

chòm, mức độ nặng chiếm tỷ lệ 46,2%. CXĐ bị xẹp, và vùng bị xẹp sẽ lan rộng gây phá huỷ cấu trúc CXĐ, thoái hoá khớp háng thứ phát, đây là tổn thương đặc trưng của giai đoạn cuối này. Nghiên cứu của Lưu Thị Bình cũng gặp gãy xương dưới sụn, chủ yếu là ở giai đoạn III, tỷ lệ CXĐ bị xẹp là 85,7%, trong đó giai đoạn IV có tỷ lệ xẹp chòm là 100% [4].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ CXĐ có phù tủy, xẹp chòm và khớp háng có tràn dịch tăng dần theo mức độ đau khớp háng ( $p < 0,001$ ). Dấu hiệu đường đôi gặp nhiều nhất ở giai đoạn II (89,7%), ở giai đoạn sớm nhiều hơn giai đoạn muộn ( $p < 0,001$ ). Dấu hiệu phù tủy thường thấy nhất ở giai đoạn III, ở giai đoạn muộn nhiều hơn giai đoạn sớm ( $p < 0,001$ ). Gãy xương dưới sụn mức độ nhẹ ( $< 15\%$ ) gặp nhiều nhất ở giai đoạn III của bệnh với tỷ lệ 26,5%, gãy xương dưới sụn mức độ nặng ( $> 30\%$ ) ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 24,2%. Đa phần CXĐ giai đoạn III có xẹp chòm mức độ nhẹ (60,2%). Giai đoạn IV thường có xẹp CXĐ mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 46,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hines, J. T., et al. (2021), "Osteonecrosis of the Femoral Head: an Updated Review of ARCO on Pathogenesis, Staging and Treatment", J Korean Med Sci. 36(24), p. e177.
2. Ikeuchi, K., et al. (2015), "Epidemiology of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head in Japan", Mod Rheumatol. 25(2), pp. 278-81.
3. Vardhan, H., et al. (2018), "Epidemiological Profile of Femoral Head Osteonecrosis in the North Indian Population", Indian J Orthop. 52(2), pp. 140-146.
4. Lưu Thị Bình (2011), Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chòm xương đùi ở người lớn, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân YV.
5. Tan, B., et al. (2021), "Epidemiological Study Based on China Osteonecrosis of the Femoral Head Database", Orthop Surg. 13(1), pp. 153-160.
6. Huang, G. S., et al. (2003), "MR imaging of bone marrow edema and joint effusion in patients with osteonecrosis of the femoral head: relationship to pain", AJR Am J Roentgenol. 181(2), pp. 545-9.
7. Hatanaka, H., et al. (2019), "Differences in magnetic resonance findings between symptomatic and asymptomatic pre-collapse osteonecrosis of the femoral head", Eur J Radiol. 112, pp. 1-6.
8. Belmar, C. J., Steinberg, M. E., and Hartman-Sloan, K. M. (2004), "Does pain predict outcome in hips with osteonecrosis?", Clin Orthop Relat Res(425), pp. 158-62.

## NĂNG LỰC CUNG CẤP DỊCH VỤ LIÊN QUAN ĐẾN MA TÚY VÀ HIV/AIDS CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ TẠI TỈNH PHÚ THỌ

Lê Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Đức Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2</sup>,  
Đoàn Thị Nguyệt Minh<sup>3</sup>, Nguyễn Hữu Thắng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng năng lực cung cấp dịch vụ liên quan đến ma túy và HIV/AIDS của cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 150 cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Có 150 cán bộ y tế đang công tác tại 30 trạm y tế khác nhau trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đã tham gia nghiên cứu với tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 3,5:1. Thời gian công tác trung bình tại trạm y tế xã là 11,4±10,1 năm. Phần lớn cán bộ y tế có hiểu biết đúng nhưng chưa đầy đủ về chương trình MMT. Các dịch vụ, trang thiết bị đang được cung cấp và thái độ của nhân viên y tế đối với khách hàng còn nhiều hạn

chế. **Kết luận:** Cần tăng cường đào tạo nhằm nâng cao kiến thức chuyên môn, cải thiện thái độ của CBYT xã/phường tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, đặc biệt là những cán bộ trực tiếp tiếp xúc, tư vấn và điều trị cho đối tượng.

**Từ khóa:** Năng lực, Cán bộ y tế, y tế xã, HIV/AIDS, ma túy

### SUMMARY

#### CAPACITY TO PROVIDE SERVICES RELATED TO DRUGS AND HIV/AIDS OF COMMUNE HEALTH STATION STAFF IN PHU THO PROVINCE

**Objective:** To describe the current situation of capacity to provide services related to drugs and HIV/AIDS of commune health station staff in Phu Tho province. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 commune health station staff in Phu Tho province. **Results:** There were 150 health workers working at 30 different health stations in Phu Tho province participated in the study with a male: female ratio of approximately 3.5:1. The average working time at the commune health station is 11.4±10.1 years. The majority of

<sup>1</sup>Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

<sup>2</sup>Viện vệ sinh Dịch tễ Trung Ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Hùng

Email: manhhunglevaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

health workers have a correct but incomplete understanding of the MMT program. The services, equipment being provided and the attitude of medical staff towards customers are still limited. **Conclusion:** More training is needed to improve professional knowledge and improve the attitude of commune/ward health workers involved in HIV/AIDS prevention and control in the locality, especially those who directly contact, counseling and treatment for subjects.

**Keywords:** Capacity, health workers, commune health workers, HIV/AIDS, drugs

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khỏe con người và tương lai [1]. Tổng hợp từ các nghiên cứu trước đây, mối liên kết của những người nhiễm HIV/AIDS với các dịch vụ điều trị và chăm sóc còn kém và hơn 1/2 tổng số người nhiễm HIV cho biết họ không được điều trị ARV. Việc duy trì chăm sóc sức khỏe là yếu tố quan trọng hỗ trợ cho sự thành công của quá trình điều trị. Điều này phụ thuộc rất nhiều vào niềm tin của bệnh nhân, sự tương tác giữa người bệnh và người cung cấp dịch vụ, sự kỳ thị, thiếu hỗ trợ của xã hội, khoảng cách, tài chính, thông tin và các nguồn lực sẵn có [2]

Hệ thống y tế Việt Nam có hơn 50.000 cán bộ y tế (CBYT) tuyến xã/phường chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ dự phòng, chăm sóc sức khỏe tại 10.732 trạm y tế xã/phường (TYT) và phục vụ từ 2.000 đến 20.000 người dân tại mỗi xã/phường [3]. CBYT xã/phường thường xuyên phải đối mặt với nhiều thách thức. Thứ nhất, dịch HIV tại Việt Nam tập trung chủ yếu ở nhóm nguy cơ cao và chịu sự kỳ thị của xã hội. Thứ hai, các chương trình đào tạo toàn diện cho CBYT xã/phường vẫn chưa được phát triển. Cuối cùng, sự kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn phổ biến trong đội ngũ NVYT. Những thách thức này càng trở nên trầm trọng hơn bởi trình độ kỹ thuật của các CBYT xã/phường còn yếu bao gồm việc đào tạo chưa đầy đủ, hạn chế nguồn lực và thiếu sự hỗ trợ [1].

Hiện nay, với sự hỗ trợ của các chương trình/dự án, nhiều hoạt động can thiệp giảm tác hại cho nhóm sử dụng ma túy (SDMT) đang được thực hiện. Tuy nhiên chưa có hoạt động can thiệp nào tác động vào quá trình tự học và tự thay đổi nhận thức, hành vi và kỹ năng sống do thông qua các hoạt động có tính tương tác như thực hiện các trò chơi, đóng vai, thảo luận nhóm và chia sẻ kinh nghiệm. Nghiên cứu hướng đến một mô hình can thiệp với các hoạt động đơn giản, sử dụng hệ thống nhân lực sẵn có, phù hợp với thói quen, phong tục tập quán và

văn hóa của người Việt Nam. Từ đó có thể đưa CBYT tuyến cơ sở, người SDMT và TVGD của họ đến với nhau, tăng cường hỗ trợ của gia đình, cộng đồng để nâng cao chất lượng cuộc sống. Vậy làm thế nào để phân bổ nguồn lực hạn hẹp mà vẫn đạt được các mục tiêu của các chương trình y tế? Lựa chọn các chiến lược can thiệp nào là tối ưu nhất? Vì vậy, nghiên cứu "Thực trạng năng lực cung cấp, sử dụng dịch vụ liên quan đến ma túy, HIV/AIDS và hiệu quả can thiệp tại trạm y tế xã, tỉnh Phú Thọ" được đề xuất thực hiện nhằm mục đích góp phần giải quyết những thách thức này, với mục tiêu: *Mô tả thực trạng năng lực cung cấp dịch vụ liên quan đến ma túy và HIV/AIDS củ cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Phú Thọ năm 2015*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Các CBYT xã làm công tác phòng, chống HIV/AIDS

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Cán bộ can thiệp được tuyển chọn dựa vào kỹ năng giao tiếp xã hội và kinh nghiệm thực hiện các hoạt động với các nhóm mục tiêu. Cán bộ can thiệp phải có kiến thức cơ bản về dự phòng và điều trị HIV/AIDS.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** CBYT chưa tiếp xúc, chưa có kinh nghiệm trong tiếp cận, tư vấn, chăm sóc sức khỏe và thực hiện các hoạt động với nhóm đối tượng SDMT

**Thời gian nghiên cứu:**

**Địa điểm nghiên cứu:** 30 xã/phường trên địa bàn tỉnh Phú Thọ

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu:**

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

*Trong đó:* n: là số CBYT tham gia vào nghiên cứu.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ : Độ tin cậy ứng với giá trị  $\alpha = 0,05$  là 1,96.

$Z_{1-\beta}$ : Hệ số lực mẫu (lực mẫu 90%),  $Z_{1-\beta}=1,28$ .

p1: Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone tại tỉnh Phú Thọ trước can thiệp ước tính là  $p_1=0,5$

p2: Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức đạt về điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone tại tỉnh Phú Thọ mong muốn tăng lên sau 12 tháng can thiệp là  $p_2=0,75$

$\bar{p}$ : Tỷ lệ trung bình  $(p_1+p_2)/2$ .

Cỡ mẫu tính theo công thức cho cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là 154 CBYT. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu được trên 150 CBYT (Nhóm can thiệp gồm 75 CBYT và Nhóm đối chứng gồm 75 CBY).

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu nhiều giai đoạn

**Xử lý và phân tích số liệu:** nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được phê duyệt tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương ngày 20/09/2012 với mã số 16/HĐĐ. Cán bộ tham gia hoạt động can thiệp, cán bộ phỏng vấn đánh giá cũng như đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được sử dụng hệ thống mã số để đảm bảo bí mật thông tin và dễ dàng quản lý số liệu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu trên 150 cán bộ y tế xã/phường, tỷ lệ CBYT là nữ giới tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS chiếm 78% tổng số cán bộ tham gia nghiên cứu. Hầu hết CBYT là dân tộc Kinh, chỉ có 01 cán bộ là dân tộc Mường.

**Bảng 3.1. Trình độ học vấn và chuyên môn của cán bộ y tế xã/phường**

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Bậc đào tạo về y học cao nhất	< Đại học	120	80,0
	≥ Đại học	30	20,0
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	26	17,3
	Y sĩ/Y tá/Hộ sinh	89	59,4
	Dược sĩ	26	17,3
	Khác	9	6,0
Thời gian làm việc trong ngành y	TB±ĐLC	14,3±9,8 (năm)	
	<5 năm	33	22,0
	≥ 5 năm	117	78,0
Thời gian làm việc tại TYT xã	TB±ĐLC	11,4±10,1 (năm)	
	<5 năm	54	36,0
	≥ 5 năm	96	64,0

**Nhận xét:** Chiếm 80% CBYT có trình độ Cao đẳng, Trung cấp, Sơ cấp hoặc được đào tạo ngắn hạn với trình độ chuyên môn chủ yếu là y sĩ/y tá/hộ sinh (chiếm 59,4%). Tỷ lệ bác sĩ và dược sĩ tương đương nhau (chiếm 17,3%). Thời gian làm việc trung bình trong ngành y của CBYT là trên 14 năm, thời gian làm việc tại trạm y tế xã là trên 11 năm. Trong đó, đa số CBYT có thời gian công tác từ 5 năm trở lên trong ngành y là TYT xã.

**3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ liên quan đến ma túy và HIV/AIDS của người sử dụng ma túy tại tỉnh Phú Thọ**

**Bảng 3.2. Kiến thức cán bộ y tế cơ sở**

**về điều trị thay thế chất nghiện bằng Methadone (n=150)**

Nội dung	Kiến thức đạt	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Mục đích của giảm tác hại là loại trừ hành vi SDMT	142	94,7
Điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone (MMT) có ở Việt Nam	150	100,0
MMT sử dụng bằng đường uống	149	99,3
MMT giảm sự thèm muốn của người nghiện đối với ma túy	148	98,7
MMT có hiệu quả trong việc điều trị người sử dụng chất kích thích	124	82,7
MMT giảm nguy cơ nhiễm HIV	127	84,7
MMT giảm các hành vi phạm tội của người nghiện	141	94,0
MMT giảm nguy cơ tử vong của người nghiện	146	97,3
MMT nói chung bắt buộc bệnh nhân đến trung tâm MMT hàng tuần	87	58,0
MMT khi được sử dụng như chương trình duy trì, có thể tạo ra sự hưng phấn như heroin	71	47,3
Điều trị lâu dài với liều lượng phù hợp là yêu cầu bắt buộc của MMT	145	96,7
MMT được sử dụng với liều ổn định trong chương trình điều trị duy trì có thể ảnh hưởng đến khả năng điều khiển xe cộ	33	22,0

**Nhận xét:** Tất cả CBYT xã đều biết về chương trình điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone. Hầu hết CBYT xã biết MMT sử dụng bằng đường uống, có tác dụng giảm sự thèm muốn ma túy, giảm nguy cơ tử vong và yêu cầu điều trị lâu dài với liều lượng phù hợp. Bên cạnh đó, chỉ một số ít CBYT biết MMT có thể ảnh hưởng đến khả năng điều khiển xe cộ, duy trì sử dụng MMT có thể gây hưng phấn như heroin. Gần 60% CBYT xã biết rằng điều trị MMT bắt buộc người bệnh phải đến trung tâm hằng tuần.



**Hình 3.1. Phân loại kiến thức của cán bộ y tế cơ sở về điều trị thay thế chất nghiện bằng Methadone (n=150)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ CBYT có kiến thức đạt về điều trị thay thế chất nghiện bằng Methadone (MMT) chỉ đạt 36,7% nhưng chủ yếu CBYT có kiến thức đạt nhưng hiểu biết chưa đầy đủ về MMT.

**Bảng 3.3. Các dịch vụ cán bộ y tế xã đang cung cấp cho người sử dụng ma túy (n=150)**

Nội dung	Số lượng (%)
Số khách hàng khám trong 1 ngày (TB±ĐLC)	9,07±7,5
Số khách hàng thăm khám có SDMT trong 1 tháng (Trung vị)	2
Tư vấn cả cho khách hàng SDMT và TVGD họ	59 (39,3)
Cố gắng thân thiện	84 (56,0)
Biết lý do SDMT và TVGD không đến theo lịch hẹn	31 (20,7)
Khích lệ	67 (44,7)
Thoải mái khi làm việc gần gũi	62 (41,3)
Cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cho khách hàng SDMT giống như các khách hàng khác	80 (53,3)
Giao tiếp với khách hàng SDMT cũng giống như các khách hàng khác	78 (52,0)

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, dịch vụ cung cấp cho đối tượng SDMT còn gặp phải nhiều rào cản liên quan đến việc kết nối quá trình tư vấn, điều trị giữa khách hàng có sử dụng ma túy và gia đình của họ; việc quản lý và nhắc nhở khách hàng đến khám theo lịch hẹn, thái độ, suy nghĩ của CBYT với người sử dụng ma túy. Chỉ 41,3% CBYT cảm thấy thoải mái khi làm việc gần gũi với người SDMT.

**Bảng 3.4. Nhận thức của cán bộ y tế xã về việc sử dụng ma túy của người nghiện chích ma túy (n=150)**

Nhận thức về sử dụng ma túy	Số lượng (%)
Hoàn cảnh khó khăn	46 (30,7)
Tính cách cá nhân	40 (26,7)
Bực bội với một người SDMT	42 (28,0)
Thông cảm với một người SDMT	76 (50,7)
Quan tâm tới một người SDMT	75 (50,0)
Người SDMT xứng đáng nhận được sự chăm sóc như người bình thường	90 (60,0)

**Nhận xét:** Chiếm 30,7% CBYT cho rằng nguyên nhân dẫn đến một người SDMT phần nhiều do hoàn cảnh khó khăn và 26,7% cho rằng do ảnh hưởng của tính cách cá nhân. CBYT thấy bực bội với một người SDMT ở mức độ nhiều chiếm 28%. Chiếm đa số CBYT thấy người SDMT xứng đáng nhận được sự chăm sóc như người bình thường (60%).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.** Tỷ lệ CBYT là nữ giới tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS chiếm 78% tổng số cán bộ tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang của tác giả Jacson J Ong và cộng sự (2019) tiến hành tại các Trung tâm y tế cộng đồng tại trung Quốc (tương đương TYT xã ở Việt Nam) cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với độ tuổi của NVYT dao động từ 28-73 tuổi, tuổi trung bình là 35 tuổi và chiếm 81% NVYT là nữ giới [4].

### 4.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ liên quan đến ma túy và HIV/AIDS của người sử dụng ma túy tại tỉnh Phú Thọ

**Kiến thức của CBYT cơ sở.** Để đánh giá kiến thức của CBYT về điều trị thay thế Methadone chúng tôi tiến hành đánh giá dựa trên 12 câu hỏi đúng/sai. CBYT trả lời đúng từ 80% câu hỏi trở lên (tương đương 10 câu trở lên) được cho là có kiến thức đúng. Chiếm 36% CBYT có kiến thức chưa đúng về điều trị thay thế Methadone. Những cán bộ có kiến thức đúng về MMT nhưng chỉ 8/96 cán bộ có kiến thức đúng và đủ (chiếm 8,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phần nào chỉ ra được thiếu sót và không đồng đều về kiến thức của CBYT tuyên truyền về điều trị thay thế Methadone nói riêng và phương pháp điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS nói chung. Nghiên cứu của Jessica Reichert (2019) về rào cản của khách hàng trong việc tiếp cận và sử dụng thuốc điều trị rối loạn sử dụng Opioid (OUD) cho thấy rào cản đối với việc tiếp cận thuốc OUD có thể kể đến là thiếu sự tiếp cận với CBYT có chuyên môn (72,7%), CBYT không có đủ kiến thức về thuốc và cơ chế hoạt động của chúng (36,4%) và kinh nghiệm của nhân viên y tế (33%) [5]. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy, 84% lãnh đạo các cơ quan cho biết nhân viên của họ không được đào tạo hoặc được đào tạo ít về Methadone và chỉ 4% nhà lãnh đạo cho biết CBYT của họ được đào tạo nhiều về Methadone [5]. Điều này chỉ ra sự không đồng đều về trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, không đủ kiến thức của CBYT là tình trạng khá phổ biến và có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng dịch vụ cung cấp cho khách hàng. Vì vậy, cần có chương trình tập huấn, đào tạo để đồng bộ kiến thức của nhân viên y tế kết hợp với giám sát, kiểm tra, hướng dẫn CBYT kịp thời khi phát hiện sai sót.

**Các dịch vụ đang cung cấp cho người sử dụng ma túy.** Tại trạm y tế, hằng ngày đón tiếp

và khám trung bình cho khoảng 9 bệnh nhân, thông thường cán bộ sẽ khám cho 2 bệnh nhân/ngày. Các dịch vụ được đưa vào đánh giá bao gồm tư vấn (khách hàng và gia đình họ), giao tiếp – tương tác với khách hàng và gia đình họ, cung cấp dịch vụ, thái độ đối với khách hàng. Nhìn chung, các dịch vụ hiện đang cung cấp cho người SDMT còn nhiều hạn chế. Các loại dịch vụ như tư vấn, điều trị giữa khách hàng có sử dụng ma túy và gia đình của họ; việc quản lý và nhắc nhở khách hàng đến khám theo lịch hẹn, thuốc men và giao tiếp, thái độ, suy nghĩ của CBYT với người sử dụng ma túy. Một nghiên cứu tiến hành tại Trung tâm y tế cộng đồng của Trung Quốc cho thấy thực trạng CBYT được đào tạo liên quan đến HIV tương đối thấp. Khảo sát tỷ lệ bác sĩ và y tế tại cơ sở y tế được đào tạo về tư vấn trước và sau khi xét nghiệm chỉ đạt 34%; đào tạo về chẩn đoán lâm sàng HIV đạt 37%; đào tạo về điều trị và điều dưỡng cho người nhiễm HIV đạt 33%; đào tạo về phòng chống HIV chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 56%. Trong đó, chiếm phần lớn hơn đối tượng được tham gia đào tạo là bác sĩ [4].

**Nhận thức của cán bộ y tế về sử dụng ma túy.** Chiếm phần lớn hơn CBYT cho rằng nguyên nhân khiến một người sử dụng ma túy là do tác động từ hoàn cảnh khó khăn (69,3%) và tính cách cá nhân (73,3%). Mặc dù là cán bộ tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS nhưng có tới trên 70% cán bộ cảm thấy bức bối với người sử dụng ma túy. CBYT đều hiểu rằng phát triển và duy trì mối quan hệ tích cực giữa khách hàng SDMT và NVYT là điều cần thiết để cải thiện kết quả của việc chăm sóc liên tục HIV [6]. Năng lực văn hóa và cách tiếp cận không kỳ thị của CBYT giúp cho quá trình tương tác với đối tượng tích cực hơn, đặc biệt có hiệu quả đối với những người tự kỳ thị. Do vậy, việc đào tạo định kỳ cho nhân viên y tế về phương pháp tiếp cận giảm thiểu tác hại, không kỳ thị và cố vấn hóa khi tương tác với người nhiễm HIV, các vấn đề liên quan đến sử dụng chất kích thích giúp hạn chế nguy cơ xảy ra các tương tác tiêu cực gây tổn hại đến mối quan hệ giữa NVYT và người SDMT, người nhiễm HIV, từ bỏ điều trị. Một nghiên cứu khác chứng minh trải nghiệm về HIV/AIDS trong gia đình CBYT có ảnh hưởng tích cực đến công việc, thúc đẩy họ trong quá trình tham gia phòng, chống HIV/AIDS và có sự thấu hiểu nhiều hơn, không kỳ thị, và thoải mái khi tiếp xúc đối với bệnh nhân dương tính với HIV. Một NVYT khác cho biết, họ luôn cố gắng cung cấp thông tin chính xác, đầy đủ, cố gắng tư vấn

cho đến khi đối tượng chấp nhận tình trạng của mình và những trải nghiệm của bản thân giúp họ nhận ra tầm quan trọng của việc tư vấn, hiểu được bệnh nhân khó tuân thủ điều trị ART như thế nào [7].

## V. KẾT LUẬN

Có 150 cán bộ y tế đang công tác tại 30 trạm y tế khác nhau trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đã tham gia nghiên cứu với tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 3,5:1. Thời gian công tác trung bình tại trạm y tế xã là 11,4±10,1 năm. Phần lớn cán bộ y tế có hiểu biết đúng nhưng chưa đầy đủ về chương trình MMT. Các dịch vụ, trang thiết bị đang được cung cấp và thái độ của nhân viên y tế đối với khách hàng còn nhiều hạn chế. Cần tiến hành tăng cường đào tạo thêm nhằm nâng cao kiến thức chuyên môn, cải thiện thái độ của CBYT xã/phường tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, đặc biệt là những cán bộ trực tiếp tiếp xúc, tư vấn và điều trị cho đối tượng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), Báo cáo Kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020, Hà Nội.
2. **Ibrahim K., Herliani Y.K., Rahayuwati L. và cộng sự.** (2021). Healthcare needs of people living with human immunodeficiency virus: A qualitative descriptive study. *Nurs Open*, 9(1), 349–357.
3. **Bộ Y tế** (2013), HIV/AIDS tại Việt Nam- Ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Ong J.J., Peng M.H., Wong W.W. và cộng sự.** (2019). Opportunities and barriers for providing HIV testing through community health centers in mainland China: a nationwide cross-sectional survey. *BMC Infect Dis*, 19(1), 1054.
5. **Reichert J. và Gleicher L.** (2019). Probation clients' barriers to access and use of opioid use disorder medications. *Health Justice*, 7(1), 10.
6. **Kuchinad KE, Hutton HE, Monroe AK et al** (2016). A qualitative study of barriers to and facilitators of optimal engagement in care among PLWH and substance use/misuse. *BMC Res Notes*, 9, 229.
7. **C C., K S., C M. và cộng sự.** (2011). Sources of motivation and frustration among healthcare workers administering antiretroviral treatment for HIV in rural Zimbabwe. *AIDS Care*, 23(7), 797–802.
8. **Nguyễn Thị Thu Trang** (2019). Lòng ghép sàng lọc, chẩn đoán và điều trị viêm gan C tại trung tâm Y tế Nam Từ Liêm, Hà Nội. .
9. **Bộ Y tế** (2019). Điều trị HIV/AIDS: Kết quả và định hướng, Hội nghị 20 năm Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS.
10. **M R., N A., Aa N. và cộng sự.** (2019). Stigma and Dissatisfaction of Health Care Personnel in HIV Response in Iran: A Qualitative Study. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 18, 2325958219829606–2325958219829606.