

# THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV TRONG NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Vũ Thị Bích Hồng<sup>1,✉</sup>, Nguyễn Đức Khánh<sup>1</sup>, Vũ Minh Anh<sup>1</sup>  
Phạm Hồng Thắng<sup>2</sup>, Lê Minh Giang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 212 nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) đang điều trị ARV tại một số phòng khám tại Hà Nội, nhằm mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị. MSM có tuổi trung bình là  $25,49 \pm 6,32$ . Tuân thủ điều trị ở mức tối ưu chiếm 45,28%. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy: MSM có tình trạng lo âu ở mức nhẹ có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cao hơn so với MSM có mức độ lo âu bình thường (OR hiệu chỉnh = 2,70; 95% KTC: 1,26 – 5,74). Khả năng mức tuân thủ dưới mức tối ưu ở người có chất lượng cuộc sống cao hơn 1 điểm chỉ bằng 0,86 lần những người có mức chất lượng cuộc sống thấp hơn (OR hiệu chỉnh = 0,86; 95% KTC: 0,74 – 0,99). Để cải thiện việc tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM cần các can thiệp tập trung trên nhóm nguy cơ tuân thủ dưới mức tối ưu: có lo âu ở mức độ nhẹ và mức chất lượng cuộc sống thấp.

**Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, ARV, MSM.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn trên toàn cầu, với khoảng 39 triệu người sống chung với HIV trong năm 2022.<sup>1</sup> Trong đó, nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) là một trong các nhóm bị ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ nhiễm mới, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các gánh nặng bệnh tật liên quan trong nhóm MSM trên tất cả các quốc gia đều ở mức cao.<sup>2</sup> Ở Việt Nam, tỷ lệ HIV gia tăng cao trong nhóm MSM trong suốt thập kỷ qua với tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM vào năm 2022 là 12,1%.<sup>3</sup> Trong đó, Hà Nội là khu vực đô thị có khoảng 35.436 MSM đang sinh sống và chiếm 17,5% MSM của cả nước.<sup>4</sup> Nơi đây, HIV đang lây lan ở mức báo động với tỷ lệ lưu hành trong nhóm dân số này là 13,6%.<sup>5</sup>

Để hạn chế sự lan rộng của đại dịch HIV/AIDS và kéo dài cuộc sống của người bệnh, nhiều chương trình quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đã được triển khai. Trong đó, việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bằng các thuốc kháng retrovirus (ARV) có vai trò hết sức quan trọng. Mặc dù, việc điều trị ARV không giúp người bệnh khỏi hoàn toàn HIV/AIDS nhưng nó có thể ức chế tối ưu sự nhân lên của HIV, cho phép hệ miễn dịch phục hồi từ đó phòng ngừa các bệnh nhiễm trùng cơ hội, kéo dài và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Đây là quá trình điều trị liên tục, kéo dài suốt đời và đòi hỏi sự tuân thủ điều trị tuyệt đối của người bệnh, do đó việc tuân thủ điều trị như uống đúng giờ, đúng liều, đúng cách là cực kỳ quan trọng.

Tuy vậy, việc tuân thủ điều trị là không dễ dàng, nhiều bệnh nhân gặp khó khăn trong quá trình điều trị dài ngày.<sup>6</sup> Các nghiên cứu trên nhóm MSM cũng đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị dao động trong khoảng rộng, từ 30%

Tác giả liên hệ: Vũ Thị Bích Hồng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vubichhong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/10/2023

Ngày được chấp nhận: 30/10/2023

đến 84%.<sup>7-9</sup> Một số nghiên cứu đã chỉ ra nhiều rào cản ở cấp độ cá nhân, xã hội và cấu trúc đã ảnh hưởng đối với việc tuân thủ điều trị thuốc ARV của nhóm MSM.<sup>8</sup> Đặc biệt, trong năm đầu tiên điều trị ARV, bệnh nhân gặp rất nhiều khó khăn, rào cản ảnh hưởng đến việc điều trị như: thiếu thông tin, kiến thức, kỹ năng tuân thủ điều trị, lo ngại tác dụng phụ của thuốc, thay đổi thói quen hàng ngày, không muốn bị nhắc nhở về tình trạng nhiễm HIV, hay gặp những rối loạn về sức khỏe tinh thần như lo âu, trầm cảm.<sup>9,10</sup> Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

(1) Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM nhiễm HIV/AIDS tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội;

(2) Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của nhóm MSM đang điều trị tại các cơ sở y tế này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Đối tượng gồm MSM nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai, Khoa Bệnh Nhiệt đới và can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 04/2022 đến tháng 12/2022, thời gian xử lý và phân tích số liệu từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2023.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

MSM từ 16 tuổi trở lên được phát hiện nhiễm HIV, đang sống ở Hà Nội ít nhất 3 tháng và không có kế hoạch chuyển đến nơi khác trong 24 tháng tới, đã điều trị ARV tại các phòng khám điều trị ngoại trú từ 28 đến 365 ngày kể từ ngày điều trị đầu tiên, hoàn thành bản thỏa thuận và đồng ý tham gia nghiên cứu. Lý do nghiên cứu lựa chọn MSM đã điều trị ARV trong khoảng thời gian này là vì nhóm MSM gặp nhiều khó

khăn và rào cản trong giai đoạn mới điều trị, đồng thời trong đợt điều trị đầu tiên, các phòng khám thường cấp phát thuốc cho bệnh nhân đủ dùng trong 28 ngày.<sup>9,10</sup>

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Đối tượng nghiên cứu không có khả năng trả lời phỏng vấn.

### 2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

#### **Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó:

-  $p = 0,84$  là tỷ lệ MSM nhiễm HIV báo cáo tuân thủ điều trị đạt mức tối ưu (100%), lấy từ một nghiên cứu tại Hoa Kỳ năm 2021;

- Sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể chọn  $d = 0,056$ ;

- Mức ý nghĩa thống kê chọn  $\alpha = 0,05$  nên  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .<sup>7</sup> Cỡ mẫu tối thiểu là 180, cộng thêm 15% dự trữ các trường hợp mất số liệu hoặc từ chối tham gia nghiên cứu nên chúng tôi thu được cỡ mẫu cần thiết là 207. Thực tế, nghiên cứu tuyển chọn được 212 người.

#### **Phương pháp chọn mẫu**

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Toàn bộ tất cả người tham gia thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Công cụ và phương pháp thu thập thông tin**

*Thông tin trích lục bệnh án:* phác đồ điều trị, giai đoạn lâm sàng, ngày có kết quả xét nghiệm HIV khẳng định, ngày bắt đầu điều trị ARV, các bệnh đồng nhiễm (gồm có: lao, viêm gan

B, viêm gan C, nấm Candida, nấm Penicillium marneffeii, Toxoplasma, Chlamydia, giang mai, viêm màng não do nấm, Herpes sinh dục, viêm phổi do nấm Pneumocystis carinii).

*Thông tin thu thập do đối tượng nghiên cứu tự trả lời dựa trên bộ câu hỏi cấu trúc và các thang đo, gồm:* Bộ câu hỏi về nhân khẩu - xã hội học, thang đo đánh giá mức độ rối loạn lo âu (Generalized Anxiety Disorder Scale – GA7), thang đo ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) để sàng lọc đối tượng tham gia nghiên cứu có sử dụng rượu, amphetamine, thuốc phiện, thang đo về kỳ thị dành riêng cho những người nhiễm HIV (The short HIV stigma scale).<sup>11-13</sup> Mặc dù, các thang đo lo âu GAD-7, kỳ thị, thang đo tuân thủ điều trị đa chiều chưa được chuẩn hóa cho người Việt Nam nhưng các thang đo trên đã được chỉnh sửa cho phù hợp với văn hóa và được sử dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế, các

dự án, nghiên cứu về sức khỏe trên cộng đồng người Việt Nam.

Nghiên cứu cũng sử dụng bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống WHOQOL-HIV BREF.<sup>14</sup> Phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ này được tác giả Trần Xuân Bách dịch sang tiếng Việt và được đánh giá độ tin cậy và tính giá trị và có thể được sử dụng phù hợp để đánh giá chất lượng cuộc sống trên người nhiễm HIV đang điều trị ARV.<sup>15</sup>

Trong nghiên cứu này, thực trạng tuân thủ điều trị của nhóm MSM được đo lường qua thang đo tuân thủ điều trị đa chiều. Đây là bộ công cụ do USAIDS hỗ trợ phát triển cho các nước có nguồn lực hạn chế, gồm có 4 phần: tự đánh giá của đối tượng nghiên cứu, thang điểm trực quan VAS, nhân viên y tế đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra mức độ tuân thủ của đối tượng nghiên cứu và đếm số viên thuốc, kiểm đếm số thuốc.<sup>16</sup>

**Bảng 1. Diễn giải mức độ tuân thủ điều trị ARV theo thang đo tuân thủ điều trị đa chiều**

Tuân thủ điều trị	Cao	Trung bình	Thấp
Phần 1	Tất cả các câu trả lời là “Không”.	Trả lời “Có” một câu.	Trả lời là “Có” từ 2 câu trở lên.
Phần 2	Từ 95% trở lên.	Từ 75% - 94%.	Dưới 75%.
Phần 3	Liều, thời gian dùng và cách dùng thuốc đều chính xác.	Liều và thời gian dùng thuốc đúng.	Chỉ nhớ liều hoặc nhầm lẫn.
Phần 4	Từ 95% trở lên.	Từ 75% - 94%.	Dưới 75%.
Kết quả (chọn 1 ô phù hợp nhất)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu các câu trả lời của phần 1, 2, 3, 4 của bảng 1 không nằm chung một cột thì lấy kết quả tương ứng với ô ngoài cùng bên tay phải (kết quả kém nhất). Nếu như điểm tuân thủ điều trị ở mức trung bình và thấp được xếp vào tuân

thủ dưới mức tối ưu, điểm tuân thủ điều trị ở mức cao sẽ được xếp vào mức tuân thủ tối ưu.

#### **Xử lý số liệu**

Dữ liệu được thu thập trên nền tảng REDCap. Các thông tin ghi nhận được qua

phiếu tự trả lời, phỏng vấn và hồi cứu hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu. Sau khi hoàn thành thu thập, dữ liệu được làm sạch và phân tích trên phần mềm STATA/MP 16.0. Sử dụng trung bình/trung vị và khoảng tứ phân vị mô tả biến định lượng, và tần số, tỷ lệ để mô tả biến định tính.

Trong nghiên cứu này, biến phụ thuộc (Y) là biến nhị phân (0,1), với 0 = tuân thủ mức tối ưu, 1 = mức tuân thủ dưới mức tối ưu; Để đánh giá các yếu tố liên quan đến tuân thủ tối ưu, mô hình hồi quy logistic được thực hiện. Các biến có p-value < 0,2 trong mô hình đơn biến và một số biến có tác động đến tuân thủ điều trị được

phát hiện trong các nghiên cứu trước sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình đa biến. Sử dụng chỉ số tiêu chí thông tin Akaike (AIC) và tiêu chí thông tin Bayesian (BIC) của mô hình để định hướng lựa chọn mô hình đa biến phù hợp.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt, số 729/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 04 tháng 6 năm 2022.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Một số đặc điểm của quần thể nghiên cứu (n = 212)**

	Nhóm tuân thủ tối ưu (n = 96) n (%)	Nhóm tuân thủ dưới mức tối ưu (n = 116) n (%)	Tổng (n = 212) n (%)
<b>Tuổi (trung bình, độ lệch chuẩn)</b>	25,54 ± 5,98	25,45 ± 6,60	25,49 ± 6,32
16 - 24 tuổi	56 (58,33)	60 (51,72)	116 (54,72)
≥ 25 tuổi	40 (41,67)	56 (48,28)	96 (45,28)
<b>Học vấn</b>			
Dưới PTTH	11 (11,46)	20 (17,24)	31 (14,62)
Hoàn thành PTTH	30 (31,25)	30 (25,86)	60 (28,30)
Trên PTTH	55 (57,29)	66 (56,90)	121 (57,08)
<b>Hôn nhân</b>			
Độc thân	92 (95,83)	103 (88,79)	195 (91,98)
Có gia đình/Góa	4 (4,17)	13 (11,21)	17 (8,02)
<b>Sống chung với người thân</b>			
Không	55 (57,29)	71 (61,21)	126 (59,43)
Có	41 (42,71)	45 (38,79)	86 (40,57)

	Nhóm tuân thủ tối ưu (n = 96) n (%)	Nhóm tuân thủ dưới mức tối ưu (n = 116) n (%)	Tổng (n = 212) n (%)
<b>Mắc các bệnh đồng nhiễm</b>			
Không	66 (68,75)	87 (75,00)	153 (72,17)
Có	28 (29,17)	28 (24,14)	56 (26,42)
Không biết	2 (2,02)	1 (0,86)	3 (1,42)
<b>Tác dụng phụ của thuốc ARV (n = 210)</b>			
Không/Không biết	64 (66,67)	81 (71,05)	145 (69,05)
Có	32 (33,33)	33 (28,95)	65 (30,95)
<b>Nhận được hỗ trợ của bác sĩ</b>			
Không/Hỗ trợ ít	9 (9,38)	6 (5,17)	15 (7,08)
Bình thường	26 (27,08)	29 (25,00)	55 (25,94)
Nhiều/Rất nhiều	61 (63,54)	91 (69,83)	142 (66,98)
<b>Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng</b>			
Có	16 (16,67)	27 (23,28)	43 (20,28)
Không	80 (83,33)	89 (76,72)	169 (79,72)
<b>Từng sử dụng đồ uống có cồn</b>			
Không	33 (34,38)	32 (27,59)	65 (30,66)
Có	63 (65,63)	84 (72,41)	147 (69,34)
<b>Mức độ lo âu</b>			
Bình thường (0 - 4)	60 (62,50)	54 (46,55)	114 (53,77)
Mức độ nhẹ (5 - 9)	18 (18,75)	44 (37,93)	62 (29,25)
Mức độ vừa phải (10 - 14)	9 (9,38)	15 (12,93)	24 (11,32)
Mức độ nghiêm trọng ( $\geq 15$ )	9 (9,38)	3 (2,59)	12 (5,66)
<b>Kỳ thị liên quan đến HIV</b> (trung bình, độ lệch chuẩn)	29,08 $\pm$ 7,45	29,43 $\pm$ 7,50	29,27 $\pm$ 7,48
<b>Chất lượng cuộc sống</b> (trung bình, độ lệch chuẩn)	17,17 $\pm$ 2,72	16,43 $\pm$ 2,42	16,76 $\pm$ 2,58

Trong nghiên cứu này, 212 đối tượng nghiên cứu tham gia có độ tuổi trẻ ( $25,49 \pm 6,32$ ), đa phần có tình trạng hôn nhân là độc thân. Khoảng ba phần tư đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh đồng nhiễm. Gần 20% đối tượng nghiên cứu

được tham gia hỗ trợ bởi các nhóm đồng đẳng xã hội. Đặc biệt, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức lo âu ở mức độ bình thường chỉ chiếm khoảng 50%, số còn lại có tình trạng lo âu ở mức độ nhẹ trở lên.

## 2. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV

**Bảng 3. Mức độ tuân thủ điều trị ARV (n = 212)**

Mức độ tuân thủ điều trị	Cao	Trung bình	Thấp
	n (%)	n (%)	n (%)
Phần 1: Đối tượng nghiên cứu tự báo cáo	167 (78,77)	7 (3,30)	38 (17,92)
Phần 2: Thang điểm trực quan	190 (89,62)	11 (5,18)	11 (5,18)
Phần 3: Kiểm tra kiến thức về thuốc ARV	160 (75,47)	12 (5,66)	40 (18,87)
Phần 4: Kiểm đếm số viên trong kỳ	179 (84,43)	2 (0,94)	31 (14,62)
Đánh giá chung	96 (45,28)	92 (43,40)	24 (11,32)
	<b>Mức tuân thủ tối ưu</b>	<b>Mức tuân thủ dưới mức tối ưu</b>	
	96 (45,28)	116 (54,72)	

Trong nghiên cứu này, số đối tượng nghiên cứu có tuân thủ điều trị ở mức tối ưu (chỉ gồm mức độ cao) chiếm gần 50%, còn lại có mức

tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu (gồm mức độ thấp và trung bình) chiếm hơn 50% còn lại.

## 3. Yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị

**Bảng 4. Mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến thể hiện một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu ở nhóm MSM (n = 212)**

Nhóm tuổi	Tuân thủ dưới mức tối ưu		Tuân thủ dưới mức tối ưu	
	OR thô (95% KTC)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (95% KTC)	Giá trị p
16 - 24 tuổi	1		1	
≥ 25 tuổi	1,31 (0,76 - 2,25)	0,336	1,31 (0,68 - 2,51)	0,423

	Tuân thủ dưới mức tối ưu		Tuân thủ dưới mức tối ưu	
	OR thô (95% KTC)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (95% KTC)	Giá trị p
<b>Trình độ học vấn</b>				
Dưới PTTH	1		1	
Hoàn thành PTTH	0,55 (0,22 - 1,34)	0,189	0,63 (0,23 - 1,70)	0,362
Trên PTTH	0,66 (0,29 - 1,49)	0,320	0,64 (0,25 - 1,61)	0,345
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Độc thân	1		1	
Kết hôn/Ly hôn/Góa	2,90 (0,91 - 9,22)	0,071	1,96 (0,55 - 6,95)	0,299
<b>Sống chung với người thân</b>				
Không	1		1	
Có	1,18 (0,68 - 2,04)	0,563	1,50 (0,80 - 2,82)	0,203
<b>Mắc ít nhất 1 đồng nhiễm</b>				
Không	1		1	
Có	0,76 (0,41 - 1,40)	0,378	0,64 (0,30 - 1,34)	0,235
<b>Gặp tác dụng phụ của thuốc ARV</b>				
Không	1		1	
Có	0,81 (0,45 - 1,46)	0,494	0,73 (0,37 - 1,46)	0,379
<b>Hỗ trợ từ bác sĩ</b>				
Không/Hỗ trợ ít	1		1	
Bình thường	1,67 (0,52 - 5,34)	0,385	1,48 (0,41 - 5,39)	0,550
Nhiều/Rất nhiều	1,99 (0,67 - 5,89)	0,213	2,26 (0,69 - 7,39)	0,178
<b>Tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng</b>				
Không	1		1	
Có	1,52 (0,76 - 3,02)	0,235	1,68 (0,75 - 3,75)	0,208
<b>Từng sử dụng đồ uống có cồn</b>				
Không	1		1	
Có	1,37 (0,76 - 2,47)	0,287	1,40 (0,72 - 2,71)	0,322

	Tuân thủ dưới mức tối ưu		Tuân thủ dưới mức tối ưu	
	OR thô (95% KTC)	Giá trị p	OR hiệu chỉnh (95% KTC)	Giá trị p
<b>Mức độ lo âu</b>				
Bình thường (0 - 4)	1		1	
Mức độ nhẹ (5 - 9)	2,72 (1,40 - 5,26)	<b>0,003</b>	2,70 (1,26 - 5,74)	<b>0,010</b>
Mức độ vừa phải (10 - 14)	1,85 (0,75 - 4,57)	0,182	1,47 (0,53 - 4,10)	0,459
Mức độ nghiêm trọng (≥ 15)	0,37 (0,09 - 1,44)	0,152	0,29 (0,06 - 1,34)	0,114
<b>Kỳ thị liên quan đến HIV</b>	1,01 (0,97 - 1,04)	0,729	0,98 (0,94 - 1,04)	0,603
<b>Chất lượng cuộc sống</b>	0,89 (0,80 - 0,99)	<b>0,038</b>	0,86 (0,74 - 0,99)	<b>0,045</b>

$R^2 = 10,7\%$ , giá trị p của mô hình hồi quy logistic đa biến nhỏ hơn 0,05, không có sự tương tác giữa các biến trong mô hình. 95% KTC: 95% khoảng tin cậy

Kết quả mô hình hồi quy đa biến cho thấy: đối tượng nghiên cứu có tình trạng lo âu ở mức nhẹ có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cao hơn so với đối tượng nghiên cứu có mức độ lo âu bình thường (OR hiệu chỉnh = 2,70; 95% CI: 1,26 - 5,74). Bên cạnh đó, khả năng mức tuân thủ dưới mức tối ưu ở người có chất lượng cuộc sống cao hơn 1 điểm chỉ bằng 0,86 lần những người có mức chất lượng cuộc sống thấp hơn 1 điểm (OR hiệu chỉnh = 0,86; 95% CI: 0,74 - 0,99). Nói cách khác, mức độ lo âu tăng là yếu tố tác động tiêu cực đến việc tuân thủ điều trị tốt và chất lượng cuộc sống tăng là các yếu tố có tác động tích cực đến việc tuân thủ điều trị tốt.

#### IV. BÀN LUẬN

Bằng sự hiểu biết của chúng tôi, đây là lần đầu tiên nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị ARV được thực hiện trên nhóm MSM

ở Việt Nam. Kết quả đánh giá bằng bộ công cụ đa chiều cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức tối ưu trên nhóm MSM ở mức thấp (tương ứng là 45,28%). Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu trên nhóm dân số chung nhiễm HIV tại các nước châu Phi năm 2007 (56%), Hà Nội năm 2016 (66,2%) và nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 (82,1%).<sup>16-18</sup> Mặc dù, các nghiên cứu này được thực hiện trên cùng bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều nhưng được thực hiện trên các quần thể bệnh nhân khác nhau. Nghiên cứu ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh đều được thực hiện trên nhóm dân số chung, với độ tuổi khác nhau (tương ứng là  $37 \pm 7,4$  và  $41 \pm 9,6$ ), khác biệt lớn với độ tuổi trung bình của nhóm MSM trong nghiên cứu của chúng tôi ( $25,49 \pm 6,32$ ).<sup>17,18</sup> Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm MSM mới điều trị ARV trong vòng 1 năm, không tuyển dụng đối tượng nghiên cứu có khoảng thời gian điều trị ARV lâu như 2 nghiên cứu trước đó. Đây có thể là một trong các nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV khác nhau trong các nghiên cứu.



Mặt khác, một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng chỉ ra mức độ tuân thủ điều trị ARV ở mức tối ưu trên nhóm MSM cũng dao động rất lớn, từ 30% đến 82%.<sup>7,19,20</sup> Tuy nhiên, mỗi nghiên cứu sử dụng các công cụ đo lường khác nhau, đồng thời cũng thiết lập các ngưỡng tuân thủ điều trị và khoảng thời gian đo lường khác nhau tùy thuộc vào mục đích của nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Fedonni D. và cộng sự, năm 2021, sử dụng ngưỡng tuân thủ điều trị ở mức cao (100%) được định nghĩa là MSM không bị nhớ liều thuốc uống trong 3 ngày gần đây; trong khi đó nghiên cứu trên nhóm MSM khác của tác giả Stacy M. Crim YT và cộng sự, năm 2020, lại sử dụng khoảng thời gian hồi cứu là 30 ngày để tính số liều thuốc bị nhớ.<sup>7,8</sup> Nghiên cứu khác ở Trung Quốc lại định nghĩa việc tuân thủ điều trị tối ưu là uống đúng thời gian cho phép trong vòng 1 giờ theo lịch uống thuốc của bệnh nhân với thời gian hồi cứu là 1 tháng gần đây.<sup>7</sup> Hiện nay, không có định nghĩa về tuân thủ điều trị nào được thống nhất trên quy mô toàn cầu.-

Các yếu tố có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng tuân thủ điều trị của nhóm MSM trong nghiên cứu này có một số phát hiện tương đồng với nghiên cứu khác. Chẳng hạn, yếu tố lo âu làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cũng được phát hiện trong một số nghiên cứu ở nhóm MSM ở Trung Quốc.<sup>9</sup> Chúng tôi thấy rằng tình trạng lo âu ở mức nhẹ có khả năng tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu cao hơn so với nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ lo âu bình thường, các mức độ lo âu nặng hơn lại tác động không có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị dưới mức tối ưu so với nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ lo âu bình thường. Tuy nhiên, nếu gộp mức độ lo âu nhẹ với các mức độ lo âu cao hơn, chúng tôi cũng tìm thấy sự tác động có ý nghĩa thống kê của nhóm đối tượng nghiên cứu có mức lo âu nhẹ trở lên có nguy cơ tuân thủ điều trị dưới

mức tối ưu cao hơn so với nhóm có mức độ lo âu bình thường.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện thấy: chất lượng cuộc sống tăng có nguy cơ làm giảm tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu, đồng nghĩa với việc bệnh nhân có mức độ tuân thủ điều trị tốt hơn. Điều này tương đồng với những phát hiện trước đây trên nhóm dân số chung đang điều trị ARV và nhóm MSM nói riêng.<sup>21-23</sup> Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống có tác động qua lại với nhau.<sup>24</sup> Tuân thủ điều trị không những góp phần cải thiện kết quả lâm sàng điều trị HIV, mà còn nâng cao mức chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chất lượng cuộc sống cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị, những người có chất lượng cuộc sống tốt hơn có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn.<sup>24</sup> Mặc dù, nghiên cứu này của chúng tôi thấy rằng lo âu có ảnh hưởng đến mức tuân thủ điều trị, tuy nhiên để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị, không những cần tập trung can thiệp về các yếu tố tâm lý sức khỏe tinh thần của cá nhân người bệnh, mà cần quan tâm rộng hơn nữa về các vấn đề của chất lượng cuộc sống xung quanh bệnh nhân như các yếu tố về xã hội, sự hỗ trợ của gia đình, trình độ nhận thức về sức khỏe, sự kỳ thị, tiền sử điều trị ARV (thời gian điều trị ARV, mức độ tuân thủ), tần suất hay liều lượng sử dụng rượu và các chất gây nghiện.

Nghiên cứu có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang không thể dùng để kết luận mối quan hệ nhân quả. Các nghiên cứu trong tương lai nên sử dụng các thiết kế can thiệp và theo dõi dọc mới có thể xác nhận được yếu tố lo âu và chất lượng cuộc sống làm thay đổi mức độ tuân thủ điều trị. Thứ hai, nghiên cứu tuyển chọn đối tượng tham gia tại các phòng khám trên địa bàn nội thành, chưa tuyển chọn được bệnh nhân đang điều trị các phòng khám khu vực miền núi, nông thôn của Hà Nội nên chưa đánh giá hết

được thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng khác đến tuân thủ điều trị. Thứ ba, một số thông tin được thu thập qua phỏng vấn đối tượng nghiên cứu và việc nhớ lại không chính xác cũng như xu hướng bệnh nhân muốn làm hài lòng người phỏng vấn.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức tối ưu trên nhóm MSM ở một số phòng khám tại Hà Nội còn thấp. Đo lường tuân thủ điều trị là bước đầu tiên để định hướng cho các can thiệp. Để cải thiện việc tuân thủ điều trị ARV ở nhóm MSM cần thực hiện các can thiệp hỗ trợ trên những nhóm nguy cơ tuân thủ dưới mức tối ưu như mắc các rối loạn về sức khỏe tinh thần (lo âu) và có mức chất lượng cuộc sống thấp. Đây chính là cơ sở để xây dựng các biện pháp can thiệp để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị cho nhóm MSM điều trị ARV.

## LỜI CẢM ƠN

Tác giả xin cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng các 3 phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Nam Từ Liêm, Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai, Khoa Bệnh Nhiệt đới và can thiệp giảm hại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã hỗ trợ trong quá trình triển khai nghiên cứu. Trân trọng gửi lời cảm ơn tới tất cả đối tượng nghiên cứu tại 3 phòng khám ngoại trú đã tham gia.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. *2023 UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE*. 2023. <https://www.unaids.org/en>.
2. UNAIDS. *Global HIV statistics - Fact sheet 2023*. 2023. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf).
3. UNAIDS. Country Viet Nam 2021. doi:<https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam>

4. Viet Nam Ministry of Health. Viet Nam HIV/AIDS Estimates and Projections 2007-2012. 4/2009 2009: 50.

5. Le Minh Giang. *THE HANOI MSM (HIM Hanoi) STUDY: Evidence for action on HIV epidemic among MSM HIM. Presented at: Disermination workshop at 9/27/2019; 2019; Hanoi Medical University, in Hanoi, Vietnam*. 2019.

6. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. Apr 15 2002; 34(8): 1115-21. doi:10.1086/339074.

7. Daniele Fedonn, Justin R Buendia, Sabeena C Sears, Osaro O Mgbere, Margaret L Vaale, Osaro O Mgbere. Factors Associated with ART Adherence among MSM Receiving Medical Care in Texas. *Journal of behavioral health*. 2021; 9(2): 1-10.

8. Quinn KG, Voisin DR. ART adherence among men who have sex with men living with HIV: key challenges and opportunities. *Current HIV/AIDS reports*. 2020-8 2020; 17(4): 290-300. doi:10.1007/s11904-020-00510-5.

9. Tao J, Qian HZ, Kipp AM, et al. Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM. *AIDS*. Jan 28 2017; 31(3): 401-406. doi:10.1097/QAD.0000000000001287.

10. Liu JY, Sun LQ, Hou YY, et al. Barriers to early diagnosis and treatment of severely immunosuppressed patients with HIV-1 infection: A quantitative and qualitative study. *HIV Medicine*. 2020; 21(11): 708-717. doi:<https://doi.org/10.1111/hiv.13028>.

11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams

- JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(10): 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
12. WHO. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). 2010.
13. Reinius M, Wettergren L, Wiklander M, Svedhem V, Ekström AM, Eriksson LE. Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and quality of life outcomes*. May 30 2017; 15(1): 115. doi:10.1186/s12955-017-0691-z.
14. WHO. Mental health: evidence and research department of mental health and substance dependence world health organization geneva. WHO. 2012, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-02>.
15. Tran BX. Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. *PloS one*. 2012; 7(7): e41062. doi:10.1371/journal.pone.0041062.
16. Gavin Steel JN, Mohan P, Joshi. Development of a Multi-method tool to measure ART adherence in resource-constrained settings: The South Africa Experience. 2007; the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program.
17. Đào Đức Giang, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Dương. Thực trạng tuân thủ điều trị kháng Retrovirus tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27(9).
18. Lê Tấn Đạt, Phạm Thị Vân Phương. Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm HIV tại khoa tham vấn và hỗ trợ Y học TP Hồ Chí Minh 2022; 26(2).
19. Jiao K, Liao M, Liu G, et al. Impact of antiretroviral therapy (ART) duration on ART adherence among men who have sex with men (MSM) living with HIV in Jinan of China. *AIDS research and therapy*. Nov 24 2022; 19(1): 55. doi:10.1186/s12981-022-00482-z.
20. Stacy M. Crim YT, Linda Beer, John Weiser, Sharoda Dasgupta,. Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Positive Hispanic and Latino Men Who Have Sex with Men - United States, 2015 - 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; (69)(40): 1437-1442.
21. Byansi W, Nabunya P, Muwanga J, et al. The relationship between life satisfaction, personal health, quality of life, and medication adherence among adolescents living with HIV in southwestern Uganda. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*. Jul 2023; 31(7): 1177-1184. doi:10.1007/s10389-021-01632-9.
22. e Silva AC, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Revista latino-americana de enfermagem*. Nov-Dec 2014; 22(6): 994-1000. doi:10.1590/0104-1169.3534.2508.
23. Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in Zhejiang Province, China. *PloS one*. 2015; 10(8): e0135705. doi:10.1371/journal.pone.0135705.
24. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. Jan 2005; 17(1): 10-22. doi:10.1080/09540120412331305098.

## Summary

### ADHERENCE SITUATION AND ASSOCIATED FACTORS WITH ARV ADHERENCE AMONG MEN HAVE SEX WITH MEN

This cross-sectional descriptive study aimed to describe ARV treatment adherence and factors associated with adherence among 212 HIV infected men who have sex with men (MSM) at some outpatient clinics in Hanoi. The average age of the participants were  $25.49 \pm 6.32$  years. The rate of optimal adherence to ARV was 45.28%. Multivariable logistic regression model showed that MSM with mild anxiety were significantly more likely to have suboptimal treatment adherence than those with normal anxiety levels (aOR = 2.70; 95%CI: 1.26 – 5.74). Additionally, for every 1 point increase in quality of life score, the odds of suboptimal compliance decreased by 14% (aOR = 0.86; 95%CI: 0.74 – 0.99). This study highlighted the concerning low rate of optimal ARV treatment among MSM. In order to improve ARV adherence among MSM in outpatient settings, it is necessary to implement interventions targeted to group with suboptimal ART adherence and those who had mental health disorders (anxiety) and low quality of life.

**Keywords:** ARV, HIV/AIDS, adherence, MSM.s.