

# Yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV của trẻ vị thành niên nhiễm HIV tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023

Trịnh Thị Dung<sup>1\*</sup>, Đỗ Thiện Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân<sup>2</sup>, Hồ Thị Bích<sup>1</sup>, Trần Thị Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Lê Chinh<sup>1</sup>, Phùng Thị Liên Tĩnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Đông<sup>1</sup>, Vương Xuân Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bảo Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng<sup>1</sup>, Đặng Thanh Thủy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Dung<sup>1</sup>, Lê Thị Hằng<sup>1</sup>, Trần Thị Xuyên<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 13/3/2023; ngày chuyển phân biện 16/3/2023; ngày nhận phân biện 5/4/2023; ngày chấp nhận đăng 10/4/2023

## Tóm tắt:

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm: 1) Mô tả đặc điểm của bệnh nhi và tuân thủ điều trị (TTĐT) của trẻ vị thành niên (VTN) nhiễm HIV tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023; 2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT ARV (thuốc kháng virus) của trẻ VTN nhiễm HIV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 222 trẻ VTN nhiễm HIV có đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu đến khám tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ TTĐT của trẻ VTN chiếm 84,2%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV gồm: trẻ được tham gia lớp tư vấn tại phòng khám TTĐT gấp 2,32 lần so với trẻ không tham gia ( $p < 0,05$ ); trẻ có học vấn có trình độ tương đương với tuổi TTĐT ARV cao gấp 3,46 lần so với nhóm tuổi không có trình độ học vấn tương đương với nhóm tuổi ( $CI_{95\%} 1,39-8,57, X^2=7,87, p=0$ ); trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV tại thời điểm 10-12 tuổi có tỷ lệ TTĐT cao hơn trẻ được bộc lộ tình trạng nhiễm ở các thời điểm khác, kết quả này có ý nghĩa thống kê ( $X^2=10,5, p < 0,05$ ); người chăm sóc chính (NCSC) tham gia nghiên cứu biết rõ về HIV/AIDS giúp trẻ TTĐT ARV cao hơn so với những trẻ có NCSC thiếu hiểu biết về HIV/AIDS, kết quả này có ý nghĩa thống kê ( $X^2=6,5, p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ TTĐT ARV của trẻ VTN chiếm 84,2%, tỷ lệ này chưa cao. Một số yếu tố làm tăng tỷ lệ TTĐT là: trẻ được bộc lộ tình trạng nhiễm khi 10-12 tuổi, trẻ được tham gia lớp học tư vấn về HIV, trình độ học vấn tương đương với tuổi, sự hiểu biết về HIV của NCSC.

**Từ khóa:** HIV, thuốc kháng virus, trẻ vị thành niên, tuân thủ điều trị.

**Chỉ số phân loại:** 3.3

## 1. Đặt vấn đề

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired immune deficiency syndrome - AIDS) đã gây đại dịch trên toàn cầu, là hiểm họa đe dọa trực tiếp tới giống nòi cũng như sự tiến bộ, ổn định xã hội và phát triển của mỗi quốc gia, đồng thời là thách thức lớn cho sức khỏe y tế cộng đồng. Đã có nhiều tổ chức quốc tế tiến hành các hoạt động nhằm giúp cho người nhiễm HIV được tiếp cận điều trị tốt nhất, mang lại cuộc sống ổn định cho người nhiễm HIV/AIDS [1].

Để người nhiễm HIV có sức khỏe tốt thì TTĐT ARV là việc vô cùng quan trọng, giúp cho người nhiễm HIV ức chế được sự nhân lên của virus HIV, hồi phục chức năng miễn dịch cho người nhiễm. TTĐT ARV là phải duy trì liên tục suốt đời, do vậy mà người nhiễm HIV rất khó khăn trong TTĐT, đặc biệt là nhóm trẻ VTN nhiễm HIV. Đây là độ tuổi có nhiều những thay đổi cả về thể chất, tinh cảm, tâm sinh lý và xã hội, từ đó ảnh hưởng đến TTĐT. Vậy thì kết quả TTĐT ở trẻ VTN sẽ ra sao và có những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự TTĐT? Để trả lời cho câu hỏi này và nhằm giúp cải thiện chất lượng chăm sóc, điều trị cho trẻ VTN nhiễm HIV chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm của bệnh nhi và TTĐT của trẻ VTN nhiễm HIV tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2022-2023; 2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV.

\*Tác giả liên hệ: Email: thangdungnam@gmail.com

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng

Trẻ VTN nhiễm HIV có độ tuổi 10-18 tuổi điều trị ARV từ 6 tháng trở lên và NCSC của trẻ tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ VTN nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương, trẻ có khả năng trả lời các câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu. NCSC của trẻ đồng ý cho trẻ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ đang giai đoạn cấp của bệnh, trẻ cảm điếc, rối loạn tâm thần.

Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 1/8/2022 đến 31/1/2023 tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**Cỡ mẫu:** xác định cỡ mẫu theo công thức sau:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần có; p: tỷ lệ ước tính trẻ TTĐT

# Factors affecting adherence to ARV of HIV-infected adolescents at the Outpatient Clinic, Vietnam National Children's Hospital in 2022-2023

Thi Dung Trinh<sup>1\*</sup>, Thien Hai Do<sup>1</sup>, Thi Van Nguyen<sup>2</sup>, Thi Bich Ho<sup>1</sup>, Thi Ngoc Tran<sup>1</sup>, Le Chinh Nguyen<sup>1</sup>, Thi Lien Tinh Phung<sup>1</sup>, Thanh Dong Nguyen<sup>1</sup>, Xuan Binh Vuong<sup>1</sup>, Thi Bao Ngoc Nguyen<sup>1</sup>, Thi Thu Hang Nguyen<sup>1</sup>, Thi Hong Nguyen<sup>1</sup>, Thanh Thuy Dang<sup>1</sup>, Thi Dung Nguyen<sup>1</sup>, Thi Hang Le<sup>1</sup>, Thi Xuyen Tran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vietnam National Children's Hospital, 18/879 La Thanh Street, Lang Thuong Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Trung Tu Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 13 March 2023; revised 5 April 2023; accepted 10 April 2023

## Abstract:

**Objectives:** (1) Describe the characteristics of pediatric patients and treatment adherence of HIV-infected adolescents at the Outpatient Clinic of the Vietnam National Children's Hospital in 2022-2023; (2) Analysis of some factors affecting adherence to ARV treatment of HIV-infected adolescents. **Research subject and method:** The study was carried out on 222 HIV-infected adolescents who met the research criteria to visit the Outpatient Clinic of the Vietnam National Children's Hospital in 2022-2023 by cross-sectional descriptive research method. **Results:** The treatment adherence rate of adolescents accounted for 84.2%. Some factors affecting adherence to ARV treatment of HIV-infected adolescents include: children who attended counselling classes at the clinic were 2.32 times more compliant than children who did not ( $p < 0.05$ ); educated children with the same level of education as the age group of ARVs are 3.46 times higher than the age group with no education equivalent to the age group (CI95% 1.39-8.57,  $X^2=7.87$ ,  $p=0$ ); children whose HIV status was fully disclosed at 10-12 years of age had higher adherence rates than children whose HIV status was revealed at other time points, this result is statistically significant ( $X^2=10.5$ ,  $p < 0.05$ ); the primary caregivers participating in the study who knew well about HIV/AIDS helped children to adhere to ARV treatment higher than those whose primary caregivers lacked knowledge about HIV/AIDS, this result is statistically significant ( $X^2=6.5$ ,  $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The ARV adherence rate of adolescents accounts for 84.2%, this rate is not high. A number of factors increase the rate of treatment adherence: children become infected at 10-12 years of age, children attend HIV counselling classes, educational attainment equivalent to age, caregivers' knowledge of HIV main squirrel.

**Keywords:** adolescents, antiretroviral, human immunodeficiency virus (HIV), treatment adherence.

**Classification number:** 3.3

ARV, giá trị p được lấy theo nghiên cứu của D.T.T. Linh (2011) [2] là 78,9%; d: khoảng sai lệch mong muốn ( $d=0,05$ ); độ tin cậy 99% thì  $Z^2_{(1-\alpha/2)}=2,58$ . Cỡ mẫu tính được bao gồm 185 trẻ VTN và 185 NCSC cho trẻ. Thực tế chúng tôi có 222 trẻ VTN và NCSC tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các trẻ VTN và NCSC đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

**Công cụ đánh giá:** Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên những tiêu chí do Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ban hành về chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS [3, 4]. Cụ thể: phân chia nhóm tuổi theo WHO; tình trạng bộc lộ: bộc lộ hoàn toàn (trẻ biết rõ mình bị nhiễm HIV), bộc lộ một phần (trẻ biết mình bị bệnh nhưng không rõ là bị nhiễm HIV), trẻ chưa bộc lộ (chưa biết mình bị bệnh); TTĐT bao gồm: tái khám, xét nghiệm đúng hẹn; uống đúng loại thuốc; uống thuốc đúng giờ; uống đúng liều. TTĐT được đánh giá nhị phân TTĐT tốt và không tốt.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Nghiên cứu viên đã được tập huấn kỹ về bộ câu hỏi, sau đó phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu. Quy trình thu thập số liệu gồm 5 bước:

Bước 1: Liên hệ Lãnh đạo Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Bước 2: Thử nghiệm và hoàn thiện bộ câu hỏi.

Bước 3: Tiến hành thu thập số liệu.

Bước 4: Tổng hợp và làm sạch phiếu phỏng vấn.

Bước 5: Nhập và phân tích số liệu.

## 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các số liệu được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ với biến định tính. Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng kiểm định "X<sup>2</sup>" để so sánh sự khác biệt về TTĐT theo các yếu tố liên quan trong phân tích thống kê đơn biến và xây dựng mô hình hồi quy logistic.

### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu. Chỉ tiến hành phỏng vấn khi đối tượng tham gia nghiên cứu tự nguyện đồng ý. Thông tin thu thập được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương và Hội đồng đạo đức Trường Đại học Thăng Long.

## 3. Kết quả

### 3.1. Đặc điểm chung và kết quả TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 222 trẻ VTN nhiễm HIV và 222 NCSC tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương cho kết quả như sau:

Đặc điểm chung của trẻ VTN: tỷ lệ nam/nữ là 1,52/1; trẻ có trình độ học vấn tương đương với tuổi chiếm 88,2%; trẻ có độ tuổi 10-13, 14-16, 17-18 lần lượt là 37,0, 40,5, 22,5; 60,8% trẻ có

**Bảng 1. Đặc điểm của trẻ VTN tham gia nghiên cứu.**

Đặc điểm bệnh nhi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tình trạng học vấn tương đương với tuổi	Có	196	88,2
	Không	26	11,8
	Tổng số	222	100
Tình trạng bộc lộ	Bộc lộ hoàn toàn	134	60,4
	Bộc lộ một phần	19	8,6
	Chưa bộc lộ	69	31,0
	Tổng số	222	100
Độ tuổi trẻ được bộc lộ hoàn toàn trình trạng nhiễm HIV	<7 tuổi	12	8,9
	7-10 tuổi	25	18,7
	10-12 tuổi	72	53,7
	13-16 tuổi	23	17,2
	≥17 tuổi	2	1,5
Ai là người bộc lộ cho trẻ	Bố mẹ, NCSC	78	58,2
	Nhân viên y tế, lớp học	25	18,6
	Tự tìm hiểu qua đài, báo, internet, thuốc	31	23,2
	Tổng số	134	100
Lý do trẻ chưa được bộc lộ bệnh	Nghĩ con còn bé	38	43,2
	Không dám bộc lộ, NCSC cảm thấy tội lỗi	18	20,4
	Chưa biết nên bộc lộ như thế nào	19	21,6
	Đã bộc lộ nhưng trẻ không hiểu	13	14,8
Sự sẵn sàng bộc lộ	Có	11	8,2
	Không	123	91,8
	Tổng số	134	100
Lý do không bộc lộ cho người khác	Sợ bị kì thị, xa lánh	116	94,3
	Không cần thiết phải bộc lộ cho người khác	4	3,3
	Chưa biết phải bộc lộ như thế nào	3	2,4
	Tổng số	123	100

thời gian điều trị ARV trên 10 năm; 98,6% trẻ bị nhiễm HIV do lây truyền mẹ con; 10,4% trẻ còn bị kì thị; 14% trẻ có biểu hiện bất thường về tâm lý, trong đó có 12,9% có cảm giác tuyệt vọng; chỉ có 17,1% trẻ có nhu cầu chuyển tuyến; 68% trẻ được tham gia buổi sinh hoạt về HIV.

Nhận xét: nghiên cứu ghi nhận 11,8% trẻ có trình độ học vấn không tương đương với tuổi, 31% trẻ VTN chưa được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV, còn 1,5% trẻ được bộc lộ tình trạng nhiễm ở độ tuổi ≥17 tuổi, có tới 91,8% trẻ không sẵn sàng bộc lộ tình trạng nhiễm trong đó với lý do sợ bị kì thị chiếm tới 94,3% (bảng 1).

**Bảng 2. Kết quả TTĐT chung của trẻ.**

Kết quả TTĐT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TTĐT	187	84,2
Không TTĐT	35	15,8
Tổng số	222	100

Kết quả bảng 2 cho thấy, TTĐT chung trong nghiên cứu này có 84,2% trẻ.

**Bảng 3. Đặc điểm NCSC của trẻ VTN nhiễm HIV tham gia nghiên cứu.**

Đặc điểm NCSC	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	<30 tuổi	6	2,7
	30-50 tuổi	183	82,4
	>50 tuổi	33	14,9
Tình trạng nhiễm HIV	Có	174	78,4
	Không	48	21,6
Mối quan hệ với trẻ	Bố mẹ ruột	172	77,5
	Không phải bố mẹ ruột	50	22,5
Hiểu biết về TTĐT ARV của NCSC	Hiểu rõ	103	46,4
	Hiểu một phần	107	48,2
	Không biết	12	5,4
	Tổng	222	100

Kết quả bảng 3 cho thấy, NCSC có độ tuổi chủ yếu là 30-50, chiếm tỷ lệ 82,4%; có 77,5% trẻ có NCSC là bố mẹ ruột; có 78,4% trẻ có NCSC bị nhiễm HIV. NCSC hiểu rõ về TTĐT ARV chiếm 46,4%.

### 3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT của trẻ VTN nhiễm HIV

Kết quả bảng 4 cho thấy, trẻ VTN ở nhóm tuổi 10-13 có tỷ lệ TTĐT cao nhất chiếm 97,6%, kết quả có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa TTĐT ARV theo nhóm tuổi của trẻ VTN nhiễm HIV.**

Nhóm tuổi	Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng
	n	%	n	%	
10-13	80	97,6	2	2,4	82
14-16	79	87,8	11	12,2	90
17-18	28	56	22	44	50
Tổng	187	84,2	35	15,8	222

$X^2=41,8, p<0,05$

**Bảng 5. Mối liên quan giữa TTĐT ARV theo trình độ học vấn tương đương với nhóm tuổi của trẻ VTN nhiễm HIV.**

Tương đương	Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng <i>n</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Có	170	86,7	26	13,3	196
Không	17	65,4	9	34,6	26
Tổng	187	84,2	35	15,8	222

$\chi^2=7,87, OR=3,46 (CI95\% 1,39-8,57), p<0,05.$

Kết quả bảng 5 cho thấy, trẻ có trình độ học vấn tương đương với tuổi có tỷ lệ TTĐT cao gấp 3,46 lần so với trẻ không có trình độ học vấn tương đương với tuổi, kết quả có ý nghĩa thống kê  $p<0,05.$

**Bảng 6. Mối liên quan giữa thời điểm tuổi mà trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV và TTĐT (n=134).**

Độ tuổi được bộc lộ hoàn toàn	Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng <i>n</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<7 tuổi	9	75	3	25	12
7-10 tuổi	23	92	2	8	25
10-12 tuổi	67	93,1	5	6,9	72
13-16 tuổi	17	73,9	6	26,1	23
≥17 tuổi	1	50	1	50	2
Tổng	117	87,3	17	12,7	134

$\chi^2=10,5, p=0,032<0,05.$

Kết quả bảng 6 cho thấy, trẻ được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV ở độ tuổi 10-12 có tỷ lệ TTĐT cao nhất chiếm 93,1%, kết quả có ý nghĩa thống kê  $p<0,05.$

**Bảng 7. Mối liên quan giữa việc tham gia sinh hoạt tư vấn về bệnh và TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV.**

Tham gia	Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng <i>n</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Có	133	88,1	18	11,9	151
Không	54	76,1	17	23,9	71
Tổng	187	84,2	35	15,8	222

$OR=2,32 (CI95\% 1,02-4,5), \chi^2=5,2, p<0,05.$

Kết quả bảng 7 cho thấy, trẻ được tham gia tư vấn về HIV có tỷ lệ TTĐT cao gấp 2,32 lần so với trẻ chưa được tham gia tư vấn về HIV. Kết quả có ý nghĩa thống kê  $p<0,05.$

**Bảng 8. Mối liên quan giữa hiểu biết của NCSC về HIV/AIDS và TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV.**

Hiểu biết của NCSC	Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng <i>n</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Không biết	7	58,3	5	41,7	12
Biết một phần	90	84,1	17	15,9	107
Biết rõ	90	87,4	13	12,6	103
Tổng	187	84,2	35	15,8	222

$\chi^2=6,8, p=0,03<0,05.$

Kết quả bảng 8 cho thấy, trẻ có NCSC hiểu biết về HIV có tỷ lệ TTĐT cao nhất chiếm 87,4%, kết quả có ý nghĩa thống kê  $p<0,05.$

**Bảng 9. Mô tả mối liên quan giữa các yếu tố đến tình trạng thực hiện TTĐT ARV của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=222).**

Biến số	$\beta$	OR	p	CI95%	
				Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tham gia sinh hoạt tư vấn	1,6	4,9	0,46	0,9	25,9
NCSC hiểu biết về HIV	1,5	4,6	0,00	2,1	9,8
Sống cùng bố mẹ	1	2,9	0,02	1,1	7,5
Nhóm tuổi	3,6	38	0,00	7,9	182,4
		-17,5	0,00		

Hosmer and Lemeshow test =0,1>0,05.

Theo kết quả bảng 9, mô hình hồi quy logistic như sau:

$TTĐT = -17,5 + 1,6*Tham\ gia\ sinh\ hoạt + 1,5*NCSC\ hiểu\ biết\ về\ HIV + 1*Sống\ cùng\ bố\ mẹ + 3,6*Nhóm\ tuổi.$

Qua phân tích mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy, đối tượng nghiên cứu tham gia sinh hoạt tư vấn, NCSC hiểu biết về HIV, trẻ sống cùng bố mẹ và nhóm tuổi có ý nghĩa với kiểm định Hosmer and Lemeshow test =0,1>0,05. Ở nhóm cùng đặc điểm về tuổi, trẻ sống cùng bố mẹ có tham gia sinh hoạt tư vấn về bệnh TTĐT thủ cao gấp 4,9 lần so với nhóm không tham gia (khoảng tin cậy CI95% 0,9-5,9); NCSC hiểu biết về bệnh HIV giúp trẻ thực hiện TTĐT cũng cao gấp 4,6 lần so với NCSC không hiểu biết về bệnh (khoảng tin cậy CI95% 2,1-9,8).

## 4. Bàn luận

### 4.1. Đặc điểm chung và TTĐT của bệnh nhi

Trong thời gian nghiên cứu có 222 trẻ VTN nhiễm HIV đủ điều kiện và đã tham gia nghiên cứu. Trong đó có 44 trẻ ở độ tuổi 17-18 (chiếm tỷ lệ thấp nhất 22,5%) (bảng 4), tuy nhiên ở nhóm tuổi 17-18 có rất nhiều vấn đề cần quan tâm, đặc biệt ở độ tuổi này, phần lớn các trẻ đã có quan hệ tình dục, hoạt động tình dục mạnh mẽ. Nguy cơ nhiễm thêm các bệnh lây qua đường tình dục như giang mai, viêm gan B, viêm gan C, HIV... cũng như lây nhiễm HIV cho bạn tình của trẻ, làm lây lan HIV ra cộng đồng, có thai ngoài ý muốn, chưa có biện pháp dự phòng cho những đứa trẻ được sinh ra. Từ đó làm tăng thêm trẻ nhiễm HIV do mẹ truyền sang con. Do đó công tác tư vấn, hỗ trợ cho trẻ về kiến thức dự phòng phơi nhiễm cho trẻ VTN nhiễm HIV là vô cùng cần thiết.

Tình trạng bộc lộ: Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV nhằm mục đích cho người nhiễm HIV hiểu đúng tích cực về tình trạng nhiễm HIV của bản thân, giúp người nhiễm có những kiến thức về tự chăm sóc bản thân, biết được những kiến thức về TTĐT ARV cũng như những kiến thức về phòng ngừa lây truyền cho người khác. Lý tưởng nhất là đến tuổi VTN nên biết tình trạng của mình. Mặc dù vậy, việc tiết lộ thường bị trì hoãn và các nghiên cứu đã báo cáo rằng, tỷ lệ trẻ lớn hơn và thanh thiếu niên biết về tình trạng nhiễm HIV của mình dao động từ mức thấp nhất là 1,2 đến 75% ở các giai đoạn chăm sóc HIV khác nhau và dường như còn thấp hơn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [5]. Tình trạng nhiễm HIV

được tiết lộ đã được xác định là một trong những yếu tố liên quan đến việc TTĐT tốt hơn [5, 6]. Với trẻ VTN nhiễm HIV sự bộc lộ thông báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ là một vấn đề vô cùng quan trọng, đòi hỏi tất cả cùng tham gia, bao gồm gia đình, nhân viên y tế, cộng đồng trong công tác chuẩn bị đầy đủ về kiến thức, thời gian, dự đoán được những phản ứng bất thường từ phía trẻ, cũng như là những giải pháp nhằm hỗ trợ cho trẻ chấp nhận, vượt qua giai đoạn khó khăn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 60,4% trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng bệnh; kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của N.N. Quy (2018) [7] với tỷ lệ trẻ biết bệnh của mình chiếm 50,8%. Có sự khác biệt này là do khác nhau về đối tượng nghiên cứu.

Trẻ VTN nhiễm HIV thường có xu hướng tạo vỏ bọc che giấu tình trạng nhiễm HIV của mình. Một nghiên cứu khác về rào cản đối với việc TTĐT bằng thuốc kháng virus ở thanh thiếu niên nhiễm HIV sống ở Tanzania ghi nhận thanh thiếu niên đưa ra nhiều lý do để lựa chọn không tiết lộ với người khác tình trạng nhiễm HIV của mình [8]. Trước hết, thanh thiếu niên lo lắng mọi người sẽ kỳ thị, phân biệt đối xử hoặc bị cô lập, bị đàm tiếu. Ngoài ra, thanh thiếu niên sợ khi tiết lộ với người khác họ lại tiếp tục đi nói với người khác nữa nên thanh thiếu niên nhiễm HIV thường không chia sẻ tình trạng nhiễm bệnh của mình [8, 9]. Ghi nhận trong nghiên cứu này có 8,2% trẻ VTN nhiễm HIV sẵn sàng bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của mình cho người khác biết (đối tượng được chia sẻ là người yêu của trẻ VTN nhiễm HIV). Có 91,8% trẻ VTN nhiễm HIV không chia sẻ tình trạng nhiễm của bản thân cho người khác biết, lý do trẻ không chia sẻ là sợ bị kỳ thị (chiếm 94,3%).

Tuổi VTN là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em sang người lớn. Trong giai đoạn này trẻ trải qua sự thay đổi về thể chất, cảm xúc, tinh thần; rất nhạy cảm, dễ bị tác động, ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài như sự cảm dỗ bởi các chất gây nghiện, quan hệ tình dục không an toàn, tâm lý diễn biến phức tạp, chưa ổn định. Với những trẻ mắc bệnh mạn tính, phải dùng thuốc suốt đời, khám bệnh theo hẹn như bệnh Thalassemia, tiểu đường, tim bẩm sinh... sẽ bị tăng cảm giác lo lắng, sợ hãi, chán nản, tự ti, sống khép mình, đặc biệt với trẻ VTN nhiễm HIV. Trong một nghiên cứu ở Zambia, khoảng 40% trong số 127 thanh thiếu niên nhiễm HIV cho biết có vấn đề về sức khỏe tâm thần [5]. Trong một nghiên cứu của S. Musisi và cs (2009) [10] ở Uganda cũng ghi nhận 17% trẻ VTN nhiễm HIV có ý định tự tử. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 14% trẻ có biểu hiện bất thường về tâm lý. Trong đó, có 54,8% trẻ liên tục cảm thấy lo lắng; 12,9% trẻ có cảm giác tuyệt vọng, nghĩ đến tự tử; 32,3% trẻ không hào hứng hay yêu thích khi học tập và lao động.

Kết quả TTĐT được ghi nhận trong nghiên cứu này (bảng 2) là 84,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của L.T. Dat và cs (2021) [11] tại quận Bình Thạnh, TP Hồ Chí Minh TTĐT chiếm 82,1%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của N.L.

Chinh (2021) [12] khi ghi nhận tỷ lệ trẻ TTĐT đạt 91,1%. Có sự khác biệt này là do trên cùng một địa điểm nhưng lại khác nhau về đối tượng nghiên cứu.

#### 4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT ARV

*Mối liên quan giữa TTĐT ARV theo nhóm tuổi của trẻ VTN nhiễm HIV:* Trẻ VTN là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em sang người lớn, có nhiều thay đổi cùng sự phát triển, hoàn thiện dần cả về thể chất, trí tuệ và cảm xúc. Trẻ rất dễ nhạy cảm trước các tác động như học đường, bạn bè, bệnh tật của bản thân. Đặc biệt với những trẻ nhiễm HIV, khi biết bản thân mình nhiễm bệnh trẻ thường rơi vào tâm trạng lo lắng, sợ hãi, chán nản, bỏ uống thuốc, ngại uống thuốc trước người khác vì sợ lộ tình trạng nhiễm HIV. Từ đó ảnh hưởng đến việc uống thuốc hàng ngày. Trẻ VTN có độ tuổi 17-18 tuổi không TTĐT cao bởi một số lý do như: bận đi làm, bận học, đi chơi không mang theo thuốc, không uống thuốc nơi đông người... từ đó làm ảnh hưởng đến TTĐT. Trong nghiên cứu này ghi nhận trẻ VTN thuộc nhóm tuổi 10-13 tuổi có tỷ lệ TTĐT cao (97,6%), tỷ lệ TTĐT thấp hơn ở nhóm 14-16 tuổi (87,8%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 17-18 tuổi (56%) (bảng 4). Sự khác biệt TTĐT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

*Mối liên quan giữa TTĐT ARV theo trình độ học vấn tương đương với nhóm tuổi của trẻ VTN nhiễm HIV:* Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận (bảng 5) có 196 trẻ (chiếm 88,3%) có trình độ học vấn tương đương theo quy định của Luật Giáo dục, trong đó có 86,7% trẻ TTĐT; trẻ có trình độ học vấn không tương đương với tuổi chiếm 11,7%, trong đó có 65,4% trẻ TTĐT. Nghiên cứu này đã tìm thấy mối liên quan giữa trẻ có trình độ học vấn tương đương và TTĐT, trẻ có trình độ học vấn tương đương có tỷ lệ TTĐT cao gấp 3,46 lần so với TTĐT của trẻ có trình độ học vấn không tương đương (khoảng tin cậy (CI) 95% 1,39-8,57), kết quả này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  ( $=7,87$ , OR=3,46  $p < 0,05$ ).

*Mối liên quan giữa thời điểm tuổi mà trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV và TTĐT:* Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV sớm theo quy định thì sẽ tiếp nhận, thích nghi với tình trạng nhiễm HIV của bản thân tốt hơn, có ý thức TTĐT ARV tốt hơn [3]. Những trẻ được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV muộn dễ bị sốc, rất khó chấp nhận khi biết mình bị nhiễm HIV, trẻ có xu hướng không chấp nhận, bỏ điều trị; đồng thời ở độ tuổi VTN lớn mới bộc lộ thì còn có nguy cơ làm lây truyền HIV ra ngoài cộng đồng, bởi vì nhiều trẻ VTN lớn đã có người yêu, một số đã có quan hệ tình dục trong khi không biết bản thân mình bị nhiễm HIV. Do vậy, trẻ nhiễm HIV được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV sớm theo quy định, để trẻ tiếp nhận dần tình trạng nhiễm HIV của bản thân, TTĐT tốt, biết được các biện pháp phòng ngừa lây truyền HIV cho người khác. Trong nghiên cứu này ghi nhận trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV khi 10-12 tuổi có tỷ lệ TTĐT chiếm tỷ lệ cao nhất 93,1%; trẻ

được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV khi trẻ 17 tuổi có tỷ lệ TTĐT thấp hơn nhiều chỉ chiếm 50% (bảng 6). Kết quả này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  ( $X^2 = 10,5$ ,  $p = 0,032$ ).

*Mối liên quan giữa việc tham gia sinh hoạt tư vấn về bệnh và TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV:* Tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương đã tổ chức các lớp kỹ năng cho các trẻ nhằm cung cấp những kiến thức về TTĐT ARV, kiến thức về bộc lộ bệnh cho trẻ, tự chăm sóc bản thân, biện pháp phòng ngừa lây truyền cho người khác. Tại các buổi sinh hoạt này, các trẻ VTN nhiễm HIV có cơ hội giao lưu, chia sẻ, tháo gỡ những vướng mắc mà bản thân đang gặp phải. Kể từ khi có đại dịch COVID-19 các buổi sinh hoạt, các lớp kỹ năng không được tổ chức nên nhiều trẻ VTN chưa được tham gia lớp kỹ năng này, cũng như một số trẻ đã được tham gia nhưng đã quá lâu rồi nên hiện tại không còn nhớ nữa. Đồng thời thông qua những buổi sinh hoạt này sẽ làm tăng sự thân thiết giữa trẻ VTN với nhân viên y tế, tạo niềm tin của trẻ với nhân viên y tế, trẻ tin tưởng vào chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế. Từ đó nâng cao tỷ lệ TTĐT, phục hồi chức năng miễn dịch, duy trì sức khỏe tốt cho trẻ VTN nhiễm HIV.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có 151 trẻ đã từng được tham gia các lớp sinh hoạt tư vấn, trong đó có 88,1% trẻ TTĐT tốt; còn 71 trẻ chưa được tham gia lớp sinh hoạt tư vấn, trong đó tỷ lệ TTĐT chiếm 76,1% (bảng 7). Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, những trẻ đã từng được tham gia sinh hoạt tư vấn thì TTĐT gấp 2,32 lần so với trẻ chưa từng được tham gia sinh hoạt tư vấn. Kết quả này có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,32$  ( $CI_{95\%} 1,02-4,5$ ),  $X^2 = 5,2$ ,  $p < 0,05$ ).

*Mối liên quan giữa hiểu biết của NCSC về HIV/AIDS và TTĐT ARV của trẻ VTN nhiễm HIV:* Trẻ VTN dưới sự giám hộ, sống cùng NCSC, sự hiểu biết của NCSC vô cùng quan trọng trong hỗ trợ, giúp đỡ trẻ TTĐT ARV. Trong nghiên cứu này, trẻ VTN nhiễm HIV do lây truyền mẹ con chiếm 98,6%, bởi vậy phần lớn NCSC có những kiến thức ít hoặc nhiều về HIV. Trong nghiên cứu này ghi nhận có 77,5% trẻ có NCSC là bố hoặc mẹ hoặc bố mẹ ruột (bảng 3). Những trẻ có NCSC (nhất là những trẻ sống cùng với bố, mẹ, bố mẹ ruột) thì có tỷ lệ TTĐT ARV tốt hơn so với trẻ có NCSC ít hiểu biết hoặc không hiểu biết về HIV hoặc không sống cùng bố, mẹ, cả bố và mẹ ( $X^2 = 6,8$ ,  $p = 0,03 < 0,05$ ) (bảng 8).

## 5. Kết luận

Qua nghiên cứu 222 trẻ VTN nhiễm HIV và 222 NCSC của trẻ đang theo dõi và điều trị tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 1/8/2022 đến ngày 31/1/2023, chúng tôi đã ghi nhận được các kết quả sau: có 84,2% trẻ VTN

nhiễm HIV TTĐT ARV. Một số yếu tố làm tăng tỷ lệ TTĐT ARV của trẻ VTN trong nghiên cứu này là: trẻ được bộc lộ bệnh ở độ tuổi 10-12 có tỷ lệ TTĐT tốt hơn; trẻ được tham gia các lớp tập huấn về HIV có tỷ lệ TTĐT cao hơn trẻ không tham gia các lớp tập huấn về HIV; trẻ VTN có NCSC hiểu biết về HIV thì có tỷ lệ TTĐT cao hơn trẻ có NCSC không hiểu biết về HIV.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] HIV.gov (2021), *Global HIV/AIDS Overview: The Global HIV/AIDS Epidemic*, <https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/global-hiv-aids-overview>, accessed 1 February 2023.
- [2] D.T.T. Linh (2011), *Assess Adherence to ARV Treatment and Re-examination on Time in Pediatric HIV/AIDS Patients at The National Children's Hospital*, Master's Thesis, Hanoi University of Public Health (in Vietnamese).
- [3] Ministry of Health (2019), *Instructions for Treatment and Care HIV/AIDS, Decision No 5456/QĐ-BYT, Date 11/20/2019* (in Vietnamese).
- [4] WHO (2022), *New Guidelines from WHO Recommend a Simpler, Safer Treatment for Cryptococcal Disease in People Living with HIV*, <https://www.who.int/news/item/20-04-2022-rapid-advice-new-guidelines-for-simpler-safer-treatment-for-cryptococcal-disease-in-plhiv>, accessed 1 February 2023.
- [5] A. Menon, C. Glazebrook, N. Campain, et al. (2007), "Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection: Implications for peer-support programs", *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, **46(3)**, pp.349-354, DOI: 10.1097/QAI.0b013e3181565df0.
- [6] J.E. Haberer, A. Cook, A.S. Walker, et al. (2011), "Excellent adherence to antiretrovirals in HIV+ Zambian children is compromised by disrupted routine, HIV nondisclosure, and paradoxical income effects", *PLOS ONE*, **6(4)**, DOI: 10.1371/journal.pone.0018505.
- [7] N.N. Quy (2018), *Survey on ARV Drug Use and Treatment Compliance of Patients at HIV/AIDS Outpatient Clinics Tran Yen Medical Center - Yen Bai*, Thesis for Level 1 Specialist Pharmacist, Hanoi University of Pharmacy (in Vietnamese).
- [8] C. Audi, O. Jahanpour, G. Antelman, et al. (2021), "Facilitators and barriers to antiretroviral therapy adherence among HIV-positive adolescents living in Tanzania", *BMC Public Health*, **21(1)**, DOI: 10.1186/s12889-021-12323-1.
- [9] W.B. Kajura, E. Luyirika, D.W. Purcell, et al. (2006), "Disclosure of HIV status and adherence to daily drug regimens among HIV-infected children in Uganda", *AIDS Behav.*, **10**, Suppl. 4, pp.S85-S93, DOI: 10.1007/s10461-006-9141-3.
- [10] S. Musisi, E. Kinyanda (2009), "Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda", *East Afr. Med. J.*, **86(1)**, pp.16-24, DOI: 10.4314/eamj.v86i1.46923.
- [11] L.T. Dat, P.T.V. Phuong (2021), "Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV at the Department of Community Counseling and Support in Binh Thanh district, Ho Chi Minh city in 2021", *Journal of University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City*, **26(2)**, pp.220-226 (in Vietnamese).
- [12] N.L. Chinh, P.T. Hien (2021), *Adherence to Treatment in Children with HIV/AIDS in an Outpatient Clinic, Vietnam National Children's Hospital (2020-2021)*, Vietnam National Children's Hospital (in Vietnamese).