

- 研究进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(8):1241-1244.
- [5] 宋志鹏, 王留义, 刘晓宇, 等. 维生素B12缺乏-多系统病变-从思维到诊断[J]. 中国全科医学, 2018, 21(35):4408-4411.
- [6] 陈社安, 张文斌. 急性白血病患者血清转铁蛋白受体的表达变化及其机制研究[J]. 中国实验血液学杂志, 2018, 26(6):1637-1643.
- [7] 蒋绍军, 侯宇峰, 仰炯. 血浆Hcy水平变化对急性脑梗死患者预后的预测价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(15):12-13.
- [8] 张蓉, 李国辉, 王颖, 等. 巨幼红细胞性贫血患者血浆维生素B9和维生素B12水平对骨髓组织p53表达的影响研究[J]. 现代检验医学杂志, 2020, 35(2):12-14, 21.
- [9] 范春丽, 罗家有, 龚雯洁, 等. 妊娠期并发贫血影响因素的巢式病例对照研究[J]. 中华流行病学杂志, 2017, 38(9):1269-1273.
- [10] HOU L, LU J, JIANG X, et al. Analytical evaluation of three soluble transferrin receptor measurement systems for diagnosis of iron deficiency anemia: a retrospective study [J/OL]. J Clin Lab Anal, 2020, 34(8):e23342-e23348. DOI: 10.1002/jcla.23342.
- [11] FROESSLER B, GAJIC T, DEKKER G, et al. Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia with intravenous ferric carboxymaltose in pregnancy [J]. Arch Gynecol Obstet, 2018, 298(1):75-82.
- [12] 聂文静, 寇应琳. 妊娠期缺铁性贫血发生的影响因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(21):3484-3485.
- [13] CAI J, WU M, REN J, et al. Evaluation of the efficiency of the reticulocyte hemoglobin content on diagnosis for iron deficiency anemia in chinese adults [J]. Nutrients, 2017, 9(5):450-461.
- [14] KUMAR A, PALFREY HA, PATHAK R, et al. The metabolism and significance of homocysteine in nutrition and health [J]. NutrMetab(Lond), 2017, 14(3):78-83.
- [15] 初敏, 滕继军, 杨丽英, 等. 高同型半胱氨酸血症与脑出血相关性研究进展[J/OL]. 中华卫生应急电子杂志, 2020, 6(2):57-59. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-9133.2020.02.012.
- [16] OO TH, ROJAS-HERNANDEZ CM. Challenging clinical presentations of pernicious anemia [J]. Discov Med, 2017, 24(131):107-115.
- [17] SAYAR EH, ORHANER BB, SAYAR E, et al. The frequency of vitamin B12, iron, and folic acid deficiency in the neonatal period and infancy, and the relationship with maternal levels [J]. Turk Pediatri Ars, 2020, 55(2):139-148.
- [18] SUEGA K, KANDARINI Y, TUBUNG J. Role of soluble transferrin receptor and transferrin receptor-ferritin index to detect iron deficiency anemia in regular hemodialysis patients [J]. Open Access Maced J Med Sci, 2019, 7(1):97-102.
- [19] 周士华, 杜景云, 李亚梅, 等. 可溶性转铁蛋白受体、膜铁转运蛋白1、铁幼素对妊娠妇女缺铁性贫血的诊断价值[J]. 标记免疫分析与临床, 2019, 26(3):464-467.
- [20] ABIOYE AI, MCDONALD EA, PARK S, et al. Maternal anemia type during pregnancy is associated with anemia risk among offspring during infancy [J]. Pediatr Res, 2019, 86(3):396-402.
- (收稿日期:2021-02-25,修回日期:2021-04-29)

引用本文:张兰,王洪州,邓丽娟,等. 绵阳地区HIV/AIDS抗病毒治疗依从性及生活质量现状调查研究[J]. 安徽医药, 2022, 26(7):1340-1346. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2022.07.016.

◇临床医学◇



绵阳地区HIV/AIDS抗病毒治疗依从性及生活质量现状调查研究

张兰^{1a}, 王洪州², 邓丽娟^{1b}, 龙波^{1a}, 余春华^{1a}, 刘佳^{1a}, 江花琼^{1a}

作者单位:¹四川绵阳四〇四医院,^a感染科,^b呼吸内科,四川 绵阳 62100;

²四川省科学城医院呼吸及危重症科,四川 绵阳 621000

通信作者:王洪州,男,主任医师,研究方向为呼吸与危重症,Email:5994117@qq.com

基金项目:四川省基层卫生事业发展研究中心项目(SWFZ19-Y-38)

摘要: **目的** 通过调查绵阳地区艾滋病病毒感染者/艾滋病(AIDS)病人(HIV/AIDS)治疗依从性及生活质量现状,分析影响因素,为制定提高病人依从性的政策和方法提供参考。**方法** 选择2016年5月至2019年5月绵阳市12个县市区(园区、科学城)年龄范围为18~60岁建档并正在接受高效联合抗反转录病毒治疗(HAART)的HIV/AIDS病人,收集病人社会人口学特征及AIDS治疗依从性自我效能量表(HIV-ASES)、世界卫生组织艾滋病生存质量测量简表(WHOQOL-HIV BREF)评分,分析影响病人治疗依从性及生活质量的高危因素。**结果** 该研究共回收有效问卷1 600份,HIV-ASES结果显示近一个月内治疗依从率为67.19%(1 600/1 659)。对治疗依从率进行logistic多因素回归,非医学专业和未采取方法提醒用药会降低治疗依从率,且结果差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗持续时间、年龄和文化程度会影响病人的生活质量得分,且差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 非医学专业和未采取方法提醒用药史是影响HIV/AIDS病人治疗依从率的独立危险因素;治疗持续时间、年龄、文化程度是影响HIV/AIDS病人生活质量得分的高危因素;HIV/AIDS病人治疗依从率和生活质量均较低,因此加强对病人提醒、督导,提高全民文化水平,对HIV/AIDS早期发现及时治疗并坚持服药,可提高病人服药依从性和生活质量。

关键词: 获得性免疫缺陷综合征; HIV感染; 抗感染药; 病人依从; 生活质量; 调查和问卷

Investigation and research on HIV/AIDS antiretroviral treatment compliance and quality of life in the Mianyang area

ZHANG Lan^{1a}, WANG Hongzhou², DENG Lijuan^{1b}, LONG Bo^{1a}, YU Chunhua^{1a}, LIU Jia^{1a}, JIANG Huaqiong^{1a}

Author Affiliations:^{1a}Department of Infection, ^{1b}Department of Respiratory Medicine, Sichuan Mianyang 404 Hospital, 621000, China; ²Department of Respiratory and Critical Care, Sichuan Science City Hospital, 621000, China

Abstract: **Objective** To investigate the status quo of treatment compliance and quality of life of HIV/AIDS patients in Mianyang, analyze the influencing factors, and provide a reference for formulating policies and methods to improve patient compliance. **Methods** From May 2016 to May 2019, HIV/AIDS patients in the age range of 18-60 years old who were registered in 12 counties (parks, science cities) in the city and were receiving high-efficiency combined antiretroviral therapy (HAART) were selected for the research object. The sociodemographic characteristics and AIDS treatment adherence self-efficacy scale (HIV-ASES) and World Health Organization quality of life in HIV infection abbreviated version (WHOQOL-HIV-BREF) score were collected to analyze the high-risk factors affecting patients' treatment adherence and quality of life. **Results** A total of 1 600 valid questionnaires were recovered in this survey. The HIV-ASES results showed that the treatment compliance rate in the past month was 67.19% (1 600/1 659). Logistic multivariate regression on the treatment compliance rate showed that nonmedical majors and those who did not take the method to remind medication reduced the treatment compliance rate, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Treatment duration, age and education level affected the patients' quality of life scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions** Nonmedical majors and lack of methods to remind medication history are independent risk factors affecting the treatment compliance rate of HIV/AIDS patients. Treatment duration, age and education level are high-risk factors for affecting the quality of life of HIV/AIDS patients. The treatment compliance rate and quality of life of HIV/AIDS patients are low. Therefore, strengthening the reminder and supervision of patients, providing the cultural level of the whole population, early detection of HIV/AIDS and timely treatment and adherence to medication can improve patients' medication compliance and quality of life.

Key words: Acquired immunodeficiency syndrome; HIV infection; Anti-infectives; Patient compliance; Quality of life; Surveys and questionnaires

艾滋病(AIDS)在全球范围内呈逐年递增趋势,四川省报告人群感染率0.160%,居全国第4位,存活艾滋病病毒感染者/AIDS病人(HIV/AIDS)占全国报告存活数15.61%^[1]。终身接受高效联合抗反转录病毒治疗(HAART)是艾滋病治疗最主要的方法,病人需将服药依从性维持在95%以上才能最大程度实现病毒抑制^[2]。病人依从性差可导致治疗的病毒学失败。长期维持病人高水平的依从性是国家关于全面加强艾滋病防治工作的意见精神,主要为了确保病毒载量检测率达90%以上,进而全面提高病人生活质量和生存率^[3]。因此,本研究对绵阳市正在接受HAART的HIV/AIDS病人治疗依从性及生活质量现状进行调查,为制定提高病人依从性的政策和方法提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年5月至2019年5月12个县市区(园区、科学城)年龄范围在18~60周岁建档并正在接受HAART的HIV/AIDS病人,本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求,自愿入组病人签署知情同意书。纳入标准:①HIV感染的AIDS病人;②HAART治疗史;③年龄范围18~60周岁;④社区常住居民并建立完整档案。排除标准:

①有神经系统疾病或沟通障碍;②合并其他恶性肿瘤;③无法配合完整问卷调查和随访或不能对自身情况作出正确评估;④从未接受过教育。根据抽样估计标准,对12个县市区(园区、科学城)的HIV/AIDS病人进行逐层抽样并逐一验证总数与均数关系,排除抽样偏性和排除标准,最终确定1 659例病人为研究对象。

1.2 调查方法

1.2.1 确定问卷调查表 参照国内外HIV/AIDS病人抗病毒治疗依从性及生活质量现状调查相关文献^[4-5]拟定一般资料问卷调查表,评估调查表条目和内容并采用EpiData 3.1软件校正所有数据后得各条目间一致性(AI)0.90、内容效度指数(CVI)0.89,问卷调查表可信度和可行度较高;收集一般人口学特征、AIDS治疗现状等共计4个大问题、10个小问题,每个小题10分共100分,以≤80分为不知晓/差,>80分为知晓,是否采取方法提醒用药,是否有他人督导用药。

1.2.2 检测AIDS治疗依从性 参阅国内外相关文献,由从事AIDS工作10年以上经验的主任医师2名、HIV防治开展工作硕士研究生以上的调研工作者2名、临床经验10年以上的副主任护师1名、本科

以上的艾滋病防治管理办公室工作人员2名共同构成专家组,经可信度和效度评价、修改制定AIDS治疗依从性自我效能量表(HIV-ASES),采用0(完全做不到)~10(完全能做到)的度依次回答问题,采用量表计量计分方式,将最终得分>9分界定为依从,≤9分的为不依从/差。

1.2.3 检测病人生活质量 采用世界卫生组织艾滋病生存质量测量简表(WHOQOL-HIV BREF)^[6]评价病人近两周内生存质量、健康情况以及日常活动的感觉,主要分为8个多条目维度和2个单条目维度,采用维度累积计分法计算原始分数,再用标准公式计算转换分数,经转换后各维度分数为0~100分,分数越高说明生活质量越好。

1.3 调查开展

1.3.1 问卷调查前准备工作 选择12个县市区(园区、科学城)包括高新区、科创园区、经开区、仙海区、农科区、三台县、盐亭县、梓潼县、安县、北川县、平武县、江油市,根据选择辖域不同依次分为12个组并对应12个调查组;调查组人员由经过专业培训的1名博士研究生和4名硕士研究生组成,遵循保护病人隐私、与病人平等沟通原则;于2个月内完成体格检查、相关实验室指标测定工作及问卷调查填写。

1.3.2 调查具体方法 由协助人员组织和联络病人,告之调查时间和地点(一般选择乡卫生院、村卫生室或疾控中心咨询室的单独房间),对不便亲自到场病人由研究者在协助人员陪同下入户调查;确定自愿入组病人符合纳入标准,简要介绍问卷调查目的、内容、保密性;调查人员单独对病人进行问卷调查,无法自己填写问卷的病人由调查人员对病人进行访谈,每份问卷平均30~40 min,若病人中途不适可随时中断或退出调查;调查结束后赠送小礼品以示感谢并解答疑问,由质检员对调查问卷进行仔细审核后妥善保存。

1.3.3 质量控制 调查前统一对调查人员进行培训,并确定统一的调查方法和流程;问卷进行现场审核,及时查漏补缺;调查完成后整理、核对所有调查表,剔除重复样本和不合格问卷,并在录入数据时设定各变量允许值减少录入人为错误。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件对数据进行处理。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,多组间计量资料比较采用单因素方差分析,两两比较采用SNK- q 检验。计数资料以例(%)表示,比较采用 χ^2 或Fisher确切概率法,组间比较采用Ridit分析。多因素logistic回归分析及多元线性回归分析相关影响因素。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HIV/AIDS病人社会人口学特征分析 本研究拟调查1 659人,共参与调查1 659人,发放调查问卷1 659份;由调查组人员对问卷进行分层抽样,剔除残页、重复样本和不合格问卷,剩余有效问卷调查表1 600份,有效回收率96.44%。值得说明的是,本研究证实:性生活感染者占总人数的43.6%。见表1。

2.2 HIV/AIDS病人HIV-ASES、WHOQOL-HIV BREF结果分析 HIV/AIDS病人近1个月内HIV-ASES得分>9分(依从)人数为1 075,依从率67.19%;得分≤9分(不依从/差)人数为525,不依从率32.81%。HIV/AIDS病人WHOQOL-HIV BREF评分结果显示,病人生理维度总得分(42.25±19.62)分,心理维度总得分(43.78±19.88)分。

2.3 影响病人治疗依从率的单因素分析 结果显示,是否为医学专业、AIDS基本知晓率、是否采取方法提醒用药、是否有他人督导用药为影响HIV/AIDS病人治疗依从率的单因素($P<0.05$),见表2。

2.4 影响病人治疗依从率的多因素分析 医学专业病人治疗依从率是非医学专业病人的2.02倍,采取方法提醒用药依从率是未采取方法提醒用药病人的2.90倍,因此非医学专业、未采取方法提醒用药是影响HIV/AIDS患治疗依从率的独立危险因素($P<0.05$),见表3。

表3 影响HIV/AIDS治疗依从率的logistic多因素回归方程

因素	β	SE	Wald	OR(95%CI)	P值
专业	0.09	0.05	3.99	2.02(0.83,0.99)	0.016
AIDS基本知晓率	0.32	0.11	8.70	0.75(0.59,0.89)	0.203
采取方法提醒用药	0.11	0.05	5.44	2.90(0.82,0.98)	0.020
是否有人督导用药	0.29	0.10	9.02	1.07(0.62,0.90)	0.051

2.5 影响病人生活质量的单因素分析 不同年龄、文化程度、治疗持续时间、是否中断过治疗病人生理维度总得分差异有统计学意义($P<0.05$),不同文化程度、家庭月收入、治疗持续时间病人心理维度总得分差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

2.6 影响病人生活质量的多因素分析 治疗持续时间是HIV/AIDS病人生活质量生理维度得分的保护因素($P<0.05$),年龄是HIV/AIDS病人生活质量得分低的独立影响因素($P<0.05$);文化程度、治疗持续时间是HIV/AIDS病人生活质量心理维度得分的保护因素($P<0.05$),见表5,6。

3 讨论

绵阳市现存活的艾滋病感染者和病人为4266例,分布在全市12个县市区(园区、科学城)。疫情监测表明,绵阳市的艾滋病疫情正由高危人群向一

表1 HIV/AIDS共1 659人社会人口学特征/例(%)

临床特征	数据	临床特征	数据	临床特征	数据
性别		是否为医学专业		是否独居	
男	822(51.38)	是	298(18.63)	是	356(22.25)
女	778(48.63)	否	1 302(81.38)	否	1 244(77.75)
年龄		家庭月收入		近两个月内是否中断治疗	
18~35岁	265(16.56)	<1 000元	501(31.31)	是	421(26.31)
>35~50岁	847(52.94)	1 000~3 000元	824(51.50)	否	1 179(73.69)
>50~60岁	488(30.50)	>3 000元	275(17.19)	AIDS基本知晓率	
户籍性质		感染途径		知晓	701(43.81)
农村	897(56.06)	献血/输血	226(14.13)	不知晓/差	899(56.19)
城镇	703(43.94)	性生活感染	689(43.06)	民族	
职业		其他	685(42.81)	汉族	1 065(66.56)
务农	865(54.06)	是否有他人监督用药		少数民族	535(33.44)
非务农	735(45.94)	是	603(37.69)	是否采取方法提醒用药	
吸烟史		否	997(62.31)	是	745(46.56)
有	659(41.19)	宗教信仰		否	855(53.44)
无	941(58.81)	佛教	179(11.19)	婚姻状况	
饮酒史		基督教	354(22.13)	未婚	124(7.75)
有	747(46.69)	伊斯兰教	22(1.38)	在婚	1 201(75.06)
无	853(53.31)	其他	1 045(65.31)	离婚/分居	275(17.19)
文化程度		CD4 ⁺ 细胞计数		治疗持续时间	
小学	668(41.75)	0~349个/微升	605(37.81)	<1年	268(16.57)
初中	588(36.75)	350~500个/微升	367(22.94)	1~2年	300(18.75)
高中及以上	344(21.50)	>500个/微升	628(39.25)	>2年	1 032(64.50)

表5 纳入logistic回归分析的分类自变量赋值

变量名	变量赋值
年龄	18~35岁=0;>35~50岁=1;>50~60岁=2
文化程度	小学=0;初中=1;高中及以上=2
家庭月收入	<1 000元=0;1 000~3 000元=1;>3 000元=2
治疗持续时间	<1年=0;1~2年=1;≥2年=2
是否中断治疗	是=0;否=1

表6 影响HIV/AIDS 1 659人生活质量的多元线性回归方程

因素	β值	SE值	标准偏回归系数	t值	P值
生理维度总得分					
常数项	35.05	3.51	—	9.30	<0.001
年龄	-4.02	2.00	-0.18	-2.02	0.044
文化程度	0.22	0.11	3.20	0.15	0.562
治疗持续时间	3.40	1.57	0.25	2.54	0.020
是否中断治疗	1.54	0.22	3.06	1.06	0.058
心理维度总得分					
常数项	32.01	8.55	—	2.20	0.020
文化程度	3.20	1.59	0.08	2.34	0.024
家庭月收入	0.44	2.01	1.54	0.54	0.120
治疗持续时间	0.29	0.10	0.34	2.54	0.003
是否中断治疗	1.28	0.36	2.09	1.25	0.213

注:“—”为常数项,无具体数据。

般人群扩散,探讨AIDS治疗依从性及其影响因素对防治疾病和提高病人生活质量具有重要价值^[7]。本

次调查范围包含了绵阳市各个地区、各种人群患病特点,各年龄段人群分布范围大、差异性特征多,可全面反映绵阳市AIDS治疗依从性和影响依从性高危因素。本研究结果显示,HIV/AIDS病人近1个月内治疗依从率67.19%,这一结果略高于2006—2015年浙江省海盐县AIDS治疗依从性^[8],考虑与国家和各地区对AIDS防治重视程度增加有关。而本研究结果略低于全国2015年AIDS治疗依从性^[9],尚未达到国家标准,这与地区差异性和人群分布不同有关,绵阳市近几年处于全力发展经济建设中,各项病毒防治措施和力度尚未达到国家各项标准。

本研究分析不同特征AIDS病人治疗依从性情况,发现医学专业组较非医学专业组治疗依从率更高,医学专业学生在专业课学习中可了解到AIDS传染特征及预防知识,对该类问题更加重视。对AIDS的知晓与否直接可影响病人对治疗的依从性,这与周宇^[10]的报道结果相符合,也验证了上述报道结果,由于病人本身了解AIDS进而可提高用药规范性和依从性。既往对户籍所在地对疫苗接种率的影响报道较多,学者认为农村人群受教育、家庭及生活环境的影响,容易忽视传染病防治工作^[11]。本研究结果显示农村组和城镇组治疗依从率差异无统计学意义,考虑与本研究纳入样本中本地人口占比

表2 影响 HIV/AIDS 1 659 人治疗依从率的单因素分析/例

分类依据	例数	依从 (n=1 075)	不依从 (n=525)	χ^2 值	P 值	分类依据	例数	依从 (n=1 075)	不依从 (n=525)	χ^2 值	P 值
性别				3.01	0.083	婚姻状况				2.42	0.298
男	822	536	286			在婚	124	76	48		
女	778	539	239			未婚	1 201	809	392		
年龄				2.25	0.326	离婚/分居	275	190	85		
18~35 岁	265	180	85			是否独居				0.44	0.506
>35~50 岁	847	580	267			是	356	234	122		
>50~60 岁	488	315	173			否	1 244	841	403		
民族				3.49	0.062	是否为医学专业				28.13	<0.001
汉族	1065	699	366			是	298	239	59		
少数民族	535	376	159			否	1 302	836	466		
户籍性质				1.00	0.317	治疗持续时间				1.16	0.561
农村	897	612	285			<1 年	268	175	93		
城镇	703	463	240			1~2 年	300	197	103		
宗教信仰				0.65	0.885	≥2 年	1 032	703	329		
佛教	179	119	60			是否中断过治疗				1.55	0.213
基督教	354	244	110			是	421	288	133		
伊斯兰教	22	15	7			否	1 179	767	412		
其他	1 045	697	348			感染途径				3.05	0.217
职业				0.89	0.346	献血/输血	226	156	70		
务农	865	590	275			性生活感染	689	475	214		
非务农	735	485	250			其他	685	444	241		
吸烟史				1.62	0.203	CD4 细胞计数				4.21	0.122
有	659	431	228			0~349 个/微升	605	402	203		
无	941	644	297			350~500 个/微升	367	234	133		
饮酒史				1.61	0.204	>500 个/微升	628	439	189		
有	747	490	257			AIDS 基本知晓率				68.31	<0.001
无	853	585	268			知晓	701	548	153		
文化程度				3.55	0.169	不知晓/差	899	527	372		
小学	668	460	208			是否采取方法提醒用药				26.75	<0.001
初中	588	378	210			是	745	549	196		
高中及以上	344	237	107			否	855	526	329		
家庭月收入				2.48	0.289	是否有他人监督用药				5.77	0.016
<1 000 元	501	325	176			是	603	427	176		
1 000~3 000 元	824	568	256			否	997	648	349		
>3 000 元	275	182	93								

更高有关,受地域差异性影响较小故后期差异缩小,这与最新研究结果一致[12-13]。此外,是否采取方法提醒用药、是否有他人督导用药为影响 HIV/AIDS 病人治疗依从率的单因素,这与谢倩等[14]提出的外界因素对 AIDS 病人治疗依从性影响较大有关这一报道符合。多因素结果显示,目前影响病人治疗依从性好的独立影响因素为非医学专业、未采取方法提醒用药史,考虑与 AIDS 抗病毒治疗管理日益规范及人群对疾病感染重视程度的提高有关。从以上影响因素分析,要提高病人的依从性,就要了解病人的内心深处,通过有效的沟通,结合实际为病人提供服务。对不同年龄、不同性别、不同职

业、不同文化修养、不同家庭情况的病人,要采取不同的方式进行沟通,达到有效沟通。

既往多认为年龄、家庭收入、文化程度等对 AIDS 病人生活质量有直接影响,年龄越大、家庭经济状况差、文化程度越低,病人对 AIDS 认识和治疗程度不高,生活质量越差[15-18]。本研究结果显示,年龄是影响 HIV/AIDS 病人生活质量得分低的独立危险因素,而治疗持续时间、文化程度是保护因素,这与上述文献结果一致。本市艾滋病病人主要是由于青壮年时期性生活感染,经过多年潜伏期发展成艾滋病,检出和治疗不及时,病人身体状况比早发现早治疗病人要差,提示年龄越大生活质量越

表4 影响 HIV/AIDS 1 659 人生活质量的单因素分析/(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	例数	生理维度 总得分	$t(F), P$ 值	心理维度 总得分	$t(F), P$ 值	项目	例数	生理维度 总得分	$t(F), P$ 值	心理维度 总得分	$t(F), P$ 值
性别			2.09, 0.037		2.12, 0.034	是否独居			1.27, 0.204		1.24, 0.215
男	822	43.28±19.64		43.78±19.88		是	356	43.00±19.63		44.02±19.89	
女	778	41.23±19.61		41.58±19.88		否	1 244	41.50±19.61		42.54±19.86	
年龄			(5.19), 0.006		(0.02), 0.980	是否为医学专业			1.37, 0.172		1.19, 0.233
18~35 岁	265	43.90±19.68		43.99±19.90		是	298	43.11±19.65		44.04±19.91	
>35~50 岁	847	43.00±19.66		43.72±19.86		否	1 302	41.39±19.60		42.52±19.84	
>50~60 岁	488	39.85±19.60		43.73±19.88		治疗持续时间			(13.75), <0.001		(5.63), 0.004
民族			0.38, 0.708		1.20, 0.232	<1 年	268	38.31±19.55		41.58±19.82	
汉族	1 065	42.57±19.64		44.43±19.94		1~2 年	300	42.39±19.63		43.89±19.90	
少数民族	535	42.18±19.61		43.17±19.82		≥2 年	1 032	45.05±19.74		45.87±19.99	
户籍性质			0.42, 0.679		0.37, 0.712	是否中断过治疗			2.21, 0.028		1.81, 0.071
农村	897	42.58±19.66		43.99±19.90		是	421	41.02±19.58		42.76±19.84	
城镇	703	42.17±19.61		43.62±19.87		否	1 179	43.48±19.66		44.80±19.93	
宗教信仰			(0.47), 0.702		(0.02), 0.995	中断原因			(0.05), 0.985		(0.01), 0.998
佛教	179	43.27±19.62		43.99±19.93		情绪影响	101	42.04±19.56		44.08±19.93	
基督教	354	41.22±19.60		43.62±19.82		忘记	189	42.86±19.63		43.63±19.85	
伊斯兰教	22	42.23±19.61		43.65±19.84		治疗难度	142	42.18±19.59		43.60±19.84	
其他	1 045	42.26±19.59		43.91±19.90		其他	11	42.33±19.65		43.81±19.89	
职业			1.88, 0.06		1.73, 0.083	感染途径			(0.00), 0.996		(0.01), 0.986
务农	865	41.33±19.65		42.97±19.69		献血/输血	689	42.33±19.59		43.89±19.89	
非务农	735	43.18±19.60		44.69±19.90		其他	226	42.22±19.63		43.73±19.87	
吸烟史			1.13, 0.261		1.79, 0.073	性生活感染	685	42.35±19.63		43.72±19.88	
有	659	41.69±19.58		42.93±19.92		CD4 细胞计数			(0.02), 0.98		(0.21), 0.812
无	941	42.81±19.62		44.74±19.86		0~349 个/微升	605	42.10±19.59		43.58±19.80	
饮酒史			2.20, 0.028		2.44, 0.015	350~500 个/微升	367	42.31±19.62		43.54±19.81	
有	747	41.17±19.60		42.62±19.93		>500 个/微升	628	42.30±19.64		44.22±19.91	
无	853	43.33±19.63		45.05±19.81		AIDS 基本知晓率			1.54, 0.123		0.88, 0.378
文化程度			(3.40), 0.034		(3.88), 0.021	知晓	701	43.01±19.65		43.34±19.90	
小学	668	41.32±19.58		42.44±19.80		不知晓/差	899	41.49±19.60		42.67±19.85	
初中	588	42.71±19.62		42.91±19.89		婚姻状况			(0.15), 0.858		(0.09), 0.911
高中及以上	344	44.70±19.63		45.99±19.95		未婚	124	43.02±19.56		44.08±19.96	
是否采取方法提醒用药			1.70, 0.09		0.32, 0.748	在婚	1 201	42.44±19.63		43.90±19.91	
是	745	43.66±19.64		43.99±19.90		离婚/分居	275	41.90±19.67		43.36±19.88	
否	855	41.99±19.60		43.67±19.87		家庭月收入			(2.03), 0.132		(3.20), 0.041
是否有他人督导用药			0.15, 0.882		0.47, 0.64	<1 000 元	501	41.90±19.52		42.52±19.81	
是	603	42.33±19.63		44.02±19.90		1 000~3 000 元	824	42.32±19.63		42.76±19.89	
否	997	42.18±19.62		43.54±19.88		>3 000 元	275	44.73±19.70		45.99±19.94	

差。本研究结果与曹文杰等[19]的文献结果不一致,曹文杰指出年龄对生活质量得分更高呈负向调控,考虑与样本的年龄比例有差别有关。本研究中 35~49 岁居多占比 52.94%,其为家中经济收入主要来源,人的身体状况受年龄增长、工作劳累、精神压力大而变差,因此年龄对生活质量的关注较大,提示应加强对高年龄组人群生活质量的关注。治疗持续时间越长病人生活质量越高,这与张鹏等[20]国内的研究结果一致,提示随着抗病毒治疗时间达到两年以后[21],应在治疗同时给予病人更多的心理支持和帮助,以提高其生活质量水平。另文化程度越高生活质量越好,这与其他研究结果一致[22]。根据 Abu 等[23]的文献结果,AIDS 病人文化水平越低,获取相关知识、技能及适应环境的能力越差,应对 AIDS 及其治疗依从性教育时困难越多,心理压力及无法排解导致生活质量越差。既往对家庭人均收入的报道较多,柳忠泉等[24]提出收入越高病人生活质量越高,本研究结果显示家庭人均月收入越高的病人生活质量越高,经济条件的高低决定接受医疗资源的多少。但收入不是影响病

理支持和帮助,以提高其生活质量水平。另文化程度越高生活质量越好,这与其他研究结果一致[22]。根据 Abu 等[23]的文献结果,AIDS 病人文化水平越低,获取相关知识、技能及适应环境的能力越差,应对 AIDS 及其治疗依从性教育时困难越多,心理压力及无法排解导致生活质量越差。既往对家庭人均收入的报道较多,柳忠泉等[24]提出收入越高病人生活质量越高,本研究结果显示家庭人均月收入越高的病人生活质量越高,经济条件的高低决定接受医疗资源的多少。但收入不是影响病

人生活质量高危因素,考虑与 AIDS 病情复杂有关。AIDS 发展和好转受多种因素的影响,而家庭月收入并不能直接决定病人应对疾病能力的强弱。

综上所述,绵阳市 HIV/AIDS 病人治疗依从率和生活质量均较低,非医学专业、未采取方法提醒用药直接影响治疗依从率,而治疗持续时间、年龄、文化程度直接影响病人生活质量,因此加强对病人提醒、督导,提高全民文化水平,对 HIV/AIDS 早期发现及时治疗并坚持服药,可提高病人服药依从性和生活质量。

参考文献

- [1] HEWKO SJ, CUMMINGS GG, PIETROSANU M, et al. The impact of quality assurance initiatives and workplace policies and procedures on HIV/AIDS-related stigma experienced by patients and nurses in regions with high prevalence of HIV/AIDS[J]. *Aids & Behavior*, 2018, 11(8):1-11.
- [2] SURUR AS, TENI FS, WALE W, et al. Health related quality of life of HIV/AIDS patients on highly active anti-retroviral therapy at a university referral hospital in Ethiopia[J]. *Bmc Health Services Research*, 2017, 17(3):A95-A97.
- [3] 朱勇,李丽,郭燕,等.艾滋病患者 CD4⁺T 细胞基线值与长期高效抗逆转录病毒治疗免疫重建效果的相关性研究[J]. *现代生物医学进展*, 2017, 17(15):2880-2883.
- [4] 王媛,李春梅.艾滋病病毒感染者/艾滋病患者心理健康状况、生活质量及综合干预的探讨[J]. *系统医学*, 2019, 4(17):150-152.
- [5] HIPOLITO RL, OLIVEIRA DCD, COSTA TLD, et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS: Temporal, socio-demographic and perceived health relationship[J/OL]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017, 8(25):e2874-e2877. DOI: 10.1590/1518-8345.1551.2874.
- [6] 罗雅凌,陈梦安,胡国良.应用 WHOQOL-HIV-BREF 量表评价未成年 HIV/AIDS 患者生存质量的信度和效度验证[J]. *应用预防医学*, 2019, 25(1):70-72.
- [7] ADAMU PI, OGUNTUNDE PE, OKAGBUE HI, et al. On the epidemiology and statistical analysis of HIV/AIDS patients in the insurgency affected states of nigerian[J]. *J Med Sci*, 2018, 6(7):1315-1321.
- [8] 路钧,那淑媛,钱雪琴,等.艾滋病患者抗病毒药物治疗依从性与焦虑抑郁研究[J]. *中国药物与临床*, 2018, 18(9):1545-1547.
- [9] 杨正波.心理护理结合同伴教育对艾滋病患者抗病毒治疗服药依从性的影响[J]. *中国实用医药*, 2017, 12(35):142-144.
- [10] 周宇.艾滋病患者治疗依从性的现状及影响因素研究[J]. *健康之路*, 2018(5):21.
- [11] DESHMUKH NN, BORKAR A, DESHMUKH J. Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: can it affect their quality of life[J]. *J Med Primary Care*, 2017, 6(3):549-551.
- [12] 邓雪媚,刘家法,张米,等.HIV/AIDS 合并巨细胞病毒感染的病毒学及免疫学特征分析[J]. *中华医院感染学杂志*, 2019, 29(15):2241-2246.
- [13] LEELUKKANAVEER Y, SITHISARANKUL P, HIRUNSUTTHIKUL N. Provider-initiated HIV counseling and testing of out patients at community hospitals in Thailand: an economic evaluation using the Markov model[J]. *Nephron Clin Practice*, 2010, 4(3):479-484.
- [14] 谢倩,谢年华,王夏,等.1998-2015 年湖北省武汉市 HIV/AIDS 患者死亡及生存时间分析[J]. *中华疾病控制杂志*, 2018, 22(5):439-444.
- [15] RONEI J, DINKEL A, WOLF E, et al. Anxiety, depression, and health-related quality of life in aging people living with HIV compared to diabetes patients and patients with minor health conditions: a longitudinal study[J]. *Psychol Health Med*, 2018, 23(7):1-8.
- [16] GADGIL G, PRYBUTOK G, PRYBUTOK V. Qualitative investigation of the role of quality in online community support for people living with HIV and AIDS[J]. *Quality Management J*, 2018, 25(4):171-185.
- [17] 杨洪,叶黎,苏玲,等.2011—2015 年四川省男男性行为人群 HIV-1 新发感染率及流行趋势分析[J]. *中华预防医学杂志*, 2019, 53(3):327-329.
- [18] YING Y, XING CZ, Y HM, et al. The investigation on psychological status and quality of life for HIV/AIDS patients in Minhang district of Shanghai[J]. *J Med Sci*, 2017, 44(5):590-595.
- [19] 曹文杰,袁智,郑敏,等.1995-2017 年贵州省 HIV/AIDS 病例死亡情况分析[J]. *中华疾病控制杂志*, 2019, 23(5):512-516.
- [20] 张鹏,高静,张勇,等.男男同性恋 HIV 感染者自我管理效果评价研究[J]. *中华疾病控制杂志*, 2019, 23(5):582-587.
- [21] MUZIGABA M, SARTORIUS B, PUOANE T, et al. The impact of HIV infection and disease stage on the rate of weight gain and duration of refeeding and treatment in severely malnourished children in rural South African hospitals[J/OL]. *Plos One*, 2017, 11(2):86-92. DOI:10.7196/SAJCH.2017.v11i2.1194.
- [22] 夏淑韵.共情护理对艾滋病患者负性情绪及治疗依从性的影响[J]. *国际流行病学传染病学杂志*, 2018, 45(5):353-356.
- [23] FATHIEH MABU, HABEESH SAL, SHIKHA LABU. Perception of HIV/AIDS education at the community level in Jordan[J]. *J Public Health*, 2017, 46(3):301-307.
- [24] 柳忠泉,周宁,柏建芸,等.天津市 2004-2014 年 HIV/AIDS 生存时间及影响因素[J]. *中华流行病学杂志*, 2017, 38(3):369-373.

(收稿日期:2020-09-16,修回日期:2020-10-14)