
- trạng thái hoang tưởng cấp tính, « cơn hoang tưởng »

Đá và sử dụng Heroine tại Hải Phòng (nghiên cứu Drive - In)

- DRIVE-In – giai đoạn nghiên cứu ngang RDS + theo dấu trong 1 năm
 - 600 người tiêm chích ma túy gặp ở ngày đầu tiên
 - 250 người được theo dõi trong 1 năm
 - 30% có sử dụng methamphetamines
 - Sử dụng đá có liên quan với những hành vi nguy cơ về tình dục
 - Trong khi theo dấu, sử dụng đá tăng lên khá cao (49%) và có liên quan đến sự chậm trễ trong việc tiếp cận với điều trị Methadone
- DRIVE – giai đoạn nghiên cứu ngang RDS
 - 1385 người tiêm chích ma túy
 - 52% thông báo đang sử dụng đá
 - Có liên quan đến các hành vi tình dục nguy cơ (QHTD không an toàn, QHTD không an toàn với bạn tình chính, có nhiều bạn tình)

→ Sự lo ngại lớn cho y tế công cộng

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Dự phòng +++
 - Thông báo về những nguy cơ, hậu quả
 - Ngăn ngừa bắt đầu ở những bệnh nhân có hành vi nghiện chất
- Giảm hại
 - Xem khuyến cáo của «Hiệp hội giảm hại quốc tế»
- Chăm sóc
 - Không có điều trị thay thế : chiến lược hành vi – tâm thần
 - Điều trị các bệnh đồng mắc tâm thần
 - Điều trị các rối loạn bản thể (HIV, tình trạng chung)
 - Rời khỏi hoàn cảnh nguy cơ khi cần thiết: nhập viện ngắn hạn, cư trú ở nơi an toàn hơn

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Can thiệp ngắn (Vài phút và 2-3h)
 - Đánh giá tính huống, vật liệu giảm hại và thông báo, phòng vấn tạo động lực, giáo dục, giáo dục tính khí, hỗ trợ
- Liệu pháp nhận thức-hành vi và tiếp cận hành vi
- Điều trị bởi tính ngẫu nhiên (phần thưởng khi nước tiểu âm tính,...)
- Điều trị nội trú
- Tự hỗ trợ
- Hỗ trợ của gia đình và thông tin về phụ thuộc vào Met

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Hội chứng cai
 - Không có điều trị hiệu quả,
 - Benzodiazepine điều trị âu lo

Phần lớn những người rút lui khỏi sự quản lý sẽ được thực hiện tại các mức độ này

- Cai nghiện cộng đồng
- Cai nghiện tại nhà
- Cai nghiện xã hội
- Cai nghiện tại bệnh viện

For the majority of people withdrawal management can be carried out at this level



Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị		Diễn biến thời gian của Methamphetamine và ATS	
Phần lớn những biện pháp can thiệp sẽ xảy ra ở các mức độ này	Can thiệp ngắn	Số ngày từ lần sử dụng cuối	Triệu chứng
	Đánh giá toàn diện	1-3 ngày	Lệch hướng
	Quản lý ngẫu nhiên	Phổ biến cho đa số người sử dụng Meth và ATS	Kiệt sức Ngủ trong nhiều giờ Tâm trạng kém/trầm cảm
	Kết hợp MI và CBT	2-10 ngày	Hội chứng cai
Mô hình ma trận	Phổ biến	Thức giấc mạnh mẽ đến khao khát sử dụng Tâm trạng lâng lâng, lo âu, kích thích, kích động Buồn bã Vấn đề về giấc ngủ Tập trung kém	Phục hồi tinh thần và thể chất
Điều trị các vấn đề cùng tồn tại	Rất không phổ biến	Đau nhức đầu Đói khát Hoang tưởng Áo giắc	Tâm trạng lâng lâng Tâm cảm Vấn đề giấc ngủ Khao khát, thèm muốn
Sát nhập các biện pháp điều trị nghiên cứu tại cộng đồng	7-28 ngày	Từ 1 đến 3 tháng, đôi khi lâu hơn, đặc biệt nếu sử dụng mức độ cao trong thời gian dài	Kéo dài Cải thiện giấc ngủ Mức độ năng lượng đôi dao động Tâm trạng ổn định

Ministry of Health, New Zealand 2010

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Trên những bệnh nhân đã điều trị bằng methadone
 - Giám sát tim mạch
- Hiểu rõ bối cảnh và các tác động mong muốn tìm kiếm
 - Tim kiểm tra kích thích trí tuệ, thể chất, tinh đục
 - Xoa dịu sự lo sợ
 - Tim kiểm tra đơn giản của các tác dụng ("tìm kiếm cảm giác")
 - Kích thích hoạt động tình dục trong nhóm mại dâm
- Hiểu rõ môi trường
 - Khó khăn về tâm lý / tâm thần
 - Khó khăn gia đình
 - Tim kiểm tra hiệu suất trong công việc
 - Những người tiêu thụ trẻ ngoài lề xã hội
- Tim kiểm tra các đồng tiêu thụ khác kết hợp (rượu,...)

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị		Mức độ nguy cơ	Hành động
<ul style="list-style-type: none"> Các rối loạn tâm thần: lo âu, trầm cảm, nguy cơ tự tử, rối loạn loạn thần Đánh giá các rối loạn Đánh giá nguy cơ tự tử Đánh giá sự hiện diện của các rối loạn hoang tưởng (hoang tưởng bị truy hại: nghe tiếng mic, cảm giác bị theo dõi, quan sát ...) Cố gắng để có được sự đồng ý của bệnh nhân cho một đánh giá chuyên biệt Sử dụng đến bệnh viện nếu nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác Nếu rối loạn loạn thần: <ul style="list-style-type: none"> Chỉ định thuốc chống loạn thần 	Nguy cơ thấp: đã từng có suy nghĩ về hành vi tự tử thoáng qua nhưng không có yếu tố nguy cơ như mô tả ở trên, có thể đảm bảo sự an toàn cho chính mình, có sự hỗ trợ tại địa phương.	<ul style="list-style-type: none"> Xem xét thường xuyên Xác định sự hỗ trợ hoặc tiếp xúc tiềm tàng và mô tả chi tiết dự phòng tiếp xúc Tiếp xúc với khách hàng để tìm kiếm trực tiếp sự giúp đỡ nếu suy nghĩ tự tử trở nên trầm trọng hơn hoặc tâm cảm sâu hơn. 	
	Nguy cơ trung bình đến cao: suy nghĩ tự tử hiện tại, có một vài hoặc nhiều yếu tố nguy cơ, kế hoạch đã được mô tả hoặc rất tỉ mỉ, nghèo hoặc không có hỗ trợ xã hội, không thể đảm bảo sự an toàn, cảm giác tuyệt vọng	<ul style="list-style-type: none"> Đề nghị cho phép tổ chức lượng giá chuyên môn về sức khỏe tâm thần càng sớm càng tốt, tiếp tục làm như trên, và xem xét hàng ngày. Nếu nguy cơ là cao và khách hàng có ý định tự tử ngay lập tức, kết nối với trung tâm sức khỏe tâm thần hoặc đội cấp cứu sức khỏe tâm thần ngay lập tức (xem phần Chuyển gửi để biết rõ hơn) và đảm bảo rằng khách hàng không ở một mình. Gọi cho xe cấp cứu hoặc cảnh sát nếu nguy cơ cao và khách hàng không chấp nhận lượng giá. Tham khảo với đồng nghiệp hoặc giám sát về hướng dẫn và hỗ trợ. 	

Tập cận điều trị những người sử dụng methamphetamine Commonwealth of Australia, 2008

Yếu tố nguy cơ của hành vi tự tử

- Một kế hoạch rõ ràng cho tự sát và xác định phương tiện để đạt được mục đích đó
- Đã từng có ý định tự tử trong quá khứ hoặc hiện tại
- Sử dụng rượu và các chất ma túy khác
- Có những triệu chứng tâm thần (giọng điệu, âm mưu, giám sát...)
- Sống trong những điều kiện cuộc sống quá căng thẳng và có cảm giác không hề có sự hỗ trợ hoặc không có hy vọng
- Có rất ít sự hỗ trợ xã hội
- Có thành viên trong gia đình đã từng có hành vi ý định tự tử hoặc đã từng tự tử

Chiến lược giảm hại

(Hiệp hội giảm hại quốc tế 2015)

- Hậu quả hành vi
 - Kích động
 - Hung hăng, khiêu khích
- Có nguy cơ khi mất kiểm soát, rối loạn nhận thức và mất sự kiềm chế
 - nguy cơ tình dục (tăng tình dục và ham muốn)
 - Chấp nhận rủi ro trong hoạt động sử dụng ma túy (tăng tiêm chích, chia sẻ dụng cụ tiêm chích)
- Tuần thủ điều trị kém hơn (Methadone, ARV)
- Thay đổi tình trạng chung, lơ là các nhu cầu cơ bản
- Dự phòng việc chuyển sang tiêm chích
- Phòng ngừa các rối loạn tâm thần

Tình vực	Hành vi	Tổn hại	Chiến lược giảm hại
Nước uống, dinh dưỡng và vệ sinh	<ul style="list-style-type: none"> Suy dinh dưỡng và mất nước Tăng nguy cơ lo âu, ảo giác và bệnh tâm thần Chỉ ăn đồ ăn vặt Không ngủ 	<ul style="list-style-type: none"> Cung cấp nước, hoa quả và thức ăn bổ dưỡng nếu có thể, đặc biệt là cho người nghèo, và gia cư Nhắm mạnh sự cần thiết của giấc ngủ hoặc ít nhất là nghỉ ngơi trong phòng tối, ăn uống lành mạnh (đặc biệt là rau củ quả) và uống nước thường xuyên. Những điều này sẽ ngay lập tức có hiệu quả tích cực qua mỗi ngày thực hiện. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Quản uống nước và đánh răng Ăn thức ăn nhiều đường Nghiến răng 	<ul style="list-style-type: none"> Nhắm mạnh tầm quan trọng của bổ sung nước và vệ sinh răng miệng Phản phát bàn chải và kem đánh răng 	
Kiểm soát cách sử dụng	<ul style="list-style-type: none"> Quá độ (dùng nhiều theo chu kỳ vài ngày hoặc vài tuần tuần) 	<ul style="list-style-type: none"> Tăng nguy cơ gây bệnh tâm thần, ảo giác, lo âu và các vấn đề sức khỏe khác 	<ul style="list-style-type: none"> Khuyến khích lập kế hoạch từ bỏ trước. Phát triển các phương pháp giúp họ theo dõi thời gian và mức độ sử dụng của họ, tạm nghỉ khi đến giới hạn, ăn tốt trước khi sử dụng và uống đủ nước trong khi dùng. Khi giới thiệu và thực hiện những kế hoạch này, sẽ hữu ích nếu có 1 người "bàn giám thương tổn" – người mà họ tin tưởng có thể hỗ trợ những cố gắng của họ
	<ul style="list-style-type: none"> Lạm dụng 	<ul style="list-style-type: none"> Triệu chứng cai và lệch hướng 	<ul style="list-style-type: none"> Nhắm mạnh rằng những ghen muốn, mệt mỏi, buồn bực và đau nhức là 1 phần tự nhiên khi cai và sẽ hết sau 1 thời gian Cho họ biết rằng tập trung vào các hoạt động thú vị và gây sao lãng, ở gần người hỗ trợ và duy trì chế độ ăn lành mạnh và công việc hàng ngày sẽ giúp họ vượt 1 triệu chứng cai và lệch hướng Khi các triệu chứng lệch lạc đã đỡ, giúp họ lập chiến lược riêng để giảm các triệu chứng đó, sử dụng cùng những cách có hiệu quả cho các giai đoạn của ảo giác và bệnh tâm thần Khi các triệu chứng lệch lạc đã đỡ, xem xét chuyển gửi đến CBT hoặc các chương trình hỗ trợ tâm thần, http://www.mentalhealth.gov.au

Phụ lục 06

Lĩnh vực	Hành vi	Tổn hại	Chiến lược giảm hại
Giảm thương tổn liên quan đến chế độ sử dụng	- Dùng chung bơm kim tiêm - Dùng chung đầu hút, cả những cái sắc nhọn - Hút các chất độc hại - Dùng thuốc để gây bông	- Nguy cơ mắc bệnh qua đường máu, tổn thương phổi, nhiễm độc, bị thương, bông	- Phát bom kim tiêm sạch và thông tin về tiêm chích an toàn - Phân phát các dụng cụ như cuống thủy tinh với gác y tế hoặc các đầu ống dẫn pipet cho cá nhân. Distribute glass stems with gauze or individual pipet tips - Hướng dẫn cách làm thuốc an toàn - Phát son đường mũi, thuốc bông - Phát viên con nhộng rỗng để chứa amphetamines thay cho bom tiêm
	- Chuyển sang hút và tiêm hoặc các loại mạnh hơn (như tinh thể meth)	- Sử dụng thuốc nhanh hơn và nghiêm trọng hơn với người tiêm chích và dùng các loại mạnh hơn - Tăng nguy cơ nhiễm virus qua máu	- Truyền thông cho người dùng cách uống hoặc hít về nguy cơ của việc tiêm hoặc hút và kỹ thuật tiêm, hút an toàn - Khuyến khích không nên chuyển sang hình thức mạnh - Truyền thông cho người hút và tiêm về các phương thức an toàn và khuyến khích họ chuyển sang hít hoặc uống nếu có thể - Truyền thông việc hút thuốc đặt khay cầm nhanh và mạnh hơn là đốt trên giấy bạc rồi hút qua ống hoặc hút chung bằng ống nối, đổi sang 1 trong những cách đó cũng là chiến lược làm giảm tổn thương
	- Tiêm chích nhiều lần ở cùng 1 vị trí	- Tăng nguy cơ tổn thương tĩnh mạch và mô, viêm loét, nhiễm trùng và các tổn thương liên quan khác	- Dùng kim truyền, loại bỏ việc phải tiêm nhiều lần dẫn đến những nguy cơ nêu trên. Phát cung cụ phù hợp và hướng dẫn người tham gia cách sử dụng

Lĩnh vực	Hành vi	Tổn hại	Chiến lược giảm hại
Kiểm soát ảo giác, hoang tưởng và lo âu	- Biểu hiện dấu hiệu ảo giác, hoang tưởng và/hoặc lo âu bất thường	- Nguy cơ tổn hại bản thân và người khác	- Bình tĩnh và vững tâm - Đưa người bệnh đến nơi yên tĩnh và cố gắng chuyển sự tập trung của họ vào thứ khác - Hãy chú tâm đến họ và tuyệt đối không nói với họ rằng họ đang bị ảo giác để không khiến họ tức giận, sắc đĩnh tình trạng hiện tại của họ, tránh việc tin vào ảo giác đó (nếu bạn chắc rằng đó là ảo giác) - Giúp họ nhận ra mối liên hệ giữa rối loạn nhân cách, bất an và việc sử dụng thuốc và những tổn hại như bao lực và bị bắt giữ - Đứng chỉ ngồi tại bàn, ghi chép và để người bệnh đối diện với cửa ra vào hoặc cửa sổ - Chườm khăn lạnh vào cổ, phía cánh tay, khuỷu chân và trán để hạ nhiệt độ cơ thể - Truyền nhiều nước (không chứa caffeine và đường) - Nếu có thể, 1 lượng nhỏ benzodiazepines sẽ có ích, có thể 50-100ml diphenhydramine (Benadryl/Dimedrol) - Khi người bệnh không trong trạng thái khoái cảm, thảo luận về chiến lược giảm sự xuất hiện cảm giác lo âu, ảo giác và bệnh tâm thần, bao gồm cả chế độ ăn, uống, ngủ, nghỉ, CBT referral, quản lý liều, lộ trình quản lý và thiết lập - Người có bệnh tâm thần cấp tính hoặc dễ nổi nóng, dễ gây nguy hiểm cho chính họ hoặc người khác, hoặc người mắc ngộ độc cấp tính cần chú ý về thuốc. Benzodiazepines được dùng cho các triệu chứng thần kinh, trong trường hợp cấp tính dùng thuốc chống loạn thần. Nếu tăng những dấu hiệu nguy hiểm đến tính mạng, cần lập đường truyền tĩnh mạch, lập máy điện tâm đồ và chăm sóc cấp cứu. Việc kiểm tra đường thở rất quan trọng, khai thông đường thở nếu cần - Trong tình huống nguy hiểm bất ngờ, cần báo y tế cần chú ý an toàn bản thân

Lĩnh vực	Hành vi	Tổn hại	Chiến lược giảm hại
Kiểm soát các tổn thương trong các hành vi liên quan và sử dụng chức năng	- Nguy cơ tử vong	- HIV và lây nhiễm qua đường tình dục (STIs)	- Cung cấp miễn phí bao cao su, đầu bút bơm và các thông tin về STIs và HIV - Nhấn mạnh việc sử dụng đầu bút bơm là đặc biệt quan trọng trong những lần quan hệ lâu, khô và thô bạo. - Cung cấp cách tiếp cận giá rẻ các test và cách điều trị HIV, STIs cũng như các biện pháp tránh thai, thú dâm và các buổi tư vấn. - Hiểu biết và công nhận về tác dụng của amphetamines trong đời sống tình dục của những người sử dụng. Hơn nữa, nhận thức được amphetamines như nguồn nguy cơ duy nhất, hiểu rằng rất nhiều người sử dụng chúng để hỗ trợ hoạt động tình dục của mình. - Thảo luận về sự hài lòng và công dụng cũng với nguy cơ để chấp nhận những chiến lược giảm nguy cơ phức tạp hơn - Xây dựng kế hoạch làm giảm tổn hại khi quan hệ tình dục trước, thảo luận những cách thực tế để làm giảm những tổn hại liên quan đến tình dục trong bối cảnh đời sống con người. - Không những nói về HIV và STIs, mà còn cả về tình dục và bao lực, mua bán dâm, sự ngược đãi trong mối quan hệ, nhà ở và các vấn đề có liên quan trực tiếp đến những hành vi tình dục có nguy cơ. Giải quyết bối cảnh của tình dục có nguy cơ và xây dựng kế hoạch giúp các hành vi bớt nguy hiểm, có thể qua việc dùng CBT và phỏng vấn tích cực nếu người dùng có hứng thú, có thể là cách tốt để giảm nguy cơ ở người dùng amphetamines
	- Sử dụng chất kích thích để kiểm soát cơn nặng	- Sử dụng thuốc, lạm dụng giảm cân quá mức liên quan đến việc sử dụng.	- Theo ghi nhận rằng nhiều người, đặc biệt là phụ nữ, sử dụng amphetamines để giảm hoặc kiểm soát cơn nặng và lo sợ tăng cân nếu họ dùng sử dụng. - Thảo luận về sự sợ hãi này và giúp họ xây dựng kế hoạch để ngăn chặn hoặc kiểm soát việc tăng cân, đồng thời tìm hiểu vấn đề nằm dưới ngoại hình kém ưa nhìn.
	- Sử dụng amphetamines cho công việc hay học tập.	- Sử dụng thuốc, những tổn hại khác liên quan đến việc sử dụng	- Nhắc nhở mọi người rằng, amphetamines ban đầu có thể giúp duy trì sự tập trung và sức chịu đựng trong 1 khoảng thời gian dài, nhưng khi lạm dụng nó khiến khó có thể hoàn thành nhiệm vụ, sự tập trung, cư xử đúng cách trong lớp học công việc cũng như học tập. - Tổ chức các nhóm hỗ trợ riêng biệt để hỗ trợ chính xác những nhu cầu của người sử dụng amphetamines cho những lý do khác nhau. Ví dụ, người lái xe tải sử dụng amphetamines cho công việc, thường có những quan tâm khác với thành thiếu niên sử dụng amphetamines trong các buổi tiệc hoặc những người dùng thuốc để kiểm soát cơn nặng.

Điều trị bằng chất chủ vận opioid : Một vài thực tại

Dr L Michel
Centre Pierre Nicole/CESP Inserm 1018

Nội dung

- Quản lý điều trị
 - Thời gian điều trị
 - Quản lý các tác dụng phụ
- Cải thiện sự tuân thủ điều trị
 - Một vài điều kiện nhằm cải thiện tuân thủ điều trị?
- Quản lý điều trị sử dụng kết hợp của Methamphetamines

Quản lý điều trị

- Thời gian điều trị
 - Khi nào giảm bớt điều trị?
 - Tiêu chí ổn định, tiêu chí điều trị khỏi?
 - Khái niệm về bệnh mạn tính với khía cạnh sinh hóa và nguồn gốc đa yếu tố
 - Quan điểm của người bệnh, tầm quan trọng của chất lượng cuộc sống?
 - Sử dụng các chất gây nghiện khác giảm
 - Phục hồi lại sự hài lòng
 - Sự ổn định của bệnh nhân và những đòi hỏi khác
 - Không có bất cứ quy định nào về thời gian
 - Nguyên tắc của sự giảm bớt
 - Giảm một cách dần dần và thích ứng với tình huống của từng bệnh nhân

Quản lý điều trị

- Quản lý tác dụng không mong muốn
 - Độc tính lên tim: nguy cơ kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh
 - Methadone kết hợp làm mở rộng khoảng QT, nhất là khi sử dụng ở liều cao
 - Nguy cơ đặc biệt trên những cá thể có
 - HIV,
 - Mắc xơ gan sau viêm gan C
 - Nguy cơ đặc biệt khi phối hợp với
 - Các chất ức chế tái hấp thu serotonin
 - Các thuốc chống loạn thần thông thường
 - ARV

Quản lý điều trị

- Quản lý tác dụng không mong muốn
 - Độc tính lên tim :
 - Nguy cơ có ý nghĩa khi khoảng QTc > 500 ms (2 đến 10% những bệnh nhân trước điều trị Methadone)
 - Chiến lược khuyến cáo
 - Không làm điện tâm đồ một cách hệ thống nhưng làm trên những người có nguy cơ nhưng
 - Xác định những cá thể có nguy cơ
 - Tiền sử cá nhân và gia đình có khoảng QT dài, ngừng tim, nhồi máu cơ tim
 - Tiền sử bản thân có loạn nhịp hoặc ngất
 - Sử dụng các chất làm kéo dài khoảng QT
 - Thuốc
 - Các chất ma túy bất hợp pháp như Cocaine và các chất dạng Amphetamine
 - Tình huống lâm sàng có nguy cơ: HIV, suy gan

Quản lý điều trị

- Quản lý các tác dụng không mong muốn
 - Độc tính lên tim: Hướng dẫn (Martin, SAMHSA, 2013)
 - ECG trên những người có nguy cơ: 1 ECG trước khởi động, tiếp đó là sau 30 ngày
 - Bao gồm cả những người có liều > 120 mg/ngày
 - QT > 450ms nhưng <500 ms
 - Methadone có thể được khởi động hoặc tiếp tục
 - Trao đổi những nguy cơ với người bệnh
 - Giám sát thường xuyên hơn
 - QT > 500 ms : biện pháp hành động
 - Giảm liều Methadone
 - Loại bỏ các yếu tố nguy cơ khác
 - Chuyển tiếp đến một điều trị khác (VD: buprenorphine) hoặc dừng điều trị

Quản lý điều trị

- Quản lý các tác dụng không mong muốn
 - Độc tính lên tim:
 - Các thuốc hướng thần chống chỉ định (Pháp)
 - Citalopram, Escitalopram và dompéridone hoặc hydroxyzine
 - Các thuốc hướng thần nhạy cảm có thể kéo dài khoảng QT
 - Các thuốc chống loạn thần thông thường
 - Một vài loại chống trầm cảm

Generic Name	TRADE NAME-EXAMPLES	MECHANISM OF ACTION	LEVEL OF EVIDENCE
amiodone	Cordone, Nocardine, Amiodone HCl agyrim	Proposed due to CYP3A0 inhibition	Level 3
antipyrene	Evid	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
clonidine	Bronn	Strong CYP3A4 inhibition	Level 3
ecstasy and crack		Methadone disposition accelerated	Level 2
efiprasone	Neoprasin	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
empro	Stargem, Pralotin, Zentlin	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
erythromycin	Benzocora, EES, Erygel, Erythrocin, Eryone, Erytra	Strong CYP3A4 inhibition	Level 3
fluoxetine	Prozac, Serenid	Variable CYP3A0 enzyme inhibition	Level 2
gabapentin	Tibasal	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
ketocazole	Extina, Nizoral, Xolegel	Profound due to CYP3A4 inhibition	Level 3
sertraline	Prozac	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
paroxetine	Arima, Paxil	Variable CYP3A0 enzyme inhibition	Level 2
trazodone, mirtazapine and doxepin	Prozac	CYP3A4 inhibition (mirtazapine doxepin)	Level 3
sertraline	Vivalid	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2
venlafaxine	Zolid	Variable CYP3A0 enzyme inhibition	Level 2
bicyclic antidepressants	Avenyl	Possible increased TCA toxicity; serotonin effect on methadone	Level 2

Cải thiện tuân thủ điều trị

- Tuân thủ điều trị là kém trong những bệnh mạn tính (Thường tìm cách tự điều trị ngắn hạn tại các hiệu thuốc tư nhân)

UNE FAIBLE OBSERVANCE DANS TOUTES LES PATHOLOGIES
Nombre de patients observants sur 100 patients dans la pathologie

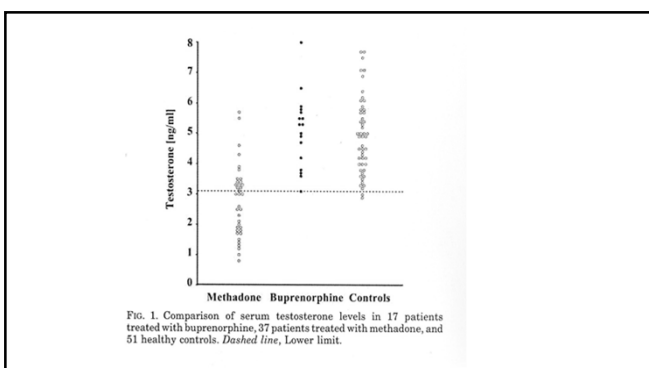
Pathologie	Nombre de patients observants
Hypertension Artérielle	40
Ostéoporose	52
Diabète de type 2	37
Insuffisance cardiaque	36
Asthme	13
Hypercholestérolémie	44

Cải thiện tuân thủ điều trị

- Thông báo
 - Các vấn đề của điều trị, mục tiêu, tác dụng phụ
- Phương pháp động lực
 - Tạo giúp một cách mở, đồng cảm và không phán xét khi đánh giá tình huống, xác định mục tiêu, xác định những khó khăn và đưa ra những giải pháp trong các quá trình thay đổi
- Xác định nhu cầu
 - Các rối loạn kết hợp: tâm thần, bản thể
 - Khó khăn về mặt xã hội
- Điều kiện cuộc sống:
 - Sự không thoải mái trong các sinh hoạt hàng ngày đối với người làm việc hoặc hay phải đi
 - Bao gồm các khó khăn về mặt gia đình, sự chấp nhận của gia đình và giải thích điều trị

Cải thiện tuân thủ điều trị

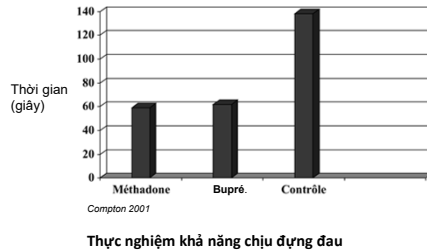
- Bao gồm các tác dụng phụ
 - Rối loạn sự tập trung
 - Quá liều?
 - Chuyển hóa nhanh?
 - Sử dụng các chất khác kết hợp?
 - Đáp ứng kém với điều trị Methadone?
 - Rối loạn về mặt quan hệ tình dục
 - Giảm ham muốn tình dục hiện tại ở những người điều trị bởi Methadone
 - Hoạt động hooc-môn trực tiếp (nữ hóa tuyến vú hoặc chứng rối loạn cương dương ở nam giới)
 - Các rối loạn tâm thần kết hợp
 - Sử dụng các chất độc khác kết hợp
 - Rối loạn cương dương có lập ở nam giới



Cải thiện tuân thủ điều trị

- Bao gồm các hậu quả của điều trị trên sự đau
 - Tăng cảm giác đau gây ra: giảm sự chịu đựng với đau
 - Sự cần thiết tiếp tục điều trị đau một cách chăm chú hơn nữa trên những bệnh nhân này hơn các bệnh nhân khác
- Quan niệm sai lầm:
 - Không cần thiết điều trị đau vì Methadone...
 - Không được tăng liều methadone...

Cải thiện tuân thủ điều trị



Cải thiện tuân thủ điều trị

- Giáo dục điều trị bệnh nhân (ETP)
 - Theo TCYTTG, giáo dục điều trị bệnh nhân hướng tới giúp đỡ bệnh nhân đạt được và duy trì những khả năng, thẩm quyền mà họ cần để quản lý tốt nhất cuộc sống của họ với một bệnh mạn tính. Nó là một phần và một cách thường xuyên của sự chăm sóc và quản lý bệnh nhân.
 - Bao gồm các hoạt động có tổ chức, bao gồm cả hỗ trợ tâm thần xã hội, được thiết kế để mang lại cho bệnh nhân tính tự giác và thông báo về bệnh của họ, các chế độ chăm sóc, tổ chức và thủ tục bệnh viện, và những hành vi liên quan đến sức khỏe và bệnh tật.
 - Điều đó nhằm mục đích giúp đỡ họ (cũng như gia đình của họ) hiểu về bệnh và điều trị của họ, phối hợp cùng nhau và đảm nhận trách nhiệm của họ trong quản lý chăm sóc đặc thù trong mục tiêu giúp họ duy trì và cải thiện chất lượng cuộc sống. Một thông tin bằng miệng hay văn bản, một lời khuyên dự phòng có thể được lan truyền bởi một nhân viên y tế từ các dịp khác nhau, nhưng nó không tương đương với giáo dục điều trị cho bệnh nhân.

Cải thiện tuân thủ điều trị

- Giáo dục điều trị bệnh nhân (ETP) : Mục đích
 - Giáo dục điều trị bệnh nhân góp phần cải thiện sức khỏe của bệnh nhân (sinh hóa, lâm sàng) và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình họ.
 - Những mục đích đặc biệt của giáo dục điều trị bao gồm :
 - Đạt được và duy trì các kỹ năng tự chăm sóc của bệnh nhân. Trong số đó, đạt được những kỹ năng nói trên về sự an toàn hướng đến việc bảo vệ bệnh nhân. Đặc điểm ưu tiên và phương thức đạt được của họ phải được cân nhắc cùng sự mềm mỏng, linh hoạt và xem xét các nhu cầu cụ thể của từng bệnh nhân;
 - Huy động hoặc đạt được các kỹ năng thích nghi. Chúng dựa vào vốn sống và kinh nghiệm trước đây của bệnh nhân và là một phần của một tập hợp rộng lớn hơn về kỹ năng tâm thần xã hội.

Cải thiện tuân thủ điều trị

- Giáo dục điều trị bệnh nhân (ETP) :
 - Kỹ năng tự chăm sóc:
 - Giảm nhẹ các triệu chứng.
 - Bao gồm cả các kết quả của sự tự giám sát, tự lượng giá.
 - Thích ứng với liều thuốc, khởi động tự điều trị.
 - Thực hiện các thủ thuật và chăm sóc.
 - Thực hiện thay đổi lối sống của mình (cân bằng chế độ ăn uống, hoạt động thể chất...).
 - Dự phòng các biến chứng có thể tránh được.
 - Đối mặt với các vấn đề gây ra bởi bệnh.
 - Bao hàm cả người thân trong việc quản lý các bệnh, điều trị và kết quả tác động trở lại.

Cải thiện tuân thủ điều trị

- Giáo dục điều trị bệnh nhân (ETP) :
 - Kỹ năng thích nghi
 - Biết được chính mình, tạo dựng niềm tin cho bản thân.
 - Biết quản lý tốt cảm xúc và hạn chế stress.
 - Phát triển tư duy sáng tạo và tư duy phê phán.
 - Phát triển các kỹ năng về kết nối và giao tiếp giữa người với người.
 - Ra quyết định và giải quyết một vấn đề.
 - Đặt mục tiêu để đạt được và đưa ra sự lựa chọn.
 - Quan sát, đánh giá và tăng cường.

Quản lý điều trị sử dụng kết hợp của Methamphetamine

Methamphetamines

- Có thể được hút, hít, nuốt, tiêm, ngửi
- Methamphetamine là một thành phần thuộc họ phenethylamines
 - Chất có thể có tác dụng kích thích, muốn gặp gỡ người khác hoặc gây ảo giác.
 - methamphetamine : N,α-dimethylphenethylamine.
- Methamphetamine làm tăng hoạt tính của các hệ thống dẫn truyền thần kinh Noradrenergic và Dopaminergic và cũng của serotonin. Methamphetamine tác dụng mạnh hơn amphetamine
- Khi sử dụng một cách thường xuyên, bộ não giảm số receptor với dopamine và các chất vận chuyển dopamine: suy giảm hệ dopaminergic bền vững. Chúng cũng gây độc tính lên các tế bào não.

Dấu hiệu sử dụng

- Mất sự kiềm chế
- lo âu
- Cử chỉ lặp đi lặp lại, run rẩy
- Bồn chồn, mất ngủ
- Hoang tưởng, ảo tưởng
- lỗ mũi nứt nẻ, chảy nước mũi
- Tăng nhịp tim
- giãn đồng tử
- Sốt, đổ mồ hôi
- Co lại cửa hàm

Ảnh hưởng cấp tính lớn

- Tâm lý hưng phấn và kích thích
- Giảm đói và mệt mỏi
- Tăng hưng phấn và sức mạnh cơ bắp
- Cảm giác sức mạnh
- Suy nghĩ nâng tầm quan trọng, sáng khoái
- Mất nước

Dấu hiệu dừng lại các tác động của các chất

- Lo âu, dễ bị kích thích
- Trầm cảm, ý định tự tử
- Mệt mỏi, yếu ớt
- Khó khăn khi tập trung
- Buồn nôn
- Tăng sự thèm ăn
- Thèm muốn
- Không thể kìm nén sự tiêu thụ (sự thèm muốn, khát khao)

Dấu hiệu trong trường hợp quá liều

- Khó khăn trong việc thở (thở hỗn hển, phì phò)
- Cảm giác ngạt thở
- Tăng HA
- chủ định rời rạc
- Liệt một phần
- Ảo giác, hoang tưởng, mê sảng
- Đau đầu, sốt, rối loạn tim mạch,
- Đau vùng trước ngực (Nhồi máu cơ tim?)
- Run rẩy, co giật, hôn mê, tử vong
- Tai biến mạch máu não (AVC)

Tình huống khẩn cấp có thể liên quan đến sử dụng hoặc dừng sử dụng các chất

- Ngừng tim phổi
- Sốt cao
- Cơ co giật
- Cơ hoảng sợ, kinh hoàng
- Nhảm lẩn và rời rạc
- Tình trạng kích thích tâm thần vận động
- trạng thái hoang tưởng cấp tính, « cơn hoang tưởng »

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Dự phòng +++
 - Thông báo về những nguy cơ, hậu quả
 - Ngăn ngừa bắt đầu ở những bệnh nhân có hành vi nghiện chất
- Giảm hại
 - Xem khuyến cáo của «Hiệp hội giảm hại quốc tế»
- Chăm sóc
 - Không có điều trị thay thế : chiến lược hành vi – tâm thần
 - Điều trị các bệnh đồng mắc tâm thần
 - Điều trị các rối loạn bản thể (HIV, tình trạng chung)
 - Rời khỏi hoàn cảnh nguy cơ khi cần thiết: nhập viện ngắn hạn, cư trú ở nơi an toàn hơn

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Can thiệp ngắn (Vài phút và 2-3h)
 - Đánh giá tính hướng, vật liệu giảm hại và thông báo, phòng vấn tạo động lực, giáo dục, giáo dục tính khí, hỗ trợ
- Liệu pháp nhận thức-hành vi và tiếp cận hành vi
- Điều trị bởi tính ngẫu nhiên (phần thường khi nước tiểu âm tính,...)
- Điều trị nội trú
- Tự hỗ trợ
- Hỗ trợ của gia đình và thông tin về phụ thuộc vào Met

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

The majority of interventions will occur at these levels

Days since last use	Symptoms
1-3 Days Common to most people who use methamphetamine and ATS	Crash exhaustion many hours sleeping low mood/depression
2-10 Days Common	Withdrawal strong urges to use – cravings mood swings, anxiety, irritability, feeling flat, drained agitation restlessness sleep problems poor concentration diarrhea aches, pains and headaches hunger paranoia hallucinations
7-28 Days Very Uncommon	Physical and neurological recovery mood swings depression sleep problems cravings
One to three months, sometimes longer, especially if person has used heavily for a long time	Prolonged sleep patterns improve energy levels get better mood settles slowly resolving anhedonia (being unable to feel pleasure)

BU 916, New Zealand 2010

Used with permission by Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc. from the guide Getting through Amphetamine Withdrawal 6/2016 et al 2014.

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Hội chứng cai
 - Không có điều trị hiệu quả,
 - Benzodiazepine điều trị âu lo



Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Trên những bệnh nhân đã điều trị bằng methadone
 - Giám sát tim mạch
- Hiểu rõ bối cảnh và các tác động mong muốn tìm kiếm
 - Tìm kiếm sự kích thích trí tuệ, thể chất, tình dục
 - Xoa dịu sự lo sợ
 - Tìm kiếm đơn giản của các tác dụng ("tìm kiếm cảm giác")
 - Kích thích hoạt động tình dục trong nhóm mại dâm
- Hiểu rõ môi trường
 - Khó khăn về tâm lý / tâm thần
 - Khó khăn gia đình
 - Tìm kiếm hiệu suất trong công việc
 - Những người tiêu thụ trẻ ngoài lề xã hội
- Tìm kiếm các đồng tiêu thụ khác kết hợp (rượu,...)

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Nếu các rối loạn tâm thần
 - Tránh thuốc chống trầm cảm serotonin ngay từ đầu bởi vì ngay cả tác dụng tập trung của serotonin: nguy cơ của hội chứng serotonin
 - Thuốc chống loạn thần kém hiệu quả trong thời gian đầu tiên sau sự dừng sử dụng Met (giảm nồng độ trong huyết tương)
 - Benzodiazepines hữu ích trong quá trình cai nhưng cần chú ý đến những nguy cơ của việc lạm dụng
- Khác
 - Methamphetamine có thể làm giảm tác dụng của thuốc chống tăng huyết áp
 - Thuốc ARV có thể làm tăng độc tính của Met

I. Développement d'un moins qu'un des symptômes majeurs suivants ou trois symptômes mineurs et deux mineurs, isolés ou associés, l'addiction à un traitement stable ou l'aggravation de l'état de santé d'un patient chronique.

Symptômes majeurs	Symptômes mineurs
I. Symptômes psychiques	
Abaissement de l'état de conscience	Nervosité
Élévation de la température	Incontinence
État sensoriel altéré/coma	
II. Symptômes neurologiques	
Rytmes	Troubles de la coordination
Tremor	Hydrise
Fréquence	Ataxie
Hypertonie	
III. Symptômes végétatifs	
Fiebre	Tachycardie
Sécheresse	Tachypnée
	Dry Mouth
	Hyperthermie

Hướng dẫn dự phòng chăm sóc điều trị

- Các rối loạn tâm thần: lo âu, trầm cảm, nguy cơ tự tử, rối loạn loạn thần
- Đánh giá các rối loạn
- Đánh giá nguy cơ tự tử
- Đánh giá sự hiện diện của các rối loạn hoang tưởng (hoang tưởng bị truy hại: nghe tiếng mic, cảm giác bị theo dõi, quan sát ...)
- Cố gắng để có được sự đồng ý của bệnh nhân cho một đánh giá chuyên biệt
- Sử dụng đến bệnh viện nếu nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác
- Nếu rối loạn loạn thần:
 - Chỉ định thuốc chống loạn thần

Risk level	Action
Low risk: fleeting thoughts of suicide but no risk factors as described above, can guarantee own safety, has supports in place.	<ul style="list-style-type: none"> Review frequently. Identify potential supports or contacts and provide contact details. Contract with client to seek immediate assistance if fleeting thoughts become more serious or depression deepens.
Moderate risk to high risk: suicidal thoughts present, some or many risk factors, often has some detail or is very detailed, has means or access to means, poor or no social supports, cannot guarantee safety, feels hopeless.	<ul style="list-style-type: none"> Request permission to organise a specialist mental health assessment as soon as possible, continue contract as above, and review daily. If risk is high and the client has an immediate intention to act, contact the mental health services or emergency mental health team immediately (see Referral section below for details) and ensure that the client is not left alone. Call an ambulance or police if risk is high and the client will not accept a specialist assessment. Consult with a colleague or supervisor for guidance and support.

Tiếp cận điều trị những người sử dụng methamphetamines Commonwealth of Australia, 2008

Chiến lược giảm hại

(Hiệp hội giảm hại quốc tế 2015)

- Hậu quả hành vi
- Kích động
- Hung hăng, khiêu khích
- Có nguy cơ khi mất kiểm soát, rối loạn nhận thức và mất sự kiểm chế
 - nguy cơ tình dục (tăng tình dục và ham muốn)
 - Chấp nhận rủi ro trong hoạt động sử dụng ma túy (tăng tiêm chích, chia sẻ dụng cụ tiêm chích)
- Tuần thủ điều trị kém hơn (Methadone, ARV)
- Thay đổi tình trạng chung, lơ là các nhu cầu cơ bản
- Dự phòng việc chuyển sang tiêm chích
- Phòng ngừa các rối loạn tâm thần

Area	Behaviour	Harm	Harm Reduction Strategy
Hydration, nutrition and hygiene	<ul style="list-style-type: none"> Diminishing food intake Eating only junk food Not sleeping 	<ul style="list-style-type: none"> Malnutrition and dehydration Increased risk of anxiety, paranoia and psychosis Decreased high; need for higher dose to achieve same effects Intensified 'crash' 	<ul style="list-style-type: none"> Provide water, juice and healthy food where possible, especially for people who are homeless, marginally housed and/or impoverished Stress the need to sleep or at least rest in a darkened room, eat healthy food (particularly fruits and vegetables) and drink water regularly. Point out that these are not abstract health concerns, but have immediate positive effects on the experience of day-to-day use
	<ul style="list-style-type: none"> Forgetting to drink water and brush teeth Eating sugary foods Grinding teeth 	<ul style="list-style-type: none"> Dry mucous membranes more vulnerable to infection Dental problems 	<ul style="list-style-type: none"> Stress the importance of hydration and dental hygiene Distribute toothbrushes and toothpaste
Moderating patterns of use	<ul style="list-style-type: none"> Binges (heavy use over a period of days or weeks) 	<ul style="list-style-type: none"> Increased risk of amphetamine-induced psychosis, paranoia, anxiety and other health problems 	<ul style="list-style-type: none"> Encourage people to plan for breaks in advance. Develop methods to help them keep track of how long and how much they have been using, take a break at the limit they have set for themselves, eat well before using and stay hydrated while using. When introducing and implementing these plans, it can be helpful to have a 'harm-reduction buddy' - someone they trust who can support their efforts
	<ul style="list-style-type: none"> Heavy use 	<ul style="list-style-type: none"> Withdrawal and crashes 	<ul style="list-style-type: none"> Stress that depression, fatigue, moodiness and aches are a natural part of withdrawal and will pass with time Inform people that focusing on pleasant and distracting activities, keeping close to supportive people, and maintaining a healthy diet and routine will help them to manage withdrawal and crashes Once the crash has receded, help people to develop their own strategies to reduce crashes, using the same tactics effective for episodes of paranoia and psychosis Once the crash has receded, explore referral to CBT or psychological support mechanisms

Area	Behaviour	Harm	Harm Reduction Strategy
Reducing harm related to modes of use	<ul style="list-style-type: none"> Sharing injecting equipment Sharing mouthpieces, including jagged ones Smoking with toxic materials that can easily cause burns 	<ul style="list-style-type: none"> Risk of blood-borne diseases, lung damage, toxicity, cuts and burns 	<ul style="list-style-type: none"> Distribute sterile injecting equipment and information on safer injecting Distribute glass stems with gauze or individual pipe tips Teach people how to make safer pipes Distribute lip balm and burn salve Distribute empty gelatine capsules for people to fill with amphetamines as an alternative to injecting
	<ul style="list-style-type: none"> Transition to smoking and injecting or to more potent forms (e.g. crystal meth) 	<ul style="list-style-type: none"> Dependence develops more quickly and is more severe among people who inject and who use more potent forms Increased risk of blood-borne viruses 	<ul style="list-style-type: none"> Inform people who swallow or snort about the risks of injecting and smoking, and about safer injecting and smoking techniques Encourage people not to transition to a more intense route Give people who inject or smoke appropriate information about safer methods and encourage them to transition to snorting or swallowing if possible Inform people that smoking from a pipe produces a faster and more intense high than smoking on foil and inhaling smoke through a tube or smoking from a joint, and that switching to one of these methods is another harm reduction strategy
	<ul style="list-style-type: none"> Injecting many times in one sitting 	<ul style="list-style-type: none"> Increased risk of vein and tissue damage, missed shots, infection and other injection-related harms 	<ul style="list-style-type: none"> Use a butterfly needle schema, eliminating the need to enter the vein repeatedly and reduce the risk of associated harms noted above. Distribute appropriate supplies and teach participants how to use them

Area	Behaviour	Harm	Harm Reduction Strategy
continued. Managing paranoia, delusions and/or acute anxiety	<ul style="list-style-type: none"> Exhibiting signs of paranoia, delusions and/or acute anxiety 	<ul style="list-style-type: none"> Risk of harm to self or others 	<ul style="list-style-type: none"> Be calm and reassuring Take the person to a quiet, calming place and try to turn their attention to something else Take people seriously and do not tell them that they are delusional as this can upset them more. Validate their experience while avoiding acknowledging that it is real (if you are certain that it is not) Help people to recognise the ways in which paranoia and anxiety are associated with patterns of drug use and with harms such as violence or arrest Do not sit behind a desk, take notes or have the client face doors or windows Apply cool compresses to the neck, underarms, backs of the knees and forehead to help lower body temperature Provide plenty of hydrating fluids (avoiding caffeinated or sugary) If available, small doses of benzodiazepines can be helpful, as can 50-100ml of diphenhydramine (Benadryl/Dimedrol) When a person is not high, discuss strategies to reduce the occurrence of anxiety, paranoia and psychosis, including diet, hydration, sleep, exercise, CBT, relaxation, moderation of dose, routes of administration, and setting People who are acutely psychotic or aggressive, appear to be a danger to themselves or others, or are experiencing symptoms of acute toxicity need medical attention. For psychological symptoms this includes benzodiazepines and, in acute cases, anti-psychotics. If vital signs are significantly elevated, an intravenous line, cardiac monitoring and emergency care may be needed. If appropriate, it is important to check for breathing and use rescue breathing if needed Harm reduction providers should not risk their own safety if a situation appears to be dangerous

Area	Behaviour	Harm	Harm Reduction Strategy
Managing harms of associated activities and 'functional' use	<ul style="list-style-type: none"> Sexual risk 	<ul style="list-style-type: none"> HIV and sexually transmitted infections (STIs) 	<ul style="list-style-type: none"> Provide free access to condoms, lubricant and information about STIs and HIV Emphasise the opposite importance of using plenty of lubricant during long, dry or rough use Provide free/low-cost access to HIV and STI testing and treatment, as well as contraception and pregnancy testing and counselling Disarm and acknowledge the role that amphetamines play in the sexual lives of users. Rather than presenting amphetamines as the sole source of risk, understand that many people use them to facilitate sexual activity Discuss pleasure and functionality along with risk to allow for more sophisticated strategies of risk reduction Develop a sexual harm reduction plan in advance, discussing realistic ways to reduce sex-related harms in the context of people's lives Talk not only about HIV and STIs, but also about sexual and physical violence, transactional and commercial sex, abusive relationships, housing and other issues intimately related to sexual risk behaviours. Addressing the context of sexual risk and developing a plan to make both safer sex decisions, possibly through the use of CBT, and motivational interviewing if of interest to the user, can be a successful way to reduce risk in people using amphetamines
	<ul style="list-style-type: none"> Using amphetamines to control weight 	<ul style="list-style-type: none"> Dependence, excessive weight loss, other harms associated with use 	<ul style="list-style-type: none"> Recognise that some people, particularly women, use amphetamines to lose or control weight and fear gaining weight if they stop using Discuss the fear and help people to develop a plan to prevent or manage weight gain, while exploring the issues underlying poor body image
	<ul style="list-style-type: none"> Use of amphetamines for work or study 	<ul style="list-style-type: none"> Dependence, other harms associated with use 	<ul style="list-style-type: none"> Inform people that while amphetamines can initially help to sustain attention and endurance for long periods of time, heavy use eventually makes it very difficult to complete a task, focus, or behave appropriately in work or study settings Organise regular support groups to respond more accurately to the needs of people who use amphetamines for different reasons. Focus those who use methamphetamine while working, for example, on likely to have very different concerns than teenagers who use it at parties or sex workers who use it to reduce their workload

Đá và sử dụng Heroine tại Hải Phòng (DRIVE-In)

- 600 người tiêm chích Heroin trong ngày 10
- 250 người được theo dõi trong 1 năm
 - 30% người có đủ dụng Methamphetamine
 - Sử dụng đá liên quan đến hành vi nguy cơ về quan hệ tình dục
 - Trong quá trình theo dõi, sử dụng đá tăng lên rất nhiều (49%) và có liên quan đến một sự chậm trễ trong tiếp cận điều trị với

→ **Mối bận tâm lớn cho y tế công cộng**

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀI PHÒNG
KHOA Y TẾ CÔNG CỘNG

NGHIỆN CHẤT

Ths. Nguyễn Thị Thắm

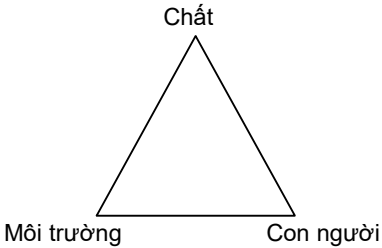
1



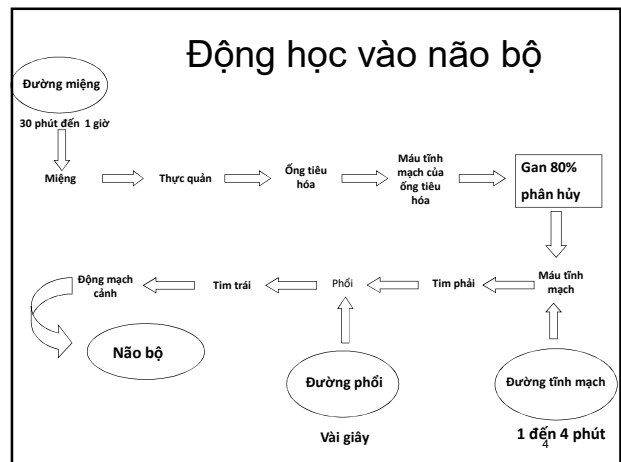
Nghiện là một bệnh phức tạp

NIDA www.drugabuse.gov

Mô hình của Olievensteir



Dr Olievenstein, 1933-2008. Psychiatre, Fondateur de Marmottan.



So sánh lệ thuộc ma túy với các bệnh mãn tính khác

Tính chất	Tiểu đường và cao huyết áp	Nghiện ma túy
Chữa khỏi được	Không	Không
Tiến trình bệnh có thể dự đoán	✓	✓
Điều trị hiệu quả	✓	✓
Có thể do bản thân gây ra	✓	✓
Cần điều trị liên tục	✓	✓
Cần tuân thủ điều trị	✓	✓
Nặng hơn nếu không điều trị	✓	✓
Bị ảnh hưởng bởi hành vi	✓	✓
Cần tiếp tục theo dõi	✓	✓
Rối loạn mãn tính	✓	✓

IMPACT OF SUBSTANCE ABUSE ON THE DIAGNOSIS, COURSE, AND TREATMENT OF MOOD DISORDERS

The Epidemiology of Dual Diagnosis

Ronald C. Kessler BIOL PSYCHIATRY 2004;56:730-737

Trong vòng 12 tháng vừa qua:

- Trong số bệnh nhân nghiện chất, 42,7% có rối loạn tâm thần
- Trong số bệnh nhân tâm thần, 14,7% có rối loạn nghiện chất

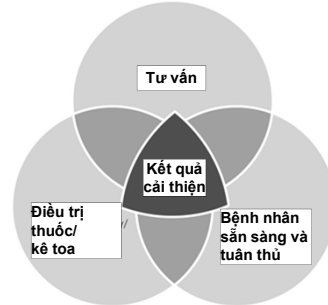
Điều trị toàn diện là tốt nhất

- Điều trị bằng thuốc (methadone, buprenorphine và buprenorphine/naloxone)
 - ↓ nguy cơ tái nghiện
 - Ổn định bệnh nhân về mặt sinh lí
 - ↓ thời gian tìm mua và sử dụng ma túy
- Trị liệu tâm lý xã hội
 - Giúp thay đổi hành vi và đáp ứng lại các yếu tố gây tái nghiện

Điều trị toàn diện kết hợp cả hai cách tiếp cận

Điều trị toàn diện

- Một ma trận chăm sóc hiệu quả bao gồm:



Những điều quan trọng

- Lệ thuộc CDTP là...
 - Một bệnh lí mãn tính hay tái phát
 - Lý tưởng nhất là được điều trị với thuốc và tư vấn tâm lý xã hội
 - Tốt nhất là được điều trị duy trì

HỖ TRỢ TÂM LÝ

- Cán bộ y tế
- Gia đình
- Bạn bè
- Đồng đẳng (người uống thuốc methadone)



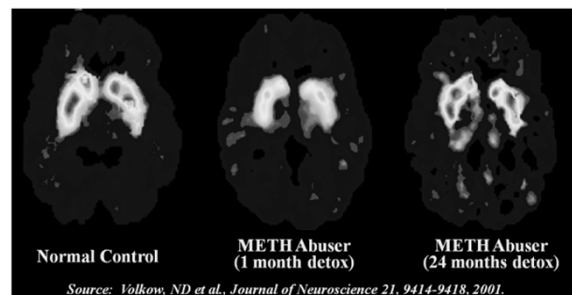
Nguyễn Thị Thảo

10

Methamphétamine (ma túy đá)

- Có tác dụng ngay sau vài phút sử dụng
- Giai đoạn đầu: kích thích hệ thống thần kinh
 - tỉnh táo, tự tin, thậm chí có biểu hiện thông minh hơn
- Mất ngủ: có thể mất ngủ trắng đêm
- Ảo giác: (ảo thanh) → nguy hại cho bản thân và người khác (bạo lực)
- Trầm cảm: sau giai đoạn hưng phấn cao độ
- Biến chứng tim mạch, da, thần kinh ...
- Đồng mắc tâm thần

Tổn thương não



Source: Volkow, ND et al., Journal of Neuroscience 21, 9414-9418, 2001.

Meth: các tác dụng không mong muốn



Lão hóa da, li giải mỡ, châm chích da, viêm lợi, hủ răng, nghiêng răng

Chăm sóc

- Thực tế: không có điều trị nào được cấp phép trong hội chứng cai và duy trì việc không sử dụng ma túy đá
- Hội chứng cai: điều trị triệu chứng
 - Thuốc giải lo âu
 - Môi trường yên tĩnh và an toàn
- Đánh giá xen kẽ hội chứng cai với bệnh đồng mắc tâm thần
- Tâm lý liệu pháp

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀI PHÒNG
KHOA Y TẾ CÔNG CỘNG

TIẾP TỤC SỬ DỤNG HEROIN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE

Ths. Nguyễn Thị Thắm

1

- Nghiện ma túy là một rối loạn mạn tính tái diễn tương tự như những bệnh mạn tính khác như bệnh tiểu đường, hen suyễn, viêm khớp, và bệnh tim mạch.

Methadone là phương pháp điều trị tiêu chuẩn vàng

- ✓ Methadone là phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho nghiện Heroin.
- ✓ Methadone làm tăng sự tham gia của bệnh nhân ở phòng khám và tuân thủ chương trình.
 - Theo dõi, xét nghiệm
 - Hỗ trợ nhóm
 - Tư vấn
 - Điều trị (HIV, HCV, TB)
- Giảm nguy cơ
 - Làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV, VGB, VGC, giảm tỷ lệ tử vong
 - Giảm sử dụng ma túy
 - Giảm hoạt động tội phạm

3 tác động của liều methadone phù hợp

Nguyễn Thị Thắm

4

Thèm nhớ và liều Methadone

- Bạn không thể có đủ liều methadone để làm mất hoàn toàn thèm nhớ heroin.
- Bạn có thể có đủ liều methadone để khóa toàn bộ tác dụng của chích heroin

Nguyễn Thị Thắm

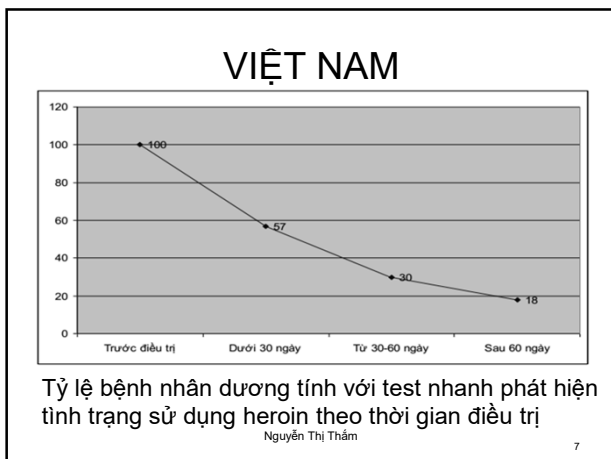
5

Tác động của điều trị duy trì Methadone trên tiêm chích ma túy ở 388 bệnh nhân nam trong 6 chương trình – Hoa Kỳ

Thời điểm	% người nghiện
TRƯỚC ĐIỀU TRỊ	100%
năm thứ 1	81.4%
năm 2	63.3%
năm 3	41.7%
năm 4	28.9%

Adapted from Ball & Ross - The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment, 1991

6



Tại sao một số bệnh nhân vẫn chưa thể bỏ được hoàn toàn

- Chưa có đủ kỹ năng, tạo lập thói quen mới:
 - Chưa biết kỹ năng từ chối, chưa có đủ kỹ năng để từ chối
 - Vẫn còn thèm nhớ tâm lý có yếu tố kích thích (chú ý phân biệt với thèm nhớ do thiếu thuốc liên quan đến vấn đề thực thể)
 - Chưa từ bỏ được thói quen sử dụng từ nhiều năm. Não bộ cần một vài năm để hồi phục các tổn thương
 - Quản lý thời gian chưa tốt

Tại sao một số bệnh nhân vẫn chưa thể bỏ được hoàn toàn

- Các vấn đề tâm lý xã hội
 - Cảm giác phê sương tâm lý do tác động của kim đâm, không phải phê sương thực sự do cơ chế được động học của Heroin
 - Khi căng thẳng, mất mát, đau buồn trong cuộc sống
 - Chưa có bạn bè mới không sử dụng
 - Không được gia đình hỗ trợ
 - Các vấn đề tâm lý xã hội khác

Tại sao một số bệnh nhân vẫn chưa thể bỏ được hoàn toàn

- Liệu Methadone chưa đủ
 - Liệu Methadone thấp, chưa đủ khóa tác động nếu dùng thêm của Heroin: bệnh nhân dùng thêm vẫn thấy phê sương và là động lực để tiếp tục dùng.
 - Thiếu liều do bỏ lỡ liều một vài ngày
 - Liệu trị liệu chưa đủ do tác động tương tác của thuốc khác, thay đổi chuyển hóa (thai nghén), hay các bệnh gan làm giảm nồng độ albumin trong máu...

Tại sao một số bệnh nhân vẫn chưa thể bỏ được hoàn toàn

- Các tác nhân khác
 - Sống trong môi trường ma túy
 - Bị bệnh thực thể gây đau đớn.
 - Khác

Điều trị toàn diện

- Một ma trận chăm sóc hiệu quả bao gồm:



ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO

Ths. Nguyễn Đức Thọ

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LAO

- Bệnh lao là một bệnh nhiễm trùng
- Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm (bệnh lây)
- Tỷ lệ mắc bệnh lao và chết vì bệnh lao còn rất cao
- Bệnh lao có thể phòng và chữa khỏi hoàn toàn
- Bệnh lao liên quan rất nhiều đến điều kiện sống thiếu thốn, nhà cửa chật chội, thiếu ánh sáng.

BIỂU HIỆN CHÍNH CỦA BỆNH LAO

- Ho khạc đờm kéo dài trên 2 tuần
- Sốt nhẹ về chiều và đêm
- Mệt mỏi, ăn kém, gầy sút cân
- Đau tức ngực, khó thở
- Ho ra máu
- Ra mồ hôi đêm mặc dù trời không nóng.

NƠI ĐI KHÁM BỆNH LAO

- Phòng khám lao 33 Lê Đại Hành, Hải Phòng
- Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Hải Phòng
- Các khoa lao của bệnh viện quận, huyện

CÁC XÉT NGHIỆM KHI KHÁM BỆNH LAO

- Xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao
- Chụp X quang tim phổi
- Xét nghiệm máu
- Một số xét nghiệm với lao các cơ quan khác: xét nghiệm hạch, chọc dịch và xét nghiệm dịch màng phổi....

ĐIỀU TRỊ (CHỮA) BỆNH LAO

Tại sao phải chữa bệnh lao?

- Để khỏi bệnh và hồi phục sức khỏe
- Để có sức lao động sản xuất
- Để tránh lây nhiễm bệnh cho người thân và xã hội
- Để xã hội giàu có và tươi đẹp hơn.

ĐIỀU TRỊ (CHỮA) BỆNH LAO

- Phát hiện và chữa bệnh càng sớm càng tốt
- Xác định thời gian chữa bệnh kéo dài, ít nhất là 6 tháng
- Thuốc lao là thuốc hoàn toàn miễn phí
- Phải kiên trì và quyết tâm cao vì:
 - Thời gian chữa bệnh kéo dài
 - Số lượng thuốc nhiều

CÁCH DÙNG THUỐC LAO

- Thuốc được dùng hai giai đoạn:
 - Tấn công: số lượng thuốc nhiều, dùng trong 2 đến 3 tháng đầu
 - Duy trì: số lượng thuốc ít hơn, thời gian từ 4 đến 5 tháng
- Đa phần là thuốc uống

CÁCH DÙNG THUỐC LAO ĐÚNG

- Dùng thuốc (tiêm và uống thuốc) một lần một ngày, không được chia nhỏ liều vì như vậy bệnh sẽ không khỏi.
- Dùng thuốc vào lúc đói, cách bữa ăn 2 đến 3 giờ vào một giờ nhất định trong ngày: ví dụ ăn sáng 7 giờ thì 9 giờ uống thuốc, 11 giờ mới ăn trưa để thuốc ngấm tốt và ngày nào cũng như thế.

CÁCH DÙNG THUỐC LAO ĐÚNG

- Phải dùng đúng liều thuốc, đủ thời gian, dùng hàng ngày
- Không nên có thai trong khi điều trị lao, cần tránh thai nên hỏi ý kiến bác sĩ để có cách tránh thai phù hợp.
- Nên uống thêm bổ gan và Vitamin B6, ăn đủ chất dinh dưỡng, hoa quả tươi.

CÁC TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC

Khi thấy các biểu hiện sau đây thì đến bác sĩ

- Mẩn ngứa, nổi mề đay
- Mệt mỏi, ăn không ngon miệng, da, mắt vàng
- Đi tiểu ít
- Đau các khớp, đau dạ dày, mờ mắt, tê bì chân tay

LƯU Ý KHI PHỐI HỢP VỚI DÙNG METHADONE

- Ảnh hưởng đến gan nhiều hơn, nên tăng cường thuốc bổ gan.
- Cần phải tăng liều Methadone để tránh lên cơn nghiện.

NHƯ THẾ NÀO LÀ CHỮA KHỎI BỆNH

- Dùng đúng, đủ thuốc lao theo chỉ dẫn của bác sĩ.
- Đừng bỏ thuốc kể cả khi cảm thấy sức khỏe phục hồi, lên cân.
- Đi khám, kiểm tra một tháng một lần tại khoa lao của bệnh viện quận, huyện.
- Được các bác sĩ khám, xét nghiệm và kết luận khỏi bệnh.

PHÒNG BỆNH LAO

- Chữa khỏi bệnh lao của mình đang mắc để tránh lây cho người khác.
- Khám bệnh định kỳ theo hẹn của bác sĩ.
- Không khạc nhổ bừa bãi, nên ho khạc vào ca có nắp đậy sau đó đốt đờm, ca cốc phải luộc kĩ.
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với trẻ em, phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc.
- Khuyến mọi người trong nhà đi khám bệnh

**HÃY CHỮA KHỎI BỆNH LAO
ĐỂ CÓ TƯƠNG LAI TỐT ĐẸP!**

KÍNH CHÚC CÁC ANH (CHỊ) THÀNH CÔNG!

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

TỜ RƠI TRUYỀN THÔNG

NGHIỆN MA TÚY

- ❖ Là **bệnh mãn tính** hay **tái phát** tương tự như những bệnh mạn tính khác: bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch...
- ❖ Lý tưởng nhất là được điều trị bằng thuốc (**methadone, buprenorphine,...**) và tư vấn tâm lý xã hội
- ❖ Tốt nhất là được điều trị duy trì **lâu dài**



**CHUNG TAY
VÌ BỆNH NHÂN
ĐIỀU TRỊ METHADONE**

- + Bác sĩ của bạn có thể cho bạn **liều methadone** để **khóa toàn bộ tác dụng của heroin**, nhưng **cảm giác thèm nhớ heroin** thì **khó mất đi hoàn toàn**.
- + Hãy chia sẻ với cán bộ y tế ngay khi bạn có những dấu hiệu sớm nhất của **hội chứng cai** như: thèm nhớ, chảy nước mũi, mệt mỏi, ngáp nhiều... để có được liều methadone hiệu quả.



Mặt trước

Các kỹ năng cần thiết để duy trì điều trị methadone

- Uống thuốc methadone đều đặn hàng ngày 
- Trang bị cho mình kỹ năng từ chối sử dụng ma túy 
- Quản lý thời gian tốt bằng lao động, vui chơi lành mạnh 
- Tạo dựng các mối quan hệ với người không sử dụng ma túy 
- Tránh xa môi trường có ma túy, người sử dụng ma túy 
- Chia sẻ về các dấu hiệu thèm nhớ ma túy để được hỗ trợ tốt hơn 

Mặt sau

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone Hồng Bàng, Hải Phòng.

Tôi tên là: Nguyễn Thị Thắm

Nghiên cứu sinh Khóa 2, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tôi đã thu thập thông tin bệnh nhân, phỏng vấn và trích lục hồ sơ bệnh án của 48 bệnh nhân (*có danh sách kèm theo*) tại cơ sở điều trị Methadone Hồng Bàng, thành phố Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1/2014 đến 12/2015 cho luận án tiến sĩ: *“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”*.

Vi vậy, tôi làm đơn này kính đề nghị quý cơ sở xác nhận và cho phép tôi công bố kết quả nghiên cứu trong luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

Người làm đơn




TRƯỞNG CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ METHADONE
QUẬN HỒNG BÀNG
BS. *Đào Thị Hải*



Nguyễn Thị Thắm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone An Lão, Hải Phòng.

Tôi tên là: Nguyễn Thị Thắm

Nghiên cứu sinh Khóa 2, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tôi đã thu thập thông tin bệnh nhân, phỏng vấn và trích lục hồ sơ bệnh án của 44 bệnh nhân (*có danh sách kèm theo*) tại cơ sở điều trị Methadone An Lão, thành phố Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1/2014 đến 12/2015 cho luận án tiến sĩ: ***“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”***.

Vì vậy, tôi làm đơn này kính đề nghị quý cơ sở xác nhận và cho phép tôi công bố kết quả nghiên cứu trong luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

Người làm đơn

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



Nguyễn Thị Thắm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone Kiến An, Hải Phòng.

Tôi tên là: Nguyễn Thị Thắm

Nghiên cứu sinh Khóa 2, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tôi đã thu thập thông tin bệnh nhân, phỏng vấn và trích lục hồ sơ bệnh án của 45 bệnh nhân (*có danh sách kèm theo*) tại cơ sở điều trị Methadone Kiến An, thành phố Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1/2014 đến 12/2015 cho luận án tiến sĩ: *“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”*.

Vì vậy, tôi làm đơn này kính đề nghị quý cơ sở xác nhận và cho phép tôi công bố kết quả nghiên cứu trong luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

Người làm đơn



GIÁM ĐỐC
Nguyễn Thanh Giang

Nguyễn Thị Thắm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone An Dương, Hải Phòng.

Tôi tên là: Nguyễn Thị Thắm

Nghiên cứu sinh Khóa 2, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tôi đã thu thập thông tin bệnh nhân, phỏng vấn và trích lục hồ sơ bệnh án của 45 bệnh nhân giai đoạn theo dõi và 221 bệnh nhân giai đoạn can thiệp (*có danh sách kèm theo*) tại cơ sở điều trị Methadone An Dương, thành phố Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1/2014 đến 8/2017 cho luận án tiến sĩ: ***“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”***.

Vì vậy, tôi làm đơn này kính đề nghị quý cơ sở xác nhận và cho phép tôi công bố kết quả nghiên cứu trong luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 30 tháng 9 năm 2017

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

Người làm đơn



PHÓ GIÁM ĐỐC
BS. *Hoàng Thị Hằng*

Nguyễn Thị Thắm

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Kính gửi: Cơ sở điều trị Methadone Hải An, Hải Phòng.

Tôi tên là: Nguyễn Thị Thắm

Nghiên cứu sinh Khóa 2, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Tôi đã thu thập thông tin bệnh nhân, phỏng vấn và trích lục hồ sơ bệnh án của 60 bệnh nhân giai đoạn theo dõi và 214 bệnh nhân giai đoạn can thiệp (có danh sách kèm theo) tại cơ sở điều trị Methadone Hải An, thành phố Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1/2014 đến 8/2017 cho luận án tiến sĩ: ***“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”***.

Vì vậy, tôi làm đơn này kính đề nghị quý cơ sở xác nhận và cho phép tôi công bố kết quả nghiên cứu trong luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hải Phòng, ngày 30 tháng 9 năm 2017

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

Người làm đơn



Thuy
GIÁM ĐỐC
Nguyễn Thị Thuy

Nguyễn Thị Thắm

CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
METHADONE KIẾN AN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU THEO DÕI

“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã số	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh
1	01.00.011	Trịnh Thị H	Nữ	1985
2	01.00.016	Nguyễn Văn Kh	Nam	1956
3	01.00.018	Đặng Thế B	Nam	1971
4	01.00.020	Trịnh Văn T	Nam	1965
5	01.00.030	Lê Văn Th	Nam	1976
6	01.00.032	Nguyễn Văn V	Nam	1966
7	01.00.041	Nguyễn Huy V	Nam	1973
8	01.00.042	Nguyễn Hoàng S	Nam	1969
9	01.00.045	Nguyễn Ngọc Th	Nam	1973
10	01.00.088	Nguyễn Ái Th	Nam	1982
11	01.00.090	Nguyễn Văn Th	Nam	1955
12	01.00.096	Trần Anh T	Nam	1979
13	01.00.104	Vũ Thị Minh Tr	Nữ	1982
14	01.00.106	Dương Xuân Q	Nam	1969
15	01.00.109	Đặng Xuân S	Nam	1956
16	01.00.116	Dương Ngọc H	Nam	1975
17	01.00.119	Lương Kim Th	Nam	1969
18	01.00.125	Nguyễn Quang Th	Nam	1974
19	01.00.136	Nguyễn Văn H	Nam	1982
20	01.00.137	Vũ Thành L	Nam	1976
21	01.00.144	Bùi Văn T	Nam	1982
22	01.00.161	Bùi Tuấn S	Nam	1961
23	01.00.164	Phạm Thanh H	Nam	1984
24	01.00.166	Trần Quốc Th	Nam	1981
25	01.00.183	Nguyễn Văn Th	Nam	1983
26	01.00.186	Đỗ Xuân C	Nam	1984
27	01.00.187	Trần Hạnh C	Nam	1984
28	01.00.188	Trần Hữu Ngh	Nam	1978
29	01.00.189	Lê Thanh T	Nam	1985
30	01.00.190	Bùi Ngọc L	Nam	1964
31	01.00.191	Nguyễn Hồng S	Nam	1983
32	01.00.194	Lý Văn D	Nam	1975
33	01.00.196	Vũ Đình D	Nam	1958



34	01.00.197	Phạm Văn M	Nam	1975
35	01.00.198	Đình Văn N	Nam	1964
36	01.00.203	Nguyễn Đức T	Nam	1967
37	01.00.206	Trịnh Văn B	Nam	1971
38	01.00.207	Lê Anh T	Nam	1963
39	01.00.208	Nguyễn Quang H	Nam	1981
40	01.00.209	Dương Văn Kh	Nam	1970
41	01.00.239	Nguyễn Xuân Gi	Nam	1984
42	01.00.241	Huỳnh Tấn Đ	Nam	1969
43	01.00.242	Nguyễn Thế H	Nam	1971
44	01.00.244	Bùi Đức V	Nam	1970
45	01.00.245	Nguyễn Thanh Th	Nam	1974

Hải phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



NGƯỜI LẬP

NCS. NGUYỄN THỊ THẨM

GIÁM ĐỐC
Nguyễn Thanh Giang



**CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
METHADONE HỒNG BÀNG**

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU THEO DÕI
“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các chất
dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã số	Họ và tên	Giới	Năm sinh
1	10.50.0017	Bùi Như T	Nam	1979
2	10.50.0018	Vũ Mạnh H	Nam	1965
3	10.50.0019	Phạm Viết Th	Nam	1957
4	10.50.0021	Nguyễn Hữu Th	Nam	1976
5	10.50.0023	Lý Cát L	Nam	1973
6	10.50.0024	Bùi Văn Ch	Nam	1958
7	10.50.0025	Nguyễn Hữu Đ	Nam	1979
8	10.50.0026	Nguyễn Đức Th	Nam	1981
9	10.50.0028	Nguyễn Văn Đ	Nam	1978
10	10.50.0038	Hồ Bá H	Nam	1984
11	10.50.0039	Nguyễn Đăng Th	Nam	1980
12	10.50.0040	Nguyễn Quang H	Nam	1986
13	10.50.0072	Nguyễn Văn T	Nam	1973
14	10.50.0073	Hoàng S	Nam	1977
15	10.50.0074	Bùi Ngọc S	Nam	1974
16	10.50.0080	Trần Thanh B	Nam	1986
17	10.50.0082	Trần Vị H	Nam	1972
18	10.50.0084	Nguyễn Thị Thu L	Nữ	1980
19	10.50.0085	Vũ Mạnh H	Nam	1975
20	10.50.0086	Nguyễn Hải Ch	Nam	1972
21	10.50.0087	Nguyễn Quang H	Nam	1974
22	10.50.0094	Nguyễn Đăng B	Nam	1984
23	10.50.0098	Bùi Văn H	Nam	1977
24	10.50.0099	Bùi Văn Ng	Nam	1979
25	10.50.0105	Bùi Thế Ch	Nam	1974
26	10.50.0106	Nguyễn Thị Đ	Nữ	1975
27	10.50.0108	Nguyễn Văn S	Nam	1957
28	10.50.0112	Nguyễn Văn Ch	Nam	1972
29	10.50.0113	Nguyễn Văn V	Nam	1973
30	10.50.0115	Nguyễn Xuân H	Nam	1976
31	10.50.0116	Mai Huy V	Nam	1963
32	10.50.0118	Đỗ Văn L	Nam	1962
33	10.50.0119	Nguyễn Khánh D	Nam	1976

SỞ Y TẾ H.
CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
QUẬN H.C.

34	10.50.0138	Thôi Quang T	Nam	1972
35	10.50.0144	Nguyễn Xuân H	Nam	1980
36	10.50.0145	Vũ Văn Ph	Nam	1962
37	10.50.0147	Nguyễn Mạnh C	Nam	1972
38	10.50.0151	Ngô Thê H	Nam	1963
39	10.50.0153	Nguyễn Quang S	Nam	1967
40	10.50.0155	Trần Minh Đức	Nam	1977
41	10.50.0156	Vũ Mạnh H	Nam	1975
42	10.50.0159	Vũ Mạnh H	Nam	1976
43	10.50.0161	Nguyễn Đức Th	Nam	1972
44	10.50.0162	Trần Khắc Kh	Nam	1978
45	10.50.0164	Nguyễn Văn H	Nam	1955
46	10.50.0166	Hoàng Trung T	Nam	1974
47	10.50.0168	Đặng Quang Ph	Nam	1976
48	10.50.0170	Nguyễn Đức H	Nam	1982

Hải phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

NGƯỜI LẬP

SỞ Y TẾ HẢI PHÒNG
CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ METHADONE
QUẬN HỒNG BANG


TRƯỞNG CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ METHADONE
QUẬN HỒNG BANG
BS. Đào Thị Hải



NCS. NGUYỄN THỊ THÂM

PHÒNG
METHADONE
HỒNG BANG

CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
METHADONE AN LÃO

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU THEO DÕI
“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các
chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã số	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh
1	10.90.0021	Bùi Văn Th	Nam	1973
2	10.90.0025	Trần Văn B	Nam	1971
3	10.90.0026	Bùi Đình Q	Nam	1972
4	10.90.0030	Trần Văn T	Nam	1966
5	10.90.0031	Đặng Văn H	Nam	1978
6	10.90.0038	Phùng Cao C	Nam	1979
7	10.90.0040	Nguyễn Văn Kh	Nam	1964
8	10.90.0041	Văn Đức H	Nam	1979
9	10.90.0042	Đoàn Thế L	Nam	1984
10	10.90.0044	Ngô Xuân V	Nam	1979
11	10.90.0046	Trần Văn C	Nam	1971
12	10.90.0047	Bùi Công Tr	Nam	1962
13	10.90.0056	Vũ Văn T	Nam	1981
14	10.90.0058	Bùi Ngọc L	Nam	1969
15	10.90.0060	Nguyễn Thanh T	Nam	1987
16	10.90.0063	Bùi Văn H	Nam	1989
17	10.90.0065	Nguyễn Văn L	Nam	1960
18	10.90.0076	Lương Văn Gi	Nam	1981
19	10.90.0078	Lê Văn H	Nam	1981
20	10.90.0079	Lê Chí Ph	Nam	1966
21	10.90.0080	Phạm Văn Th	Nam	1982
22	10.90.0081	Trần Văn Tr	Nam	1964
23	10.90.0083	Phạm Thị H	Nữ	1972
24	10.90.0100	Bùi Mạnh H	Nam	1984
25	10.90.0101	Nguyễn Đức Th	Nam	1983
26	10.90.0103	Bùi Thế A	Nam	1983
27	10.90.0116	Lâm Văn H	Nam	1986
28	10.90.0117	Trương Công H	Nam	1981
29	10.90.0118	Nguyễn Văn T	Nam	1974
30	10.90.0132	Trần Văn C	Nam	1984
31	10.90.0146	Vũ Minh Tr	Nam	1981
32	10.90.0147	Nguyễn Đình H	Nam	1990
33	10.90.0148	Nguyễn Duy L	Nam	1976



34	10.90.0149	Nguyễn Mạnh C	Nam	1984
35	10.90.0150	Nguyễn Văn Ch	Nam	1986
36	10.90.0152	Nguyễn Văn Tr	Nam	1974
37	10.90.0162	Vũ Văn V	Nam	1978
38	10.90.0164	Nguyễn Văn H	Nam	1973
39	10.90.0165	Đình Quang L	Nam	1975
40	10.90.0166	Nguyễn Văn T	Nam	1969
41	10.90.0168	Đỗ Văn Th	Nam	1971
42	10.90.0169	Dương Công Đ	Nam	1981
43	10.90.0170	Bùi Như Q	Nam	1972
44	10.90.0176	Nguyễn Hữu H	Nam	1981

Hải phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



NGƯỜI LẬP

NCS. NGUYỄN THỊ THẨM



**CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
METHADONE HẢI AN**

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU THEO DÕI
“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các
chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã số	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh
1	01.04.00002	Vũ Xuân Đ	Nam	1977
2	01.04.00003	Phạm Văn Kh	Nam	1982
3	01.04.00007	Nguyễn Đình H	Nam	1980
4	01.04.00008	Phùng Văn B	Nam	1985
5	01.04.00009	Vũ Trọng Gi	Nam	1982
6	01.04.00016	Nguyễn Chí H	Nam	1980
7	01.04.00018	Vũ Hồng Th	Nam	1976
8	01.04.00021	Đỗ Q	Nam	1978
9	01.04.00022	Nguyễn Văn Ch	Nam	1981
10	01.04.00025	Đỗ Anh T	Nam	1985
11	01.04.00027	Vũ Hồng Tr	Nam	1977
12	01.04.00030	Hoàng Văn Ng	Nam	1975
13	01.04.00037	Nguyễn Trọng Kh	Nam	1980
14	01.04.00039	Nguyễn Văn Kh	Nam	1975
15	01.04.00041	Phạm Đức Đ	Nam	1965
16	01.04.00044	Phùng Văn Đ	Nam	1967
17	01.04.00045	Nguyễn Văn B	Nam	1980
18	01.04.00050	Trần Văn T	Nam	1978
19	01.04.00065	Lưu Trung Th	Nam	1976
20	01.04.00069	Đặng Văn T	Nam	1974
21	01.04.00070	Nguyễn Ngọc H	Nam	1977
22	01.04.00072	Lê Văn Th	Nam	1981
23	01.04.00073	Vũ Hồng Th	Nam	1969
24	01.04.00074	Nguyễn Đức Th	Nam	1978
25	01.04.00076	Phạm Xuân D	Nam	1968
26	01.04.00077	Phạm Ngọc Th	Nam	1972
27	01.04.00078	Lương Thành Tr	Nam	1984
28	01.04.00086	Đỗ Quốc C	Nam	1976
29	01.04.00090	Phạm Văn Th	Nam	1980
30	01.04.00092	Lê Hải Ph	Nam	1975
31	01.04.00113	Cao Việt D	Nam	1982
32	01.04.00114	Trần Đức Q	Nam	1975
33	01.04.00118	Nguyễn Văn Q	Nam	1973



34	01.04.00119	Vũ Văn Tr	Nam	1971
35	01.04.00121	Nguyễn Văn H	Nam	1958
36	01.04.00122	Phạm Ngọc C	Nam	1974
37	01.04.00124	Trần Ngọc H	Nam	1979
38	01.04.00126	Đỗ Văn H	Nam	1955
39	01.04.00127	Lê Văn M	Nam	1975
40	01.04.00149	Nguyễn Vũ L	Nam	1979
41	01.04.00150	Hoàng Thanh T	Nam	1979
42	01.04.00151	Phạm Trọng H	Nam	1978
43	01.04.00157	Lê Anh T	Nam	1984
44	01.04.00159	Nguyễn Đình KH	Nam	1976
45	01.04.00164	Phạm Anh D	Nam	1973
46	01.04.00165	Nguyễn Thanh T	Nam	1979
47	01.04.00166	Nguyễn Tuấn Đ	Nam	1979
48	01.04.00168	Bùi Minh Kh	Nam	1974
49	01.04.00169	Nguyễn Hoàng S	Nam	1984
50	01.04.00171	Phạm Vũ T	Nam	1982
51	01.04.00172	Trần Minh Q	Nam	1967
52	01.04.00188	Lê Thanh B	Nam	1972
53	01.04.00189	Phạm Tiến D	Nam	1980
54	01.04.00191	Lê Xuân Th	Nam	1984
55	01.04.00192	Đoàn Mạnh H	Nam	1983
56	01.04.00193	Trần Mạnh H	Nam	1984
57	01.04.00194	Phạm Công B	Nam	1981
58	01.04.00200	Lê Mạnh V	Nam	1983
59	01.04.00201	Lê Mạnh D	Nam	1974
60	01.04.00205	Hoàng Văn M	Nam	1962

Hải phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ

NGƯỜI LẬP



NCS. NGUYỄN THỊ THẨM

**CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ
METHADONE AN DƯƠNG**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc**

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU THEO DÕI
“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân
nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”**

STT	Mã Số bệnh án	Họ Và Tên	Giới tính	Năm sinh
1	01.10.00002	Nguyễn Văn C	Nam	1975
2	01.10.00003	Phan Văn Ng	Nam	1985
3	01.10.00004	Nguyễn Anh V	Nam	1984
4	01.10.00005	Đỗ Văn Ngh	Nam	1980
5	01.10.00006	Trương Minh O	Nữ	1984
6	01.10.00007	Trương Minh Ngh	Nam	1978
7	01.10.00009	Nguyễn Văn Kh	Nam	1975
8	01.10.00011	Lê Văn H	Nam	1977
9	01.10.00014	Nguyễn Văn Nh	Nam	1976
10	01.10.00019	Lê Văn Ng	Nam	1974
11	01.10.00020	Nguyễn Thế Ch	Nam	1972
12	01.10.00021	Đỗ Đình Th	Nam	1980
13	01.10.00025	Vũ Văn Th	Nam	1963
14	01.10.00029	Phạm Văn H	Nam	1966
15	01.10.00031	Đoàn Văn C	Nam	1964
16	01.10.00033	Vũ Văn C	Nam	1977
17	01.10.00036	Vũ Ngọc Thống Nh	Nam	1976
18	01.10.00037	Nguyễn Văn Th	Nam	1977
19	01.10.00038	Đào Quang V	Nam	1984
20	01.10.00039	Nguyễn Văn T	Nam	1973
21	01.10.00040	Nguyễn Văn Q	Nam	1970
22	01.10.00041	Đào Phi D	Nam	1965
23	01.10.00043	Nguyễn Thanh H	Nam	1980
24	01.10.00046	Nguyễn Hồng Q	Nam	1962
25	01.10.00099	Nguyễn Văn L	Nam	1979
26	01.10.00101	Phạm Văn B	Nam	1988
27	01.10.00104	Đỗ Mai Ch	Nam	1975
28	01.10.00106	Nguyễn Hoàng V	Nam	1983
29	01.10.00107	Đào Văn H	Nam	1963
30	01.10.00127	Trần Đức T	Nam	1976
31	01.10.00128	Trần Quốc H	Nam	1985
32	01.10.00130	Nguyễn Văn T	Nam	1963



Phụ lục 09

33	01.10.00131	Trần Thành C	Nam	1979
34	01.10.00142	Trần Quang Th	Nam	1985
35	01.10.00153	Phạm Duy Tr	Nam	1972
36	01.10.00156	Vũ Bá H	Nam	1971
37	01.10.00165	Nguyễn Văn D	Nam	1973
38	01.10.00189	Nguyễn Văn C	Nam	1967
39	01.10.00190	Vũ Mạnh T	Nam	1972
40	01.10.00192	Lê Quốc T	Nam	1967
41	01.10.00194	Đỗ Văn M	Nam	1973
42	01.10.00196	Phạm Xuân Th	Nam	1976
43	01.10.00227	Vũ Quang H	Nam	1969
44	01.10.00228	Lê Văn B	Nam	1969
45	01.10.00234	Đỗ Khắc Ph	Nam	1973

Hải phòng, ngày 30 tháng 6 năm 2016

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



PHÓ GIÁM ĐỐC
BS. Bùi Thị Thu Hằng

NGƯỜI LẬP

NCS. NGUYỄN THỊ THẨM



DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU CAN THIỆP
“Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện
các chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã số	Họ và tên	Giới tính	Năm sinh
1	01.04.00001	Ngô Văn V	Nam	1975
2	01.04.00002	Vũ Xuân Đ	Nam	1977
3	01.04.00006	Đào Văn M	Nam	1972
4	01.04.00009	Vũ Trọng Gi	Nam	1982
5	01.04.00013	Nguyễn Ánh D	Nam	1977
6	01.04.00015	Đào Mạnh D	Nam	1983
7	01.04.00016	Nguyễn Chí H	Nam	1980
8	01.04.00018	Vũ Hồng Th	Nam	1976
9	01.04.00019	Bùi Ngọc T	Nam	1969
10	01.04.00021	Đỗ Qu	Nam	1978
11	01.04.00022	Nguyễn Văn Ch	Nam	1981
12	01.04.00023	Trần Tuấn A	Nam	1979
13	01.04.00025	Đỗ Anh T	Nam	1985
14	01.04.00026	Vũ Trọng L	Nam	1977
15	01.04.00027	Vũ Hồng Tr	Nam	1977
16	01.04.00030	Hoàng Văn Ng	Nam	1975
17	01.04.00031	Trần Văn S	Nam	1979
18	01.04.00034	Nguyễn Anh H	Nam	1972
19	01.04.00037	Nguyễn Trọng Kh	Nam	1980
20	01.04.00039	Nguyễn Văn Kh	Nam	1975
21	01.04.00040	Trần Văn Ch	Nam	1973
22	01.04.00043	Nguyễn Thanh T	Nam	1981
23	01.04.00045	Nguyễn Văn B	Nam	1980
24	01.04.00049	Trần Văn Kh	Nam	1976
25	01.04.00050	Trần Văn T	Nam	1978
26	01.04.00053	Phạm Văn Th	Nam	1985
27	01.04.00054	Lại Quang Đ	Nam	1974
28	01.04.00055	Đỗ Doãn Ph	Nam	1971
29	01.04.00056	Nguyễn Chí D	Nam	1971
30	01.04.00057	Nguyễn Đức C	Nam	1971
31	01.04.00060	Nguyễn Văn B	Nam	1974
32	01.04.00061	Nguyễn Đức T	Nam	1982

33	01.04.00065	Lưu Trung Th	Nam	1976
34	01.04.00070	Nguyễn Ngọc H	Nam	1977
35	01.04.00072	Lê Văn Th	Nam	1981
36	01.04.00073	Vũ Hồng Th	Nam	1969
37	01.04.00074	Nguyễn Đức Th	Nam	1978
38	01.04.00076	Phạm Xuân D	Nam	1968
39	01.04.00077	Phạm Ngọc Th	Nam	1972
40	01.04.00084	Đào Mạnh C	Nam	1968
41	01.04.00086	Đỗ Quốc C	Nam	1976
42	01.04.00087	Trương Quốc H	Nam	1984
43	01.04.00090	Phạm Văn Th	Nam	1980
44	01.04.00091	Lê Tất T	Nam	1978
45	01.04.00093	Nguyễn Đức C	Nam	1976
46	01.04.00094	Lương Xuân Th	Nam	1979
47	01.04.00097	Lương Sỹ H	Nam	1982
48	01.04.00099	Lương Huỳnh T	Nam	1962
49	01.04.00106	Vũ Văn H	Nam	1962
50	01.04.00107	Vũ Văn C	Nam	1959
51	01.04.00112	Lê Xuân Tr	Nam	1971
52	01.04.00119	Vũ Văn Tr	Nam	1971
53	01.04.00121	Nguyễn Văn H	Nam	1958
54	01.04.00122	Phạm Ngọc C	Nam	1974
55	01.04.00124	Trần Ngọc H	Nam	1979
56	01.04.00126	Đỗ Văn H	Nam	1955
57	01.04.00127	Lê Văn M	Nam	1975
58	01.04.00131	Nguyễn Văn T	Nam	1970
59	01.04.00133	Nguyễn Ngọc H	Nam	1978
60	01.04.00135	Nguyễn Văn D	Nam	1976
61	01.04.00136	Nguyễn Văn T	Nam	1981
62	01.04.00137	Dương Xuân L	Nam	1983
63	01.04.00142	Phạm Văn H	Nam	1977
64	01.04.00143	Phan Huy K	Nam	1970
65	01.04.00144	Nguyễn Duy H	Nam	1983
66	01.04.00147	Hoàng V	Nam	1956
67	01.04.00149	Nguyễn Vũ L	Nam	1979
68	01.04.00150	Hoàng Thanh T	Nam	1979
69	01.04.00153	Trần Quang V	Nam	1986
70	01.04.00154	Vũ Bá Th	Nam	1967
71	01.04.00155	Nguyễn Bá A	Nam	1976
72	01.04.00159	Nguyễn Đình Kh	Nam	1976

73	01.04.00162	Nguyễn Thế M	Nam	1980
74	01.04.00165	Nguyễn Thanh T	Nam	1979
75	01.04.00166	Nguyễn Tuấn Đ	Nam	1979
76	01.04.00168	Bùi Minh Kh	Nam	1974
77	01.04.00169	Nguyễn Hoàng S	Nam	1984
78	01.04.00171	Phạm Vũ T	Nam	1982
79	01.04.00172	Trần Minh Q	Nam	1967
80	01.04.00175	Vũ Việt H	Nam	1978
81	01.04.00176	Đỗ Văn Ph	Nam	1975
82	01.04.00180	Vũ Văn T	Nam	1970
83	01.04.00191	Lê Xuân Th	Nam	1984
84	01.04.00192	Đoàn Mạnh H	Nam	1983
85	01.04.00193	Trần Mạnh H	Nam	1984
86	01.04.00194	Phạm Công B	Nam	1981
87	01.04.00200	Lê Mạnh V	Nam	1983
88	01.04.00205	Hoàng Văn M	Nam	1962
89	01.04.00208	Hoàng Xuân Th	Nam	1978
90	01.04.00209	Nguyễn Văn T	Nam	1970
91	01.04.00211	Lê Xuân Đ	Nam	1990
92	01.04.00212	Nguyễn Mạnh H	Nam	1974
93	01.04.00213	Lê Ngọc H	Nam	1985
94	01.04.00214	Trần Bá M	Nam	1964
95	01.04.00215	Vũ Anh T	Nam	1980
96	01.04.00217	Tạ Ch	Nam	1972
97	01.04.00219	Hoàng văn Đ	Nam	1960
98	01.04.00220	Phạm Đức M	Nam	1972
99	01.04.00221	Trần Văn T	Nam	1962
100	01.04.00222	Ngô Văn D	Nam	1980
101	01.04.00223	Lê Trí C	Nam	1967
102	01.04.00224	Nguyễn Minh M	Nam	1980
103	01.04.00225	Lê Quang H	Nam	1977
104	01.04.00226	Trần Anh T	Nam	1967
105	01.04.00227	Đình Xuân C	Nam	1984
106	01.04.00229	Nguyễn Văn T	Nam	1980
107	01.04.00234	Đỗ Trọng K	Nam	1982
108	01.04.00237	Ngô Đoàn T	Nam	1985
109	01.04.00238	Đông Tố Ng	Nam	1981
110	01.04.00240	Nguyễn Tuấn H	Nam	1965
111	01.04.00242	Phạm Bảo Ng	Nam	1979
112	01.04.00245	Lê Nguyên Đ	Nam	1972

113	01.04.00247	Đinh Ngọc Ph	Nam	1968
114	01.04.00248	Lê Quang L	Nam	1988
115	01.04.00250	Nguyễn Thế T	Nam	1982
116	01.04.00254	Nguyễn Xuân H	Nam	1982
117	01.04.00255	Phạm Ngọc T	Nam	1974
118	01.04.00260	Đỗ Danh T	Nam	1988
119	01.04.00265	Nguyễn Phi H	Nam	1970
120	01.04.00266	Trương Văn T	Nam	1967
121	01.04.00267	Lê Xuân M	Nam	1960
122	01.04.00268	Phạm Văn Th	Nam	1978
123	01.04.00269	Trịnh Quốc T	Nam	1980
124	01.04.00270	Phạm Trung Th	Nam	1982
125	01.04.00271	Trần Đức Th	Nam	1979
126	01.04.00272	Vũ Thanh T	Nam	1985
127	01.04.00274	Phạm Văn T	Nam	1958
128	01.04.00277	Nguyễn Văn T	Nam	1964
129	01.04.00278	Vũ Hồng T	Nam	1974
130	01.04.00279	Nguyễn Duy Kh	Nam	1974
131	01.04.00280	Phùng Văn H	Nam	1984
132	01.04.00281	Nguyễn Văn T	Nam	1973
133	01.04.00282	Đoàn Văn C	Nam	1980
134	01.04.00283	Vũ Tiến Ng	Nam	1974
135	01.04.00285	Nguyễn Việt T	Nam	1982
136	01.04.00289	Trần Thị Thu H	Nữ	1987
137	01.04.00290	Vũ Anh Đ	Nam	1982
138	01.04.00292	Nguyễn Thanh T	Nam	1983
139	01.04.00293	Nguyễn Văn Tr	Nam	1981
140	01.04.00295	Nguyễn Văn H	Nam	1978
141	01.04.00297	Nguyễn Duy Ng	Nam	1982
142	01.04.00298	Lương Hoàng Ch	Nam	1981
143	01.04.00300	Trần Đức S	Nam	1961
144	01.04.00302	Vũ Đình Tr	Nam	1974
145	01.04.00306	Phạm Thanh Tr	Nam	1974
146	01.04.00308	Trần H	Nam	1981
147	01.04.00309	Đỗ Công Ph	Nam	1981
148	01.04.00310	Trần Văn L	Nam	1971
149	01.04.00314	Vũ Gi	Nam	1976
150	01.04.00315	Đinh Quang Đ	Nam	1980
151	01.04.00317	Hoàng Văn B	Nam	1973
152	01.04.00320	Trần Minh T	Nam	1971



153	01.04.00321	Nguyễn Đắc V	Nam	1976
154	01.04.00322	Mai Bích Th	Nam	1963
155	01.04.00324	Trần Kim H	Nam	1970
156	01.04.00330	Vũ Anh T	Nam	1974
157	01.04.00331	Vũ Mạnh Th	Nam	1957
158	01.04.00333	Nguyễn Đình Th	Nam	1960
159	01.04.00335	Vũ Ngọc V	Nam	1975
160	01.04.00340	Nguyễn Văn C	Nam	1975
161	01.04.00341	Vũ Ngọc H	Nam	1981
162	01.04.00344	Trần Đồng T	Nam	1975
163	01.04.00346	Phạm Thế A	Nam	1976
164	01.04.00349	Hoàng Văn Tr	Nam	1961
165	01.04.00350	Ngô Trường S	Nam	1968
166	01.04.00352	Nguyễn Minh H	Nam	1973
167	01.04.00353	Nguyễn Minh Th	Nam	1977
168	01.04.00356	Bùi Đức Tr	Nam	1977
169	01.04.00357	Nguyễn Văn H	Nam	1980
170	01.04.00358	Đỗ Công L	Nam	1981
171	01.04.00361	Vũ Trọng Kh	Nam	1973
172	01.04.00365	Nguyễn Sơn T	Nam	1984
173	01.04.00374	Trần Đức T	Nam	1980
174	01.04.00375	Ngô Cường Th	Nam	1987
175	01.04.00380	Nguyễn Quốc B	Nam	1969
176	01.04.00381	Bùi Tá L	Nam	1968
177	01.04.00384	Bùi Tấn D	Nam	1983
178	01.04.00386	Ngô Văn Ng	Nam	1973
179	01.04.00388	Phạm Văn Tr	Nam	1986
180	01.04.00389	Phạm Trường Th	Nam	1987
181	01.04.00391	Nguyễn Văn T	Nam	1969
182	01.04.00392	Tạ Duy Kh	Nam	1988
183	01.04.00393	Phạm Đức H	Nam	1967
184	01.04.00396	Đỗ Thành Th	Nam	1964
185	01.04.00397	Nguyễn Đình T	Nam	1974
186	01.04.00398	Trần Văn D	Nam	1973
187	01.04.00400	Trịnh Anh T	Nam	1984
188	01.04.00401	Phạm Đông D	Nam	1975
189	01.04.00402	Nguyễn Văn Ch	Nam	1957
190	01.04.00403	Ngô Văn H	Nam	1975
191	01.04.00405	Vũ Ngọc L	Nam	1972
192	01.04.00407	Phạm Đức Th	Nam	1989

193	01.04.00408	Hoàng Mạnh Q	Nam	1976
194	01.04.00409	Nguyễn Đức Th	Nam	1975
195	01.04.00410	Traàn Trí Q	Nam	1972
196	01.04.00411	Nguyễn Đức H	Nam	1982
197	01.04.00412	Nguyễn Văn Q	Nam	1983
198	01.04.00413	Ngô Văn D	Nam	1975
199	01.04.00416	Nguyễn Ngọc L	Nam	1983
200	01.04.00417	Vũ Văn Hữu	Nam	1982
201	01.04.00419	Hoàng Đình Q	Nam	1988
202	01.04.00424	Trịnh Ngọc Ph	Nam	1978
203	01.04.00425	Nguyễn Quốc Kh	Nam	1976
204	01.04.00426	Bùi Xuân Tr	Nam	1970
205	01.04.00428	Nguyễn Văn S	Nam	1976
206	01.04.00429	Nguyễn Quốc H	Nam	1978
207	01.04.00430	Lê Quang V	Nam	1982
208	01.04.00431	Phạm Văn T	Nam	1968
209	01.04.00432	Lê Mạnh D	Nam	1974
210	01.04.00433	Đoàn Trung H	Nam	1984
211	01.04.00434	Trần Văn S	Nam	1972
212	01.04.00435	Nguyễn Anh Q	Nam	1976
213	01.04.00436	Đình Văn Ch	Nam	1963
214	01.04.00437	Ngô Thế C	Nam	1955

Hải phòng, ngày 30 tháng 9 năm 2017

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



GIÁM ĐỐC
Nguyễn Thị Thu

NGƯỜI LẬP

NTT
NCS. NGUYỄN THỊ THẨM

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU CAN THIỆP
 “Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân nghiện các
 chất dạng thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng, 2014 - 2016”

STT	Mã Số bệnh án	Họ Và Tên	Giới tính	Năm sinh
1	01.10.00012	Nguyễn Văn H	Nam	1978
2	01.10.00015	Đào Văn S	Nam	1973
3	01.10.00016	Nguyễn Văn L	Nam	1968
4	01.10.00023	Phạm Minh Ph	Nam	1983
5	01.10.00025	Vũ Văn Th	Nam	1963
6	01.10.00027	Phạm Tuấn A	Nam	1981
7	01.10.00029	Phạm Văn H	Nam	1966
8	01.10.00032	Vũ Vĩnh Th	Nam	1966
9	01.10.00036	Vũ Ngọc Thống Nh	Nam	1976
10	01.10.00039	Nguyễn Văn T	Nam	1973
11	01.10.00041	Đào Phi D	Nam	1965
12	01.10.00043	Nguyễn Thanh H	Nam	1980
13	01.10.00048	Vũ Bá M	Nam	1984
14	01.10.00050	Ngô Đức H	Nam	1980
15	01.10.00052	Ngô Xuân Th	Nam	1958
16	01.10.00055	Nguyễn Văn M	Nam	1987
17	01.10.00056	Nguyễn Xuân B	Nam	1969
18	01.10.00058	Phạm Văn C	Nam	1967
19	01.10.00070	Nguyễn Đăng Tr	Nam	1974
20	01.10.00072	Hoàng Minh Th	Nam	1973
21	01.10.00077	Nguyễn Đình C	Nam	1983
22	01.10.00078	Phạm Văn Q	Nam	1972
23	01.10.00079	Nguyễn Văn Ph	Nam	1986
24	01.10.00081	Hoàng Phú T	Nam	1977
25	01.10.00082	Trương Văn T	Nam	1975
26	01.10.00083	Vũ Văn Đ	Nam	1963
27	01.10.00085	Đỗ Văn Q	Nam	1972
28	01.10.00088	Lê Văn Q	Nam	1983
29	01.10.00089	Lê Văn S	Nam	1979
30	01.10.00090	Trần Văn X	Nam	1974
31	01.10.00092	Phạm Duy Th	Nam	1983
32	01.10.00111	Trần Đức Kh	Nam	1975
33	01.10.00112	Lưu Văn Th	Nam	1974

34	01.10.00114	Hoàng Văn Th	Nam	1988
35	01.10.00118	Nguyễn Bá V	Nam	1984
36	01.10.00120	Vũ Văn K	Nam	1989
37	01.10.00121	Ngô Văn H	Nam	1983
38	01.10.00122	Hoàng Văn T	Nam	1971
39	01.10.00124	Nguyễn Duy Th	Nam	1988
40	01.10.00125	Hoàng Văn Th	Nam	1978
41	01.10.00132	Nguyễn Thanh L	Nam	1978
42	01.10.00136	Nguyễn Văn D	Nam	1984
43	01.10.00138	Lý Thiết H	Nam	1963
44	01.10.00140	Nguyễn Văn T	Nam	1976
45	01.10.00141	Bùi Văn H	Nam	1989
46	01.10.00143	Dương Văn V	Nam	1964
47	01.10.00148	Trần Anh Đ	Nam	1964
48	01.10.00149	Đào Xuân Q	Nam	1980
49	01.10.00150	Hoàng Văn Th	Nam	1959
50	01.10.00154	Đỗ Văn V	Nam	1969
51	01.10.00158	Nguyễn Văn Ph	Nam	1965
52	01.10.00166	Nguyễn Văn Tr	Nam	1985
53	01.10.00171	Nguyễn Văn L	Nam	1975
54	01.10.00172	Nguyễn Văn L	Nam	1985
55	01.10.00176	Nguyễn Văn T	Nam	1991
56	01.10.00177	Đào Xuân H	Nam	1973
57	01.10.00178	Phạm Văn D	Nam	1964
58	01.10.00180	Vũ Duy T	Nam	1982
59	01.10.00181	Đông Đức Đ	Nam	1972
60	01.10.00182	Lê Văn B	Nam	1974
61	01.10.00184	Đỗ Mạnh T	Nam	1967
62	01.10.00186	Lê ngọc A	Nam	1963
63	01.10.00188	Vũ Văn N	Nam	1976
64	01.10.00202	Nguyễn Đức L	Nam	1982
65	01.10.00206	Trần Văn X	Nam	1963
66	01.10.00208	Lê Văn B	Nam	1969
67	01.10.00213	Hoàng Triệu H	Nam	1981
68	01.10.00214	Đinh Văn H	Nam	1964
69	01.10.00215	Vũ Văn S	Nam	1964
70	01.10.00217	Nguyễn Đức H	Nam	1976
71	01.10.00218	Nguyễn Văn H	Nam	1979
72	01.10.00219	Hoàng Văn Th	Nam	1966
73	01.10.00223	Lê Văn T	Nam	1982

Phụ lục 09

74	01.10.00225	Trần Đình Ph	Nam	1974
75	01.10.00226	Vũ Văn H	Nam	1988
76	01.10.00232	Hoàng Văn T	Nam	1986
77	01.10.00240	Nguyễn Hoàng B	Nam	1987
78	01.10.00242	Trần Văn Ph	Nam	1973
79	01.10.00243	Nguyễn Văn Th	Nam	1970
80	01.10.00244	Nguyễn Văn H	Nam	1974
81	01.10.00246	Nguyễn Xuân S	Nam	1980
82	01.10.00249	Nguyễn Văn H	Nam	1980
83	01.10.00250	Đông Tố Ng	Nam	1981
84	01.10.00255	Nguyễn Văn Th	Nam	1982
85	01.10.00257	Mai Hải Â	Nam	1978
86	01.10.00258	Vũ Văn M	Nam	1981
87	01.10.00260	Nguyễn Chí Th	Nam	1973
88	01.10.00261	Nguyễn Xuân H	Nam	1977
89	01.10.00263	Nguyễn Văn Đ	Nam	1989
90	01.10.00270	Vũ Văn Th	Nam	1976
91	01.10.00272	Nguyễn Văn N	Nam	1981
92	01.10.00273	Nguyễn Đức L	Nam	1974
93	01.10.00274	Hà Văn S	Nam	1958
94	01.10.00278	Nguyễn Văn T	Nam	1964
95	01.10.00289	Hoàng Văn Th	Nam	1960
96	01.10.00291	Nguyễn Đình Ng	Nam	1984
97	01.10.00293	Phạm Quang Đ	Nam	1977
98	01.10.00295	Đoàn Văn D	Nam	1981
99	01.10.00297	Nguyễn Phú D	Nam	1977
100	01.10.00299	Vũ Thị Th	Nam	1974
101	01.10.00302	Lưu Văn S	Nam	1966
102	01.10.00310	Đỗ Quang Đ	Nam	1973
103	01.10.00311	Nguyễn Văn H	Nam	1987
104	01.10.00314	Nguyễn Hồng Q	Nam	1966
105	01.10.00317	Vũ Văn V	Nam	1985
106	01.10.00319	Lê Công M	Nam	1964
107	01.10.00323	Mai A	Nam	1973
108	01.10.00327	Lê Văn T	Nam	1982
109	01.10.00329	Phạm Hải A	Nam	1969
110	01.10.00340	Nguyễn Văn S	Nam	1986
111	01.10.00341	Nguyễn Mạnh Th	Nam	1973
112	01.10.00342	Phạm Văn H	Nam	1962
113	01.10.00348	Vũ Văn Th	Nam	1965

114	01.10.00350	Mai Văn H	Nam	1968
115	01.10.00353	Nguyễn Văn L	Nam	1969
116	01.10.00355	Nguyễn Văn Ch	Nam	1986
117	01.10.00359	Trần Thành Ch	Nam	1968
118	01.10.00362	Mai Hùng C	Nam	1978
119	01.10.00363	Trần Văn S	Nam	1987
120	01.10.00365	Nguyễn Văn Th	Nam	1960
121	01.10.00369	Nguyễn Đức Th	Nam	1977
122	01.10.00373	Đào Xuân H	Nam	1975
123	01.10.00374	Nguyễn Văn D	Nam	1971
124	01.10.00381	Nguyễn Văn T	Nam	1981
125	01.10.00387	Phạm Văn M	Nam	1966
126	01.10.00395	Nguyễn Anh Ph	Nam	1982
127	01.10.00396	Đào Phi D	Nam	1965
128	01.10.00404	Đỗ Văn Th	Nam	1957
129	01.10.00409	Nguyễn Phú Th	Nam	1982
130	01.10.00411	Lê Văn D	Nam	1984
131	01.10.00412	Vũ Văn L	Nam	1980
132	01.10.00419	Nguyễn Hoài S	Nam	1983
133	01.10.00420	Bùi Văn H	Nam	1976
134	01.10.00421	Nguyễn Văn M	Nam	1983
135	01.10.00422	Nguyễn Thành Tr	Nam	1984
136	01.10.00430	Nguyễn Anh T	Nam	1970
137	01.10.00431	Trương Minh T	Nam	1982
138	01.10.00433	Vũ Quang H	Nam	1982
139	01.10.00435	Vũ Sơn T	Nam	1970
140	01.10.00438	Nguyễn Mạnh H	Nam	1976
141	01.10.00440	Đỗ Thị H	Nam	1985
142	01.10.00441	Nguyễn Văn B	Nam	1966
143	01.10.00443	Phạm Văn L	Nam	1991
144	01.10.00445	Vũ Văn Ng	Nam	1981
145	01.10.00452	Đào Bá H	Nam	1971
146	01.10.00453	Hoàng Phú C	Nam	1982
147	01.10.00454	Hoàng Phú Q	Nam	1985
148	01.10.00455	Lâm Ngọc S	Nam	1977
149	01.10.00456	Hoàng Văn H	Nam	1970
150	01.10.00458	Bùi Mạnh H	Nam	1977
151	01.10.00460	Ngô Quang Tr	Nam	1976
152	01.10.00467	Nguyễn Anh D	Nam	1972
153	01.10.00469	Vũ Văn D	Nam	1979

154	01.10.00471	Đỗ Minh Th	Nam	1984
155	01.10.00473	Vũ Văn H	Nam	1984
156	01.10.00483	Phạm Thế Th	Nam	1991
157	01.10.00484	Phạm Văn C	Nam	1987
158	01.10.00489	Đặng Văn Th	Nam	1977
159	01.10.00491	Nguyễn Đức H	Nam	1957
160	01.10.00492	Trần Đại B	Nam	1975
161	01.10.00495	Đoàn Công Ngh	Nam	1981
162	01.10.00496	Vũ Văn T	Nam	1977
163	01.10.00498	Nguyễn Văn M	Nam	1972
164	01.10.00500	Vũ Văn S	Nam	1984
165	01.10.00501	Vũ Văn Kh	Nam	1969
166	01.10.00502	Đỗ Văn H	Nam	1981
167	01.10.00512	Đỗ Quang H	Nam	1988
168	01.10.00513	Nguyễn Văn S	Nam	1971
169	01.10.00514	Đặng Duy C	Nam	1991
170	01.10.00515	Đoàn Văn H	Nam	1977
171	01.10.00516	Mai Ngọc A	Nam	1958
172	01.10.00519	Phạm Văn Q	Nam	1989
173	01.10.00525	Leo Văn L	Nam	1986
174	01.10.00526	Đào Văn Ch	Nam	1979
175	01.10.00533	Trần Văn G	Nam	1967
176	01.10.00536	Vũ Đức Tr	Nam	1977
177	01.10.00538	Nguyễn Thanh Gi	Nam	1966
178	01.10.00541	Phạm Vũ H	Nam	1982
179	01.10.00544	Nguyễn Văn L	Nam	1979
180	01.10.00546	Hoàng Văn H	Nam	1973
181	01.10.00547	Nguyễn Văn Ch	Nam	1970
182	01.10.00549	Cao Văn T	Nam	1984
183	01.10.00550	Nguyễn Duy T	Nam	1987
184	01.10.00551	Trịnh Văn T	Nam	1985
185	01.10.00553	Nguyễn Văn T	Nam	1972
186	01.10.00554	Nguyễn Đình Q	Nam	1988
187	01.10.00555	Bùi Tiến S	Nam	1982
188	01.10.00556	Phạm Thanh S	Nam	1964
189	01.10.00559	Vũ Mạnh H	Nam	1976
190	01.10.00560	Hoàng Ngọc H	Nam	1981
191	01.10.00565	Trần Thanh T	Nam	1988
192	01.10.00566	Trần Văn Đ	Nam	1975
193	01.10.00567	Nguyễn Đức H	Nam	1978

194	01.10.00569	Mai Anh T	Nam	1974
195	01.10.00570	Nguyễn Văn H	Nam	1976
196	01.10.00576	Kiều Văn L	Nam	1976
197	01.10.00578	Nguyễn Văn Đ	Nam	1988
198	01.10.00579	Nguyễn Huy C	Nam	1984
199	01.10.00581	Nguyễn Thế C	Nam	1975
200	01.10.00583	Trần Mạnh H	Nam	1984
201	01.10.00585	Mai Văn Ph	Nam	1989
202	01.10.00586	Nguyễn Huy V	Nam	1993
203	01.10.00587	Vũ Văn Ch	Nam	1981
204	01.10.00591	Phạm Thái H	Nam	1984
205	01.10.00592	Ngô Trọng N	Nam	1974
206	01.10.00594	Trần Văn A	Nam	1987
207	01.10.00595	Mai Trung Q	Nam	1979
208	01.10.00596	Trần Việt D	Nam	1984
209	01.10.00598	Nguyễn Văn Ch	Nam	1987
210	01.10.00600	Trần Văn Ch	Nam	1976
211	01.10.00601	Vũ Văn Th	Nam	1952
212	01.10.00602	Trần Đình H	Nam	1974
213	01.10.00603	Nguyễn Văn S	Nam	1982
214	01.10.00605	Trần Hữu H	Nam	1964
215	01.10.00609	Bùi Tiến V	Nam	1979
216	01.10.00611	Bùi Đức Th	Nam	1985
217	01.10.00612	Vũ Mạnh C	Nam	1983
218	01.10.00615	Hoàng Quốc T	Nam	1977
219	01.10.00616	Hà Văn V	Nam	1978
220	01.10.00618	Nguyễn Việt H	Nam	1980
221	01.10.00620	Nguyễn Đức Th	Nam	1982

Hải phòng, ngày 30 tháng 8 năm 2017

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ



PHÓ GIÁM ĐỐC
BS. Hoàng Thị Hằng

NGƯỜI LẬP

NCS. NGUYỄN THỊ THẨM

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU







