

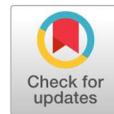


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;28(8):62-69

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.08.08>



Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025

Lê Nữ Thanh Uyên^{1*}, Nguyễn Duy Phong¹, Lê Thanh Huy¹, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan¹

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sự phát triển của điều trị ARV đã góp phần đáng kể vào việc kiểm soát lây truyền và tiến triển của HIV/AIDS. Khi chiến lược điều trị tiếp tục được điều chỉnh theo tình hình dịch tễ và nguồn lực, việc nghiên cứu sâu về tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan vẫn rất cần thiết.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị (TTĐT) và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân (BN) điều trị ARV tại Trung tâm y tế huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 258 BN nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên, đang điều trị ARV từ 6 tháng tại Trung tâm y tế huyện Hóc Môn. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tỷ lệ TTĐT ARV tốt là 88% và không tốt là 12%. Yếu tố làm tăng TTĐT là thời gian điều trị dưới 1 năm và yếu tố làm giảm TTĐT là hành vi sử dụng rượu bia ở mức nguy hại.

Kết luận: Cần sàng lọc, tư vấn nhóm BN có nguy cơ sử dụng rượu bia ở mức nguy hại. Xây dựng các chương trình hỗ trợ cho nhóm đối tượng điều trị lâu năm hiểu tốt hơn về TTĐT.

Từ khóa: tuân thủ điều trị; ARV; bệnh nhân HIV/AIDS

Abstract

ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG HIV/AIDS PATIENTS IN HOC MON DISTRICT, HO CHI MINH CITY, 2025

Le Nu Thanh Uyen, Nguyen Duy Phong, Le Thanh Huy, Nguyen Hoang Thi Phuong Loan

Background: The advancement of antiretroviral therapy has significantly contributed to controlling the transmission and progression of HIV/AIDS. As treatment strategies unceasingly adapt to epidemiological trends and available resources, in-depth research on treatment adherence and related factors remains essential.

Ngày nhận bài: 10-07-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 11-08-2025 / Ngày đăng bài: 13-08-2025

*Tác giả liên hệ: Lê Nữ Thanh Uyên. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: lenuthanhuyen@ump.edu.vn

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Objectives: To determine the rate of ART adherence and associated factors among patients receiving ART at the Hoc Mon District Health Center, Ho Chi Minh City, in 2025.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 258 HIV-positive patients aged 18 years and above, who had been receiving ART for at least six months at the Hoc Mon District Health Center. Data were collected through direct interviews and retrospective review of medical records.

Results: The proportion of patients with good ART adherence was 88%, while 12% exhibited poor adherence. Factors associated with improved adherence included a treatment duration of less than one year. In contrast, hazardous alcohol use was identified as a factor associated with decreased adherence.

Conclusion: It is essential to screen and provide counseling for patients at risk of hazardous alcohol consumption. Support programs should be developed to enhance treatment adherence among long-term ART patients.

Keywords: adherence; antiretroviral therapy; HIV/AIDS patients

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) năm 2023 đã có 1,3 triệu người mới mắc HIV trên thế giới [1]. Còn tại Việt Nam, kể từ ca nhiễm đầu tiên được phát hiện năm 1990 tại Thành phố Hồ Chí Minh, nước ta ước tính 267 391 người nhiễm HIV trên toàn quốc. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS thực hiện chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 tại Việt Nam với mục tiêu 95-95-95 và công tác điều trị thuốc ARV cho người nhiễm HIV được triển khai tại Việt Nam đến nay đã hơn 20 năm. Trong những năm gần đây, trung bình mỗi năm có trên 10.000 người nhiễm HIV được đưa vào điều trị thuốc ARV [2,3]. Điều trị HIV/AIDS là một quá trình liên tục và kéo dài suốt đời, đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ điều trị. Do đó, tuân thủ điều trị với mức độ trên 95% là cần thiết [4]. Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị (TTĐT) ở bệnh nhân HIV không hề đơn giản và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Tỷ lệ TTĐT ARV trên thế giới dao động từ 87,4% tới 91,3% [5,6]. Còn tại Việt Nam, nhiều báo cáo và nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ TTĐT dao động từ hơn 60% tới 80%, tuy nhiên tỷ lệ chưa đạt mức tối ưu mà Bộ Y tế đưa ra [7,8].

Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) là một khu vực có số lượng người nhiễm HIV cao của cả nước, với 52 695 người nhiễm HIV được quản lý, trong đó 48 741 người đang điều trị thuốc kháng vi-rút HIV [9]. Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng của trung tâm y tế huyện Hóc Môn là một trong những cơ sở điều trị ARV ngoại thành của TP.HCM với số lượng lớn người nhiễm HIV và đang được điều trị là 1621 người tính thời điểm 2024. Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá

tình hình TTĐT ARV cùng các yếu tố quyết định liên quan và đặc điểm điều trị tại cơ sở, kết quả của nghiên cứu làm nền tảng xây dựng khuyến nghị can thiệp phù hợp, hướng đến tối ưu hóa hiệu quả điều trị và nâng cao sức khỏe bệnh nhân (BN).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những BN đang điều trị ARV tại Trung tâm y tế (TTYT) huyện Hóc Môn. Dữ liệu được thu thập từ tháng 2/2025 đến tháng 4/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Những BN đang điều trị ARV đủ 18 tuổi trở lên có tên trong danh sách điều trị và có thời gian điều trị ARV từ đủ 6 tháng trở lên tại TTYT huyện Hóc Môn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những BN không có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn do bệnh nặng, khiếm thính, khiếm thị, mất khả năng nói, không trực tiếp đến khám bệnh và nhận thuốc hoặc chuyển đi nơi khác, vi phạm pháp luật bị bắt, bỏ điều trị, không liên hệ được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Tỷ lệ TTĐT tốt là 82,1% theo nghiên cứu của Lê Tấn Đạt tại TP.HCM với hệ số thiết kế là 0,05 và sai lầm loại 1 là 5% [8]. Dự kiến 10% BN từ chối tham gia khảo sát. Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 251 BN.

Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng hiện đang điều trị cho 1621 BN, vì nghiên cứu dùng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện nên mẫu thực tế thu được là 258 BN.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu chỉ được thu thập sau khi có sự đồng ý của BN.

Sử dụng bộ câu hỏi sẵn có để phỏng vấn trực tiếp và tra cứu hồ sơ bệnh án để thu thập dữ kiện. Bộ câu hỏi gồm 4 phần: đặc điểm dân số-xã hội, nhân khẩu học, đặc điểm tình trạng điều trị bệnh và sử dụng nghiện chất, sự hài lòng đối với cơ sở y tế và thang đánh giá đa chiều của UNAIDS [10]. Bộ công cụ đánh giá kết hợp đa chiều này được chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu đã được kiểm nghiệm và chuẩn hóa trong nghiên cứu tại Hà Nội của tác giả Đào Đức Giang để đánh giá TTĐT ARV [11].

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Mức độ TTĐT: chia nhóm dựa trên bộ công cụ đánh giá đa chiều của USAID [10,11], có 4 phần:

+ Phần 1: đánh giá TTĐT dành cho BN bao gồm 4 câu hỏi với câu trả lời là “Có” hoặc “Không”.

+ Phần 2: đánh giá TTĐT bằng thang điểm trực quan (VAS).

+ Phần 3: đánh giá TTĐT qua kiểm tra kiến thức về thuốc ARV BN đang sử dụng.

+ Phần 4: đánh giá TTĐT qua kiểm đếm số viên trong kỳ với hai câu hỏi dành cho BN.

Sau khi dựa vào kết quả 4 phần, kết quả TTĐT kết hợp của bộ câu hỏi đa chiều là biến số thứ tự gồm 3 giá trị [10,11]: Cao/ Trung bình/ Thấp.

TTĐT là biến số nhị giá, được xác định dựa vào mức độ tuân thủ điều trị, gồm 2 giá trị [12]:

- Tốt: khi mức độ TTĐT là cao.
- Không tốt: khi mức độ TTĐT là trung bình hoặc thấp.

Sự phụ thuộc nicotine: tính tổng điểm của bộ câu hỏi

FTND (Fargerstrom Test for Nicotine Dependence) với 2 câu hỏi (từ 0 đến 3đ/ 1 câu) [13], sẽ phân tích thành biến số thứ tự với 3 giá trị: Ít phụ thuộc (0-1 điểm)/Phụ thuộc mức độ vừa (2-3 điểm)/ Phụ thuộc mức độ nặng (≥ 4 điểm).

Hành vi sử dụng rượu bia nguy hại: là biến số nhị giá: Có/Không, được đo lường thông qua 3 câu hỏi trong thang đo AUDIT-C [14], mỗi câu hỏi có 5 giá trị từ 0 đến 4 điểm ứng. Tổng số điểm từ 0 đến 12 điểm. Người có nguy cơ uống rượu bia khi: tổng điểm ≥ 4 điểm đối với nam giới và tổng điểm ≥ 3 đối với nữ giới.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ kiện được thu thập được bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích dữ kiện bằng phần mềm Stata 17.0. Nhóm tuổi, giới, tôn giáo, trình độ học vấn, thu nhập bình quân hàng tháng, tình trạng hôn nhân, tình trạng hút thuốc lá, sự phụ thuộc nicotine, hành vi sử dụng rượu bia nguy hại, các thông tin điều trị, sự hài lòng về các khía cạnh cơ sở y tế, mức độ TTĐT và TTĐT được mô tả bằng tần số và tỷ lệ. Kiểm định chi bình phương và Fisher được dùng để đánh giá các yếu tố liên quan đến TTĐT. Mô hình hồi quy Poisson đơn biến và đa biến dùng để tính PR và khoảng tin cậy (KTC) 95%. Các biến số liên quan tới TTĐT trong phân tích đơn biến với $p < 0,05$ được đưa vào mô hình Poisson đa biến. Những biến số có giá trị $p > 0,05$ thì loại ra khỏi mô hình đa biến. Giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dân số - xã hội, nhân khẩu học

Trong 258 đối tượng nghiên cứu, nhóm BN trên 40 tuổi chiếm cao nhất (62,4%). Về giới tính đa số BN là nam, gấp 2,6 lần giới nữ. Những BN có tôn giáo chiếm 43,4%. Đa phần người tham gia nghiên cứu có trình độ THCS (40,7%) và THPT (31,8%) chiếm ưu thế. Thu nhập bình quân chủ yếu nằm trong khoảng 5 – 10 triệu/tháng với tỷ lệ cao nhất là 48,5%, tiếp theo đó là nhóm có thu nhập dưới 5 triệu/ tháng và trên 10 triệu/tháng chiếm lần lượt là 26,7% và 24,8%. Về tình trạng hôn nhân, đa số người tham gia là độc thân (47,29%), tiếp theo là những người đã kết hôn (37,6%), còn lại là nhóm sống chung với bạn tình, góa, ly hôn/ly thân lần lượt với tỷ lệ là 1,9%, 4,3% và 8,9% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội, nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=258)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ(%)	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ(%)
Giới (Nam)	187	72,5	Tôn giáo (Không)	146	56,6
Nhóm tuổi			Thu nhập bình quân hàng tháng		
18 – 29 tuổi.	26	10,1	< 5 triệu/tháng	69	26,7
30 – 39 tuổi.	71	27,5	5 – 10 triệu/tháng	125	48,5
≥ 40 tuổi.	161	62,4	>10 triệu/tháng	64	24,8
Tình trạng hôn nhân			Trình độ học vấn		
Độc thân	122	47,3	Dưới tiểu học	6	2,3
Sống chung với bạn tình	5	1,9	Tiểu học	31	12,0
Có vợ/chồng	97	37,6	Trung học cơ sở (THCS)	105	40,7
Ly hôn/ly thân	23	8,9	Trung học phổ thông (THPT)	82	31,8
Góa	11	4,3	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	31	12,0
			Sau đại học	3	1,2

3.2. Đặc điểm sử dụng nghiện chất, thông tin tình trạng điều trị bệnh

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ người tham gia nghiên cứu không hút thuốc lá chiếm đa số (60,5%), trong khi tỷ lệ người hút thuốc lá là 39,5%. Đối với nhóm có hút thuốc lá, mức độ phụ thuộc nicotine vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%), tiếp theo là phụ thuộc mức độ nhẹ (32,3%) và mức độ nặng (25,5%). Các BN có hành vi sử dụng rượu bia nguy hại chiếm hơn 1/4

(26,4%) nhóm hành vi nguy cơ này. Đa số BN được điều trị ARV trên 5 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,1%. Do đó giai đoạn lâm sàng hầu hết 100% ở giai đoạn I. Trong các phác đồ điều trị ARV hiện tại, phần lớn BN đang sử dụng phác đồ điều trị ARV 1 viên kết hợp chiếm 97,3%, còn lại các phác đồ 2 viên trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp: 2,7%. Ngoài ra kết quả khảo sát cho thấy chỉ có 1 BN (0,4%) ghi nhận có tác dụng phụ thuốc ARV.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng nghiện chất, thông tin tình trạng điều trị bệnh (n=258)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sự phụ thuộc nicotine(n=102)			Thời gian điều trị ARV		
Ít phụ thuộc	33	32,3	< 1 năm.	6	2,3
Phụ thuộc mức độ vừa	43	42,2	1 – 5 năm.	40	15,6
Phụ thuộc mức độ nặng	26	25,5	> 5 năm.	211	82,1
Tình trạng hút thuốc lá (Không)	156	60,5	Giai đoạn lâm sàng gần nhất (Giai đoạn I)	258	100
Hành vi sử dụng rượu bia nguy hại (Có)	68	26,4	Phác đồ điều trị ARV hiện tại (Phác đồ 1 viên kết hợp)	251	97,3
Tiền sử mắc STDs (Có)	56	21,7	Tác dụng phụ của thuốc ARV (Không)	257	99,6

3.3. Sự hài lòng của bệnh nhân đối với cơ sở y tế của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Sự hài lòng của bệnh nhân đối với cơ sở y tế của đối tượng nghiên cứu (n=258)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ(%)
Khả năng tiếp cận	250	96,9
Minh bạch thông tin	246	95,4
Cơ sở vật chất	214	83,0
Nhân viên y tế	252	97,7
Kết quả dịch vụ	250	96,9

Kết quả đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với cơ sở y tế cho thấy, phần lớn người tham gia hài lòng với nhân viên y tế (97,7%), khả năng tiếp cận dịch vụ (96,9%), kết quả dịch vụ (96,9%) và sự minh bạch thông tin (95,4%) và thấp nhất là cơ sở vật chất (83,0%) (Bảng 3).

3.4. Đánh giá TTĐT

Kết quả đánh giá ở Bảng 4 cho thấy tỷ lệ BN tuân thủ ở mức độ tốt là 88,0% và không tốt là 12,0%. Trong đó, có 8,1% BN tuân thủ ở mức độ trung bình và tuân thủ ở mức độ

thấp là 3,9%.

Bảng 4. TTĐT của bệnh nhân theo thang đo đánh giá đa chiều (n=258)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mức độ TTĐT			TTĐT		
TTĐT tốt	227	88,0	Tốt	227	88,0
TTĐT trung bình	21	8,1	Không tốt	31	12,0
TTĐT thấp	10	3,9			

3.5. Mối liên quan đến TTĐT theo mô hình đa biến

Các biến số liên quan tới TTĐT trong phân tích đơn biến

Bảng 5: Yếu tố liên quan đến TTĐT theo mô hình đơn biến và đa biến

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị		P _{tho}	PR _{tho} (KTC 95%)	P _{hiệu chỉnh}	PR _{hiệu chỉnh} (KTC 95%)
	Tốt, n(%)	Không tốt, n(%)				
Hành vi sử dụng rượu bia ở mức nguy hại						
Có	52(76,5)	16(23,5)	0,001	0,83(0,72 – 0,95)	0,012	0,83 (0,72 – 0,96)
Không	175(92,1)	15(7,9)				
Thời gian điều trị ARV						
< 1 năm.	6(100)	0(0,0)	<0,001	1,13(1,08 – 1,20)	0,024	1,14 (1,01 – 1,29)
1 – 5 năm.	34(85,0)	6(15,0)	0,609	0,96(0,83 – 1,10)	0,464	0,90(0,68 – 1,19)
>5 năm.	186(88,2)	25(11,8)		1		

4. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích bằng phương pháp đánh giá kết hợp cho thấy đa số 88,0% đối tượng đạt mức tuân thủ cao, tỷ lệ này thấp hơn TTĐT của từng phần thang đo bộ công cụ. Sự chênh lệch này khẳng định rằng kiến thức tốt về dùng thuốc, lời khẳng định đã uống đủ liều và sự tự đánh giá tích cực của bệnh nhân vẫn không đảm bảo họ thực sự tuân thủ phác đồ một cách tối ưu. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt ở nghiên cứu này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Tấn Đạt (82,1%) tại quận Bình Thạnh TP.HCM, của tác giả Neupane S ở Nepal với tỷ lệ tương đồng 87,4% [6,8]. Tuy nhiên so với tỷ lệ TTĐT nghiên cứu của tác giả Võ Triều Lý tại bệnh viện Nhiệt Đới TP.HCM (69,5%), của tác giả Đặng Thị Quỳnh Anh tại Đà Nẵng (44,2%), kết quả của nghiên cứu hiện tại cao hơn [15,16]. Lí do cao hơn vì nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám tuyến huyện, bệnh nhân đa phần ở giai đoạn lâm sàng ổn định, điều trị lâu dài hơn so với bệnh viện Nhiệt Đới hoặc bệnh viện tại Đà Nẵng, nơi thường là những ca nặng, có biến chứng hoặc

với $p < 0,2$ được đưa vào mô hình hồi quy Poisson đa biến gồm: nhóm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hút thuốc lá, sự phụ thuộc nicotine, hành vi sử dụng rượu bia nguy hại, thời gian điều trị ARV. Kết quả có ý nghĩa thống kê phân tích đã hiệu chỉnh theo mô hình hồi quy Poisson đa biến cho thấy nhóm BN có hành vi sử dụng rượu bia ở mức nguy hại có tỷ lệ TTĐT thấp hơn 17% so với nhóm còn lại và nhóm có thời gian điều trị ARV dưới 1 năm có tỷ lệ TTĐT cao hơn 1,14 lần so với nhóm BN điều trị > 5 năm, nhóm BN điều trị ARV từ 1-5 năm có tỷ lệ TTĐT thấp hơn so với nhóm BN điều trị >5 năm nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 5).

đồng mắc các bệnh cơ hội, dẫn đến thay đổi phác đồ, phải nhập viện đột xuất, làm gián đoạn uống thuốc. Ngoài ra mô hình cơ sở điều trị của nhỏ, dễ tiếp cận, bệnh nhân cảm thấy thoải mái, nhân viên y tế dễ dàng tư vấn cũng như thấu hiểu bệnh nhân từ đó giúp bệnh nhân tuân thủ hướng dẫn điều trị thường cao hơn. Thêm vào đó, mỗi nghiên cứu lại khảo sát nhóm đối tượng khác, cỡ mẫu khác, cách đo và tiêu chí tuân thủ cũng khác. Vì vậy, tỷ lệ tuân thủ giữa các nghiên cứu khó tránh khỏi sự chênh lệch.

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa những người có hành vi sử dụng rượu bia nguy hại và tuân thủ điều trị ARV, cụ thể những người có hành vi sử dụng rượu bia nguy hại, có tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt giảm 0,17 lần so với nhóm không có hành vi nguy cơ này (PR = 0,83; KTC 95%: 0,72 – 0,95; $p = 0,0007 < 0,05$). Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng như thế giới cũng cho thấy mối liên quan giữa những người có hành vi nguy hại sử dụng rượu bia và tuân thủ điều trị ARV [7,16]. Điều này có thể giải thích dẫn đến tuân thủ kém khi sử dụng bia rượu do say sin, ngủ quên hoặc ở xa nhà khiến bệnh nhân bỏ liều, nhiều người có ý

ngưng thuốc khi nhậu do lo tương tác hoặc sợ bị bạn nhậu phát hiện tình trạng HIV hoặc uống rượu bia lâu năm gây suy giảm trí nhớ, trầm cảm và giảm tự chủ.

Kết quả của nghiên cứu cũng thấy mối liên quan giữa thời gian chẩn đoán, điều trị liên quan tới TTĐT. Những người có thời gian chẩn đoán, điều trị dưới 1 năm sẽ tuân thủ tốt hơn so với những người điều trị lâu trên 5 năm. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự [17,18]. Điều này có thể hợp lý khi bệnh nhân mới được chẩn đoán, điều trị sẽ có nhiều động lực, được nhân viên y tế tư vấn nhiệt tình cũng như gia đình luôn luôn sát cánh cùng, sợ tải lượng vi-rút cao nên uống thuốc rất nghiêm ngặt. Càng về những năm sau, phải điều trị lâu dài nên bệnh nhân có thể cảm thấy chán nản hoặc giám sát sẽ thưa dần, những rào cản: công việc, gia đình sẽ chông chênh lên việc điều trị làm cho TTĐT kém đi.

Mặc dù kết quả nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc lá cũng như mức độ phụ thuộc Nicotine với TTĐT, nhưng vẫn có một số y văn trên thế giới và Việt Nam tìm được mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc lá cũng như mức độ phụ thuộc Nicotine với tuân thủ điều trị ARV. Nghiên cứu của tác giả Võ Triều Lý đã kết quả những người có hút thuốc lá có tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng 0,49 lần so với nhóm không hút thuốc lá [16]. Tương tự tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Thị Phương Nhung đã cho kết quả cứ tăng mỗi 1 điểm phụ thuộc nicotine, nguy cơ không tuân thủ điều trị tăng 10% (OR 1,10; KTC 95% 1,01–1,20) [19]. Trên thế giới, nghiên cứu tại Hoa Kỳ cũng cho kết quả nếu mức độ phụ thuộc nicotine tăng thì mức độ không tuân thủ cũng tăng 1,7 lần [20]. Từ góc độ sức khỏe cộng đồng, kết quả này cho thấy việc sàng lọc và can thiệp hành vi hút thuốc ở bệnh nhân HIV/AIDS là cần thiết, đặc biệt trong bối cảnh các bằng chứng khoa học quốc tế đã xác nhận ảnh hưởng tiêu cực của thuốc lá đến tuân thủ điều trị.

Điểm mạnh của nghiên cứu

Sử dụng biến số phụ thuộc mức độ TTĐT dựa vào thang đánh giá đa chiều do USAID phát triển cho các quốc gia thu nhập trung bình và thấp để, đó là một công cụ đã được kiểm chứng độ tin cậy qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Bên cạnh đó dữ liệu của nghiên cứu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi cấu trúc, giúp đảm bảo thông tin thu thập đầy đủ và chính xác hơn so với hình thức tự điền.

Hạn chế của nghiên cứu

Dù sử dụng thang đo đa chiều của USAID đã được chuẩn hóa, nhưng trong đó có phần thang đo tự đánh giá VAS và báo cáo số viên thuốc còn lại, số liệu tuân thủ điều trị vẫn phụ thuộc vào lời khai của bệnh nhân, dẫn tới không khách quan, gây sai lệch nhớ lại với nhân viên y tế và có thể không phản ánh đầy đủ thực tế. Và cuối cùng việc phỏng vấn trực tiếp ngay tại nơi điều trị có thể khiến bệnh nhân ngại chia sẻ hành vi không tuân thủ hoặc giấu thông tin nhạy cảm, dẫn đến đánh giá tuân thủ cao hơn thực tế. Sau khi kiểm soát nhiều bằng GLM đa biến, vẫn còn khả năng sai lệch dư. Vì vậy, tính khái quát hoá của nghiên cứu giới hạn trong các cơ sở tuyến quận/huyện có cấu trúc dịch vụ tương tự, việc áp dụng cho tuyến cuối đòi hỏi bằng chứng bổ trợ từ các nghiên cứu trước sau và đa trung tâm.

5. KẾT LUẬN

TTĐT kết hợp theo thang đánh giá đa chiều, phân loại tuân thủ tốt của người tham gia là 88,0% và không tốt là 12,0%. Yếu tố làm tăng tuân thủ điều trị tốt: thời gian điều trị dưới 1 năm. Yếu tố làm giảm tuân thủ điều trị tốt: hành vi sử dụng rượu bia ở mức nguy hại. Để nâng cao tuân thủ điều trị ARV, cần triển khai chương trình tư vấn giảm lạm dụng rượu bia dựa trên sàng lọc bằng AUDIT-C, nhận thức, hành vi và nhóm hỗ trợ đồng đẳng. Song song đó, cần tăng cường gắn kết gia đình thông qua các buổi giáo dục và hỗ trợ kỹ năng tự quản lý điều trị. Nhân viên y tế cần chủ động sàng lọc nguy cơ, tư vấn kịp thời, duy trì động lực lâu dài và phối hợp với các tổ chức NGO để mở rộng nguồn lực hỗ trợ BN.

Lời cảm ơn

Cám ơn Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí thực hiện đề tài nghiên cứu này.

Cám ơn Trung tâm Y tế huyện Hóc Môn, Khoa tham vấn và hỗ trợ cộng đồng đã đồng ý và hỗ trợ và tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này

Cám ơn sự đồng ý tham gia nghiên cứu của 258 bệnh nhân đang điều trị ARV tại TTYT huyện Hóc Môn.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược

TP. HCM theo hợp đồng số: 176/2025/HĐ-ĐHYD.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lê Nữ Thanh Uyên

<https://orcid.org/0000-0001-8363-6300>

Lê Thanh Huy

<https://orcid.org/0009-0004-8860-4630>

Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

<https://orcid.org/0009-0003-1411-3647>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan.

Thu thập dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan.

Giám sát nghiên cứu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong.

Nhập dữ liệu: Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan.

Quản lý dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan.

Phân tích dữ liệu: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan.

Viết bản thảo đầu tiên: Lê Nữ Thanh Uyên, Lê Thanh Huy

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lê Nữ Thanh Uyên, Nguyễn Duy Phong, Lê Thanh Huy, Nguyễn Hoàng Thị Phương Loan

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 715/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 12/02/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fact sheet 2024 Global HIV statistics 2024. 2024;<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
2. Cục phòng chống HIV/AIDS Bộ Y tế. Cục Phòng, chống HIV/AIDS tổ chức Hội nghị Tổng kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2024 và định hướng kế hoạch năm 2025. 2024;<https://vaac.gov.vn/cuc-phong-chong-hiv-aids-to-chuc-hoi-nghi-tong-ket-hoat-dong-phong-chong-hiv-aids-nam-2024-va-dinh-huong-ke-hoach-nam-2025.html>.
3. Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. WHO bàn giao thuốc ARV cho Bộ Y tế Việt Nam. 2024;<https://vaac.gov.vn/who-ban-giao-thuoc-arv-cho-bo-y-te-viet-nam.html#>.
4. Cục phòng chống HIV/AIDS Bộ Y tế. HIV/AIDS - Những điều cần biết. 2024; <https://vaac.gov.vn/hiv-aids-nhung-dieu-can-biet.html>.
5. Liu J, Yan Y, Li Y, Lin K, Xie Y, Tan Z, et al. Factors associated with antiretroviral treatment adherence among people living with HIV in Guangdong Province, China: a cross sectional analysis. BMC Public Health. 2024;24(1):1358.
6. Neupane S, Dhungana GP, Ghimire HC. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in CHITWAN, Nepal. BMC Public Health. 2019;19(1):720.
7. Trần Tiến Cường, Trần Quốc Lâm, Trần Văn Dũng. Tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố ảnh hưởng của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại phòng khám ngoại trú của Trung tâm Kiểm Soát Bệnh Tật Tỉnh Quảng Ngãi năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B):299.
8. Lê Tấn Đạt. Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm HIV tại khoa Tham vấn và hỗ trợ cộng đồng quận Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh.

- Minh năm 2021. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TP.HCM. 2021.
9. Báo Tuổi trẻ. TP.HCM có 52.695 người nhiễm HIV được quản lý 2024. 2025; <https://tuoitre.vn/tp-hcm-co-52-695-nguoi-nhiem-hiv-duoc-quan-ly-20241130101755638.htm>.
 10. Steel G, Nwokike JI, Joshi MP. Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource Constrained Settings: The South Africa Experience. *Medicine*. 2007; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadc153.pdf.
 11. Đào Đức Giang. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y tế Công cộng. 2019.
 12. Vũ Thị Bích Hồng, Nguyễn Đức Khánh, Vũ Minh Anh, Phạm Hồng Thắng, Giang LM. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. *Tạp chí nghiên cứu Y học Việt Nam*. 2023;172(11):232.
 13. Bác sĩ gia đình Thành phố Hồ Chí Minh. Can thiệp hút thuốc lá (5333/QĐ/BYT). 2024; <https://bsgdtphcm.vn/api/fullcontent.php?id=1572>.
 14. Williams EC, McGinnis KA, Rubinsky AD, Matson TE, Bobb JF, Lapham GT, et al. Alcohol Use and Antiretroviral Adherence Among Patients Living with HIV: Is Change in Alcohol Use Associated with Change in Adherence? *AIDS and Behavior*. 2021;25(1):203-14.
 15. Đặng Thị Quỳnh Anh, Lê Quang Minh, Trần Xuân Chương. Đánh giá tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện Đa liễu Đà Nẵng. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2024;3(47):106-113.
 16. Vo Trieu Ly, Phan Quoc Dung, Quang Van Khanh Bang, Vo Y Lan, Nguyen Thi My Hanh, Gyan Araba, et al. Antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Vietnam using a multi-method tool: A cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2025;18(4):156.
 17. Bastard M, Fall MB, Lanièce I, Taverne B, Desclaux A, Ecochard R, et al. Revisiting long-term adherence to highly active antiretroviral therapy in Senegal using latent class analysis. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2011;57(1):55-61.
 18. Abdu M, Walegn B. Determinant factors for adherence to antiretroviral therapy among adult HIV patients at Dessie Referral Hospital, South Wollo, Northeast Ethiopia: a case-control study. *AIDS Research and Therapy*. 2021;18(1):39.
 19. Nguyen NT, Tran BX, Hwang LY, Markham CM, Swartz MD, Vidrine JI, et al. Effects of cigarette smoking and nicotine dependence on adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive patients in Vietnam. *AIDS Care*. 2016;28(3):359-64.
 20. King RM, Vidrine DJ, Danysh HE, Fletcher FE, McCurdy S, Arduino RC, et al. Factors associated with nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive smokers. *AIDS patient care and STDs*. 2012;26(8):479-85.