

# MỨC ĐỘ HỖ TRỢ CỦA GIA ĐÌNH CHO BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ HIV MUỘN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2017

Lê Minh Giang<sup>1,2,✉</sup>, Đào Thị Diệu Thúy<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Trang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lâm dụng chất và HIV

*Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu mô tả mức độ hỗ trợ của gia đình đối với người nhiễm HIV điều trị muộn và một số yếu tố liên quan. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 242 bệnh nhân điều trị HIV muộn tại thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) năm 2017. Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên, sống ở TPHCM ít nhất 6 tháng, chưa từng điều trị ARV và số lượng CD4 khi đăng ký điều trị dưới 100 tế bào/mm<sup>3</sup>. Kết quả cho thấy hỗ trợ đối tượng nhận được từ gia đình hầu hết tập trung vào hỗ trợ liên quan HIV và chăm sóc sức khỏe, rất ít hỗ trợ khác. Có gia đình hạt nhân (bố/mẹ hoặc vợ/chồng) là điều kiện thuận lợi (aOR=10,2; 95% CI: 4,4 – 23,9) để nhận được hỗ trợ so với mối quan hệ khác (anh/chị/em ruột, anh/em họ, họ hàng). Đã tiết lộ với gia đình về tình trạng nhiễm HIV (aOR=6,9; 95% CI: 2,7 – 17,3) và nhóm tuổi ≥40 so với nhóm <30 tuổi (aOR=3,2; 95% CI: 1,1 – 9,7) cũng là các yếu tố thuận lợi để nhận được hỗ trợ nhiều. Các can thiệp nên tập trung vào nhóm bệnh nhân nhiễm HIV trẻ tuổi, không có/không nhận được hỗ trợ từ gia đình hạt nhân và chưa tiết lộ tình trạng nhiễm HIV.*

**Từ khóa:** điều trị ARV muộn, HIV, hỗ trợ gia đình.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cuộc chiến với đại dịch HIV/AIDS những năm qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu đáng kể trong công tác dự phòng và điều trị HIV/AIDS.<sup>1</sup> Song song với nỗ lực mở rộng độ bao phủ của điều trị ARV, các tiêu chí đối với bệnh nhân để bắt đầu điều trị ARV cũng được nới lỏng với mục đích liên kết bệnh nhân vào điều trị kịp thời hơn, cho ví dụ, tiêu chuẩn số lượng tế bào (TB) CD4 vào điều trị cần dưới 200 TB/mm<sup>3</sup> năm 2005 được thay đổi thành điều trị ngay khi phát hiện nhiễm HIV.<sup>1,2</sup> Mặc dù nhiều nỗ lực khác để rà soát ca bệnh, bệnh nhân vào điều trị HIV muộn với số lượng CD4 tại thời điểm vào điều trị thấp vẫn còn chiếm tỷ lệ cao.<sup>3,4</sup> Khoảng 45% người nhiễm HIV vào điều trị tại một số phòng khám ngoại trú ARV tại

khu vực Đồng Bằng sông Cửu Long năm 2014 đã trì hoãn đăng ký điều trị và CD4 tại thời điểm đăng ký là rất thấp (65 TB/mm<sup>3</sup>).<sup>5</sup>

Trong bối cảnh Việt Nam, các quan điểm của gia đình người nhiễm HIV đóng vai trò quan trọng trong việc định hình trải nghiệm với HIV và tiếp cận dịch vụ y tế của người nhiễm HIV.<sup>6,7</sup> Hỗ trợ của gia đình đối với người nhiễm HIV là rất quan trọng trên những phương diện tài chính, tinh cảm và chăm sóc sức khỏe.<sup>8</sup> Một nghiên cứu ở Việt Nam trong nhóm tiêm chích ma túy nhiễm HIV năm 2016 chỉ ra đối tượng nhận được mức độ hỗ trợ cao hơn khi gia đình biết được tình trạng nhiễm HIV của người thân họ.<sup>8</sup> Nghiên cứu trên thế giới cũng gợi ý một số yếu tố làm mờ nhạt sự hỗ trợ của gia đình, mối quan hệ hay chức năng gia đình của người nhiễm HIV, bao gồm trải nghiệm gánh nặng chăm sóc và kinh tế,<sup>9–11</sup> mức độ ít thân thiết của mối quan hệ giữa người chăm sóc và người nhận chăm sóc,<sup>12</sup> tình trạng vẫn còn sử dụng

*Tác giả liên hệ: Lê Minh Giang*

*Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội*

*Email: leminhgiang@hmu.edu.vn*

*Ngày nhận: 03/06/2021*

*Ngày được chấp nhận: 18/07/2021*

chất gây nghiện ở người nhiễm HIV,<sup>13</sup> tự kỳ thị và giữ khoảng cách ở người nhiễm HIV.<sup>14</sup>

Theo hiểu biết của chúng tôi, các nghiên cứu mô tả về những loại hình hỗ trợ của gia đình cho nhóm bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt hạn chế hơn trong nhóm bệnh nhân tiếp cận điều trị HIV muộn. Hiểu biết về mức độ và các yếu tố liên quan đến hỗ trợ của gia đình cho nhóm bệnh nhân tiếp cận điều trị HIV muộn có thể giúp đưa ra những định hướng can thiệp cho nhóm đối tượng đích này. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Là bệnh nhân đăng ký và điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú ARV tại TPHCM từ tháng 1/2017 đến tháng 7/2017 đủ các tiêu chí lựa chọn tham gia.

Tiêu chí lựa chọn bao gồm:

- (1) tuổi từ 18 trở lên;
- (2) sống ở TPHCM ít nhất 6 tháng tới thời điểm đăng ký điều trị ARV;
- (3) chưa từng điều trị ARV;
- (4) có số lượng tế bào CD4 thời điểm đăng ký dưới 100 TB/mm<sup>3</sup>;
- (5) hoàn thành bản thỏa thuận và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang triển khai trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 7/2017.

#### Cỡ mẫu

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

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{1-p}{p \cdot (\epsilon)^2} = 1,96^2 \cdot \frac{1-0,904}{0,904 \cdot (0,045)^2}$$

Trong đó,  $p = 0,904$  là tỷ lệ người nhiễm HIV tự báo cáo họ nhận được hỗ trợ từ gia đình tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu, lấy từ một nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2017;<sup>14</sup> sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể chọn  $\epsilon = 0,045$ ; mức ý nghĩa thống kê chọn  $\alpha = 0,05$  nên  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Dự phòng 10% đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, vậy cỡ mẫu cần thiết là 213 người. Thực tế, nghiên cứu tuyển chọn được 242 người.

#### Chọn mẫu

Từ tháng 1/2017 đến hết tháng 7/2017, tất cả bệnh nhân đăng ký điều trị ARV mới tại 25 phòng khám điều trị ngoại trú ARV tại TPHCM được sàng lọc tiêu chí số lượng CD4 dựa trên bệnh án điện tử. Những bệnh nhân có số lượng CD4 dưới 100 tế bào/mm<sup>3</sup> được lựa chọn để điều tra viên tiến hành sàng lọc qua điện thoại hoặc trực tiếp các tiêu chí lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên, sống ở TPHCM ít nhất 6 tháng, chưa từng điều trị ARV. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi cấu trúc.

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

Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính khi sinh, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp, thu nhập trung bình/tháng trong 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV.

Bảng nhận diện gia đình: Gồm một số thông tin liên quan đến người sống chung và/hoặc được đối tượng nghiên cứu tự đánh giá có những hỗ trợ trực tiếp và quan trọng cho đối tượng nghiên cứu trong 3 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV, thông tin này bao gồm: mối quan hệ đối với đối tượng nghiên cứu (bao gồm: bố/mẹ, vợ/chồng, con cái, anh/chị/em ruột, anh/chị/em họ, họ hàng, mối quan hệ khác), có biết tình trạng nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu không, mức độ hỗ trợ cho đối tượng nghiên cứu (các mức độ bao gồm: hỗ trợ nhiều, vừa phải, ít hoặc rất ít).

Đặc điểm hỗ trợ gia đình: là câu hỏi bán mở (semi-open question) các loại hình hỗ trợ đối tượng nghiên cứu nhận được trong 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV. Các loại hình hỗ trợ cụ thể đưa ra sẵn gồm hai nhóm: (1) các hỗ trợ liên quan đến HIV như đưa ra lời khuyên đăng ký điều trị ARV, và (2) các hỗ trợ không liên quan đến HIV như cung cấp phương tiện đi lại để sử dụng hàng ngày. Với mỗi loại hình hỗ trợ cụ thể, đối tượng sẽ trả lời “Có” hoặc “Chưa từng” nhận được. Câu hỏi bán mở còn gồm phương án khác để đối tượng tự mô tả nếu họ có thêm bất kỳ loại hình hỗ trợ nào, sau đó thông tin này được mã hóa (coding) vào các loại hình hỗ trợ có sẵn theo nội dung phù hợp.

Các thang đo sử dụng trong nghiên cứu được hoàn chỉnh sau nhiều vòng góp ý của chuyên gia từ tổ chức ANRS – Cộng hòa Pháp và Đại học Y Hà Nội, sau đó được thử nghiệm trên nhóm nhỏ bệnh nhân, và chỉnh sửa cho phù hợp bởi Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lạm dụng chất và HIV, Đại học Y Hà Nội.

### III. KẾT QUẢ

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

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 242)**

Đặc điểm	n	% hoặc $\bar{X} \pm SD$
<b>Tuổi khi đăng ký điều trị ARV</b>		
Trung vị (IQR)	242	34,8 ± 8,8 32,7 (27,2 - 39,6)
< 20	2	0,8%
20 - < 30	91	37,6%
30 - < 40	95	39,3%
≥ 40	54	22,3%
<b>Giới</b>		
Nam	203	83,9%
Nữ	39	16,1%

#### 3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập thông qua nền tảng online Surveymonkey trên máy tính bảng. Sau khi hoàn thành thu thập, dữ liệu được làm sạch và phân tích trên phần mềm STATA/MP 14.0. 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. Biến phụ thuộc của nghiên cứu là mức độ nhận được hỗ trợ nhiều từ thành viên gia đình (những người được đối tượng nghiên cứu tự liệt kê trong bảng nhận diện gia đình), so sánh với mức độ nhận được hỗ trợ ít. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để mô tả một số yếu tố liên quan đến biến phụ thuộc này. Sử dụng chỉ số  $R^2$  và giá trị p của mô hình để định hướng lựa chọn mô hình đa biến phù hợp.

#### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (QĐ 196/HĐĐĐĐHYHN, ngày 20/9/2016).

Đặc điểm	n	% hoặc $\bar{X} \pm SD$
<b>Trình độ học vấn cao nhất</b>		
Không biết chữ/tiểu học	38	15,7%
Trung học cơ sở	70	28,9%
Trung học phổ thông	67	27,7%
Hiện đang học đại học/cao đẳng	12	5,0%
Đã tốt nghiệp đại học/cao đẳng	55	22,7%
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	130	53,7%
Đã kết hôn/sống cùng bạn tình	91	37,6%
Ly thân/ly hôn/ly dị/góa	21	8,7%
<b>Nghề nghiệp</b>		
Nghề nghiệp được trả lương đều đặn hàng tháng	135	55,8%
Thu nhập không ổn định	107	44,2%
<b>Thu nhập trung bình/tháng (median, IQR) trong 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV</b>		6 (4 – 8)
Dưới 6 triệu VNĐ	141	58,3%
Từ 6 triệu VNĐ trở lên	101	41,7%
<b>Số lượng tế bào CD4 thời điểm đăng ký điều trị ARV</b>		238 <sup>a</sup>
Trung bình $\pm$ SD		39,7 $\pm$ 28,5
Trung vị (IQR)		35 (15 – 61)
Min – Max		1 – 99

SD: độ lệch chuẩn (Standard Deviation); IQR: khoảng tứ phân vị; VNĐ: Việt Nam đồng; <sup>a</sup> giá trị thiếu kết quả cụ thể số lượng CD4 tuy nhiên đã được xác nhận dưới 100 tế bào/mm<sup>3</sup>.

Bảng 1 mô tả một số đặc điểm nhân khẩu học và số lượng tế bào CD4 của đối tượng tham gia nghiên cứu. Hai nhóm tuổi chiếm đa số là từ 20 – 30 và 30 – 39 với 37,6% và 39,3%. Phần lớn là nam giới (83,9%). Có 22,7% đối tượng đã hoàn thành chương trình đại học/cao đẳng, bên cạnh đó, cũng có tới 15,7% và

28,9% đối tượng học vấn lần lượt dưới tiểu học cơ sở và dưới trung học cơ sở. Hơn một nửa chưa lập gia đình (53,7%) và có nghề nghiệp được trả lương hàng tháng (55,8%). Số lượng CD4 thời điểm vào đăng ký điều trị khá thấp với giá trị trung vị 35 TB/mm<sup>3</sup>.

## 2. Đặc điểm và mức độ hỗ trợ gia đình cho bệnh nhân điều trị HIV muộn

Bảng 2. Hỗ trợ gia đình cho bệnh nhân điều trị HIV muộn (n = 242)

Đặc điểm	n	%
<b>Những hỗ trợ đối tượng nghiên cứu nhận được từ gia đình trong 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV (% có)</b>	242	
Cho phương tiện để sử dụng hàng ngày	127	56,4%
Khuyến đi điều trị ARV	185	79,1%
Giúp chuẩn bị hồ sơ điều trị ARV	153	70,8%
Nói chuyện chia sẻ lo lắng về HIV	162	76,8%
Chi trả/hỗ trợ chi phí chăm sóc sức khỏe	133	67,2%
Mua vitamin và thuốc bổ để bồi dưỡng	167	72,9%
Chăm sóc khi nhập viện	181	90,1%
Hỗ trợ vay vốn làm ăn	52	26,0%
Hỗ trợ tìm việc làm	38	19,7%
<b>Tần suất nói chuyện/thảo luận về các vấn đề liên quan tới HIV với gia đình trong vòng 3 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV</b>	241	
Không bao giờ hoặc rất ít lần	94	39,0%
Vài lần mỗi tháng	147	61,0%
<b>Tiết lộ với thành viên gia đình về tình trạng nhiễm HIV của mình ít nhất 3 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV</b>	242	
Không	34	14,1%
Có	208	85,9%
<b>Mức độ nhận được hỗ trợ từ những thành viên được đối tượng tự báo cáo và liệt kê trong bảng nhận diện gia đình</b>	242	
Ít hoặc không nhận được hỗ trợ	42	17,4%
Nhận được hỗ trợ nhiều	200	82,6%

Bảng 2 mô tả một số loại hình hỗ trợ cụ thể đối tượng nghiên cứu nhận được từ thành viên gia đình trong vòng 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV và biến phụ thuộc (mức độ hỗ trợ nhiều hay ít) dựa trên tự đánh giá bởi đối tượng nghiên cứu. Hầu hết đối tượng nghiên cứu nhận hỗ trợ chăm sóc khi nhập viện (90,1%), đa số được khuyến đi điều trị ARV (79,1%).

Có 76,8% đối tượng nhận được hỗ trợ là họ được nói chuyện chia sẻ lo lắng về vấn đề HIV để cùng tìm cách giải quyết, tuy nhiên về mức độ thường xuyên thì chỉ có 61,0% báo cáo nói chuyện thường xuyên (vài lần/tháng) với gia đình về các vấn đề HIV. Các hỗ trợ khác như vay vốn làm ăn hoặc hỗ trợ tìm việc làm tương đối thấp với 26,0% và 19,7%. Khoảng 85,9%

đối tượng nghiên cứu đã tiết lộ với thành viên gia đình về tình trạng nhiễm HIV của mình. Có 82,6% đối tượng tự đánh giá là nhận được mức độ hỗ trợ nhiều từ gia đình.

### 3. Yếu tố liên quan đến mức độ hỗ trợ cho bệnh nhân điều trị HIV muộn

**Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến một số yếu tố liên quan tới mức độ hỗ trợ nhiều cho bệnh nhân điều trị HIV muộn**

Đặc điểm	Logistic đơn biến	Logistic đa biến	
	cOR (95% CI)	aOR (95% CI)	p value
<b>Tuổi khi đăng ký điều trị</b>			
< 30	1	1	
30 – < 40	1,4 (0,7 – 3,1)	1,8 (0,7 – 4,3)	0,19
≥ 40	1,8 (0,7 – 4,4)	3,2 (1,1 – 9,7)	0,04
<b>Thu nhập trung bình/tháng trong 12 tháng trước khi đăng ký điều trị ARV</b>			
< 6 triệu VNĐ	1	1	
≥ 6 triệu VNĐ	0,8 (0,4 – 1,6)	1,1 (0,5 – 2,4)	0,88
<b>Thành viên trong danh sách nhận diện gia đình*</b>			
Mối quan hệ khác	1	1	
Bố/mẹ hoặc vợ/chồng	7,4 (3,6 – 15,4)	10,2 (4,4 – 23,9)	< 0,001
<b>Tiết lộ với thành viên gia đình về tình trạng nhiễm HIV của mình</b>			
Không	1	1	
Có	6,2 (2,8 – 13,7)	6,9 (2,7 – 17,3)	< 0,001

$R^2 = 23,63\%$ ; giá trị p của mô hình hồi quy logistic đa biến nhỏ hơn 0,001; đã kiểm tra không có hiện tượng collinearity giữa biến “thành viên trong danh sách bảng nhận diện gia đình” và biến “tiết lộ tình trạng HIV với thành viên gia đình”

Bảng 3 trình bày kết quả hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến nhận được hỗ trợ nhiều từ thành viên gia đình. Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy, có thành viên gia đình hạt nhân (bao gồm bố/mẹ hoặc vợ/chồng) được liệt kê trong danh sách nhận diện gia đình, so với tất cả mối quan hệ khác (như anh/chị/em ruột, anh/em họ, họ hàng)

có khả năng nhận được mức độ hỗ trợ nhiều (aOR=10,2; 95% CI: 4,4 – 23,9). Đã tiết lộ với gia đình về tình trạng nhiễm HIV của bản thân có khả năng thuộc nhóm nhận được hỗ trợ nhiều (aOR=6,9; 95% CI: 2,7 – 17,3). Bên cạnh đó, nhóm tuổi cao (≥ 40 tuổi) cũng có khả năng thuộc nhóm nhận được hỗ trợ nhiều so với nhóm tuổi dưới 30 tuổi (aOR = 3,2; 95% CI: 1,1 – 9,7). Các

đặc điểm khác không có ý nghĩa trong mô hình đơn biến (không trình bày bảng) bao gồm: học vấn của bệnh nhân điều trị HIV muộn, có/không có hộ khẩu ở TP.HCM, bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao (nam quan hệ tình dục đồng giới, tiêm chích ma túy) hay nguy cơ ít.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các loại hình hỗ trợ bệnh nhân điều trị HIV muộn nhận được từ gia đình hầu hết tập trung vào các hỗ trợ liên quan HIV và chăm sóc sức khỏe. Tỷ lệ nhận được hỗ trợ nhiều từ gia đình và tỷ lệ đã tiết lộ tình trạng nhiễm HIV với gia đình ở đối tượng nghiên cứu tương đối cao và tương đồng với nghiên cứu khác cùng khu vực.<sup>14</sup> Gia đình hạt nhân và tiết lộ tình trạng nhiễm HIV thể hiện vai trò chính trong việc tăng khả năng nhận được hỗ trợ trong nhóm bệnh nhân này.

Có thể thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu nhận được những hỗ trợ liên quan đến HIV và chăm sóc sức khỏe nói chung như khuyến đi điều trị ARV, chuẩn bị hồ sơ đăng ký điều trị ARV, hoặc chăm sóc khi nhập viện. Những hỗ trợ liên quan đến việc kết nối bệnh nhân tham gia lại vào lực lượng lao động (gồm hỗ trợ tìm việc, vay vốn làm ăn, cung cấp phương tiện đi lại) là tương đối thấp. Điều này phù hợp với thực tế nhóm đối tượng trong nghiên cứu tiếp cận điều trị HIV khi mức CD4 rất thấp, khả năng xuất hiện các biểu hiện của nhiễm trùng cơ hội và sức khỏe rất yếu.<sup>15</sup>

Bảng nhận diện gia đình được sử dụng để đối tượng nghiên cứu tự đánh giá và liệt kê tất cả người hiện sống chung và/hoặc có hỗ trợ quan trọng cho họ. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc có thành viên gia đình hạt nhân (bố/mẹ hoặc vợ/chồng) được liệt kê trong danh sách này là yếu tố có liên quan mạnh tới khả năng bệnh nhân được nhận mức độ hỗ trợ nhiều. Điều này tương đối phù hợp, nghiên cứu trước đây cũng

cho thấy có đến khoảng 60 - 80% nhiễm HIV (đồng thời tiêm chích ma túy) đang sống cùng bố mẹ hoặc bạn đời,<sup>16,17</sup> và chủ yếu nhận hỗ trợ từ nhóm thành viên gia đình này ở khía cạnh các hỗ trợ liên quan chăm sóc sức khỏe.<sup>8</sup> Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy các gánh nặng chăm sóc, hệ quả về sức khỏe tâm thần trong nhóm thành viên gia đình<sup>9-11</sup> cũng là yếu tố làm mờ nhạt vai trò chăm sóc của họ. Vì vậy, chúng tôi cho rằng các hỗ trợ là cấp thiết cho nhóm thành viên gia đình hạt nhân của người bệnh vào điều trị HIV muộn.

Tiết lộ tình trạng nhiễm HIV với người thân cũng được nhấn mạnh lại một lần nữa trong nghiên cứu của chúng tôi khi yếu tố này thể hiện mối liên quan rõ ràng làm tăng khả năng nhận được hỗ trợ ở bệnh nhân điều trị HIV muộn. Kết quả này được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trên thế giới<sup>14,18</sup> và ở Việt Nam,<sup>6,8</sup> rằng người nhiễm HIV khi bộc lộ tình trạng nhiễm HIV có cơ hội nhận được nhiều hỗ trợ từ gia đình và bạn bè hơn. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm tuổi lớn hơn 40 có khả năng nhận được hỗ trợ cao hơn nhóm dưới 30 tuổi, điều này cho thấy nhu cầu cấp thiết những hỗ trợ cho nhóm người nhiễm HIV trẻ tuổi.

Nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang nên không thể dùng để kết luận mối quan hệ nhân quả. Thứ hai, thang đo định lượng về loại hình hỗ trợ cụ thể cho người nhiễm HIV (Bảng 2) chưa được sử dụng trong các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam, do đó thang đo có thể hạn chế trong khái quát hóa các loại hỗ trợ trên thực tế.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phát hiện hơn 70% hỗ trợ cho bệnh nhân điều trị HIV muộn liên quan tới HIV và chăm sóc sức khỏe, rất ít các hỗ trợ liên quan đến việc kết nối bệnh nhân tham gia lại



vào lực lượng lao động. Có 82,6% tự báo cáo nhận được hỗ trợ ở mức độ nhiều từ thành viên gia đình. Gia đình hạt nhân có vai trò trung tâm trong việc cung cấp hỗ trợ cho bệnh nhân điều trị HIV muộn tại TPHCM. Tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của bản thân với thành viên gia đình có vai trò cải thiện khả năng nhận được mức độ hỗ trợ ở nhóm bệnh nhân này. Bên cạnh đó, nhóm tuổi cao hơn 40 nhận được hỗ trợ nhiều hơn nhóm dưới 30 tuổi. Nghiên cứu kết luận vai trò quan trọng của gia đình hạt nhân và việc tiết lộ tình trạng nhiễm HIV đối với việc cung cấp các hỗ trợ cho người nhiễm HIV; cần thêm các can thiệp tập trung vào nhóm người nhiễm HIV trẻ tuổi, hiện không sống cùng/không có sự hỗ trợ từ gia đình hạt nhân và chưa tiết lộ tình trạng nhiễm HIV với gia đình.

## LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu thực hiện bởi Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lâm dụng chất và HIV (CREATA-H), trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu là một phần của Dự án Nghiên cứu ANRS 12351 được tài trợ bởi Cơ quan nghiên cứu Quốc gia về AIDS và các bệnh viêm gan, Cộng hòa Pháp (ANRS). Tác giả xin cảm ơn sự hỗ trợ của Trung tâm, Trường Đại học Y Hà Nội, đơn vị tài trợ, và tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vietnam Administration of AIDS Center. Báo Cáo Tổng Kết Công Tác Phòng Chống HIV/AIDS Năm 2015 và Định Hướng Kế Hoạch Năm 2019 (Report: 2015 HIV Prevention and the Strategies for 2016). Ministry of Health; 2016.
2. Bộ Y Tế (Ministry of Health). Hướng dẫn quản lý điều trị và chăm sóc hiv/aids (national guideline of comprehensive hiv care and treatment). 1st Edition.
3. Tran DA, Shakeshaft A, Ngo AD, et al. Structural barriers to timely initiation of

antiretroviral treatment in Vietnam: findings from six outpatient clinics. *PloS One*. 2012;7(12):e51289.

4. Koirala S, Deuba K, Nampaisan O, Marrone G, Ekström AM. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia - A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS ONE*. 2017;12(5).

5. Rangarajan S, Tram HNB, Todd CS, et al. Risk factors for delayed entrance into care after diagnosis among patients with late-stage HIV disease in southern Vietnam. *PloS One*. 2014;9(10):e108939.

6. Salter ML, Go VF, Minh NL, et al. Influence of perceived secondary stigma and family on the response to HIV infection among injection drug users in Vietnam. *AIDS Educ Prev*. 2010;22(6):558–570.

7. Fredriksen-Goldsen KI, Shiu C-S, Starks H, et al. “You Must Take the Medications for You and for Me”: Family Caregivers Promoting HIV Medication Adherence in China. *AIDS Patient Care STDs*. 2011;25(12):735-741.

8. Ngọc LB, Ly AT, Hòa TT, Giang LM. Hỗ trợ của gia đình đối với nam tiêm chích ma túy nhiễm hiv tại Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2016;99(1):173-181.

9. Chauhan R, Rai S, Kant S, Lodha R, Kumar N, Singh N. Burden among caregivers of children living with human immunodeficiency virus in North India. *North Am J Med Sci*. 2016;8(3):129.

10. Turner HA, Catania JA. Informal Caregiving to Persons with AIDS in the United States: Caregiver Burden Among Central Cities Residents Eighteen to Forty-Nine Years Old. *Am J Community Psychol*. 1997;25(1):35–59.

11. Oluwagbemiga AE. HIV/AIDS and family support systems: A situation analysis



of people living with HIV/AIDS in Lagos State. *SAHARA J J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2007;4(3):668-677.

12. Lester P, Stein JA, Bursch B, et al. Family-Based Processes Associated with Adolescent Distress, Substance Use and Risky Sexual Behavior in Families Affected by Maternal HIV. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39(3):328-340.

13. Li X, Wang H, He G, Fennie K, Williams AB. Shadow on My Heart: A Culturally Grounded Concept of HIV Stigma Among Chinese Injection Drug Users. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23(1):52-62.

14. Xu J-F, Ming Z-Q, Zhang Y-Q, Wang P-C, Jing J, Cheng F. Family support, discrimination, and quality of life among ART-treated HIV-infected patients: a two-year study in China.

*Infect Dis Poverty*. 2017;6(1):152.

15. Li M-C, Ko N-Y, Wang L-Y. The moderator effect of retention in care on late presentation in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2020;32(1):93-97.

16. Tran BX, Ohinmaa A, Duong AT, et al. Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Qual Life Res*. 2012;21(4):613-623.

17. Go VF, Frangakis C, Nam LV, et al. Characteristics of High-Risk HIV-Positive IDUs in Vietnam: Implications for Future Interventions. *Subst Use Misuse*. 2011;46(4):381-389.

18. Maman S, van Rooyen H, Groves AK. HIV Status Disclosure to Families for Social Support in South Africa (NIMH Project Accept/HPTN 043). *AIDS Care*. 2014;26(2):226-232.

## Summary

### FAMILY SUPPORT AMONG LATE PRESENTERS INTO ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN HO CHI MINH CITY, 2017

This paper aims to describe the level of family support among HIV-positive individuals who presented late into antiretroviral (ARV) treatment and examine factors associated with high level of family support. A cross-sectional analysis was conducted with 242 late presenters into ARV in Ho Chi Minh City (HCMC) in 2017. Eligible criteria were (1) aged 18 or above; (2) had been living in HCMC at least 6 months; (3) never took ARV before; (4) had CD4 count of less than 100 cells/mm<sup>3</sup> at registration time and (5) agreed to participate in the study. The results showed that most types of family support were related to HIV and general health care. Having nuclear family members (parents, spouse) as supporters significantly increased the likelihood of receiving high level of support (aOR=10.2; 95% CI: 4.4 – 23.9) compared to those who had supporters of other relations (e.g. siblings, relatives). Those who disclosed HIV status with family members (aOR=6.9; 95% CI: 2.7 – 17.3); aged ≥ 40 (vs. <30 years old, aOR=3.2; 95% CI: 1.1 – 9.7) were also more likely to be received support. Future interventions should pay attention to groups of young HIV patients who do not have nuclear family members as supporters and have not disclose their HIV status.

**Keywords:** late presentation, HIV, family support.