

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NHÂN KHẨU - XÃ HỘI ẢNH HƯỞNG ĐẾN TIẾP CẬN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA PHỤ NỮ NHIỄM HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI HÀ NỘI

Trần Trung Dũng

DHSP Hà Nội

Email: trantrungdunghnue@gmail.com

Tóm tắt: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính được thực hiện trên mẫu khảo sát $N = 398$ phụ nữ nhiễm HIV đang điều trị thuốc kháng virus (ARV) tại Phòng khám ngoại trú (PKNT) Nam Từ Liêm, Hà Nội (đại diện cho tổng thể $N = 455$ bệnh nhân nữ quản lý tại cơ sở). Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là $35,6 \pm 8,6$ tuổi; 90,1% lây nhiễm HIV thụ động qua đường tình dục từ chồng/bạn tình. Điều trị ARV mang lại cải thiện lâm sàng vượt bậc: Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1 tăng từ 33,0% lên 91,0%, và 94,5% khôi phục khả năng lao động bình thường. Mặc dù 80,2% tuân thủ tốt lịch tái khám không lỡ hẹn, nghiên cứu ghi nhận các rào cản nghiêm trọng về tài chính y tế (chỉ 31,9% có BHYT, 52,7% không có tích lũy tài chính cho chăm sóc sức khỏe) và áp lực kỳ thị xã hội (91,2% nhận thức có sự kỳ thị, 79,1% chủ động giấu bệnh, 37,4% tự kỳ thị). Kết quả khẳng định hiệu quả lâm sàng của chương trình ARV đồng thời nhấn mạnh yêu cầu cấp thiết về mở rộng bao phủ BHYT, lồng ghép dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - tâm lý và tái phục hồi các mạng lưới hỗ trợ dựa vào cộng đồng cho phụ nữ sống với HIV.

Từ khóa: HIV/AIDS, Phụ nữ nhiễm HIV, Điều trị ARV, Tiếp cận chăm sóc sức khỏe, Kỳ thị HIV, Bảo hiểm y tế.

CURRENT STATUS AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING HEALTHCARE ACCESS AMONG HIV-POSITIVE WOMEN RECEIVING ARV TREATMENT IN HANOI

Abstract: A cross-sectional study utilizing mixed quantitative and qualitative methods was conducted on a sample of 398 HIV-positive women undergoing antiretroviral (ARV) treatment at the Nam Tu Liem Outpatient Clinic in Hanoi (representing a total population of 455 female patients managed at the facility). The results showed a mean age of 35.6 ± 8.6 years; 90.1% acquired HIV passively through sexual transmission from their husbands or partners. ARV treatment yielded remarkable clinical improvements: the proportion of patients in clinical stage 1 rose from 33.0% to 91.0%, and 94.5% regained the ability to perform normal work. Although 80.2% demonstrated good adherence to follow-up schedules without missed appointments, the study identified significant barriers regarding healthcare finances (only 31.9% held health insurance, and 52.7% lacked financial savings for healthcare) and social stigma (91.2% perceived the existence of stigma, 79.1% actively concealed their condition, and 37.4% experienced self-stigma). The results confirm the clinical effectiveness of the ARV program while highlighting the urgent need to expand health insurance coverage, integrate reproductive health and mental health services, and revitalize community-based support networks for women living with HIV.

Keywords: HIV/AIDS, Women living with HIV, ARV treatment, Healthcare access, HIV-related stigma, Health insurance.

Nhận bài: 21/08/2026

Phản biện: 21/09/2026

Duyệt đăng: 24/09/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS đã và đang chuyển sang một giai đoạn mới trên phạm vi toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Sau hơn ba thập kỷ ứng phó, những tiến bộ vượt bậc của liệu pháp kháng retrovirus (ARV) đã biến HIV từ một ‘án tử’ biến thành một bệnh lý mãn tính có thể kiểm soát được. Việc duy trì tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện ($K=K$: Không phát hiện = Không lây truyền) không chỉ giúp người nhiễm HIV phục hồi hệ miễn dịch, kéo dài tuổi thọ tương đương người bình thường mà còn ngăn ngừa tuyệt đối nguy cơ lây truyền qua đường tình dục.

Tuy nhiên, mô hình dịch tễ HIV tại Việt Nam đang ghi nhận những chuyển dịch căn bản mang tính chất thách thức. Theo số liệu của Cục Phòng,

chống HIV/AIDS (Bộ Y tế), hình thái lây nhiễm đã chuyển hướng mạnh mẽ từ con đường tiêm chích ma túy (đường máu) sang con đường lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn. Sự chuyển dịch này kéo theo sự gia tăng liên tục tỷ lệ phụ nữ phát hiện nhiễm HIV mới. Đáng chú ý, đại đa số phụ nữ nhiễm HIV là những đối tượng ‘lây nhiễm thụ động’ – họ bị lây truyền virus từ chính người chồng hoặc bạn tình nam có hành vi nguy cơ cao mà hoàn toàn không hay biết.

Mặc dù chương trình điều trị ARV mở rộng đã giúp hàng chục ngàn bệnh nhân tiếp cận dịch vụ y tế, nhóm phụ nữ nhiễm HIV vẫn phải đối mặt với gánh nặng đa tầng: (1) Bất bình đẳng giới và gánh nặng chăm sóc gia đình; (2) Rào cản kinh tế khi

nguồn tài trợ quốc tế cắt giảm và chuyển sang cơ chế thanh toán qua Bảo hiểm Y tế (BHYT); (3) Sự kỳ thị kép từ xã hội và sự tự kỳ thị (internalized stigma) nội tại. Nghiên cứu này được tiến hành tại Phòng khám ngoại trú (PKNT) Nam Từ Liêm, Hà Nội – một trung tâm điều trị trọng điểm tuyến quận/huyện – nhằm đánh giá toàn diện thực trạng tiếp cận chăm sóc sức khỏe, hiệu quả điều trị lâm sàng và phân tích các nhân tố xã hội ảnh hưởng ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV trên cỡ mẫu chuẩn hóa $N = 398$ (trên tổng thể $N = 455$ bệnh nhân nữ đang quản lý điều trị tại phòng khám).

II. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Tổng quan nghiên cứu

2.1.1. Xu hướng nữ giới hóa đại dịch HIV và bối cảnh tại Việt Nam

Báo cáo mới nhất của UNAIDS (2023, 2024) chỉ ra rằng phụ nữ và cô gái trẻ hiện chiếm 53% tổng số người sống chung với HIV trên toàn cầu. Mỗi tuần có khoảng 4.000 cô gái trẻ và phụ nữ từ 15-24 tuổi nhiễm HIV. Tại Việt Nam, dữ liệu giám sát dịch tễ cho thấy tỷ lệ nữ giới trong số các ca nhiễm mới được phát hiện tăng từ dưới 15% (những năm 2000) lên hơn 30% trong những năm gần đây. Phụ nữ nhiễm HIV tại Việt Nam chủ yếu thuộc lứa tuổi sinh đẻ (20–40 tuổi). Sự thụ động trong phòng ngừa, thiếu quyền thương lượng hành vi tình dục an toàn và tâm lý tin tưởng tuyệt đối vào bạn đời là những nguyên nhân hàng đầu khiến họ phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn.

2.1.2. Khung lý thuyết tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Nghiên cứu ứng dụng khung phân tích tiếp cận dịch vụ y tế của Levesque và cộng sự (2013), coi tiếp cận là một quá trình tương tác giữa các thuộc tính của hệ thống y tế và năng lực của người bệnh qua 5 chiều kích: (1) Tính có thể nhận biết (Ability to perceive); (2) Tính có thể tìm kiếm (Ability to seek); (3) Tính có thể tới được (Ability to reach); (4) Tính có thể chi trả (Ability to pay); và (5) Tính có thể chấp nhận (Ability to engage). Đối với phụ nữ nhiễm HIV, khả năng chi trả (BHYT, chi phí đi lại, thu nhập) và tính có thể chấp nhận (sợ lộ danh tính, sự thân thiện của cán bộ y tế) là hai chiều kích quyết định đến sự bền vững trong tuân thủ điều trị lâu dài.

2.2. Lý thuyết gán nhãn và Kỳ thị giao thoa (Intersectional Stigma)

Dựa trên Lý thuyết gán nhãn của Erving Goffman (1963) và các nghiên cứu về kỳ thị HIV hiện đại (Link & Phelan, 2001; Turan et al., 2019),

phụ nữ nhiễm HIV gánh chịu ‘kỳ thị giao thoa’ – sự đan xen giữa định kiến giới tính và kỳ thị bệnh tật. Xã hội thường quy chụp phụ nữ nhiễm HIV với lối sống ‘không lành mạnh’, dẫn đến phản ứng tự cô lập, xấu hổ và giấu bệnh. Sự tự kỳ thị này cản trở họ chủ động tìm kiếm sự chăm sóc y tế, đi khám phụ khoa hoặc tham gia các sinh hoạt cộng đồng.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Địa bàn và Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại PKNT Nam Từ Liêm, thuộc Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Hà Nội. Đây là một trong những cơ sở điều trị ngoại trú HIV/AIDS mô hình điểm của thành phố. Khách thể nghiên cứu là các bệnh nhân nữ nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên, đã điều trị ARV ngoại trú từ 1 tháng trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.2. Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu

Tổng thể nghiên cứu bao gồm $N = 455$ bệnh nhân nữ nhiễm HIV đang quản lý điều trị ARV tại PKNT Nam Từ Liêm tại thời điểm khảo sát. Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được xác định theo công thức tính cỡ mẫu Yamane cho quần thể hữu hạn:

$$n = N / [1 + N * (e)^2]$$

Trong đó: $N = 455$ (tổng thể), $e = 0,03$ (mức sai số cho phép 3%, độ tin cậy 95%). Thay số: $n = 455 / [1 + 455 * (0,03)^2] = 455 / 1,4095 = 322,8$. Để gia tăng độ chính xác đại diện và bù đắp các trường hợp khuyết mẫu, nghiên cứu đã mở rộng thu thập trên cỡ mẫu thực tế $n = 398$ bệnh nhân (đạt tỷ lệ 87,5% tổng thể). Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống được thực hiện dựa trên danh sách mã số quản lý bệnh án tái khám hàng tháng.

3.3. Phương pháp thu thập và Xử lý dữ liệu

Nghiên cứu kết hợp 4 phương pháp thu thập dữ liệu: (1) Phân tích hồ sơ bệnh án (trích xuất thông tin lâm sàng, xét nghiệm CD4, giai đoạn bệnh); (2) Điều trị bảng hỏi cấu trúc (phỏng vấn trực tiếp 398 bệnh nhân); (3) Quan sát có cấu trúc (4 buổi tái khám định kỳ với 60 lượt quan sát); và (4) Phỏng vấn sâu (10 phụ nữ điều trị ARV và 3 cán bộ y tế). Dữ liệu định lượng được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn) và thống kê suy luận (kiểm định Chi-square, hệ số tương quan Pearson/Spearman).

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ THẢO LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và hoàn cảnh kinh tế - xã hội

Kết quả khảo sát trên 398 phụ nữ nhiễm HIV cho thấy nhóm nghiên cứu thuộc độ tuổi lao động trẻ, với độ tuổi trung bình là $35,6 \pm 8,6$ tuổi (nhỏ

nhất 23 tuổi, lớn nhất 61 tuổi). Tuổi trung bình tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV là $31,7 \pm 8,4$ tuổi. Điều này phản ánh rõ nét rủi ro lây nhiễm tập trung ở độ tuổi thanh xuân và sinh đẻ.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế của đối tượng nghiên cứu (N = 398)

Tiêu chí nhân khẩu - xã hội	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi trung bình (Năm)	$35,6 \pm 8,6$	-
Trình độ học vấn		
- Tiểu học (Cấp 1)	31	7,8%
- Trung học cơ sở (Cấp 2)	166	41,8%
- THPT chưa tốt nghiệp	118	29,7%
- Tốt nghiệp THPT (Cấp 3)	48	12,1%
- Trung cấp / Dạy nghề / CĐ / ĐH	35	8,8%
Tình trạng việc làm hiện tại		
- Đang đi làm (ngoài gia đình)	236	59,3%
- Làm việc tại nhà (có sinh thu nhập)	53	13,2%
- Làm nội trợ / Không có việc làm	109	27,5%
Thu nhập bình quân tháng (VNĐ)		
- Dưới hoặc bằng 2.000.000 đ	35	8,8%
- Trên 2.000.000 đ - 5.000.000 đ	184	46,2%
- Trên 5.000.000 đ - 10.000.000 đ	140	35,2%
- Trên 10.000.000 đ	39	9,9%
Tình trạng hôn nhân		
- Đã kết hôn / Sống cùng bạn tình	197	49,5%
- Ly hôn / Ly thân	96	24,2%
- Góa phụ	92	23,1%
- Độc thân / Chưa kết hôn	13	3,2%

Về trình độ học vấn, đa số bệnh nhân có học vấn phổ thông cơ sở (41,8%) hoặc THPT chưa tốt nghiệp (29,7%). Học vấn thấp ảnh hưởng trực tiếp đến cơ hội việc làm và khả năng tiếp cận thông tin y tế. Về việc làm và thu nhập, 59,3% đang đi làm tự do, buôn bán nhỏ hoặc lao động chân tay; 46,2% có mức thu nhập bấp bênh từ 2–5 triệu đồng/tháng. Đáng chú ý, kiểm định tương quan Spearman giữa trình độ học vấn và thu nhập cho thấy mối liên hệ thuận có ý nghĩa thống kê ($r = 0,483, p < 0,01$),

khẳng định học vấn thấp là rào cản lớn khiến phụ nữ nhiễm HIV khó tự chủ tài chính.

4.2. Nguyên nhân lây nhiễm và đặc điểm đồng nhiễm trong gia đình

Phân tích nguyên nhân lây nhiễm khẳng định vị thế 'lây nhiễm thụ động' của phụ nữ. Có tới 359/398 phụ nữ (chiếm 90,1%) bị lây nhiễm HIV qua đường tình dục từ chồng hoặc bạn tình lâu dài. Chỉ có 7,7% lây qua tiêm chích ma túy và 2,2% do phơi nhiễm/không rõ.

Bảng 2: Đường lây nhiễm và tình trạng đồng nhiễm HIV trong gia đình (N = 398)

Chỉ số lây nhiễm & Đồng nhiễm	Thời điểm ban đầu n (%)	Thời điểm hiện tại n (%)
Đường lây nhiễm HIV chính		
- Quan hệ tình dục (từ chồng/bạn tình)	359 (90,1%)	359 (90,1%)
- Tiêm chích ma túy chung	31 (7,7%)	31 (7,7%)
- Khác / Phơi nhiễm / Không rõ	8 (2,2%)	8 (2,2%)
Người đồng nhiễm HIV trong gia đình		
- Chồng / Bạn tình	275 (69,2%)	140 (35,2%)
- Con cái	4 (1,1%)	22 (5,5%)
- Anh / Chị / Em ruột	4 (1,1%)	9 (2,2%)
- Không có ai đồng nhiễm	114 (28,6%)	227 (57,1%)

Thời điểm ban đầu đăng ký điều trị, có tới 69,2% phụ nữ có chồng đồng nhiễm HIV. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại, tỷ lệ này giảm xuống 35,2% do nhiều người chồng đã tử vong vì phát hiện muộn hoặc biến chứng AIDS. Việc giảm số lượng người chồng đồng nhiễm một mặt làm tăng số phụ nữ đơn thân/góa phụ (chiếm 47,3%), mặt khác làm suy giảm nguồn hỗ trợ kinh tế và tinh

thần trực tiếp trong gia đình.

4.3. Tác động của điều trị ARV đến sức khỏe lâm sàng và phục hồi chức năng

Điều trị ARV đã mang lại sự phục hồi kỳ diệu về mặt thể chất cho người bệnh. Trích xuất bệnh án cho thấy sự chuyển biến tích cực vượt bậc về phân loại giai đoạn lâm sàng theo WHO và khả năng vận động.

Bảng 3: Chuyển biến giai đoạn lâm sàng và chức năng vận động trước và sau điều trị ARV (N = 398)

Chỉ số đánh giá sức khỏe lâm sàng	Khi bắt đầu điều trị n (%)	Thời điểm hiện tại n (%)	Giá trị p (Chi-square)
Giai đoạn lâm sàng (WHO)			< 0,001
- Giai đoạn 1 (Không triệu chứng)	131 (33,0%)	362 (91,0%)	
- Giai đoạn 2 (Triệu chứng nhẹ)	88 (22,1%)	22 (5,5%)	
- Giai đoạn 3 (Triệu chứng tiến triển)	127 (31,9%)	14 (3,5%)	
- Giai đoạn 4 (Giai đoạn AIDS nặng)	52 (13,0%)	0 (0,0%)	
Chức năng vận động			< 0,001
- Mức I: Làm việc bình thường	319 (80,2%)	376 (94,5%)	
- Mức II: Đi lại được (tự chăm sóc)	66 (16,5%)	22 (5,5%)	
- Mức III: Nằm tại giường	13 (3,3%)	0 (0,0%)	

Tại thời điểm ban đầu, có 44,9% bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 3 và 4, hệ miễn dịch suy giảm nghiêm trọng. Sau một thời gian điều trị ARV ổn định, 91,0% bệnh nhân đã trở về giai đoạn lâm sàng 1 hoàn toàn không có triệu chứng; 94,5% khôi phục khả năng lao động bình thường (Mức I) và 100% bệnh nhân thoát khỏi tình trạng nằm tại giường. Kết quả này chứng minh hiệu quả tuyệt vời của thuốc ARV trong việc ức chế virus và phục hồi thể trạng.

4.4. Thực trạng tuân thủ điều trị và sử dụng dịch vụ y tế định kỳ

Tuân thủ điều trị là yếu tố sống còn quyết định thành công của phác đồ ARV. Kết quả khảo sát ghi nhận mức độ tuân thủ tái khám của bệnh nhân nữ rất cao.

Trong 12 tháng gần nhất, 80,2% bệnh nhân duy trì tái khám đúng hẹn tuyệt đối; 81,3% không mắc bất kỳ nhiễm trùng cơ hội nào. Đặc biệt, có đến 64,8% bệnh nhân chủ động tìm kiếm sự tư vấn tâm lý, tình cảm từ cán bộ y tế PKNT. Kết quả quan sát tại phòng khám cũng khẳng định phụ nữ có ý thức bảo vệ sức khỏe cao hơn hẳn nam giới: 100% đeo khẩu trang phòng lây nhiễm chéo hô hấp, 100% chủ động hỏi bác sỹ về kết quả xét nghiệm CD4/tải lượng virus.

4.5. Phân tích các rào cản tài chính y tế và Bảo hiểm y tế

Mặc dù hiệu quả lâm sàng rất cao, tính bền vững của việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe bị đe dọa nghiêm trọng bởi các rào cản kinh tế khi nguồn tài trợ quốc tế rút lui.

Kết quả ghi nhận con số báo động: Chỉ có 31,9% bệnh nhân nữ có thẻ BHYT. Tỷ lệ tự nguyện mua BHYT cực kỳ thấp (4,4%). Có tới 68,1% bệnh nhân hoàn toàn không có BHYT. Bên cạnh đó, 52,7% bệnh nhân hoàn toàn không có khoản tiền tích lũy nào dành cho khám chữa bệnh hàng tháng. Kiểm định Chi-square giữa thu nhập hàng tháng và khoản tiền để dành cho thấy không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê ($p = 0,757 > 0,05$), chứng tỏ việc không tích lũy tài chính xuất phát từ tâm lý thụ động 'đến đâu hay đến đó' do thói quen bao cấp thuốc miễn phí kéo dài.

4.6. Rào cản từ kỳ thị xã hội và Tự kỳ thị nội tại

Kỳ thị liên quan đến HIV tiếp tục là rào cản tâm lý - xã hội nặng nề nhất đối với phụ nữ.

Có tới 91,2% bệnh nhân đồng ý rằng xã hội vẫn kỳ thị việc điều trị HIV; 88,6% lo sợ bị nhìn nhận kém ưu ái; và 79,1% lựa chọn giải pháp giấu kín tuyệt đối tình trạng nhiễm HIV với người xung quanh. Đáng lo ngại, 37,4% bệnh nhân bị 'tự kỳ thị', coi việc mắc bệnh và điều trị là sự yếu đuối, kém cỏi của bản thân. Sự kỳ thị này khiến 34,1% phụ nữ e ngại khi đến các bệnh viện đa khoa tuyến

trên và 19,8% gặp khó khăn khi cần nhập viện điều trị nội trú.

4.7. Sự hỗ trợ từ gia đình và khoảng trống dịch vụ hỗ trợ cộng đồng

Gia đình đóng vai trò là điểm tựa tinh thần quan trọng nhất. Khảo sát cho thấy 63,7% bệnh nhân cảm thấy thường xuyên được gia đình yêu thương và cần đến; 62,6% được trợ giúp công việc nhà khi ốm đau. Tương quan giữa việc có người hỗ trợ điều trị và cảm giác được yêu thương có ý nghĩa thống kê rất chặt chẽ ($p < 0,001$).

Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận khoảng trống lớn về các mô hình hỗ trợ cộng đồng. Có tới 70,3% bệnh nhân chưa từng tham gia bất kỳ nhóm đồng đẳng hay câu lạc bộ tự giúp nhau. Do ngân sách dự án quốc tế cắt giảm, các nhóm đồng đẳng tại PKNT Nam Từ Liêm đã dừng hoạt động, làm mất đi kênh hỗ trợ tuân thủ và giải tỏa tâm lý hữu hiệu cho người bệnh.

4.8. Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả đề xuất các giải pháp mang tính chiến lược:

1. Đối với Bộ Y tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam: Cần nhanh chóng hoàn thiện cơ chế ngân sách nhà nước hoặc quỹ hỗ trợ bồi hoàn 100% chi phí mua thẻ BHYT cho phụ nữ nhiễm HIV thuộc hộ nghèo, cận nghèo và lao động tự do. Tăng cường tuyên truyền bảo mật thông tin danh tính khi khám chữa bệnh BHYT để người bệnh yên tâm tham gia.

2. Đối với Trung tâm Y tế và PKNT Nam Từ Liêm: Lồng ghép khám phụ khoa, tầm soát ung thư cổ tử cung và tư vấn sức khỏe tâm thần vào các buổi tái khám ARV định kỳ. Bố trí phòng

khám riêng tư cho bệnh nhân nữ. Đào tạo nâng cao kỹ năng tư vấn giảm tự kỳ thị cho đội ngũ y bác sỹ.

3. Đối với Chính quyền địa phương và các Tổ chức Xã hội: Xây dựng các chương trình sinh kế, hỗ trợ vốn vay ưu đãi cho phụ nữ nhiễm HIV ổn định cuộc sống. Phôi phục và duy trì ngân sách cho các mô hình nhóm tự trợ giúp (Self-help groups) và mạng lưới đồng đẳng viên do chính phụ nữ nhiễm HIV vận hành tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên mẫu $N = 398$ phụ nữ nhiễm HIV đang điều trị ARV tại PKNT Nam Từ Liêm rút ra các kết luận chính sau:

1. Về đặc điểm dịch tễ - xã hội: Phụ nữ nhiễm HIV tập trung ở độ tuổi lao động trẻ (trung bình 35,6 tuổi), học vấn thấp, việc làm bấp bênh và thu nhập hạn chế (46,2% từ 2-5 triệu đ/tháng). Đa số (90,1%) là nạn nhân lây nhiễm thụ động qua đường tình dục từ chồng/bạn tình.

2. Về hiệu quả điều trị lâm sàng: Liệu pháp ARV mang lại hiệu quả phục hồi sức khỏe vượt bậc, đưa 91,0% bệnh nhân về giai đoạn lâm sàng 1 không triệu chứng và 94,5% khôi phục khả năng lao động bình thường. Mức độ tuân thủ tái khám định kỳ đạt cao (80,2%).

3. Về thách thức và rào cản: Tiếp cận chăm sóc y tế bền vững bị đe dọa nghiêm trọng bởi rào cản BHYT (68,1% chưa có BHYT), sự thiếu hụt tích lũy tài chính y tế (52,7% không có tiền để dành) và áp lực kỳ thị giao thoa nặng nề (91,2% nhận thức kỳ thị xã hội, 79,1% giấu bệnh và 37,4% tự kỳ thị). Các mô hình hỗ trợ đồng đẳng tại cộng đồng đang bị suy giảm nghiêm trọng.

Bài báo là kết quả đề tài nghiên cứu mã số SPHN26-01TT do Trường Đại học Sư phạm Hà Nội tài trợ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), Báo cáo Tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2023 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2024, Hà Nội.
- Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn Hướng tới Dịch vụ Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS toàn diện, NXB Y học, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Bắc (2015), Chăm sóc, hỗ trợ của gia đình cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị tại các phòng khám ngoại trú và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Vĩnh Phúc năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Văn Định (2012), Hiệu quả can thiệp tư vấn, chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng ở 5 huyện của Nghệ An, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.