NGHIÊN CỨU HỒI CỨU MÔ TẢ VIỆC BỘC LỘ TÌNH TRẠNG NHIỄM HIV CHO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2: YẾU TỐ THUẬN LỢI, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁC ĐỘNG CỦA VIỆC BỘC LỘ LÊN TUÂN THỦ VÀ TÂM LÝ TRẺ

Vũ Thiên Ân[1]

TÓM TẮT

Theo UNAIDS, đến năm 2018 có 37,9 triệu người nhiễm HIV, trong đó có 1,7 triệu trẻ em. Khoảng 79% biết tình trạng nhiễm HIV của họ [10]. Tỷ lệ này ở trẻ em thấp hơn nhiều [10, 11].

Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu hồi cứu nhằm mô tả nhóm trẻ nhiễm HIV lớn hơn 6 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2007 - 31/3/2020 về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, viral load nhằm làm rõ yếu tố cản trở và yếu tố thuận lợi cho việc bộc lộ. Nghiên cứu cũng mô tả tác động của việc bộc lộ đối với việc tuân thủ điều trị, kết quả điều trị và tâm lý của trẻ trước và sau bộc lộ.

Kết quả: Có 536 trẻ nhiễm HIV lớn hơn 6 tuổi được theo dõi, trong đó có 228 trẻ (42,54%) được bộc lộ đầy đủ, 52 ca (9,70%) đang trong quá trình bộc lộ, 256 ca (47,76%) chưa được bộc lộ. Tỷ lệ này ở nhóm lớn hơn 12 tuổi lần lượt là 224 trẻ (74,17%), 16 trẻ (5,3%), 62 trẻ (20,53%); và ở nhóm 6 - 12 tuổi là 4 trẻ (1,71%), 36 trẻ (15,38%) và 194 trẻ (82,91%).

Nguyên nhân chính chưa được bộc lộ ở nhóm 6 - 12 tuổi là do người nhà e ngại (84,45%); và ở nhóm lớn hơn 12 tuổi là do chậm phát triển tâm thần (40,32 %), do người giám hộ không đồng ý (24,19 %).

Ghi nhận tỷ lệ tuân thủ tốt hơn và cải thiện về tải lượng virus sau bộc lô ($p < 0,05$). Hầu hết trẻ không có tâm lý mặc cảm sau khi được bộc lộ vì đã được tư vấn đầy đủ về tâm lý (270/273 ca, chiếm 98,9%).

Từ khóa: *HIV/AIDS, yếu tố nguy cơ.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo cập nhật của UNAIDS, đến năm 2018 có 37,9 triệu người nhiễm HIV, trong đó có 1,7 triệu trẻ em; cũng trong năm 2018 có 1,7 triệu ca nhiễm HIV mới trên toàn cầu (bao gồm 160.000 trẻ em). Trong số tất cả những người nhiễm HIV, 79% biết tình trạng HIV của họ [10, 11]. Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV là một quá trình phức tạp và thường liên quan đến vấn đề bảo mật và quyền riêng tư nhưng đã được công nhận là một khía cạnh quan trọng trong phòng ngừa và điều trị HIV. Để việc bộc lộ thuận lợi, nhân viên y tế phải cung cấp dịch vụ tư vấn, hỗ trợ và sử dụng các kỹ năng phù hợp [3]. Các nghiên cứu cho thấy việc bộc lộ này có tác động tích cực đến viêc tuân thủ điều trị ART cũng như các hành vi phòng ngừa lây nhiễm HIV ra cộng đồng [2, 6]. Việc tuân thủ tốt hơn sẽ làm tăng CD4, viral load dưới ngưỡng, lâm sàng không có nhiễm trùng cơ hội, người nhiễm HIV khỏe mạnh để học tập và làm việc.

Hầu hết các nghiên cứu bộc lộ ở trẻ em xem xét cảm xúc và tâm lý xã hội của trẻ trước và sau bộc lộ, kinh nghiệm của nhân viên y tế và người chăm sóc trong quá trình bộc lộ cũng như các ảnh hưởng

1. Khoa Nhiễm - Bệnh viện Nhi Đồng 2 TP. Hồ Chí Minh

Ngày gửi bài: *15/4/2022*

Ngày phản biện xong: *03/6/2022*

Ngày duyệt đăng: *15/6/2022*

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: *ThS.BS. Vũ Thiên Ân, Khoa Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 2 TP. Hồ Chí Minh*

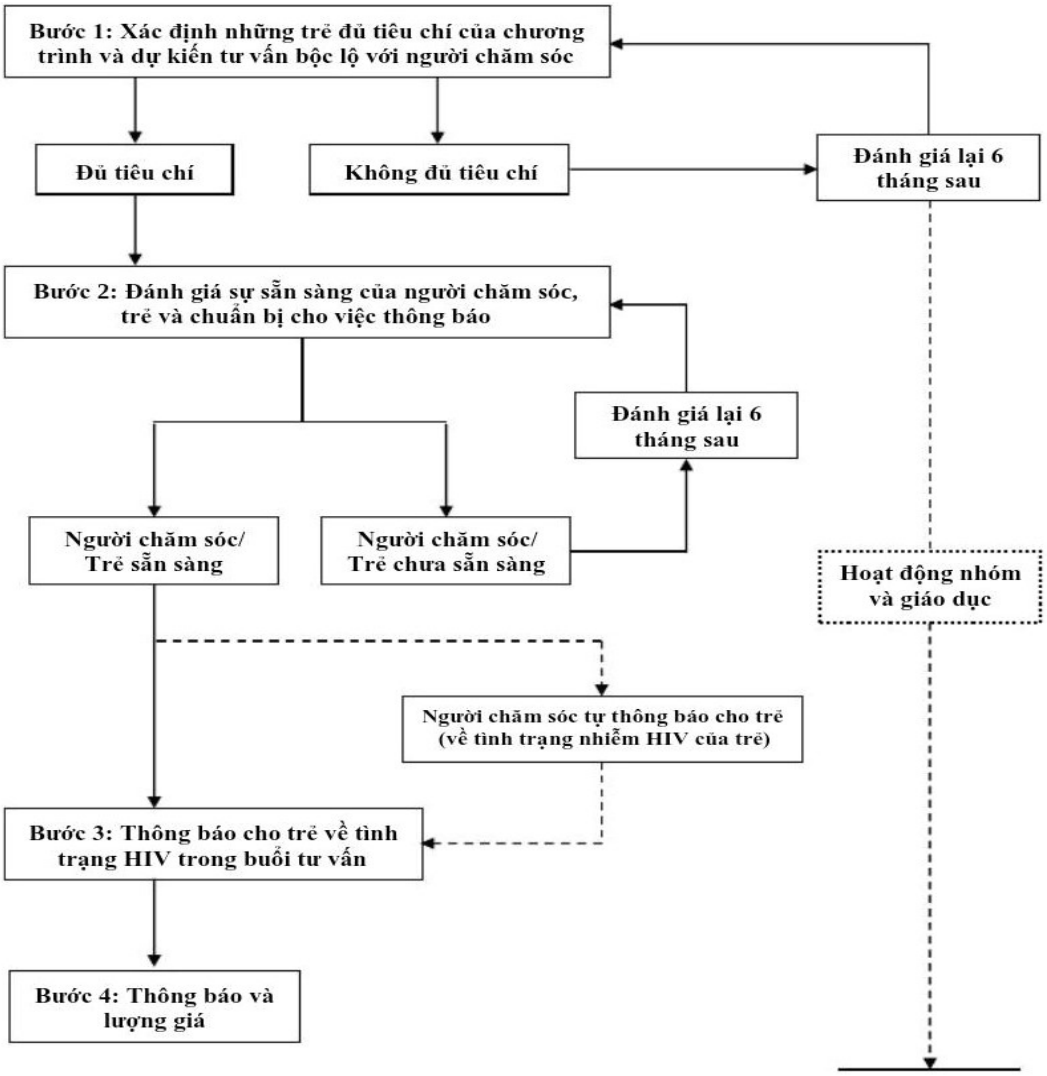
Điện thoại: 0395183849. E-mail: thienantphcm@yahoo.com

sau bộc lộ (tử vong, mất dấu, tuân thủ ARV) [6]. Các nghiên cứu phát hiện ra việc không bộc lộ tình trạng HIV làm nguy cơ mất dấu cao hơn (LTFU), tăng tỷ lệ không tái khám đầy đủ và trì hoãn việc bắt đầu điều trị ARV [9].

Việc bộc lộ bao gồm bước đầu từ việc giải thích đơn giản về bệnh và cách tự chăm sóc bản thân đến tiết lộ đầy đủ về bản chất của bệnh, cách phòng ngừa, đường lây truyền và tiếp cận các chăm sóc y tế [2]. Việc bộc lộ có thể được thực hiện bởi cha mẹ, người chăm sóc và/ hoặc nhân viên y tế. Việc bộc lộ thường kéo dài và bao gồm nhiều cuộc thảo luận về các vấn đề khác nhau của bệnh cũng như các mối quan hệ của người bệnh với gia đình và xã hội [4]. Đã có báo cáo cho thấy người được bộc lộ có sự tự tin tốt hơn những người không biết tình trạng nhiễm HIV của họ. Cha mẹ của trẻ nhiễm sau khi bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ ít bị trầm cảm hơn nhóm cha mẹ không bộc lộ cho trẻ.

WHO yêu cầu bộc lộ đầy đủ về HIV cho trẻ em nhiễm từ 12 tuổi. Trẻ em trong độ tuổi đi học (6 - 12 tuổi) nên được bắt đầu bộc lộ [11]. Tuy nhiên người chăm sóc trẻ vẫn có tâm lý e ngại không muốn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ cho trẻ biết vì tâm lý mặc cảm tội lỗi và sợ kỳ thị. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng, việc bộc lộ tình trạng HIV cho trẻ em và thanh thiếu niên bị nhiễm bệnh vẫn còn thấp ở các quốc gia bị hạn chế tài nguyên [2, 4].

Cục Phòng, Chống HIV/AIIDS. Hướng dẫn tư vấn cho trẻ em nhiễm HIV, 2013 [1].



Hiện vẫn luôn phát hiện những trẻ nhiễm HIV mới ở Việt Nam. Trẻ lớn lên cần được bộc lộ đầy đủ về tình trạng nhiễm HIV của bản thân để tự chăm sóc, ổn định tâm lý để học tập, làm việc và tránh lây nhiễm cho cộng đồng. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu thống kê lớn nào về tình hình bộc lộ HIV cho trẻ em.

Mục tiêu nghiên cứu: Vì tầm quan trọng của việc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu hồi cứu ở nhóm trẻ nhiễm HIV trên 6 tuổi: mô tả đặc diểm dịch tễ, giai đoạn lâm sàng, tải lượng virus nhằm làm rõ yếu tố cản trở và yếu tố thuận lợi cho việc bộc lộ. Nghiên cứu cũng mô tả tác động của việc bộc lộ đối với việc tuân thủ điều trị, kết quả điều trị, tâm lý của trẻ và các mối quan hệ của trẻ với gia đình, xã hội sau bộc lộ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu hồi cứu mô tả trên các bệnh nhi nhiễm HIV từ 6 tuổi trở lên được theo dõi tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2007 đến ngày 31/3/2020, bao gồm cả trẻ được điều trị ARV hoặc chưa được điều trị ARV ở thời điểm bộc lộ.

Về tiêu chuẩn nhận vào phải thỏa 3 điều kiện: (1) Được chẩn đoán xác định nhiễm HIV; (2) Lớn hơn 6 tuổi; (3) Các biến số chính được lưu trữ đầy đủ.

Số liệu được thu thập bằng bảng thu thập số liệu được thiết kế sẵn và phân tích thống kê bằng chương trình Stata.

Trẻ được thu thập các số liệu về tình trạng lâm sàng, CD4, tải lượng virus, tình trạng tuân thủ điều trị cũng như tâm lý bệnh nhân trước và sau khi bộc lộ. Tình trạng lâm sàng, tuân thủ và tâm lý bệnh nhân được đánh giá hàng tháng khi thăm khám định kỳ. Theo phác đồ của Bộ Y tế: Từ năm 2007 - 2016: CD4 được làm định kỳ mỗi 6 tháng. Từ 2017 đến nay: Tải lượng virus được làm mỗi 12 tháng như xét nghiệm theo dõi định kỳ thay cho CD4. Ngoài ra, CD4 và tải lượng virus có thể được làm gần hơn tùy tình trạng bệnh nhân theo chỉ định của bác sĩ.

Các định nghĩa chính

1. Bộc lộ: Trẻ biết rằng mình đang nhiễm HIV. Trẻ được bộc lộ đầy đủ tức là đã qua đủ 4 bước của quá trình bộc lộ. Trẻ biết rõ bản chất bệnh, cách điều trị, cách ngừa lây nhiễm cho cộng đồng.

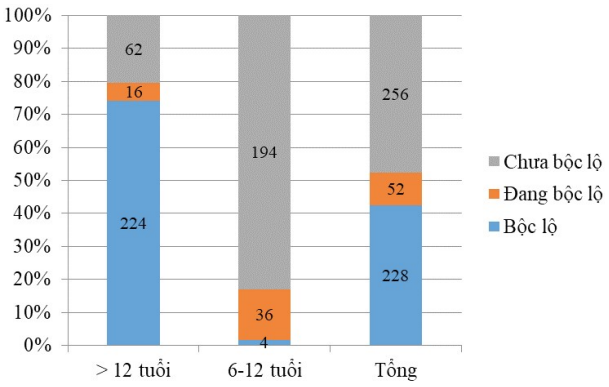
2. Tình trạng theo dõi: Tử vong, chuyển đi cơ sở y tế khác, mất dấu, vẫn còn đang theo dõi.

Mất dấu: Trẻ không tái khám, không liên lạc được với trẻ từ 6 tháng trở lên.

KẾT QUẢ

Kết quả về tỷ lệ bộc lộ và các yếu tố ảnh hưởng đến việc bộc lộ

Kết quả thống kê cho thấy, có 536 trẻ nhiễm HIV lớn hơn 6 tuổi được theo dõi tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2007 đến ngày 31/3/2020 (tính đến thời điểm hết theo dõi đối với những trẻ chuyển đi, mất dấu, tử vong. Ở những trẻ còn đang theo dõi tính đến ngày 31/3/2020). Tỷ lệ nam/nữ = 1,08 (278/258 ca). Có 302 trẻ (56,34%) lớn hơn 12 tuổi và 234 trẻ (43,66%) từ 6 - 12 tuổi. Trong số này có 228 ca (42,54%) đã được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV đầy đủ, 52 ca (9,70%) đang trong quá trình bộc lộ, 256 ca (47,76%) chưa được bộc lộ.



Hình 1. Phân bố tình trạng bộc lộ của trẻ theo nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bổ tình trạng bộc lộ của trẻ theo nơi ở, người nuôi dưỡng và học vấn (nhóm 6 - 12 tuổi)

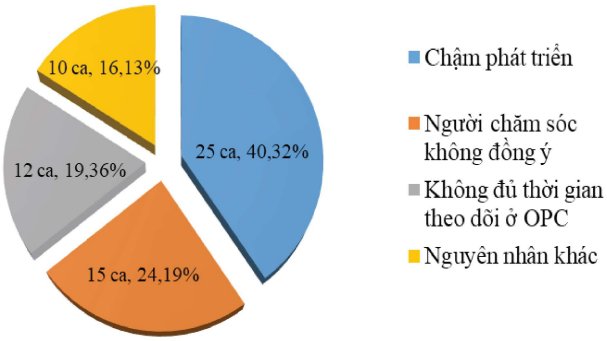
	Bộc lộ (4 ca)	Không bộc lộ/ Mới bộc lộ bước 1 (230 ca)	OR, p
Người chăm sóc	- Cha và mẹ: 1 - Cha: 1 - Mẹ: 1 - Nhân viên mái ấm: 1	- Cha và mẹ: 108 (46,96%) - Cha: 14 (6,09%) - Mẹ: 43 (18,70%) - Ông/bà: 22 (9,56%) - Họ hàng: 14 (6,09%) - Người quen: 6 (2,6%) - Nhân viên mái ấm: 23 (10,0%)	
Nơi ở	- Cộng đồng: 1 - Mái ấm: 3	- Cộng đồng: 207 (90,00%) - Mái ấm: 23 (10,00%)	- OR = 16,82 - p < 0,001
Đi học	- Có: 4 - Không: 0	- Có: 80 (34,78%) - Không: 150 (65,22%)	- OR = 7,27 - p = 0,007

Nhóm 6 - 12 tuổi chỉ có 4 trường hợp đã được bộc lộ. 4 trường hợp này đều có viral load không phát hiện và lâm sàng tốt không triệu chứng trước bộc lộ.

Lý do không bộc lộ ở nhóm 6 - 12 tuổi là người nuôi dưỡng không đồng ý (150 ca; 65,22% trường hợp). Các lý do còn lại là do chậm phát triển (29 ca; 12,62%), thời gian theo dõi tại phòng khám quá ngắn không đủ để bộc lộ (35 ca; 15,22%), nguyên nhân khác (16 ca; 6,94%).

Bảng 2. Phân bổ tình trạng bộc lộ của trẻ theo nơi ở, người nuôi dưỡng và học vấn (nhóm lớn hơn 12 tuổi)

	Bộc lộ (224 ca)	Không bộc lộ/ Đang bộc lộ (78 ca)	OR, p
Người chăm sóc	- Cha và mẹ: 69 (30,80%) - Cha: 15 (6,7%) - Mẹ: 53 (23,66%) - Ông/bà: 34 (15,18%) - Họ hàng: 22 (9,82%) - Người quen: 3 (1,34%) - Nhân viên mái ấm: 28 (12,5%)	- Cha và mẹ: 25 (32,05%) - Cha: 6 (7,69%) - Mẹ: 12 (15,39%) - Ông/bà: 14 (17,95%) - Họ hàng: 10 (12,82%) - Người quen: 2 (2,56%) - Nhân viên mái ấm: 9 (11,54%)	
Nơi ở	- Cộng đồng: 196 (87,5%) - Mái ấm: 28 (12,5%)	- Cộng đồng: 76 (97,4%) - Mái ấm: 2 (2,6%)	- OR = 6,38 - p = 0,015
Đi học	- Có: 205 (91,52%) - Không: 19 (8,48%)	- Có: 37 (47,44%) - Không: 41 (52,56%)	- OR = 70,62 - p < 0,001
Lâm sàng	- Giai đoạn 1, 2: 220 (98,21%) - Giai đoạn 3, 4: 4 (1,79%)	- Giai đoạn 1, 2: 65 (83,33%) - Giai đoạn 3, 4: 13 (16,67%)	- OR = 24,1 - p < 0,001
Viral load trước bộc lô (190 ca có kết quả)	- Tổng 136 ca, trong đó: - Không phát hiện: 128 (94,12%) - < 1000 copy/ml: 5 (3,67%) - > 1000 copy/ml: 3 (2,21%)	- Tổng 54 ca, trong đó: - Không phát hiện: 26 (48,15%) - < 1000 copy/ml: 19 (35,18%) - > 1000 copy/ml: 9 (16,67%)	- p < 0,01



Hình 2. Phân bố nguyên nhân trẻ không được bộc lộ ở nhóm > 12 tuổi

Ở trẻ đã được bộc lộ, hầu hết do nhân viên y tế, nhân viên xã hội tiến hành bộc lộ cho trẻ với sự giúp đỡ của người chăm sóc trẻ (211/228 ca, chiếm 92,54%). Có 62 ca (27,19%) đã được người nhà tự bộc lộ. Ở những trẻ này, nhân viên y tế kiểm tra lại và cung cấp thêm cho trẻ các kiến thức đầy đủ.

Kết quả về ảnh hưởng của việc bộc lộ đến kết quả điều trị, tâm lý, tuân thủ của bệnh nhân

Chúng tôi phân tích nhóm đã được bộc lộ đầy đủ (Nhóm 1) và nhóm trẻ chưa được bộc lộ hay đang trong quá trình bộc lộ (Nhóm 2). So sánh hai nhóm này về tỷ lệ tử vong, bỏ tái khám ta thấy: Ở nhóm tử vong chỉ có 1 bệnh nhân được bộc lộ đầy đủ trong số 24 bệnh nhân tử vong (4,17%). Nhóm tử vong thường chết trong vòng 1 năm đầu đăng ký điều trị do bệnh nhiễm trùng cơ hội nặng. Ở nhóm này, đa số bệnh nhân chưa được bộc lộ hoặc không kịp bộc lộ đầy đủ do thời gian theo dõi ngắn và tình trạng sức khỏe kém không thể bộc lộ. Nhóm mất dấu cũng chỉ có 2 bệnh nhân được bộc lộ đầy đủ trong số 23 bệnh nhân mất dấu (8,7%).

Hầu hết trẻ không có tâm lý mặc cảm, chán nản sau khi được bộc lộ; bệnh nhân có mối quan hệ ổn định với gia đình và bạn bè (225/228 ca, chiếm 98,68%). Tuy nhiên, nghiên cứu cũng ghi nhận 3 trường hợp ban đầu sau bộc lộ tâm lý ổn định, nhưng sau đó vào giai đoạn dậy thì bắt đầu phát hiện tâm lý chán nản, chống đối, bỏ thuốc.

Bảng 3. Phân bố diễn tiến của CD4, viral load, tuân thủ sau bộc lộ

So sánh ở nhóm bộc lộ đầy đủ	Lâm sàng (228 ca)	CD4 (so sánh 87 ca có dữ liệu đầy đủ)	Viral Load (so sánh 190 ca có dữ liệu đầy đủ)	Tuân thủ (so sánh 157 ca có dữ liệu đầy đủ)
Tốt hơn Xấu hơn	225 ca (98,62%) 228 ca (1,38%)	74 ca (85,05%) 13 ca (14,95%)	165 ca (86,84%) 15 ca (13,16%)	149 ca (94,90%) 8 ca (5,1%)

BÀN LUẬN

Về tỷ lệ bộc lộ và các yếu tố ảnh hưởng đến việc bộc lộ

Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, có 42,54% đã được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV đầy đủ, 9,70% đang trong quá trình bộc lộ và 47,76% chưa được bộc lộ. So sánh với các nghiên cứu khác: Tỷ lệ bộc lộ tình trạng HIV ở trẻ em và thanh thiếu niên bị nhiễm bệnh dao động lớn từ 9% đến 72%, tùy theo nguồn lực và sự phát triển của các quốc gia [2, 4].

Ở nhóm trẻ từ 6 - 12 tuổi, chỉ có 4 trẻ (1,71%) đã được bộc lộ hoàn toàn. Theo khuyến cáo của WHO, từ 6 tuổi trở lên nên bắt đầu được bộc lộ tình trạng nhiễm HIV. Lý do chính cho việc không bắt đầu bộc lộ ở nhóm nay là do người chăm sóc không đồng ý (65,22% trường hợp) nên cần tăng cường tư vấn, giải thích và hợp tác giữa nhân viên y tế và người chăm sóc trẻ.

Ở nhóm trẻ lớn hơn 12 tuổi, phần lớn trẻ đã được bộc lộ đầy đủ với 224 trẻ (74,17%). Tỷ lệ này tương đối cao khi so sánh với các nghiên cứu ở các quốc gia khác [2, 4]. Ngoài ra, tỷ lệ trẻ ở nhóm đi học được bộc lộ cao hơn ở nhóm trẻ không được đi học (OR = 70,62; p < 0,001). Ở nhóm này, tỷ lệ bộc lộ ở những trẻ sống ở Mái ấm cao hơn những trẻ sống ở cộng đồng (OR = 6,38, p = 0,015). Tỷ lệ trẻ sống ở Mái ấm được bộc lộ sớm hơn do đặc

thù mội trường sống chung quanh có nhiều người nhiễm HIV. Trẻ được chú ý bộc lộ sớm để tránh việc tự tìm hiểu dẫn đến những thông tin không đầy đủ và không chính xác. Nhân viên Mái ấm có kinh nghiệm trong việc bộc lộ và không có mặc cảm tự ti tội lỗi cản trở quyết định bộc lộ cho trẻ như người nhà.

Trẻ có tình trạng lâm sàng ổn định ở giai đoạn 1, 2 cũng như có tải lượng virus thấp cũng thuận lợi hơn trong việc bộc lộ vì ở tình trạng sức khoẻ tốt trẻ mới tiếp thu tư vấn tốt ($p < 0,001$). Người chăm sóc trẻ cũng tích cực hợp tác với nhân viên y tế hơn để bộc lộ cho trẻ khi trẻ khỏe.

So sánh với các nghiên cứu khác ghi nhận các yếu tố thuận lợi cho viêc bộc lộ bao gồm: tuổi lớn hơn [7, 8], có sự hỗ trợ của nhân viên xã hội [4] trẻ được chẩn đoán sớm, điều trị ARV lâu hơn [5, 7], trình độ học vấn cao hơn của người chăm sóc [15], tình trạng kinh tế cao hơn của người chăm sóc [4]. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, tình trạng kinh tế tốt không phải là yếu tố thuận lợi để tăng tỷ lệ bộc lộ. Ghi nhận 12 trường hợp kinh tế bố mẹ rất tốt, nhưng không đồng ý bộc lộ cho trẻ vì tâm lý tự ti, tội lỗi, lo sợ trẻ biết bệnh của trẻ là do bố mẹ lây cho trẻ. Các yếu tố thuận lợi khác cho việc bộc lộ ở nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu khác.

Bàn luận về ảnh hưởng của việc bộc lộ đến kết quả điều trị, tuân thủ và tâm lý của bệnh nhân

Y văn cho thấy khi được bộc lộ đầy đủ, chính xác sẽ giúp trẻ tái khám đầy đủ, tuân thủ tốt hơn, tỷ lệ mất dấu thấp hơn [6] từ đó dẫn đến cải thiện về lâm sàng, CD4, tải lượng virus [6]. Tuy nhiên, y văn cũng ghi nhận một số trẻ khi biết nhiễm HIV sẽ dẫn đến tự ti, chán đời, mặc cảm. Ở những trẻ này, hiệu quả sẽ ngược lại [9]. Chính vì vậy việc tư vấn và theo dõi về tâm lý trước, trong và sau bộc lộ ở trẻ rất quan trọng, nhất là ở trẻ vị thành niên. Trong nghiên cứu này, hầu hết trẻ không có tâm lý mặc cảm, chán nản sau khi được bộc lộ vì đã được tư vấn và chuẩn bị đầy đủ về tâm lý trong quá trình bộc lộ.

Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp ban đầu sau bộc lộ tâm lý ổn định, nhưng sau đó vào giai đoạn dậy thì bắt đầu phát hiện tâm lý chán nản, chống đối, bỏ thuốc. Vì vậy, việc duy trì tư vấn tâm lý và kiểm tra kiến thức định kỳ sau bộc lộ cần được quan tâm thực hiện.

KẾT LUẬN, ĐỀ XUẤT

Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV là một quá trình phức tạp và đã được công nhận là một khía cạnh quan trọng trong phòng ngừa và điều trị HIV. Nghiên cứu cho thấy sau bộc lộ tỷ lệ tuân thủ tốt hơn, tải lượng virus và CD4 cải thiện hơn.

Nghiên cứu ghi nhận, phần lớn trẻ ở nhóm lớn hơn 12 tuổi đã được bộc lộ và chỉ ra các nguyên nhân cản trở việc bộc lộ cho trẻ như: do người chăm sóc, do chậm phát triển, do thời gian theo dõi trẻ không đủ. Để giải quyết vấn đề này, cần tư vấn giải quyết tâm lý cho thân nhân, kết hợp với bác sĩ tâm lý để có quy trình bộc lộ thích hợp cho trẻ chậm phát triển cũng như có sự liên hệ chặt chẽ giữa các phòng khám để bảo đảm bệnh nhân khi chuyển đi tiếp tục được theo dõi và bộc lộ đầy đủ.

Tỷ lệ trẻ được bộc lộ và đang bộc lộ ở nhóm 6 - 12 tuổi thấp (1,71%). Như vậy nghiên cứu cho thấy, cần chú ý tăng cường hợp tác với người chăm sóc để tiến hành bắt đầu bộc lộ ở nhóm tuổi này.

Việc duy trì tư vấn tâm lý và kiểm tra kiến thức định kỳ sau bộc lộ cần được quan tâm thực hiện để phát hiện sớm các trường hợp thay đổi tâm sinh lý, nhất là ở trẻ dậy thì dẫn đến tuân thủ kém và rối loạn tâm lý.

Như vậy việc bộc lộ là một quá trình quan trọng và cần có sự hợp tác chặt chẽ của nhân viên y tế, nhân viên tâm lý, nhân viên xã hội, người chăm sóc và bản thân trẻ để có được sự thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, Chống HIV/AIIDS (2013). Hướng dẫn tư vấn cho trẻ em nhiễm HIV.
2. American Academy of Pediatrics. Disclosure of Illness Status to Children and Adolescents with HIV Infection. Pediatrics, 1999; 103(1). https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/103/1/164.full.pdf. Accessed 3 February 2020.
3. Damian DJ, Ngahatilwa D, Fadhili H, Mkiza JG, Mahande MJ, Ngocho JS, Msuya SE. Factors associated with HIV status disclosure to partners and its outcomes among HIV-positive women attending Care and Treatment Clinics at Kilimanjaro region, Tanzania. PLOS ONE, 2019; 14(3). https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211921.
4. Hayfron-Benajmin A, Obiri-Yeboah D, Ayisi-Addo S, Siakwa PM, Mupepi S. HIV diagnosis disclosure to infected children and adolescents; challenges of family caregivers in the Central Region of Ghana. BMC Pediatrics, 2018; 18(365). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251211/#CR3. Accessed 3 February 2020.
5. Lencha B, Ameya G, Minda Z, Lamessa F, Darega J. Human immunodeficiency virus infection disclosure status to infected school aged children and associated factors in bale zone, Southeast Ethiopia: cross sectional study. BMC Pediatrics, 2018; 18(356). https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1336-z. Accessed 9 November 2019.
6. Odiachi A. The Impact of Disclosure on Health and Related Outcomes in Human Immunodeficiency Virus-Infected Children: A Literature Review. Frontiers in Public Health, 2017; 5. http://www.frontiersin.org/Journal/10.3389/fpubh.2017.00231/abstract. Accessed 9 November 2019.
7. Ramos JV, Mmbaga BT, Turner ET, Rugalabamu L, Luhanga S, Cunningham CK, Dow DE. Modality of Primary HIV Disclosure and Association with Mental Health, Stigma, and Antiretroviral Therapy Adherence in Tanzanian Youth Living with HIV. AIDS Patient Care and STDs, 2018; 32(1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29323556. Accessed 9 November 2019.
8. Van Elsland SL, Peters RPH, Grobbelaar C, Ketelo P, Kok MO, Cotton MF, van Furth AM. Disclosure of human immunodeficiency virus status to children in South Africa: A comprehensive analysis. Southern African Journal of HIV Medicine, 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31534786. Accessed 9 November 2019.
9. Vreeman RC, Scanlon ML, Mwangi A, Turissini M, Ayaya SO, Tenge C, Nyandiko WM. A Cross-Sectional Study of Disclosure of HIV Status to Children and Adolescents in Western Kenya. PLoS ONE, 2014; 9(1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24475159. Accessed 5 February 2020.
10. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics – 2019 fact sheet. UNAIDS. https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet. Accessed 9 November 2019.
11. World Health Organization. Guideline on HIV Disclosure Counselling for Children Up to 12 Years of Age. World Health Organization HIV/AIDS Programme. https://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/. Accessed 9 November 2019.

A RETROSPECTIVE AND DESCRIPTIVE STUDY OF THE DISCLOSURE OF HIV STATUS TO CHILDEN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Summary

According to the UNAIDS Global AIDS Update, 37.9 million people were living with HIV in 2018, including 1.7 million children. About 79% knew their HIV status [10]. This rate in children is much lower.

A retrospective study at Children Hospital 2, Vietnam from 01/01/2007 to 31/03/2020 has been analyzed of HIV infected children more than 6 years old about epidemiological factor, clinic factors, viral load/CD4 in order to find risk factors and favorable factors of disclosure. The study also describe disclosure's impact on adherence, progresst of treatment result, the child's psychology, their relationships with the family and the societ after the disclosure.

Results: 536 HIV infected children more than 6 years old were followed up. There were 228 cases (42.54%) fully disclosed, 52 cases (9.7%) in the process of disclosure, 256 children (47.76%) not disclosed. The percentage in the group older than 12 years old were respectively 224 children (74.17%), 16 children (5.3%), 62 children (20.53%); and in the group 6 - 12 years old were 4 children (1.71%), 36 children (15.38%) and 194 children (82.91%).

The main reason for not - disclosed in the age group 6 - 12 years old is the caregiver's afraid (84.45%); and in the group older than 12 years due to patient's mental retardation (40.32%), caregiver's disagreement (24.19%).

The study noted a better adherence as well as an improvement in Viral Load after disclosure ($p < 0.05$). Most children do not feel inferior or depressed after disclosure (270/273 cases, 98.9%).

Keywords: *HIV/AIDS, risk factor.*