

135,5 ng/mL, $p < 0,001$. Kết quả này tương đương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Athavale D. (2018) cho thấy nồng độ PCSK9 huyết thanh ở chuột mang khối u gan cao hơn so với chuột không mang khối u [8]. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Bhat M. (2015) mặc dù cho thấy nồng độ PCSK9 trung bình ở bệnh nhân UTBMTBG là 91,6 ng/mL cao hơn khoảng 12% so với giá trị bình thường của xét nghiệm, nhưng không có khác biệt đáng kể so với giá trị của người khỏe mạnh. Điều này có thể do yếu tố hạn chế chính trong nghiên cứu của tác giả là các bệnh nhân UTBMTBG chỉ bao gồm các bệnh nhân đủ điều kiện ghép gan hoặc cắt gan, có nghĩa là bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm [4]. Chúng tôi cũng tiến hành phân tích khả năng dự đoán UTBMTBG so với nhóm chứng khỏe mạnh. Bảng 3.3 cho thấy nồng độ PCSK9 huyết tương có giá trị chẩn đoán UTBMTBG với nhóm chứng khỏe mạnh ở mức trung bình với AUC là 0,70 (95% CI: 0,61-0,79). Tại điểm cắt 151,95 ng/mL, chẩn đoán UTBMTBG so với nhóm chứng có độ nhạy là 68,3%, độ đặc hiệu là 65,0%, $p < 0,05$. Điều này bước đầu cho thấy tiềm năng của nồng độ PCSK9 huyết tương trong vai trò chẩn đoán UTBMTBG so với đối tượng người khỏe mạnh.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ PCSK9 có mối tương quan thuận mức độ vừa với số lượng tiểu cầu ở bệnh nhân UTBMTBG gan với hệ số tương quan $r = 0,5$, $p < 0,05$
 - Trung vị nồng độ PCSK9 huyết tương ở bệnh nhân UTBMTBG là 172,9 ng/mL, cao hơn có ý nghĩa so với chỉ số tương ứng ở nhóm người khỏe mạnh là 135,5 ng/mL, $p < 0,001$.

- Nồng độ PCSK9 huyết tương có giá trị chẩn đoán UTBMTBG với nhóm chứng khỏe mạnh ở mức trung bình với AUC là 0,70 (95% CI: 0,61-0,79). Tại điểm cắt 151,95 ng/mL, chẩn đoán UTBMTBG so với nhóm chứng khỏe mạnh có độ nhạy là 68,3%, độ đặc hiệu là 65,0%. Điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al.** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians, 71(3): 209-249.
2. **Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, Số. 3129/QĐ-BYT.
3. **Alannan M., Fatrouni H., Trézéguet V., et al.** (2023), "Targeting PCSK9 in Liver Cancer Cells Triggers Metabolic Exhaustion and Cell Death by Ferroptosis", Journal of Cells, 12(1): 62.
4. **Bhat M., Skill N., Marcus V., et al.** (2015), "Decreased PCSK9 expression in human hepatocellular carcinoma", Journal of BMC gastroenterology, 15(1): 1-10.
5. **Trần Quang Tú** (2021), "Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại đơn vị ung thư gan mật và ghép gan- Khoa Ngoại gan mật tụy Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Việt Nam, 504: 21- 25.
6. **Petersen-Urbe A., Kremser M., Rohlfing A. K., et al.** (2021), "Platelet-derived PCSK9 is associated with LDL metabolism and modulates atherothrombotic mechanisms in coronary artery disease", International Journal of Molecular Sciences, 22(20), tr. 11179.
7. **Pavlovic N., Rani B., Gerwins P., et al.** (2019), "Platelets as key factors in hepatocellular carcinoma", Cancers, 11(7), tr. 1022.
8. **Athavale D., Chouhan S., Pandey V., et al.** (2018), "Hepatocellular carcinoma-associated hypercholesterolemia: involvement of proprotein-convertase-subtilisin-kexin type-9 (PCSK9)" 6: 1-16.

MỨC ĐỘ KỶ THỊ VỀ BỆNH TÂM THẦN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH HIV TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Mai Lê Xuân¹, Trần Thị Hoài Thương¹, Nguyễn Thị Ngọc Bích¹, Phạm Thị Thu Phương¹, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều nghiên cứu cho thấy người bệnh HIV có nguy cơ mắc một số rối loạn tâm thần cao hơn so với dân số chung. Vì vậy, điều quan trọng

là phải nâng cao sự hiểu biết của người bệnh HIV về sức khỏe tâm thần, đặc biệt là cải thiện mức độ kỷ thị về bệnh tâm thần ở nhóm người bệnh này. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này xác định mức độ kỷ thị về bệnh tâm thần và các yếu tố liên quan ở người bệnh HIV tại Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 900 người bệnh HIV đang điều trị tại sáu Khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng tại Thành phố Hồ Chí Minh. Người bệnh được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc. Mức độ kỷ thị về bệnh tâm thần được đánh giá bằng thang đo CAMI-12. **Kết quả:** Điểm số kỷ thị về bệnh tâm thần là $55,0 \pm 8,4$ điểm. Có mối liên

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Thái Thanh Trúc
 Email: thaithanhtruc@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 27.6.2024
 Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
 Ngày duyệt bài: 6.9.2024

quan giữa kỳ thị về bệnh tâm thần với nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, mối quan hệ với các thành viên trong gia đình, số năm nhiễm HIV, quen biết với người có bệnh tâm thần, sử dụng Internet để tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần. **Kết luận:** Mức độ kỳ thị về bệnh tâm thần của người bệnh HIV ở mức trung bình. Do đó, cần triển khai biện pháp can thiệp và tiếp cận hiệu quả để giảm thiểu kỳ thị về bệnh tâm thần trong cộng đồng người bệnh HIV.

Từ khoá: Kỳ thị về bệnh tâm thần, HIV/AIDS

SUMMARY

STIGMA TOWARDS MENTAL ILLNESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIV PATIENTS IN HO CHI MINH CITY

Introduction: Many studies have showed that people living with HIV are at higher risk of developing various mental disorders compared to the general population. Therefore, it is important to enhance the understanding of mental health among people living with HIV, especially to reduce stigma associated with mental illness in this group. **Objectives:** This study estimated the level of stigma towards mental illness and identified associated factors among people living with HIV in Ho Chi Minh City. **Material and methods:** A cross-sectional study was conducted on 900 HIV patients receiving treatment at six departments of community counseling and support in Ho Chi Minh City. Patients were interviewed using a structured questionnaire. The level of stigma towards mental illness was assessed using the CAMI-12 scale. **Results:** The stigma score for mental illness was 55.0 ± 8.4 points. Significant association was found between stigma towards mental illness and age group, gender, occupation, educational level, marital status, relationships with family members, duration of HIV infection, acquaintance with individuals with mental illness, and use of the Internet to seek information about mental health. **Conclusion:** The level of stigma towards mental illness among HIV patients is moderate. Therefore, effective interventions and approaches need to be implemented to reduce stigma towards mental illness in the HIV patient community.

Keywords: Stigma mental illness, HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ dân số mắc các rối loạn tâm thần đang phổ biến hơn theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hàng triệu người trên toàn cầu vẫn đang gặp phải các vấn đề về SKTT và cứ 8 người thì có 1 người đang phải sống chung với các vấn đề về SKTT.¹ Đặc biệt, những người bệnh HIV đang phải đối diện với nguy cơ cao mắc một số vấn đề về SKTT liên quan đến việc sống chung với HIV. Người nhiễm HIV có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp đôi so với người không nhiễm HIV.² Đồng thời, họ có nhiều khả năng có ý định tự tử và chết do tự tử cao hơn đáng kể so với dân số nói chung.³ Kết quả một phân tích gộp cho thấy tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm và lo âu ở người bệnh

HIV lần lượt là 16,9% và 23,0%.⁴ Vì thế điều quan trọng là phải nâng cao sự hiểu biết của họ về SKTT, để có thể phòng ngừa, phát hiện sớm các rối loạn tâm thần (RLTT) ở nhóm người bệnh này.³

Mặt khác, sự kỳ thị về bệnh tâm thần (KTVBTT) đang là một vấn đề quan trọng trong những nghiên cứu gần đây. Mặc dù không có một định nghĩa nào được chấp nhận rộng rãi về sự kỳ thị, nhưng nó có thể được coi là một khái niệm đa chiều bao gồm các yếu tố tiêu cực về kiến thức, thái độ, cảm xúc, niềm tin và hành vi đối với một nhóm người. Kỳ thị là rào cản lớn ngăn cản tham gia xã hội và tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp cho những người có RLTT. Vì thế, trong những năm gần đây, nhiều quốc gia đã triển khai các chiến dịch chống phân biệt đối xử nhằm giảm bớt sự kỳ thị và cải thiện sự hòa nhập của những người mắc RLTT vào cộng đồng.⁵

Hơn hết, giảm thiểu sự KTVBTT là một trong những yếu tố quan trọng trong việc nâng cao hiểu biết về SKTT của một người. Từ đó có thể thấy, để nâng cao hiểu biết về SKTT ở người bệnh HIV thì một trong những giải pháp quan trọng là giảm mức độ KTVBTT cho họ. Vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định mức độ KTVBTT và các yếu tố liên quan ở người bệnh HIV. Từ đó, đưa ra những khuyến nghị, giải pháp kịp thời và phù hợp nhằm cải thiện sự KTVBTT, góp phần nâng cao sức khỏe cho từng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và đối tượng tham gia. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ tháng 02/2024 đến tháng 04/2024 tại Khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng gồm quận 3, quận 6, quận Tân Phú, huyện Bình Chánh, huyện Hóc Môn, huyện Củ Chi. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi tuyển chọn 900 người bệnh HIV tham gia vào nghiên cứu. Tiêu chí chọn vào bao gồm người bệnh HIV từ 18 tuổi trở lên đang điều trị ARV có mặt trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ người bệnh có khiếm khuyết không có khả năng giao tiếp, không thể hoàn thành cuộc phỏng vấn.

Phương pháp thu thập số liệu. Sau khi được cung cấp thông tin về nghiên cứu và người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn mặt đối mặt với người bệnh bằng bộ câu hỏi soạn sẵn trong khoảng 15 phút. Dữ liệu được nhập qua máy tính bảng và lưu trữ trực tiếp vào hệ thống REDCap.

Công cụ thu thập số liệu. Bộ câu hỏi bao gồm các đặc điểm về dân số - xã hội, đặc điểm về bệnh tật và các trải nghiệm về SKTT của

người bệnh HIV. KTVBTT được đánh giá qua thang đo CAMI-12, gồm 12 câu và đánh giá 2 lĩnh vực: a) Định kiến và loại trừ ; b) Khoan dung và hỗ trợ. Cả 2 lĩnh vực này đều đã được đánh giá là có độ tin cậy nội bộ tốt. Mức độ đồng ý hoặc không đồng ý của người trả lời được đánh giá theo Thang đo Likert 5 điểm. Điểm của thang đo được tính bằng cách trung bình tổng điểm 12 câu hỏi, phạm vi thang đo dao động từ 0 đến 100 và điểm, với điểm cao hơn thể hiện thái độ tích cực hơn, ít kỳ thị người có BTT hơn.⁶

Phân tích dữ kiện. Mô tả tần số, tỷ lệ (%) cho các biến số định tính. Mô tả trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất cho các biến số định lượng. Sử dụng kiểm định t không bắt cặp, kiểm định ANOVA để xác định mối liên quan giữa điểm kỳ thị với các yếu tố liên quan. Tất cả phân tích thống kê thực hiện bằng phần mềm Stata 17.0.

Đạo đức. Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 279 và 280 – ĐHYD ký ngày 01/02/2024. Quá trình thu thập dữ liệu được sự cho phép của Ban Giám đốc Trung tâm Y tế và Trưởng khoa Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng quận 3, quận 6, quận Tân Phú, Huyện Bình Chánh, Huyện Hóc Môn, Huyện Củ Chi tại Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của người bệnh HIV trong nghiên cứu là 37,2 ± 9,6 tuổi, nhóm tuổi từ 30 đến 44 tuổi chiếm khoảng 1/2 số người tham gia và phần lớn người bệnh là nam giới (77,3%). Chủ yếu người bệnh có nghề nghiệp là lao động tay chân (71,7%) và có trình độ học vấn từ THPT trở lên (28,2%). Hơn một nửa số người bệnh hiện còn đang độc thân (57,4%) và có mối quan hệ tốt với các thành viên trong gia đình (53,2%) (Bảng 1). phần lớn số người bệnh đã mắc HIV từ 5 năm trở lên (60,1%) và không có bệnh mạn tính kèm theo (74,1%) (Bảng 2). Đa số người bệnh HIV tham gia không quen biết với người có BTT (89,2%). Hầu hết người bệnh HIV có sử dụng Internet, tuy nhiên chỉ có 16,2% người bệnh sử dụng Internet để tìm kiếm thông tin về SKTT (Bảng 3).

Điểm trung bình KTVBTT chung của người bệnh HIV là 55,0 điểm với độ lệch chuẩn là 8,4 điểm. Về các lĩnh vực của KTVBTT, điểm trung bình ở lĩnh vực định kiến và loại trừ là 53,1 ± 13,5 điểm và ở lĩnh vực khoan dung và hỗ trợ là 56,9 ± 13,7 điểm (Bảng 1).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa KTVBTT với nhóm tuổi (p<0,001), giới tính (p=0,003), nghề nghiệp (p<0,001), trình độ học vấn (p<0,001), tình trạng hôn nhân (p<0,001) và mối quan hệ với các thành viên trong gia đình (p<0,001) (Bảng 1).

Bảng 1: Mối liên quan giữa KTVBTT và đặc điểm dân số - xã hội (n=900)

Đặc điểm	N (%)	Định kiến và loại trừ	p	Khoan dung và hỗ trợ	p	KTVBTT	p
Chung	900 (100)	53,1 ± 13,5		56,9 ± 13,7		55,0 ± 8,4	
Nhóm tuổi							
19 - ≤ 29	221 (24,6)	57,1 ± 10,9	<0,001	58,3 ± 13,4	0,214	57,7 ± 7,9	<0,001
30 - ≤ 44	483 (53,7)	53,8 ± 13,6		56,6 ± 14,1		55,2 ± 8,1	
≥ 45	196 (21,8)	46,7 ± 13,9		56,2 ± 13,2		51,5 ± 8,3	
Giới tính							
Nam	696 (77,3)	53,6 ± 13,3	0,056	57,4 ± 13,3	0,103	55,5 ± 8,5	0,003
Nữ	204 (22,7)	51,5 ± 14,3		55,3 ± 14,9		53,5 ± 7,8	
Nghề nghiệp							
Lao động trí óc	153 (17,0)	56,6 ± 11,4	<0,001	60,3 ± 13,4	0,002	58,5 ± 8,5	<0,001
Lao động tay chân	645 (71,7)	52,7 ± 13,6		55,9 ± 13,7		54,3 ± 8,2	
Thất nghiệp	35 (3,9)	49,3 ± 17,1		56,4 ± 16,9		52,9 ± 7,4	
Khác	67 (7,4)	50,7 ± 13,5		59,0 ± 11,3		54,8 ± 8,7	
Trình độ học vấn							
Dưới THCS	200 (22,2)	49,3 ± 14,3	<0,001	56,6 ± 14,2	0,003	52,9 ± 7,5	<0,001
THCS	202 (22,4)	52,2 ± 13,9		55,3 ± 13,9		53,8 ± 8,1	
THPT	244 (27,1)	52,7 ± 13,1		55,8 ± 13,5		54,2 ± 8,7	
Trên THPT	254 (28,2)	57,2 ± 11,9		59,6 ± 13,0		58,4 ± 7,9	
Tình trạng hôn nhân							
Độc thân	517 (57,4)	55,4 ± 13,3	<0,001	57,0 ± 14,0	0,881	56,2 ± 8,3	<0,001

Sống như vợ chồng/đã kết hôn	292 (32,4)	50,3 ± 12,7		57,1 ± 13,0		53,7 ± 8,0	
Ly dị/ly thân/goá	91 (10,1)	48,8 ± 14,5		56,3 ± 14,1		52,5 ± 9,1	
Mối quan hệ với gia đình							
Tốt	479 (53,2)	54,7 ± 13,3	<0,001	57,9 ± 14,1	0,089	56,3 ± 8,3	<0,001
Bình thường	402 (44,7)	51,2 ± 13,6		55,9 ± 13,1		53,6 ± 8,3	
Không tốt	19 (2,1)	50,9 ± 10,7		54,6 ± 13,5		52,7 ± 7,2	

Trung bình ± độ lệch chuẩn

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm nhiễm HIV của người bệnh ($p < 0,001$) với KTVBTT (Bảng 2).

Bảng 2: Mối liên quan giữa KTVBTT và đặc điểm bệnh tật (n=900)

Đặc điểm	N (%)	Định kiến và loại trừ	p	Khoan dung và hỗ trợ	p	KTVBTT	p
Tiền sử BTT							
Có	38 (4,2)	54,3 ± 12,5	0,578	59,6 ± 13,6	0,213	57,0 ± 9,2	0,143
Không	862 (95,8)	53,0 ± 13,6		56,8 ± 13,7		54,9 ± 8,3	
Tư vấn về SKTT							
Có	98 (10,9)	52,8 ± 12,1	0,804	60,1 ± 12,1	0,016	56,4 ± 7,6	0,078
Không	802 (89,1)	53,1 ± 13,7		56,6 ± 13,8		54,8 ± 8,5	
Bệnh mạn tính kèm theo							
Có	233 (25,9)	52,6 ± 13,7	0,520	56,5 ± 14,3	0,594	54,6 ± 8,9	0,340
Không	667 (74,1)	53,3 ± 13,4		57,1 ± 13,5		55,2 ± 8,2	
Số năm nhiễm HIV							
< 1	57 (6,3)	55,1 ± 10,9	<0,001	57,2 ± 11,8	0,631	56,2 ± 7,7	<0,001
1 - 5	302 (33,6)	55,7 ± 12,0		57,7 ± 12,9		56,7 ± 7,9	
> 5	541 (60,1)	51,4 ± 14,3		56,5 ± 14,3		54,0 ± 8,5	

Trung bình ± độ lệch chuẩn

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quen biết với người có BTT ($p = 0,008$), sử dụng Internet để tìm kiếm thông tin SKTT ($p < 0,001$) với KTVBTT (Bảng 3).

Bảng 3: Mối liên quan giữa KTVBTT và trải nghiệm về SKTT (n=900)

Đặc điểm	N (%)	Định kiến và loại trừ	p	Khoan dung và hỗ trợ	p	KTVBTT	p
Quen biết với người có BTT							
Có	97 (10,8)	54,1 ± 12,9	0,422	60,1 ± 14,5	0,015	57,1 ± 8,6	0,008
Không	803 (89,2)	53,0 ± 13,6		56,6 ± 13,6		54,8 ± 8,3	
Sử dụng Internet để tìm kiếm thông tin SKTT							
Không dùng Internet	136 (15,1)	47,9 ± 14,7	<0,001	56,1 ± 15,2	<0,001	52,0 ± 8,8	<0,001
Dùng Internet tìm kiếm SKTT	146 (16,2)	56,0 ± 13,7		61,1 ± 12,6		58,6 ± 7,9	
Dùng Internet mục đích khác	618 (68,7)	53,5 ± 12,9		56,1 ± 13,4		54,8 ± 8,1	

Trung bình ± độ lệch chuẩn

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh HIV có mức độ KTVBTT ở mức trung bình, với điểm số là $55,0 \pm 8,4$ điểm. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn báo cáo của Manescu trên 4086 người từ 16 tuổi trở lên tại Anh với điểm số KTVBTT là $74,8 \pm 0,2$ điểm.⁷ Lý giải cho sự khác biệt này có thể là vì người bệnh HIV thường phải đối mặt với sự phân biệt đối xử và định kiến từ xã hội khi có các vấn đề về SKTT.³ Điều này có thể làm cho họ trở nên nhạy cảm và dễ phản ứng tiêu cực đối với người khác, đặc biệt là đối với những người BTT, do đó người bệnh HIV có xu hướng kỳ thị hơn về BTT. Xét về hai lĩnh vực của

KTVBTT, người bệnh HIV ở lĩnh vực khoan dung và hỗ trợ ($56,9 \pm 13,7$) và lĩnh vực sự thành kiến và cô lập ($53,1 \pm 13,5$) đều ở mức trung bình. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn trong báo cáo của Ilic trên những người từ 16 tuổi trở lên với điểm số trung bình ở lĩnh vực khoan dung và hỗ trợ là 76 điểm, lĩnh vực sự thành kiến và cô lập là 71 điểm.⁶

Kết quả ghi nhận người bệnh HIV trong độ tuổi trên 45 tuổi sẽ có mức độ KTVBTT nhiều hơn so với người bệnh từ 19 đến 29 tuổi. Tuy nhiên, một báo cáo ở nhân viên y tế tại Hàn Quốc lại cho rằng người có tuổi trẻ hơn sẽ có thái độ tiêu cực hơn với BTT.⁸ Sự khác biệt này

có thể do sự khác nhau ở đối tượng và địa điểm giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu cũng tìm thấy người bệnh giới tính nữ có mức độ KTVBTT nhiều hơn so với người bệnh giới tính nam. Ngoài ra, nhóm người bệnh HIV có nghề nghiệp lao động trí óc có mức độ KTVBTT cao hơn nhóm người bệnh làm lao động chân hoặc thất nghiệp. Lý giải bởi có thể những người lao động trí óc, họ thường có trình độ giáo dục cao hơn, điều này có thể dẫn đến sự hiểu biết sâu sắc hơn về các vấn đề SKTT và tầm quan trọng của việc hỗ trợ và không kỳ thị đối với những người có BTT. Kết quả này cũng được bổ sung bởi yếu tố trình độ học vấn cũng cho thấy có mối liên quan với mức độ KTVBTT.

Chúng tôi nhận thấy người bệnh HIV còn độc thân thì mức độ KTVBTT thấp nhất và cao nhất là ở người bệnh đã ly dị hoặc ly thân hoặc góa. Điều này có thể giải thích bởi người bệnh đã ly dị hoặc ly thân hoặc góa có thể trải qua nhiều cảm xúc đau buồn, căng thẳng và mối quan tâm khác trong cuộc sống, gây khó khăn trong việc xây dựng lại niềm tin và có thể dẫn đến thái độ tiêu cực với những người BTT. Ngoài ra, kết quả còn ghi nhận những người bệnh HIV có mối quan hệ tốt với gia đình thì có mức độ KTVBTT cao hơn người bệnh có mối quan hệ không tốt với gia đình. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cũng đã phát hiện mức độ KTVBTT thấp nhất ở người bệnh nhiễm HIV từ 1 đến 5 năm và thấp nhất ở người bệnh nhiễm HIV trên 5 năm trở lên. Có thể là vì người bệnh đã mắc HIV trên 5 năm trở lên, họ đã trải qua nhiều sự phân biệt đối xử và gặp khó khăn trong việc tiếp cận với các thông tin, dịch vụ về SKTT. Vì vậy, họ có thể không có những thông tin chính xác về BTT, từ đó dễ dàng hình thành những quan điểm không tích cực về BTT.

Kết quả cũng cho thấy người bệnh HIV có quen biết với người BTT thì sẽ có thái độ ít kỳ thị hơn so với người bệnh HIV không quen biết với người BTT. Điều này có thể là vì khi người bệnh HIV và người có bệnh tâm thần có quen biết nhau thì họ có thể dễ dàng chia sẻ kinh nghiệm, kiến thức về các vấn đề SKTT. Từ đó, người bệnh HIV có thể đồng cảm hơn về các vấn đề mà nhóm người này đang phải đối mặt. Ngoài ra, qua kết quả phân tích ghi nhận mức độ KTVBTT ở người bệnh HIV có sử dụng Internet để tìm kiếm thông tin về SKTT cao hơn người bệnh HIV không dùng Internet hoặc dùng Internet cho mục đích khác. Internet là một nguồn thông tin dễ tiếp cận về SKTT dành cho người bệnh HIV, giúp họ hiểu rõ hơn về BTT và

giảm thiểu các định kiến về vấn đề này. Tuy nhiên, cần đảm bảo rằng họ chỉ truy cập vào các nguồn thông tin đáng tin cậy và chất lượng.

Một số điểm hạn chế cũng được ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi. Đầu tiên, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang nên không thể đánh giá được mối quan hệ nhân quả của các yếu tố liên quan đến KTVBTT. Thứ hai, nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ các vấn đề SKTT có thể khác nhau ở các vùng miền, giữa thành thị và nông thôn, cho nên vấn đề KTVBTT cũng có thể khác nhau. Thứ ba, mặc dù công cụ đánh giá KTVBTT được sử dụng nhiều, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá tính tin cậy và tính giá trị trên người bệnh HIV. Cần có các nghiên cứu chuyên biệt nhằm đánh giá và chuẩn hóa công cụ này.

V. KẾT LUẬN

Mức độ KTVBTT của người bệnh HIV ở mức trung bình. Do đó, các cán bộ y tế, cơ quan quản lý người bệnh HIV và xã hội cần thực hiện các biện pháp can thiệp và tiếp cận hiệu quả, nhằm cải thiện vấn đề KTVBTT trong cộng đồng người bệnh HIV, góp phần nâng cao sức khỏe cho từng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. pp. 11-61.
2. **HIV.gov** (2021). HIV and Mental Health. <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hiv-and-mental-health>
3. **World Health Organization** (2022). Integration of mental health and HIV interventions. pp. 5-11.
4. Lee KW, Ang CS, Lim SH, et al (2022). Prevalence of mental health conditions among people living with HIV during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review and meta-analysis. *HIV medicine*. 23(9). pp. 990-1001.
5. **Sanabria-Mazo JP, Doval E, Bernadà A, et al** (2023). Over 40 years (1981–2023) assessing stigma with the Community Attitudes to Mental Illness (CAMI) scale: a systematic review of its psychometric properties. *Systematic Reviews*. 12(1). pp. 66.
6. **Ilic N, Henderson H, Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G** (2014). Attitudes towards mental illness. *Health survey for England*. pp. 1-15.
7. **Manescu EA, Robinson EJ, Henderson C** (2020). Attitudinal and demographic factors associated with seeking help and receiving antidepressant medication for symptoms of common mental disorder. *BMC psychiatry*. 20(1). pp. 579.
8. **Jung W, Choi E, Yu J, Park DH, Ryu SH, Ha JH** (2017). Attitudes toward the mentally ill among community health-related personnel in South Korea. *Indian journal of psychiatry*. 59(3). pp. 328-332.

KIẾN THỨC VỀ LOÉT BÀN CHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG - KẾT QUẢ TỪ MỘT CUỘC KHẢO SÁT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2021 ĐẾN 2022

Phan Hữu Hên¹, Trần Duy Hiền¹, Đậu Ly Na¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiểu biết bàn chân đái tháo đường giúp bệnh nhân chủ động phòng tránh biến chứng này. Tại Việt Nam, việc giáo dục bệnh nhân chưa được thực hiện thường quy. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng kiến thức của bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Chợ Rẫy về các nguyên nhân cơ học gây ra loét bàn chân, cách thức xuất hiện và diễn tiến vết loét bàn chân. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang gồm 374 bệnh nhân đến khám hoặc nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2021 đến năm 2022. Thu thập số liệu dựa trên bảng câu hỏi được thiết kế sẵn trong đó bảy câu hỏi kiến thức được lấy từ bảng câu hỏi Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) (Physical Causes of Ulcers subscale and Acute Foot Ulcer Onset subscale) của tác giả Vileikyte và cộng sự. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức của cả nhóm nghiên cứu là khá cao $26,4 \pm 4,45$ trên tổng 35 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân trả lời sai một số điểm kiến thức sau đây vẫn còn cao: 56,1% bệnh nhân cho rằng vết loét chỉ xuất hiện sau một thời gian dài bị đái tháo đường, 44,6% và 42,0% bệnh nhân không hiểu rằng chai chân, khô da là những nguyên nhân cơ học gây loét bàn chân. Phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới, trình độ học vấn của người bệnh với kiến thức về loét bàn chân đái tháo đường. **Kết luận:** Kiến thức của người bệnh về vết loét bàn chân đái tháo đường vẫn còn hạn chế. Giới, trình độ học vấn là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến kiến thức của bệnh nhân về vết loét bàn chân người đái tháo đường. **Từ khóa:** loét bàn chân, đái tháo đường, kiến thức

SUMMARY

KNOWLEDGE OF PATIENTS ON DIABETIC FOOT ULCERS – A SURVEY AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2021 TO 2022

Introduction: Learning about diabetic foot helps patients to actively prevent this complication. Educative activities for diabetic patients are not routinely conducted in Vietnam. Hence, we carried out this study to evaluate the knowledge of patients at Cho Ray Hospital on mechanical causes of diabetic foot ulcers and the formation and progression of diabetic foot ulcers. **Method:** A cross-sectional study included 374 diabetic patients coming to Cho Ray Hospital for outpatient check-ups or hospitalization from 2021 to 2022. The data-collecting tool was a pre-

designed questionnaire in which seven diabetic foot ulcer-related questions were borrowed from the Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) questionnaire (Physical Causes of Ulcers subscale and Acute Foot Ulcer Onset subscale) by Vileikyte et al. **Results:** The average score for the knowledge of the studied population was $26,4 \pm 4,45$ (out of 35). The proportions of patients who had a wrong answer for these following questions were still high: 56,1% still thought that diabetic foot ulcers only happened after a long time of diabetes. 44,6% and 42,0% did not know that calluses and dried food skin could cause diabetic foot ulcers. There were possible significant associations between gender, level of education, and the knowledge of patients. **Conclusions:** Patients' knowledge of diabetic foot ulcers still needs to be improved. Gender and level of education can be associated with patients' levels of this knowledge. **Keywords:** foot ulcers, diabetes, knowledge

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường tạo ra một trong những gánh nặng không chỉ về bệnh tật mà còn về kinh tế hiện nay trên toàn thế giới. Theo ước tính của Liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF) tổng số lượng người đái tháo đường ước tính đạt đến con số 643 triệu người vào năm 2030 và có thể đạt ngưỡng 783 triệu người vào năm 2045⁶. Đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng nặng nề, như biến chứng mạch máu lớn, biến chứng mạch máu nhỏ làm ảnh hưởng đến kỳ vọng sống, chất lượng cuộc sống của người bệnh. Biến chứng loét bàn chân là một biến chứng thường gặp, mà trong đó biến chứng thần kinh ngoại biên góp một vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh.

Biến chứng thần kinh do đái tháo đường có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng: từ tê bì, nóng rát ở hai bàn chân có thể đến hoàn toàn không có biểu hiện. Một trong những dấu hiệu để nhận biết biến chứng thần kinh ngoại biên đó chính là tình trạng giảm cảm giác ở bàn chân. Tình trạng này khiến người bệnh dễ xuất hiện loét mạn tính hoặc nhiễm trùng bàn chân do khi xuất hiện các vết thương hay tổn thương ở bàn chân, người bệnh mất cảm giác và không phát hiện kịp thời.

Do vậy, người bệnh đái tháo đường được khuyến nghị cần được thăm khám bàn chân định kỳ, làm test monofilament để kịp thời phát hiện tình trạng giảm cảm giác bảo vệ ở bàn chân, từ đó chủ động bảo vệ bàn chân khỏi vết thương. Bên cạnh đó, nhiều Hiệp Hội chuyên về vấn đề bàn chân đái tháo đường, như nhóm chuyên

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Ly Na

Email: daulyna@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024