

# NGHIÊN CỨU MỨC ĐỘ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ KHÁNG VIRUS CỦA BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI QUẬN NGỘ QUYỀN, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2012

TRẦN THỊ KIÊM - Bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả mức độ tuân thủ điều trị và xác định liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành đối với tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Ngô Quyền năm 2012.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu; gồm 246 hồ sơ và bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Ngô Quyền, TP. Hải Phòng từ tháng 9/2011 đến tháng 11/2012. Sử dụng bảng kiểm thu các thông tin từ hồ sơ với các mục đề cập đến các vấn đề về phác đồ điều trị, đáp ứng điều trị, tuân thủ điều trị ghi nhận trên hồ sơ.

**Kết quả và bàn luận:** Bệnh nhân tiếp cận và đăng ký điều trị tại phòng khám: tự đến đăng ký: 84,0%, chuyển đến từ cơ sở y tế khác: 16%. Tỷ lệ bệnh nhân đến đúng hẹn khám (67,6%), nhóm điều trị trên 6 tháng tỷ lệ cao nhất (90,0%); từ 6-11 tháng (89,0%); từ 12-23 tháng (79,0%);  $\geq 24$  tháng (54,0%). Tỷ lệ bệnh nhân lỡ hẹn khám 1 lần chiếm 10,5%, lỡ hẹn khám 2 lần (16,2%), lỡ hẹn khám từ 3 lần trở lên chiếm 5,7%. Sự tuân thủ điều trị qua báo cáo, kiểm tra uống thuốc mỗi lần tái khám: tuân thủ tốt chiếm 68,4%. Nhóm điều trị 6 tháng và 6-11 tháng: tuân thủ tốt là 90,0% và 92,7%; tuân thủ trung bình là 10,0% và 7,3%. Nhóm điều trị từ 12-23 tháng và từ 24-35 tháng: tuân thủ kém là 2,3% và 9,4%. Sự tuân thủ điều trị tốt qua báo cáo (68,4%). Mức độ tuân thủ giữa các nhóm có trình độ học vấn khác nhau khác biệt có ý nghĩa thống kê về với  $p < 0,05$ . Nhóm có trình độ học vấn cao (THCN và Đại học) tuân thủ tốt (chiếm 86,6%), trung học phổ thông (70,0%), trung học cơ sở (63,4%) và tiểu học (22,2%). Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và có kiến thức tốt: 75,9%; tuân thủ tốt và có kiến thức trung bình, hạn chế: 61,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Mối liên quan giữa kiến thức tốt và tuân thủ điều trị tốt khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ,  $OR=1,940$ ;  $95\%CI[1,117-3,371]$ . Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt và thực hành tốt: 69,1%; tuân thủ tốt và thực hành trung bình: 66,6%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt có thái độ tích cực với bệnh và điều trị: 68,4%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ kém, thái độ bị kỳ thị trong cuộc sống: 11,0%, thái độ không kỳ thị trong cuộc sống: 2,6% khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị đánh giá kiểm tra uống thuốc tại mỗi lần tái khám, tuân thủ tốt chiếm

68,4%, tuân thủ trung bình là 25,9%, tuân thủ kém là 5,6%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, kiến thức tốt: 75,9%, tuân thủ và kiến thức trung bình, hạn chế: 61,8%, có sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa các nhóm có mức độ kiến thức khác nhau với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức tốt và tuân thủ điều trị tốt với  $p < 0,05$ ,  $OR=1,940$ ;  $95\%CI[1,117-3,371]$ . Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt có thái độ tích cực với bệnh và điều trị: 68,4%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và thực hành tốt: 69,1%, tuân thủ tốt và thực hành trung bình: 66,6%.

**Từ khóa:** kiến thức, thái độ, thực hành, bệnh nhân HIV/AIDS.

## SUMMARY

**Objective:** describe the level of adherence to treatment and determine the relationship between knowledge attitude and practice to comply with the treatment of patients with HIV/AIDS at Ngo quyen outpatient clinic in 2012.

**Material and method:** retrospectives descriptive, including 246 patients records and HIV/AIDS antiretroviral treatment at outpatient clinic Ngo Quyen, Hai Phong city from 9/2011 to 10/2012. Use the checklist to collect information from records with items referring to the problems of treatment, response to treatment, adherence to records on files. Patient access and registration of therapy in the clinic: free to register is 84% transferred to other medical facilities is 16%.

**Results and discussion:** the percentage of patient to correct an appointment is 67.6%; the treatment group over 6 months the highest percentage is 90%; between 6 and 11 months is 89%, 12-13 months is 70%,  $\geq 24$  months is 54%. Percentage of patients who missed appointment one time accounted for is 10.5%, missed appointment two times is 16.2% and three times or more accounted for is 5.7%. Compliance through reports, test taking each re-examination: good adherence accounted for 68.4%; Group treatment for 6 months and 6-11 months: good compliance is 90 & 92.7%; compliance average is 10 & 7.3%. Treatment group from 12-23 months, 24-35 months, poor compliance of 2.3% and 9.4%. The level of compliance between group with difference education levels statistically difference with  $p < 0.05$ . Higher education groups (vocational & universities) good compliance is

86.6%, primary school is 70%. Primary facilities is 63.4% and primary school 22.2%. The relationship between knowledge and good adherence statistically significant difference with  $p < 0.005$ ,  $OR=1.940$ , 95%;  $CI[1.117$  to 3.371]. The rate of patient compliance and good practice: 69.1%; compliance with good practice average is 66.6%. Proportion of patients with with good compliance with a positive attitude to the disease and treatment: 68.4%. The rate of patient adherence, stigma attitude in life is 11.6%; discriminatory attitude in life: 2.6%, difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** the rate compliance audits medication at each follow-up good adherence accounted for 68.4%, the average compliance is 25.9%, poor compliance is 5.6%; share patients with good adherence, good knowledge is 75.9%. The average compliance and knowledge, limited is 61.6%; the difference in the level of compliance between the groups with the level of knowledge difference. There is statistically relationship between knowledge and adherence to treatment with  $p < 0.05$ ,  $OR=1.940$ ,  $CI [1.117$  to 3.371]. Proportion of patients with good compliance with a positive attitude to the disease and treatment is 68%. Patients adherence rate and good practice is 69.1%, average to comply with good practice average is 66.6%.

**Keywords:** knowledge, attitude, practice, HIV/AIDS

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đã triển khai điều trị HIV bằng thuốc kháng virus (ARV) từ năm 2005 với sự hỗ trợ của Bộ Y tế Việt Nam và các tổ chức quốc tế, PEPFAR, Global Fund. Điều trị kháng virus (ARV) nhằm ức chế virus HIV nhân lên trong máu, hệ thống miễn dịch của người bệnh dần phục hồi, mang lại cho người bệnh sức khỏe và hòa nhập cuộc sống xã hội. Tuy nhiên, chìa khóa thành công trong điều trị ARV là tuân thủ điều trị. Tuân thủ điều trị (TTĐT) bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố như thói quen sinh hoạt của bệnh nhân, tình trạng bệnh, nhận thức về bệnh HIV/AIDS, trình độ văn hóa, kỳ thị của cộng đồng. Ngô Quyền là một quận nội thành của TP. Hải Phòng, có diện tích là 10km<sup>2</sup>. Tính đến tháng 9 năm 2011, toàn quận có số người nhiễm HIV tích lũy là 1.972, số người chuyển sang AIDS là 1.056 và 740 người đã tử vong do AIDS. Từ năm 2006, Trung tâm Y tế Ngô Quyền là một trong các điểm của TP. Hải Phòng triển khai điều trị ARV với sự hỗ trợ của Dự án Quỹ toàn cầu. Cho đến nay, số bệnh nhân tích lũy điều trị trên toàn quận là 369 người, số hiện đang uống thuốc là 259 người. Tuy nhiên, vấn đề quản lý người nhiễm HIV còn gặp nhiều khó khăn, chưa có các nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của bệnh nhân và liên quan đối với TTĐT tại các tuyến y tế cơ sở. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu về mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS và mối liên quan của kiến thức, thái độ, thực hành đối với tuân thủ điều trị của bệnh nhân nhằm đề xuất một số biện pháp cải thiện công tác chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại tuyến cơ sở với mục tiêu:

1. Mô tả mức độ tuân thủ điều trị của các bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Ngô Quyền, năm 2012.

2. Xác định liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành đúng của bệnh nhân HIV/AIDS đối với TTĐT tại phòng khám ngoại trú Ngô Quyền, năm 2012.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Sử dụng bảng kiểm thu các thông tin từ hồ sơ với các mục đề cập đến các vấn đề về phác đồ điều trị, đáp ứng điều trị, tuân thủ điều trị (TTĐT) đánh giá khách quan ghi nhận trên hồ sơ. Phiếu câu hỏi phỏng vấn bệnh nhân gồm câu hỏi về kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của người bệnh HIV/AIDS và điều trị thực hành tuân thủ. Phiếu câu hỏi đã điều tra thử và chỉnh sửa phù hợp. Gồm 246 Hồ sơ và bệnh nhân HIV/AIDS hiện đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Ngô Quyền, TP. Hải Phòng từ tháng 9/2011 đến tháng 11/2012. Xử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 13.0

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

##### 1. Mức độ TTĐT của bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám Ngô Quyền.

Bảng 1. Cách bệnh nhân tiếp cận và đăng ký điều trị tại phòng khám

Kết quả nghiên cứu			
Cách tiếp cận phòng khám	Nam	Nữ	Chung
Bệnh nhân tự đến	167 (82,7%)	43 (89,6%)	210 (84,0%)
Bệnh nhân được chuyển đến từ cơ sở y tế khác	35 (17,3%)	05 (10,4%)	40 (16,0%)
Tổng số:	202	48	250

Nhận xét: Bệnh nhân tiếp cận và đăng ký điều trị tại phòng khám chủ yếu là tự đến (84,0%), số còn lại bệnh nhân được chuyển đến từ cơ sở y tế khác (16%).

Bảng 2. Đánh giá tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị theo hẹn tái khám trong vòng 6 tháng cuối

Thời gian điều trị	Đến đúng hẹn khám	Lỡ hẹn khám 1 lần	Lỡ hẹn khám 2 lần	Lỡ hẹn khám $\geq 3$ lần
Dưới 6 tháng	09 (90,0%)	-	01 (10,0%)	-
6 - 11 tháng	49 (89,0%)	03 (5,5%)	03 (5,5%)	-
12 - 23 tháng	34 (79,0%)	-	08 (18,7%)	01 (2,3%)
$\geq 24$ tháng	75 (54,0%)	23 (16,5%)	28 (20,1%)	13 (9,4%)
Tổng số	167 (67,6%)	26 (10,5%)	40 (16,2%)	14 (5,7%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đến đúng hẹn khám (67,6%), trong đó nhóm bệnh nhân điều trị trên 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (90,0%); nhóm điều trị từ 6-11 tháng (89,0%); nhóm điều trị từ 12-23 tháng (79,0%); nhóm điều trị  $\geq 24$  tháng (54,0%). Tỷ lệ bệnh nhân lỡ hẹn khám 1 lần (10,5%), tỷ lệ bệnh nhân lỡ hẹn khám 2 lần (16,2%) và bệnh nhân lỡ hẹn khám  $\geq 3$  lần (5,7%).

Bảng 3. Đánh giá tỷ lệ tuân thủ theo báo cáo uống thuốc của bệnh nhân, kiểm tra uống thuốc tại mỗi lần tái khám

Số bệnh nhân	Tuân thủ điều trị tốt	Tuân thủ trung bình, kém
Nam (1)	135 (67,8%)	64 (32,2%)
Nữ (2)	34 (70,8%)	14 (29,2%)
Chung:	169 (68,4%)	78 (31,5%)
Giá trị p	$p_{1,2} > 0,05$	

Nhận xét: Sự TTĐT của bệnh nhân qua báo cáo, kiểm tra uống thuốc tại mỗi lần tái khám: Tuân thủ điều trị tốt chiếm 68,4%, trong đó nam (67,8%), nữ (70,8%). Không có sự khác biệt về TTĐT tốt giữa nam và nữ với  $p > 0,05$ .

## 2. Liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành đúng với TTĐT

Bảng 4. Liên quan TTĐT theo báo cáo uống thuốc và thời gian điều trị

Thời gian điều trị	Tuân thủ tốt	Tuân thủ tr/bình	Tuân thủ kém
< 6 tháng	09 (90,0%)	01 (10,0%)	-
6 – 11 tháng	51 (92,7%)	04 (7,3%)	-
12 – 23 tháng	34 (79,1%)	08 (18,6%)	01 (2,3%)
24 – 35 tháng	75 (54,0%)	51 (36,7%)	13 (9,4%)
Tổng số:	169 (68,4%)	64 (25,9%)	14 (5,6%)

Nhận xét: Nhóm điều trị 6 tháng và nhóm điều trị từ 6-11 tháng tuân thủ tốt: (90,0% và 92,7%); tuân thủ trung bình (10,0% và 7,3%). Nhóm điều trị từ 12-23 tháng và điều trị từ 24-35 tháng tuân thủ kém là 2,3% và 9,4%. Sự TTĐT tốt của bệnh nhân qua báo cáo (68,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tuân thủ giữa các nhóm có trình độ học vấn khác nhau với  $p < 0,05$ . Nhóm có trình độ học vấn cao (THCN và Đại học) tuân thủ tốt (chiếm 86,6%), trung học phổ thông (70,0%), trung học cơ sở (63,4%) và tiểu học (22,2%).

Bảng 5. Liên quan giữa kiến thức và tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Kiến thức	Tuân thủ tốt	Tuân thủ tr/bình, kém	p, OR
Kiến thức tốt	88 (75,9%)	28 (24,1%)	$p < 0,05$ , OR=1,940 95%CI [1,117-3,371]
Kiến thức trung bình, hạn chế	81 (61,8%)	50 (38,2%)	
Tổng số:	169 (68,4%)	78 (31,5%)	247 (100%)

Nhận xét: Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và có kiến thức tốt chiếm 75,9%; tuân thủ tốt và có kiến thức trung bình, hạn chế (61,8%), có sự khác biệt về mức độ TTĐT giữa các nhóm có mức độ kiến thức khác nhau với  $p < 0,05$ . Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức tốt và TTĐT tốt với  $p < 0,05$ , OR=1,940; 95% CI[1,117-3,371].

Bảng 6. Tỷ lệ thực hành theo mức đánh giá và tuân thủ điều trị

Thực hành	Tuân thủ tốt	Tuân thủ tr/bình	Tuân thủ kém
Thực hành tốt (1)	127 (69,1%)	47 (25,5%)	10 (5,4%)
Thực hành trung bình, khá (2)	42 (66,6%)	17 (26,9)	04 (6,3%)
Tổng số:	169 (68,4%)	64 (25,9%)	14 (5,6%)
Giá trị p	$p_{1,2} > 0,05$		

Nhận xét: Bệnh nhân tuân thủ tốt và thực hành tốt chiếm 69,1%; tuân thủ tốt và thực hành trung bình (66,6%). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 7. Liên quan giữa thái độ và tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Thái độ	Tuân thủ tốt (1)	Tuân thủ trung bình (2)	Tuân thủ kém (3)
Thái độ tích cực với bệnh và điều trị	196 (68,4%)	64 (25,9%)	14 (5,6%)
Thái độ bị kỳ thị	59 (64,8%)	22 (24,2)	10 (11,0%)
Thái độ không kỳ thị	110 (70,5%)	42 (26,9%)	04 (2,6%)
Giá trị p	$p_{1,2} < 0,05$ ; $p_{1,3} < 0,05$ ; $p_{2,3} < 0,05$		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân TTĐT tốt có thái độ tích cực với bệnh và điều trị (68,4%). Bệnh nhân TTĐT kém, thái độ bị kỳ thị trong cuộc sống (11,0%), thái độ không kỳ thị trong cuộc sống (2,6%); khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## BÀN LUẬN

### 1. Kiến thức của bệnh nhân HIV/AIDS đối với tuân thủ điều trị.

Thành công điều trị ARV phụ thuộc lớn vào khả năng TTĐT hoàn toàn với phác đồ điều trị được kê cho bệnh nhân[6]. Tỷ lệ bệnh nhân TTĐT tốt, kiến thức tốt chiếm 75,9%, tuân thủ và kiến thức trung bình, hạn chế (61,8%) với  $p < 0,05$  có sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa các nhóm có mức độ kiến thức khác nhau (OR=1,94; 95% CI[1,12-3,37]. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Minh Tuấn (2008) là 81,4%[2], những bệnh nhân có kiến thức chưa đạt về tuân thủ thì tỷ lệ chưa TTĐT cao gấp 3,5 lần so với những bệnh nhân có kiến thức đạt về TTĐT ( $p < 0,05$ ). Do vậy, cần tăng cường công tác tập huấn nâng cao kiến thức thường xuyên, tư vấn trước điều trị với thực hành TTĐT. Bệnh nhân và người hỗ trợ tham gia tập huấn càng đầy đủ thì tỷ lệ đạt yêu cầu về TTĐT càng cao.

### 2. Thái độ của bệnh nhân HIV/AIDS đối với tuân thủ điều trị.

Tỷ lệ bệnh nhân có thái độ tích cực với bệnh và TTĐT tốt chiếm 68,4%, tuân thủ trung bình (25,9%), tuân thủ kém (5,6%). Tỷ lệ bệnh nhân, thái độ kỳ thị trong cuộc sống và tuân thủ kém (11,0%) cao hơn bệnh nhân thái độ không kỳ thị trong cuộc sống (2,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và mức độ TTĐT ( $p < 0,05$ ) trong nghiên cứu liên quan giữa kỳ thị và TTĐT ARV trên 1.457 bệnh nhân tại 5 nước châu Phi, Dlamini PS và cs đã kết luận: người bệnh bị kỳ thị càng nhiều thì sự tuân thủ càng kém [3].

### 3. Tuân thủ điều trị với các yếu tố liên quan.

Tuân thủ điều trị ARV là thuốc uống đủ liều được chỉ định và uống đúng giờ và uống đều đặn suốt đời. Để điều trị ARV đạt được hiệu quả tốt nhất, mức yêu cầu cho việc tuân thủ phải đạt từ 95% trở lên[9]. Nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị không tốt hoặc thực hiện việc tuân thủ chưa tốt sẽ có nguy cơ phát triển virus kháng thuốc[3]. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá TTĐT dựa vào 2 yếu tố: chủ quan và khách quan.

- **Yếu tố chủ quan:** đánh giá tỷ lệ bệnh nhân TTĐT theo hẹn tái khám trong vòng 6 tháng cuối. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đến đúng hẹn khám (67,6%), trong đó nhóm bệnh nhân điều trị dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (90,0%), nhóm điều trị từ 6-11 tháng (89,0%), nhóm điều trị từ 12-23 tháng (79,0%), nhóm điều trị từ 24 tháng trở lên (54,0%), tỷ lệ bệnh nhân lỡ hẹn khám 1 lần (10,5%), bệnh nhân lỡ hẹn khám 2 lần (16,2%), tỷ lệ bệnh nhân lỡ hẹn khám hơn 3 lần (5,7%). Nghiên cứu của Allana Brennan, phân tích hồi quy nguy cơ tương đối của nhóm bệnh nhân không đến khám theo hẹn trong vòng 6 tháng đều sau điều trị ARV liên quan với đáp ứng miễn dịch và virus học, trên 4.476 bệnh nhân (66%) lỡ hẹn tái khám, trong đó 16% bỏ tái khám một lần, 7% bỏ tái khám 2 lần và 11,6% bỏ tái khám từ lần 3 trở lên. Bệnh nhân bỏ tái khám từ 3 lần trở lên có tăng nguy cơ đáp ứng miễn dịch kém hơn 2 lần trong vòng 6 tháng điều trị, nguy cơ thất bại về ức chế virus tăng lên 2-5 lần ở nhóm bệnh nhân bỏ tái khám từ 3 lần trở lên và những bệnh nhân này cũng có nguy cơ tử vong cao và bỏ điều trị cao[5]. Năm 2009, Gomes R.R và cộng sự nghiên cứu trên 323 bệnh nhân tại Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil cho thấy có tới 187/323 (57,9%) bệnh nhân ít nhất có một lần không tới phòng khám lấy thuốc đúng hẹn, những người đã có tiền sử không tuân thủ với các thuốc khác không phải ARV chiếm tỷ lệ cao hơn những người còn lại. Vì vậy, việc đánh giá kỹ việc sử dụng các thuốc của bệnh nhân trong quá khứ và theo dõi sử dụng thuốc trong hiện tại là cần cứ để xác định biện pháp giúp bệnh nhân tăng cường TTĐT với thuốc ARV[4].

- **Yếu tố khách quan:** đánh giá tỷ lệ TTĐT theo báo cáo uống thuốc của bệnh nhân, kiểm tra thuốc tại mỗi lần tái khám, tỷ lệ tuân thủ tốt chiếm 68,4%, tỷ lệ tuân thủ trung bình, kém (31,5%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tư phỏng vấn 99 bệnh nhân về TTĐT trong tháng gần nhất. Kết quả mức độ TTĐT tốt chiếm tỷ lệ 85,9%, mức độ TTĐT trung bình (14,1%) và không có bệnh nhân nào ở mức độ TTĐT kém[1]. Theo nghiên cứu của Vriesendorp R và cộng sự (2007) đã tiến hành nghiên cứu so sánh tỷ lệ tuân thủ có được bằng các sử dụng thiết bị điện tử Micro Alectro Mechanical Systems với việc tự báo cáo của bệnh nhân cho thấy: có sự khác biệt đáng kể giữa tỷ lệ tuân thủ do máy điện tử ghi được và tự báo cáo của bệnh nhân và khuyến nghị rằng, sử dụng thiết bị điện tử có thể đánh giá chính xác hơn sự tuân thủ của bệnh nhân[8]. Ước tính trung bình không tuân thủ ARV ở Mỹ từ 50%-70%. Nghiên cứu Meta-anlysis ở châu Phi về TTĐT trên 12.116 bệnh nhân ước tính 77% tuân thủ tốt. Tuân thủ tốt ở khu vực Nigeria là 49,2%[7]. Để tăng mức tuân thủ và hiệu quả điều trị ART cần duy trì sử dụng dụng cụ nhắc tuân thủ, tư vấn và đào

trào hỗ trợ tuân thủ cần đặc biệt nhấn mạnh cho bệnh nhân trẻ, người có trình độ học vấn thấp.

## KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị đánh giá kiểm tra uống thuốc tại mỗi lần tái khám, tuân thủ tốt chiếm 68,4%, tuân thủ trung bình (25,9%), tuân thủ kém (5,6%).

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, kiến thức tốt chiếm 75,9%, tuân thủ và kiến thức trung bình, hạn chế (61,8%), có sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa các nhóm có mức độ kiến thức khác nhau với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức tốt và tuân thủ điều trị tốt với  $p < 0,05$ ,  $OR = 1,940$ ; 95%  $CI [1,117-3,371]$ .

- Tỷ lệ bệnh nhân TTĐT tốt có thái độ tích cực với bệnh và điều trị là 68,4%.

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và thực hành tốt chiếm 69,1%, tuân thủ tốt và thực hành trung bình (66,6%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê theo mức thực hành và tuân thủ điều trị với  $p > 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Tư (2007), *Một số đặc điểm dịch tễ và yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh HIV/AIDS tại Trung tâm y tế Ngô Quyền, Hải Phòng năm 2007*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hải Phòng.

2. Trịnh Quân Huấn (2002), *Dự phòng và phơi nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr7-8.

3. Dlamini P.S, Wantland D., Makoae L.M., et al (2009), "HIV stigma and missed medications in HIV-positive people in five African countries". *AIDS patient care STDs*.

4. Do Hoa Mai (2011), "Antiretroviral therapy (ART) adherence among people living with HIV/AIDS (PLHIV) in the north of Vietnam: a multi-method approach". *PhD thesis, Queensland University of Technology*.

5. Gandhi M., Ameli N., Bacchetti P.,... et al (2009), "Protease inhibitor levels in hair strongly predict virologic response to treatment". *AIDS*.

6. Suneil R.Ramchandani, Shruti H. Mehtat, Dattatray G. Saple M, Satish B. Vaidya, Ved P. Pandey, Ravi Vadrevu, Sikhamani Rajasekaran, Vandana Bhaithia, Abhay Chowdhary, Robert C. Bollinger, and Amita Gupta. *AIDS Patient Care and STDs. February 2007*, 21(2):129-142.doi: 10.1089/apcM.2006.0045.

7. UzochuKwu B.S, Ouwujekwe O.E., Onoka A.C.,...et al (2009), "Determinants of non-adherence to subsidized anti-retroviral treatment in southeast Nigeria". *Health Policy Plan*.

8. Vriesendorp R., Cohen A., Kristanto P. et al (2007), "Adherence to HARRT therapy measured by electronic monitoring in newly diagnosed HIV patient in Bostwana". *Eur J Clin Pharmacol*, 63(12), pp.1115-12.

9. Wolfe D (2007), "Paradoxes in anti retroviral treatment for infectious drug users: access, adherence and structural barriers in Asia and the former soviet Union", *Int J Drug Policy*, 18(4), pp.246-54.