

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG - TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM



TR9. THỰC TRẠNG AN TOÀN THỰC PHẨM BẾP ĂN TRƯỜNG MẦM NON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ THỦ DẦU MỘT, TỈNH BÌNH DƯƠNG TỪ NĂM 2010 ĐẾN NĂM 2013

TR15. TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THỊ XÃ THUẬN AN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2016

TR44. ĐẶC ĐIỂM DẤU HIỆU SINH TỒN LÚC NHẬP VIỆN Ở 54 TRƯỜNG HỢP TRẺ TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2013

TR84. THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở GIAI ĐOẠN DUY TRÌ TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2016



Số: 38 tháng 5+6/2017

MỤC LỤC

Thực trạng, các yếu tố liên quan và giải pháp can thiệp thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương

Phạm Ngọc Thủy, Văn Quang Tân, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng, Võ Thị Kim Anh

Thực trạng an toàn thực phẩm bếp ăn trường mầm non và các yếu tố liên quan trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương từ năm 2010 đến năm 2013

Trương Thanh Yến Châu, Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan tại thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương năm 2016

Võ Nguyên Diễm Thy, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng

Tình hình nạo phá thai và các yếu tố liên quan đến có thai, bỏ thai ngoài ý muốn tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản tỉnh Bình Dương năm 2011

Trần Thị Kim Thu, Văn Quang Tân, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng, Võ Thị Kim Anh

Tình hình thai chết lưu của thai phụ đến khám và điều trị tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản năm 2010 - 2011

Văn Quang Tân, Võ Nguyên Diễm Thy, Bùi Minh Hiền, Trần Văn Hưởng, Võ Thị Kim Anh

Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại phường Bùi Thị Xuân, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, năm 2013

Nguyễn Thị Thùy Dương, Cao Thị Hoa, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Hùng Long

Nồng độ CO₂ tại những khu vực sản xuất, thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo

Nguyễn Văn Chinh, Văn Quang Tân, Trần Văn Hưởng, Tạ Văn Thượng

Thực trạng công tác xử lý chất thải y tế của phòng khám Đa khoa, phòng khám Chuyên khoa trên địa bàn tỉnh Bình Dương năm 2013

Trần Văn Hưởng, Bùi Minh Hiền, Tạ Văn Thượng

Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện ở 54 trường hợp trẻ tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2013

Lê Thanh Hải, Phan Thị Ngọc Lan, Đỗ Mạnh Hùng

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)
GS.TS. Đỗ Tất Cường
GS.TS. Đào Văn Dũng
GS.TS. Dunne Michael
GS.TS. Đặng Tuấn Đạt
GS.TS. Phạm Ngọc Đĩnh
GS.TS. Lương Xuân Hiến
GS.TS. Vương Tiến Hòa
GS.TS. Phạm Văn Thức

TỔNG BIÊN TẬP

Đào Văn Dũng

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

BAN BIÊN TẬP

Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)
Nguyễn Xuân Bái
Đỗ Hòa Bình
Phạm Văn Dũng
Trần Văn Hưởng
Phạm Vũ Khánh
Nguyễn Văn Lành
Lê Đình Phan
Hoàng Cao Sạ
Đình Ngọc Sỹ
Văn Quang Tân
Võ Văn Thanh
Trần Nhân Thắng
Võ Văn Thắng
Phạm Văn Thao
Ngô Văn Toàn
Nguyễn Xuân Trường
Nguyễn Anh Tuấn
Hoàng Tùng

BAN THƯ KÝ

Nguyễn Kim Phượng (Trưởng ban)
Nguyễn Văn Chuyên

BAN TRỊ SỰ

Trần Thị Bích Hạnh (Trưởng ban)
Nguyễn Thị Thúy

TRÌNH BÀY

Lâm Thảo

TÒA SOẠN

24 Liễu Giai - Cống Vị - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 84-4 3762 1898 - Fax: 84-4 3762 1899
Web: skcd.vn - yhoccongdong.vn
Email: tapchihcd@gmail.com
Giấy phép xuất bản: số 229/GP-BTTTT
Cấp ngày 19/6/2013. Giấy phép sửa đổi
bổ sung số 261/GP-BTTTT ngày 23/5/2016

IN TẠI

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa
Giá: 60.000 đồng

MỤC LỤC

Đánh giá xử trí trước viện ở 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013	49
Phan Thị Ngọc Lan, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng	
Nguyên nhân nhập viện và nguyên nhân tử vong ở 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2013	54
Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Phan Thị Ngọc Lan	
Thực trạng nhân lực, trang thiết bị phục vụ công tác vận chuyển cấp cứu Nhi khoa tại tỉnh Yên Bái năm 2016	60
Phạm Ngọc Toàn, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng	
Một số đặc điểm dịch tễ học 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2013	65
Lê Thanh Hải, Phan Thị Ngọc Lan, Đỗ Mạnh Hùng	
Hiệu quả bước đầu can thiệp hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng	68
Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Anh Dũng, Võ Thanh Quang	
Thực trạng sức khỏe, bệnh tật của nhân viên y tế tại một số bệnh viện thuộc sở Y tế Hà Nội (2015 - 2016)	74
Nguyễn Thị Hoà, Nguyễn Anh Tuấn, Trịnh Huy Toàn, Trịnh Tố Tâm	
Thực trạng vi phạm các quy định về quảng cáo, khuyến mại sản phẩm rượu tại các điểm bán lẻ tại Việt Nam năm 2015	79
Trần Thị Vân Anh, Lê Thị Thanh Hương, Trần Khánh Long, Hà Anh Đức	
Thực trạng tuân thủ điều trị trên bệnh nhân điều trị methadone ở giai đoạn duy trì tại thành phố Đà Nẵng năm 2016	84
Lê Thị Hương, Lưu Minh Châu, Nguyễn Thị Hương	
Thực trạng kiến thức, thực hành của giáo viên về vệ sinh trường học tại 2 trường tiểu học, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam, năm 2015	88
Dương Văn Tú, Nguyễn Trường Yên	
Áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí ở học sinh các trường trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam	92
Phan Thị Mỹ Linh, Đoàn Vương Diễm Khánh	

THỰC TRẠNG, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÀNH PHỐ THỦ DẦU MỘT, TỈNH BÌNH DƯƠNG

Phạm Ngọc Thủy¹, Văn Quang Tân², Bùi Minh Hiền³, Trần Văn Hương⁴, Võ Thị Kim Anh⁵

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Thừa cân và béo phì có thể phòng ngừa được nhưng việc điều trị lại rất khó khăn, tốn kém và hầu như không có kết quả. Trên phạm vi thế giới, chi phí cho giải quyết nạn dịch béo phì hiện nay đã làm cho tất các chi phí sức khỏe khác trở nên khó khăn. Chương trình cải thiện dinh dưỡng trong thời gian qua chỉ tập trung vào phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai; hiện tại tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em tỉnh Bình Dương không còn là vấn đề quan trọng nhưng tình trạng thừa cân béo phì ngày càng phổ biến hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì, các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu là 4320 học sinh được cân đo và phỏng vấn tại 9 trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một với tỷ lệ thừa cân béo phì chung là 47.2% (thừa cân: 22.8%, béo phì là 24.4%). Tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh nam là 56.4% cao hơn so với nữ 38%. Có mối liên quan giữa thừa cân béo phì với số giờ chơi điện tử, bú sữa mẹ và ăn ≥ 4 bữa ăn chính trong ngày.

Kết luận: Phòng ngừa được béo phì ở trẻ em sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ béo phì ở trẻ em lứa tuổi học đường, góp phần làm giảm nguy cơ mắc các bệnh mãn tính không lây có liên quan đến béo phì và giảm chi phí y tế.

Từ khóa: Chỉ số khối cơ thể, thừa cân, béo phì.

ABSTRACT

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS AT THU DAU MOT CITY, BINH

DUONG PROVINCE

Background: Overweight and obesity can be prevented, but the treatment is very difficult, expensive and almost no results. On a world scale, the cost of solving the current obesity epidemic has made all the other health costs difficult. Nutrition improvement program in recent years focused on preventing malnutrition in children under 5 years of age, pregnant women, the current status of malnourished children in Binh Duong province no longer matters significant overweight but obese increasingly more popular.

Objective: Defining overweight and obesity rate, the relevant factors of elementary school students in the area of Thu Dau Mot town, Binh Duong province in 2013.

Method: Descriptive cross-sectional study design.

Results: The sample is weighed 4,320 students and interviewed at 9 elementary schools Thu Dau Mot town with overweight and obesity rate is 47.2% overall (overweight: 22.8%, 24.4% obese). The rate of overweight and obesity in male students was 56.4% higher compared to 38% female. There is an association between overweight and obesity with the number of hours playing video games, and eat breastfed ≥ 4 meals a day.

Conclusion: Prevent obesity in children will contribute to reducing obesity rates in children of school age, reducing the risk of non-communicable chronic diseases related to obesity and reduce health care costs.

Keywords: BMI, overweight, obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, một trong những vấn đề mới nảy sinh liên quan đến dinh dưỡng là thừa cân, béo phì của lứa tuổi

1. Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương
2. Bệnh viện Đa khoa Bình Dương
3. Sở Y tế Bình Dương
4. Trường đại học Thăng Long, Hà Nội.
5. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

học sinh. Trước những năm 1990 chúng ta chỉ quan tâm đến suy dinh dưỡng thể thiếu, còn thừa cân béo phì hầu như không đáng kể ở tất cả các lứa tuổi. Do vậy, những năm gần đây tỷ lệ thừa cân béo phì ngày càng đang gia tăng; thực tế cho thấy phòng chống thừa cân béo phì còn khó hơn là giảm tỷ lệ thiếu dinh dưỡng. Thừa cân béo phì không chỉ ảnh hưởng đến hành vi và học tập của trẻ mà còn có nguy cơ cao mắc các bệnh mạn tính không lây (tiểu đường, cao huyết áp...) sau này.

Thừa cân và béo phì có thể phòng ngừa được nhưng việc điều trị lại rất khó khăn, tốn kém và hầu như không có kết quả. Trên phạm vi thế giới, chi phí cho giải quyết nạn dịch béo phì hiện nay đã làm cho tất cả các chi phí sức khỏe khác trở nên nhỏ bé. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thì các chi phí trực tiếp cho điều trị béo phì chiếm tới 6,8% (hay 70 tỷ đô la Mỹ) trong tổng chi phí cho chăm sóc sức khỏe. Do đó, phòng ngừa được béo phì ở trẻ em sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ béo phì ở người lớn, giảm nguy cơ mắc các bệnh mạn tính không lây có liên quan đến béo phì và giảm chi phí y tế.

Hiện nay, thành phố Thủ Dầu Một, là thành phố đô thị loại 2, nơi đang có nhiều thay đổi về kinh tế, văn hóa, xã hội. Do đó, đã làm thay đổi cuộc sống và sức khỏe của người dân theo mô hình của tình trên con đường đô thị hóa và công nghiệp hóa. Năm 2012 tỷ lệ suy dinh dưỡng của tỉnh là 10,6%, bên cạnh đó tình trạng thừa cân béo phì ở lứa tuổi học sinh tại thành phố Thủ Dầu Một đang ngày càng gia tăng và vẫn chưa được khảo sát trên một mẫu đại diện, chưa có số liệu cụ thể để đánh giá tình trạng dinh dưỡng này của trẻ em làm cơ sở cho các kế hoạch phòng chống và xây dựng chương trình can thiệp phù hợp. Riêng chỉ có một nghiên cứu của Văn Quang Tân (2009) cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ mẫu giáo là 12,97%, (ở trẻ trai là 16,44% và trẻ gái là 16,18%).

Đề tài nghiên cứu “Thực trạng, các yếu tố liên quan và giải pháp can thiệp thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương” được thực hiện nhằm để đánh giá tình trạng thừa cân béo phì của trẻ em đồng thời nêu ra được những yếu tố liên quan, là cơ sở khoa học cho Ngành Y tế Bình Dương sớm xây dựng, lập kế hoạch đưa ra những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em, phù hợp với điều kiện của địa phương trong thời gian tới.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Mục tiêu tổng quát:

Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì, các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một,

tỉnh Bình Dương năm 2013.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì và mức độ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013.
2. Xác định các yếu tố nguy cơ: Về kinh tế - xã hội, thói quen ăn uống, hoạt động thể chất, cách dinh dưỡng liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.
3. Xác định mối liên quan giữa thừa cân béo phì với kiến thức, thái độ thực hành về dinh dưỡng của cha mẹ học sinh nhằm đưa ra các giải pháp can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1. Dân số mục tiêu:

Học sinh tiểu học đang học tại các trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

1.2. Dân số nghiên cứu:

Học sinh tiểu học đang theo học tại 14 trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2012 – 12/2013.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2012 đến tháng 12/2013. Trong đó, số liệu được thu thập từ tháng 8 đến tháng 10/2013.

3. Địa điểm nghiên cứu:

Thực hiện tại 9 trường tiểu học của thành phố Thủ Dầu Một gồm: Phú Thọ, Lê Hồng Phong, Nguyễn Du, Trần Phú, Định Hòa, Phú Hòa, Nguyễn Trãi, Phú Lợi, Phú Mỹ.

4. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Mẫu tối thiểu cần cho 5 nhóm: $n = 456 \times 5 = 3420$.

Kỹ thuật chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu cụm, xác suất tỷ lệ với kích cỡ dân số (PPS).

Tiêu chí đưa vào:

- Học sinh thuộc 5 khối lớp 1, 2, 3, 4, 5 các trường tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương năm 2013 .

- Được phụ huynh tự nguyện cho tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra:

- Học sinh có vấn đề về xương ảnh hưởng đến việc cân đo (dị dạng ở xương, bại liệt chân, gù, vẹo cột sống, chân vòng kiềng...).

- Học sinh vắng mặt trong thời gian tiến hành cân đo.

- Không mắc các bệnh liên quan đến thừa cân béo phì

- Không mắc các bệnh gây phù tăng trọng lượng cơ thể (gan, tim, thận...)

5. Sai lệch và kiểm soát sai lệch:



Kiểm soát sai lệch chọn lựa:

- Trong quá trình nghiên cứu, sai lệch chọn lựa có khả năng xảy ra trong quá trình chọn lớp nghiên cứu hoặc trong trường hợp học sinh vắng mặt trong ngày thu thập số liệu. Để tránh sai lệch, phương pháp chọn mẫu đúng kỹ thuật; xác định cụ thể, rõ ràng tiêu chí chọn mẫu được chọn vào và mẫu bị loại ra.

- Đối với học sinh vắng mặt trong buổi cân đo lần đầu sẽ được tiến hành cân đo vào buổi khác. Nếu quá 2 lần, học sinh vắng mặt sẽ được thay thế bằng học sinh khác trong danh sách học sinh dự bị phòng trường hợp mất mẫu.

Kiểm soát sai lệch thông tin:

Trong quá trình thu thập số liệu, sai lệch thông tin có thể xảy ra từ người thu thập thông tin, số đo cân nặng, chiều cao và thông tin của học sinh và phụ huynh. Để tránh sai lệch, tổ chức tập huấn kỹ cho các điều tra viên, sử dụng các dụng cụ thiết bị được kiểm tra và chuẩn hóa đồng bộ trước khi tiến hành điều tra.

6. Tiêu chuẩn và phương pháp đánh giá:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em 5 - 19 tuổi (theo WHO 2007): Các chỉ số nhân trắc thừa cân béo phì của người trưởng thành và trẻ em được phân tích dựa trên quần thể tham khảo chuẩn của WHO năm 2007 theo lứa tuổi từ 5-19 tuổi dành cho bé trai và bé gái.

Ở trẻ em từ 5 – 19 tuổi:

Phân loại	Z – Score của BMI (kg/m ²)
Gầy	< - 2SD
Gầy nặng	< - 3SD
Thừa cân	> + 1SD
Béo phì	> + 2SD

7. Thu thập dữ kiện:

Phương pháp thu thập dữ kiện:

Bước 1: Liên hệ với nơi tiến hành nghiên cứu:

Làm việc và trao đổi với Ban giám hiệu từng trường về ngày dự kiến cân đo và phỏng vấn, xin danh sách học sinh theo 5 khối lớp của từng trường đã được chọn.

Bước 2: Phỏng vấn thử

Bộ câu hỏi có cấu trúc được phỏng vấn thử trên 5 phụ huynh (không có tên trong danh sách tham gia nghiên cứu) ở mỗi điểm trường nghiên cứu.

Bộ câu hỏi được hiệu chỉnh sau khi phỏng vấn thử.

Bước 3: Thu thập dữ liệu

Tại mỗi trường, ban giám hiệu nhà trường thông báo mời phụ huynh trước 3 ngày lấy số liệu, giải thích và hướng dẫn trả lời vào phiếu câu hỏi, sau đó nhờ giáo viên

chủ nhiệm thu lại.

Sau khi thu nhận đầy đủ bộ câu hỏi, tiến hành đánh số thứ tự, sau đó tiến hành cân đo trẻ.

Công cụ thu thập dữ kiện:

Cân: Sử dụng cân điện tử Seca 770 (độ chính xác 0,1kg).

Đo chiều cao: Đo chiều cao đứng bằng thước đo gỗ theo tiêu chuẩn thiết kế của Viện Dinh dưỡng Trung ương (độ chính xác 1mm).

Bộ câu hỏi phỏng vấn: Sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin khác nhau.

Người thu thập thông tin: Tác giả và 20 điều tra viên của Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh.

8. Xử lý và phân tích số liệu:

Các thuật toán dùng để phân tích số liệu:

+ Phân tích đơn biến: Tìm tỷ số tỷ suất hiện mắc (PR) của thừa cân-béo phì với các biến số khảo sát. Kiểm định mối tương quan giữa các biến số trên bằng phép kiểm χ^2 .

+ Test t để kiểm định sự khác biệt giá trị trung bình.

+ Đo lường mức độ liên quan bằng PR, trị số PR được đọc theo giá trị tối đa có thể của PR. Khoảng tin cậy 95% được chọn. Các kết quả trình bày mô tả những số liệu điều tra cơ bản được thể hiện theo phần trăm, số trung bình, trung vị.

9. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu:

Các cá nhân tham gia nghiên cứu được biết rõ mục tiêu nghiên cứu và các thông tin được sử dụng đúng mục đích nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu được sử dụng để đưa ra các khuyến nghị nhằm lựa chọn các giải pháp phòng và chống TC, BP ở trẻ em tuổi học đường, mà không sử dụng vào các mục đích khác.

III. KẾT QUẢ & NHẬN XÉT:

1. Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Tần số và tỷ lệ giới tính, dân tộc học sinh tiểu học (n = 3420)

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	1707	49.9
Nữ	1713	50.1
Tổng số	3420	100
Dân tộc		
Kinh	3315	96.9
Hoa	71	2.1

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ %
Dân tộc		
Khác	34	1.0
Tổng	3420	100

Học sinh tiểu học, nam và nữ tương đương nhau. Dân tộc Kinh chiếm đa số (96.9 %). Số trẻ giữa các lớp tương đương nhau.

2. Mức độ thừa cân, béo phì theo giới, tuổi, lớp, trường học.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ mức độ TC/BP theo giới tính, tuổi, lớp, trường học

Đặc tính	Mức độ TC/BP			Tổng n (%)	P
	Bình thường n(%)	Thừa cân n(%)	Béo phì n(%)		
Giới tính					<0.001
Nam	744 (43.6)	329 (19.3)	634 (37.1)	1707 (100)	
Nữ	1063 (62.1)	449 (26.2)	201 (11.7)	1713 (100)	
Tuổi					0.005
6	517 (61.0)	136 (16.0)	195 (23)	848 (100)	
7	340 (52.4)	154 (23.8)	154 (23.8)	648 (100)	
8	352 (59.0)	172 (24.0)	194 (27.0)	718 (100)	
9	356 (49.2)	178 (24.6)	189 (26.2)	723 (100)	
10	232 (49.7)	135 (28.9)	100 (21.4)	467 (100)	
11	10 (62.6)	3 (18.7)	3 (18.7)	16 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	
Lớp					0.005
1	389 (58.6)	106 (16.0)	169 (25.4)	664 (100)	
2	383 (58.6)	143 (21.9)	128 (19.5)	654 (100)	
3	351 (49.4)	165 (23.3)	194 (27.3)	710 (100)	
4	327 (48.1)	172 (25.3)	181 (26.6)	680 (100)	
5	357 (50.1)	192 (27.0)	163 (22.9)	712 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	
Trường học					<0.001
Phú Lợi	446 (57.1)	165 (21.1)	170 (21.8)	781 (100)	
Nguyễn Trãi	242 (49.3)	105 (21.4)	144 (29.3)	491 (100)	
Định Hòa	239 (54.0)	102 (23.0)	102 (23.0)	443 (100)	
Phú Mỹ	178 (64.3)	54 (19.5)	45 (16.2)	277 (100)	
Phú Hòa	151 (49.7)	80 (26.3)	73 (24.0)	304 (100)	
Nguyễn Du	122 (42.8)	83 (29.1)	80 (28.1)	285 (100)	
Phú Thọ	233 (64.3)	64 (17.7)	65 (18.0)	362 (100)	
Trần Phú	128 (41.0)	82 (26.3)	102 (32.7)	312 (100)	
Lê Hồng Phong	68 (41.2)	43 (26.1)	54 (32.7)	165 (100)	
Chung	1807 (52.8)	778 (22.8)	835 (24.4)	3420 (100)	

Tỷ lệ thừa cân là: 22.8%, TC ở nữ là 26.2% cao hơn so với nam là 19.3%. TC tăng dần theo tuổi. TC ở các trường ngay trung tâm thành phố có tỷ lệ cao hơn các trường ở xa Trung tâm.

Tỷ lệ béo phì là: 24.4%, BP ở nam là 37.1 cao hơn so

với nữ là 11.7%. BP tăng dần theo tuổi. Các trường bán trú có tỷ lệ béo phì cao nhất (Lê Hồng Phong, Trần Phú, Nguyễn Du).

3. Mối liên quan thừa cân béo phì với các yếu tố nghiên cứu.



Bảng 3. Liên quan TC/BP với các yếu tố gia đình.

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Mức tăng cân khi mẹ mang thai					
- < 15 kg	1230 (51.5)	1159 (48.5)			
- ≥ 15 kg	577 (56.0)	454 (44.0)	0.90	0.82 – 1.01	0.057
2. Cân nặng của trẻ lúc sinh ra					
- <4kg	1761 (52.6)	1587 (47.4)			
- ≥4kg	46 (63.9)	26 (36.1)	0.76	0.47 – 1.22	0.222
3. Bú mẹ hoàn toàn					
Có	1529 (52.0)	1410 (48.0)			
Không	278 (57.8)	203 (42.2)	0.87	0.78 – 0.99	0.037
4. Tiền sử tiểu đường/rối loạn chuyển hóa					
Có	89 (51.1)	85 (48.9)			
Không	1718 (53.0)	1528 (47.0)	0.96	0.81 – 1.14	0.633
5. Thu nhập bình quân					
<1.000.000 đồng	18 (48.7)	19 (51.3)			
≥1.000.000 đồng	1789 (52.9)	1594 (47.1)	0.91	0.64 – 1.30	0.586

Trẻ không bú sữa mẹ ít có nguy cơ TCBP so với nhóm bú sữa mẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p,0.05.

Bảng 4. Liên quan TC/BP với thói quen ăn uống của trẻ

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Tần suất ăn bữa chính trong ngày của trẻ					
< 3 bữa	404 (47.9)	439 (52.1)			
≥ 3 bữa	1403 (54.4)	1174 (45.6)	0.87	0.78 – 0.97	0.025
2. Tần suất ăn bữa phụ trong ngày của trẻ					
< 3 bữa	1691 (52.4)	1535 (47.6)	0.84	0.68 – 1.04	0.108
≥ 3 bữa	116 (59.8)	78 (40.2)			
3. Ăn tối sau 9 giờ đêm trước khi ngủ					
Có	328 (53.4)	286 (46.6)			
Không	1479 (52.7)	1327 (47.3)	1.01	0.95 – 1.08	0.597
4. Uống nước ngọt có gaz trong tuần					
≤ 3 lon	1063 (52.7)	955 (47.3)			
≥ 4 lon	744 (53.0)	658 (47.0)	0.99	0.94 – 1.04	0.713
5. Ăn thức ăn xào rán trong tuần					
≥ 3 lần	765 (53.1)	676 (46.9)			
< 3 lần	1042 (52.6)	937 (47.4)	0.99	0.88 – 1.10	0.850
6. Thích ăn rau, hoa quả					
Có	815 (52.4)	740 (47.6)			
Không	992 (53.2)	873 (46.8)	0.98	0.90 – 1.06	0.662

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
7. Thích ăn đồ béo					
Có	335 (48.8)	351 (51.2)			
Không	1472 (53.8)	1262 (46.2)	0.90	0,79 – 1.01	0.086
8. Thích ăn đồ ngọt					
Có	930 (53.8)	801 (46.2)			
Không	877 (51.9)	812 (48.1)	1.03	0.98 – 1.09	0.123

Trẻ TC/BP có tần suất ăn ≥ 3 bữa chính trong ngày, ít TC/BP với các yếu tố: Tần suất ăn bữa phụ, ăn tối sau 9 giờ đêm, uống nước ngọt có gaz, ăn thức ăn xào rán, ăn rau quả, thức ăn béo và thức ăn ngọt, với $p > 0.05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = < 0.025$. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ

Bảng 5. Liên quan TC/BP với thói quen sinh hoạt, hoạt động thể lực

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì		PR	(KTC 95%)	P
	Không %	Có %			
1. Mức độ hoạt động tại nhà					
Hoạt động nhiều	782 (54.1)	663 (45.9)			
Hoạt động vừa phải	969 (51.7)	906 (48.3)			
Ít hoạt động	56 (56.0)	44 (44.0)	1.03	0.93 – 1.14	0.496
2. Vận động đến trường					
Đi bộ	116 (55.0)	95 (45.0)	1.05	0.88 – 1.24	0.515
Đi xe đạp	107 (49.3)	110 (50.7)	0.92	0.76 – 1.11	0.369
Đi xe bus	28 (45.9)	33 (54.1)	0.86	0.68 – 1.10	0.219
Bố mẹ đưa đi	1633 (52.9)	1454 (47.1)	1.01	0.87 – 1.17	0.834
Phương tiện khác	31 (31.9)	43 (58.1)	0.80	0.63 – 1.02	0.070
3. Thời gian xem tivi					
< 2 giờ	560 (52.5)	506 (47.5)			
≥ 2 giờ	1247 (53.0)	1107 (47.0)	0.99	0.93 – 1.05	0.738
4. Thời gian chơi điện tử					
≤ 3 giờ	827 (48.5)	877 (51.5)			
≥ 4 giờ	980 (57.1)	736 (42.9)	0.83	0.78 – 0.88	<0.001
5. Môn thể thao luyện tập					
Cầu lông	470 (51.0)	452 (49.0)	0.94	0.89 – 1.01	0.067
Nhảy dây	726 (60.1)	482 (39.9)	1.28	1.18 – 1.38	<0.001
Bóng bàn	43 (39.8)	65 (60.2)	0.77	0.66 – 0.90	0.006
Bóng đá	464 (43.7)	596 (56.3)	0.76	0.71 – 0.83	<0.001
Đá cầu	180 (52.8)	161 (47.2)	0.99	0.86 – 1.15	0.985
Bơi	362 (46.0)	425 (54.0)	0.83	0.76 – 0.90	0.001
Khác	142 (53.0)	126 (47.0)	0.99	0.86 – 1.15	0.958
6. Thời gian ngủ					
< 22 giờ	1432 (52.32)	1305 (47.68)			
≥ 22 giờ	375 (54.9)	308 (45.1)	0.94	0.86 – 1.02	0.17



Yếu tố	Thừa cân – Béo phì			(KTC 95%)	P
	Không %	Có %	PR		
7. Số giờ ngủ					
< 8 giờ	149 (59.84)	100 (40.16)			
≥ 8 giờ	1658 (52.29)	1513 (47.71)	1.18	1.03 – 1.36	0.019

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ TC/BP với các yếu tố: Hoạt động tại nhà, vận động đến trường, thời gian xem tivi, với $p > 0.05$. Tỷ lệ trẻ TC/BP ở nhóm có thời gian chơi điện tử ≥ 4 giờ ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm trẻ chơi điện tử ≤ 3 giờ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = < 0.001$.

Bảng 6. Liên quan giữa nhận thức của học sinh với bệnh TC/BP

Yếu tố	Thừa cân – Béo phì			(KTC 95%)	P
	Không %	Có %	PR		
Thể nào là TC/BP					
- Không có kiến thức	1807(52.84)	1613(47.16)			<0.001
- Có kiến thức	0	0			
Cách phát hiện TC/BP					
- Không có kiến thức	907(55.5)	727(44.4)			
- Có kiến thức	900(55.4)	886(49.6)	0.007	1.03 – 1.19	0.006
Nguyên nhân TC/BP					
- Không có kiến thức	1134(56.3)	879(43.7)			
- Có kiến thức	673(47.8)	734(52.2)	0.000	1.12 – 1.26	0.002
Tác hại TC/BP					
- Không có kiến thức	1381(54.9)	1135(45.1)			
- Có kiến thức	426(47.1)	478(52.9)	0.006	1.06 – 1.29	0.011
Cách phòng TC/BP					
- Không có kiến thức	1023(56.2)	798(43.8)			
- Có kiến thức	1807(52.8)	1613(47.2)	0.000	1.10 – 1.22	0.0002

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tình hình TC/BP học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một, Bình Dương năm 2013:

- Tỷ lệ thừa cân béo phì học sinh tiểu học thành phố Thủ Dầu Một năm 2013 là: 47.2%. Mức độ thừa cân là 22,85% và béo phì là 24,4%.

- Tỷ lệ trẻ nam bị thừa cân béo phì 56.4% cao hơn nữ 38%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ TCBP cao nhất ở nhóm 7, 8, 9 tuổi, thấp nhất ở nhóm 6, 11 tuổi.

- Học sinh ở những trường ngay trung tâm thành phố có tỷ lệ TCBP cao hơn các trường vùng ngoại ô, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Học sinh ở những trường bán trú có tỷ lệ TCBP cao hơn học sinh trường không bán trú gồm Trường Trần Phú, Lê Hồng Phong, Nguyễn Du (59%, 58,8%, 57,2%).

Các yếu tố liên quan đối với trẻ thừa cân béo phì Yếu tố tiền căn gia đình

- Không có mối liên quan giữa trẻ TCBP với các yếu tố gia đình: Tăng cân của mẹ, tiền sử đái tháo đường của mẹ trẻ TCBP.

- Tiền sử trẻ sinh ra không bú sữa mẹ hoàn toàn có mối liên quan đến TCBP với PR và KTC 95% = 0.87 (0.78 – 0.99).

Thói quen ăn uống

- Trẻ TCBP có tần suất ăn ≥ 3 bữa chính trong ngày ít có nguy cơ mắc béo phì so với nhóm ăn bữa < 3 bữa chính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với PR và KTC 95% = 0.87 (0.78 – 0.97).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ TC/BP với các yếu tố: Tần suất ăn bữa phụ, ăn tối sau 9 giờ đêm, uống nước ngọt có gaz, ăn thức ăn xào rán, ăn rau quả, thức ăn béo và thức ăn ngọt, với $p > 0.05$.

Thói quen sinh hoạt, hoạt động thể lực

Tỷ lệ trẻ TC/BP ở nhóm có thời gian ngủ ≥ 8 giờ ít có

nguy cơ mắc béo phì so với nhóm trẻ có số giờ ngủ < 8 giờ trong ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với PR và KTC 95% = 1.18 (1.03- 1.36).

Quan niệm về thừa cân – béo phì

- Đa số phụ huynh có nhận thức đúng về TCBP với 91% có kiến thức đúng về nhận định thừa cân béo phì; 86,3% có hiểu biết và nhận thức đúng về sự nguy hiểm và tác hại của béo phì.

- Kiến thức phòng chống thừa cân béo phì: Có 92%

phụ huynh có kiến thức đúng; có 80,3% có kiến thức đúng về áp dụng các biện pháp dinh dưỡng cho trẻ. Đa số học sinh chưa nhận thức đúng về vấn đề thừa cân béo phì ra sao và như thế nào (100%).

Tóm lại: Hai giải pháp then chốt trong cộng đồng với mục tiêu ngăn ngừa sự gia tăng của thừa cân béo phì bao gồm:

1. Nâng cao hoạt động thể lực.
2. Cải thiện chất lượng khẩu phần ăn dựa trên các thực phẩm có sẵn có ở địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tiếng Việt

1. Lê Thị Hợp (2010), Một số định hướng về giải pháp chiến lược và chương trình dinh dưỡng trong thời gian tới nhằm giảm suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em Việt Nam. Báo cáo tổng kết 2010.
2. Phan Thị Bích Ngọc (2010), Nghiên cứu thực trạng thừa cân - béo phì và đánh giá biện pháp can thiệp cộng đồng ở học sinh tiểu học thành phố Huế, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Huế.
3. Văn Quang Tân, Phạm Ngọc Thùy(2009), Thực trạng dinh dưỡng, thừa cân – béo phì ở trẻ từ 3-5 tuổi tại các Trường mầm non mẫu giáo thị xã Thủ Dầu Một, Kỷ yếu NCKHKT ngành Y tế Bình Dương lần thứ IX.
5. Trương Thanh (2009), "Thừa cân/ béo phì và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học thành phố Vũng Tàu năm 2009". Luận án CKII Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thanh Xuân (2010), "Tỷ lệ thừa cân béo phì và các yếu tố liên quan của học sinh tiểu học quận 9, TP. Hồ Chí Minh". Luận án CKII Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. Vũ Quỳnh Hoa, Đỗ Thị Ngọc Diệp (2012-2013), "Can thiệp dinh dưỡng và vận động phòng chống thừa cân, béo phì trên học sinh tiểu học, một số kết quả ban đầu". Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, tập 9, số 3, tr.16.
8. Trần Thị Minh Hạnh, Vũ Quỳnh Hoa (2012), "Tình trạng dinh dưỡng học sinh trung học cơ sở thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, tập 8, số 3, tr. 28.
9. Trần Thị Minh Hạnh, Vũ Quỳnh Hoa, Đỗ Thị Ngọc Diệp, (2009), "Diễn biến tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng học sinh TP.HCM 2002-2009". Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, tập 8, số 4, tr.30-31.
10. Đỗ Thị Ngọc Diệp (2013), "Béo phì: Tiếp cận từ khía cạnh lâm sàng và cộng đồng". Hội nghị Dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh mở rộng lần thứ hai năm 2013". <http://www.ttdinhduong.org/ttd/tintuc>.

Tiếng Anh

11. Bowman S.A, Gortmaker S.L, Ebbeling C.B., Pereira M.A., Ludwig D.S. (2004), "Effects of fast food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey", Pediatrics, 113 (1), pp. 112 - 118.
12. Brown T, Kelly S and Summerbell C (2007), "Prevention of obesity: a review of interventions", Obesity reviews, 8, Suppl. 1, pp.127 - 130.
13. De Onis M, Borghi E (2010), "Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children", Am J Clin Nutr, 92(5): pp. 1257 - 64.
14. Mercedes de Onis, Adelheid W Onyango, Elaine Borghi, Amani Siyam (2007), "Development of a WHO growth reference for school –age children and adolescents" Bulletin of the world Health Organization 2007; 85: 660 - 667.
15. Onis de M et al (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organisation, volume 85, No 9, pp 649- 732, September 2007. Available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497/en/print.html#R18#R18>.



THỰC TRẠNG AN TOÀN THỰC PHẨM BẾP ĂN TRƯỜNG MẦM NON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ THỦ DẦU MỘT, TỈNH BÌNH DƯƠNG TỪ NĂM 2010 ĐẾN NĂM 2013

Trương Thanh Yến Châu¹, Võ Thị Kim Anh², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Trẻ em là mầm non của xã hội, do đó, vấn đề vệ sinh ăn uống cho trẻ nhỏ được đặt lên hàng đầu. Vấn đề ô nhiễm thực phẩm và nguy cơ từ việc chưa đảm bảo các điều kiện vệ sinh, an toàn thực phẩm với nguyên nhân chủ quan từ những người trực tiếp tham gia chế biến, chăm sóc trẻ tại các trường mầm non luôn là mối đe dọa đến sức khỏe của các cháu hàng ngày.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định bếp ăn trường mầm non đạt chuẩn các điều kiện an toàn thực phẩm và các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Điều kiện cơ sở vật chất đạt và vệ sinh trong chế biến bảo quản có xu hướng tăng và duy trì ở mức cao (năm 2013 > 80%). Điều kiện trang thiết bị - dụng cụ (năm 2013 đạt 88,3%) và điều kiện con người (năm 2013 đạt 60%) có xu hướng giảm. Bếp ăn có điều kiện vệ sinh cơ sở đạt có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 5,7 lần so với bếp ăn không đạt điều kiện vệ sinh cơ sở (PR=5,7; KTC95%(1,4-14,1), p<0,001). Bếp ăn có điều kiện con người đạt có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 7,8 lần so với bếp ăn không đạt điều kiện con người (PR=7,8; KTC95% (4,7-11,1), p=0,001). Bếp ăn công lập có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 1,3 lần so với bếp ăn ngoài công lập (PR=1,3; KTC95%(1,1-1,7), p=0,022).

Kiến nghị: Cần tăng cường nâng cao và duy trì các điều kiện về cơ sở vật chất và điều kiện con người và bếp ăn ngoài công lập vì các yếu tố này có mối liên quan mạnh với bếp ăn đạt chuẩn. Bên cạnh đó, cần tập trung tuyên truyền duy trì các điều kiện con người và trang thiết bị

dụng cụ vì các điều kiện này có xu hướng giảm tỉ lệ đạt.

ABSTRACT: THE FOOD SAFETY OF DINNER KITCHENS REAL SITUATION AND THE RELATED ELEMENTS AT NURSERY SCHOOLS IN THU DAU MOT CITY AREA, BINH DUONG PROVINCE FROM 2010 TO 2013

Background: Children are buds of society, therefore, eating and drinking hygiene for the kids has to be put to top-ranking. Poluted food problem, dangers of not enough food safety, sanitation condition assurance and subjective reason of people who process food directly, look after the kids at nursery schools are threatening to health of the children everyday.

Objectives: Determining the dinner kitchens with standard hygiene, facilities conditions and the related elements.

Methods: Interrupted description studying.

Results: Standard material facilities and hygiene in processing, preserving food is upward tendency and maintaining at high level (year 2013 > 80%). Equipment, tool conditions (year 2013 gains 88,3%) and personnel condition (year 2013 gains 60%) is downward trend. The dinner kitchens with standard hygiene, facilities conditions have standard rate that is 5,7 times higher than the ones with non standard hygiene, facilities conditions do (PR = 5,7; KTC 95% (1,4 - 14,1), p < 0,001). The dinner kitchens with standard personnel condition has standard rate that is 7,8 times higher than ones with non standard personnel condition do (PR = 7,8; KTC 95% (4,7 - 11,1), p = 0,01). The ones of public nursery schools have standard that is

1. Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương

2. Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

3. Trường Đại học Thăng Long

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

1,3 times higher than the other ones of outside public nursery schools do (PR = 1,3; KTC 95% (1,1 - 1,7), p = 0,022).

Proposals: Have to strengthen, enhance and maintain the material facilities and personnel conditions. Because these conditions are concerned with the standard dinner kitchens. Beside that, concentrating on propaganda assignments, education to maintaining equipment, tool conditions and personnel condition because they tend to reduce the rate of achieving food security conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực phẩm là nguồn dinh dưỡng thiết yếu nuôi sống cơ thể. An toàn thực phẩm đóng một vai trò quan trọng trong chiến lược bảo vệ sức khỏe con người. Trẻ em là mầm non của xã hội, do đó vấn đề vệ sinh ăn uống cho trẻ nhỏ được đặt lên hàng đầu. Vấn đề ô nhiễm thực phẩm và nguy cơ từ việc chưa đảm bảo các điều kiện vệ sinh, an toàn thực phẩm với nguyên nhân chủ quan từ những người trực tiếp tham gia chế biến, chăm sóc trẻ tại các trường mầm non luôn là mối đe dọa đến sức khỏe của các cháu hàng ngày [6].

Thành phố Thủ Dầu Một là trung tâm kinh tế, văn hóa, chính trị của tỉnh Bình Dương với tổng số dân là: 264.770 người trên diện tích là 118,66 km². Hiện nay trên địa bàn thành phố có tổng số 60 trường mầm non có bếp ăn tập thể, trong đó có 17 trường công lập và 43 trường dân lập. Cùng với sự phát triển của xã hội thì nhu cầu của phụ huynh đòi hỏi chất lượng phục vụ ăn uống cho các cháu ngày một cao hơn tại các trường mầm non [5].

Từ giữa năm 2010, Luật An toàn thực phẩm ra đời và có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2011, cũng như Nghị định 38 hướng dẫn thi hành một số điều của Luật có hiệu lực thi hành kể từ ngày 11 tháng 6 năm 2012. Đề tài: “Thực trạng an toàn thực phẩm bếp ăn trường mầm non và yếu tố liên quan trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương từ 2010 đến năm 2013” được thực hiện nhằm giúp cho ngành Y tế và ngành Giáo dục-Đào tạo đánh giá lại công tác quản lý ATTP trước và sau khi áp dụng luật ATTP nhằm có giải pháp thiết thực nhằm đẩy mạnh công tác ATTP trong thời gian tới.

* Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỉ lệ bếp ăn các trường mầm non đạt chuẩn và yếu tố liên quan trong 4 năm từ 2000-2013 trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương.

* Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỉ lệ loại hình bếp ăn, tỉ lệ có giấy đủ điều kiện; số lượng trẻ ăn tại bếp ăn và số lượng người cấp dưỡng tại các trường mầm non trong từng năm từ 2010-2013.

2. Xác định tỉ lệ bếp ăn các trường mầm non đạt (Điều kiện vệ sinh cơ sở, điều kiện vệ sinh con người, điều kiện vệ sinh trang thiết bị dụng cụ, điều kiện chế biến bảo quản, thủ tục hồ sơ) trong từng năm từ 2010-2013.

3. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ từ cơ sở, con người, trang thiết bị dụng cụ, chế biến bảo quản và các đặc điểm của bếp ăn với bếp ăn đạt chuẩn trong năm 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bếp ăn tập thể tại các trường mầm non trên địa bàn thành phố từ năm 2010-2013.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Từ năm 2010 đến năm 2013.

- Địa điểm: Thành phố Thủ Dầu Một, Bình Dương.

3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ các bếp ăn tập thể tại các trường mầm non trên địa bàn thành phố theo từng năm.

5. Phương pháp thu thập dữ kiện:

Công cụ thu thập: Bảng quan sát đánh giá các điều kiện ATTP theo Quyết định 4128/2001/QĐ-BYT ngày 03/10/2001.

Phương pháp thu thập thông tin: Thu thập dữ kiện theo từng năm từ 2010 -2013 (có báo cáo từng giai đoạn) cùng với cuộc khảo sát đánh giá chất lượng bếp ăn tập thể trường mầm non hàng năm. Quan sát các điều kiện và xem hồ sơ ghi chép liên quan đến bếp ăn được lưu tại trường.

6. Xử lý thông tin và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và được phân tích bằng phần mềm Stata 12.

Tỷ lệ %, bảng phân phối tần số được sử dụng để mô tả đơn biến. Sử dụng kiểm định χ^2 xác định sự khác biệt 2 tỷ lệ. Dùng mô hình hồi quy Poisson để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với bếp ăn đạt chuẩn hiệu chỉnh cho các biến số nhiễu hoặc tương tác. Ước lượng mối liên quan bằng so đo kết hợp tỉ số tỉ lệ mắc (PR).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN:

1. Đặc tính của mẫu nghiên cứu



Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=60)

Thông tin tìm hiểu	Tổng số (N%)			
	Năm 2010	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013
Tổng số trường được khảo sát				
Trường công lập	14 (35,9)	14 (25,9)	15 (25,4)	17 (28,3)
Ngoài công lập	25 (64,1)	40 (74,1)	44 (44,6)	43 (71,7)
Tổng số trẻ				
Trường công lập	3.077 (37,7)	3.291 (33,2)	3.968 (38,8)	4.941 (40,4)
Ngoài công lập	5.095 (62,3)	6.618 (66,8)	6.266 (61,2)	7.289 (59,6)
Tổng số nhân viên cấp dưỡng				
Trường công lập	67 (42,1)	69 (37,9)	83 (44,4)	93 (42,9)
Ngoài công lập	92 (57,9)	113 (62,1)	104 (55,6)	124 (57,1)
Có giấy CN đủ điều kiện ATTP				
Trường công lập	13 (92,8)	14 (100)	14 (93,3)	16 (100)
Ngoài công lập	10 (40,0)	17 (42,5)	25 (56,8)	35 (79,5)

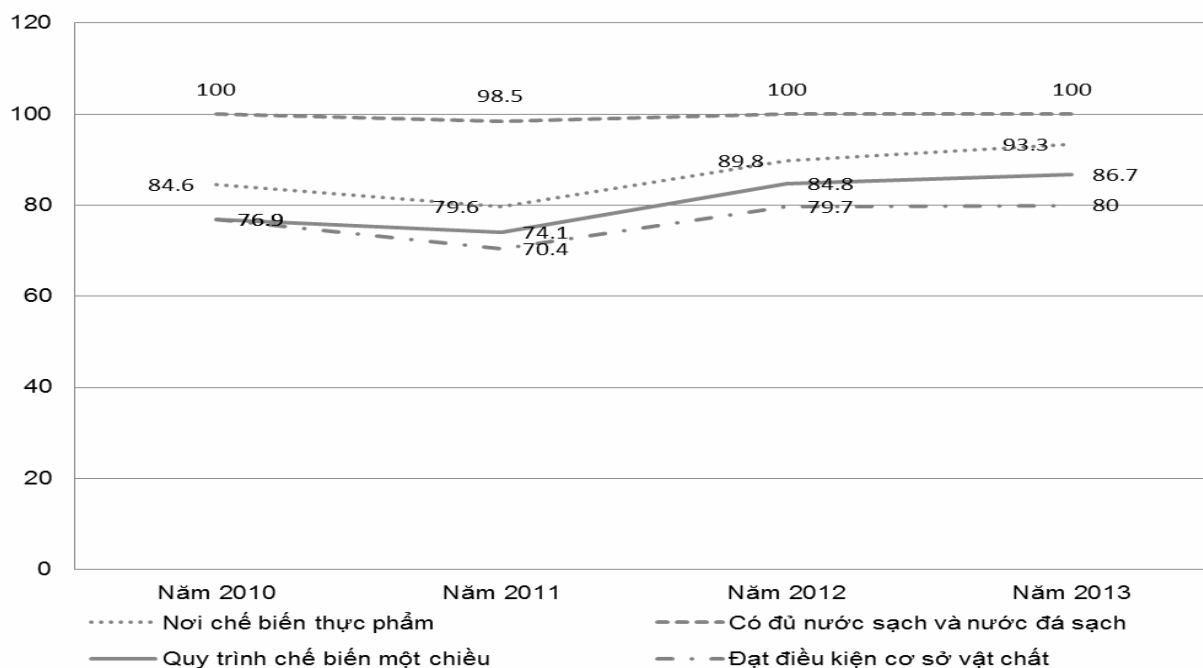
Qua 4 năm số lượng trường mầm non trên địa bàn TP.TDM có xu hướng tăng, đặc biệt là loại hình ngoài công lập, tăng từ 25 trường lên 44 trường, từ chiếm 64,1% trong cơ cấu trường mầm non đã tăng lên chiếm 73,3%. Điều này cho thấy nhu cầu và loại hình ngoài công lập đang hoạt động phổ biến hay cũng có thể vì loại hình trường công lập không đáp ứng được nhu cầu của người dân nên có sự xuất hiện ngày càng tăng trường ngoài công lập. Số trẻ theo học tại các trường mầm non cũng có xu hướng tăng dần theo

mỗi năm, chính vì vậy mà số lượng nhân viên cấp dưỡng làm việc tại mỗi trường có xu hướng tăng dần qua mỗi năm (Từ 159 năm 2010 tăng 217 năm 2013).

Qua 4 năm tỉ lệ bếp ăn được chứng nhận đủ điều kiện tăng. Tuy nhiên, loại hình ngoài công lập vẫn chưa thực hiện tốt các quy định việc cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện. Hiện vẫn còn khoảng 20% bếp ăn chưa được cấp giấy chứng nhận điều kiện.

3.2. Thực trạng về an toàn thực phẩm (n=60)

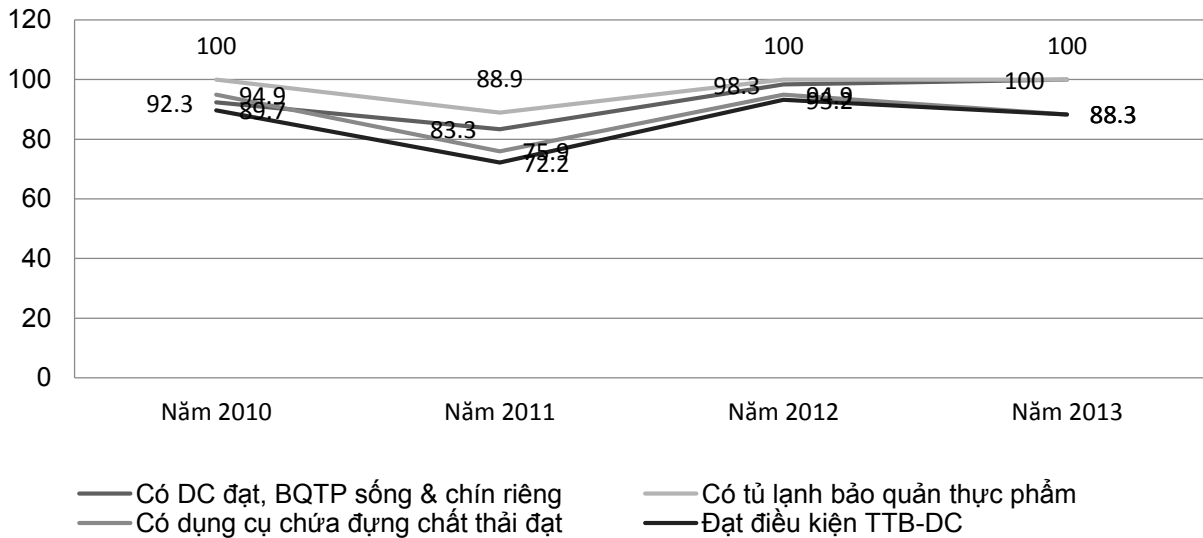
Biểu đồ 1: Tỷ lệ bếp ăn đạt điều kiện cơ sở vật chất từ năm 2010-2013



Kết quả cho thấy điều kiện về nguồn nước đạt là chiếm tỉ lệ cao nhất và được duy trì tốt qua từng năm (gần 100% qua mỗi năm), đa số các bếp ăn đã có nguồn nước sạch và duy trì qua các năm. Các điều kiện như: nơi chế biến thực phẩm và quy trình chế biến 1 chiều có tỉ lệ đạt thấp hơn nhưng nhìn chung qua 4 năm tỉ lệ đạt điều kiện vệ sinh cơ sở vật có xu hướng tăng, năm 2013 có tỉ lệ đạt các

tiêu chí từ 80% trở lên. Trong năm 2011 tỉ lệ đạt có biến động giảm nhẹ. Điều này có thể là do năm 2011 là năm bắt đầu có sự ra đời của Luật an toàn thực phẩm, do đó mà trong giai đoạn này quá trình triển khai Luật an toàn thực phẩm còn nhiều khó khăn do có nhiều ngành phối hợp quản lý và các cấp quản lý cũng phải chờ nhiều văn bản pháp lý hướng dẫn Luật.

Biểu đồ 2: Tỉ lệ bếp ăn đạt điều kiện trang thiết bị dụng cụ từ năm 2010-2013

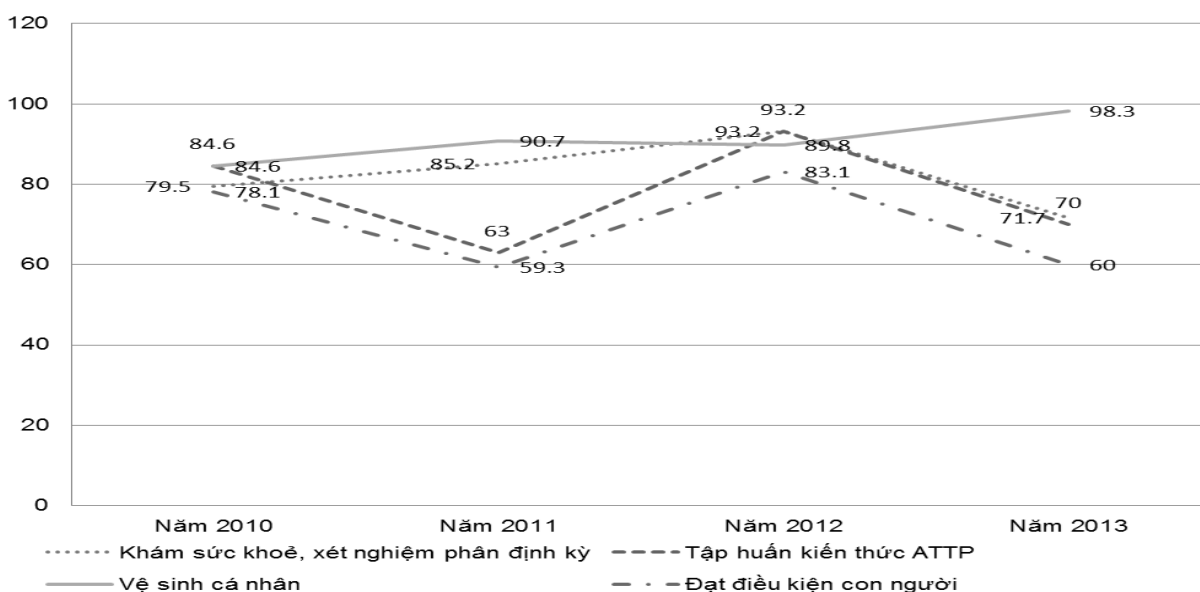


Ghi chú: BQTP: bảo quản thực phẩm; TTB-DC: trang thiết bị dụng cụ

Qua biểu đồ trên cho thấy qua các năm tỉ lệ các điều kiện về trang thiết bị dụng cụ có xu hướng tăng giảm bất thường, giảm vào năm 2011 và năm 2013 tăng vào năm

2012. Năm 2013 tỉ lệ đạt về điều kiện trang thiết bị dụng cụ 88,3%, trong đó chủ yếu là do bếp ăn không có thùng rác chứa rác đạt yêu cầu.

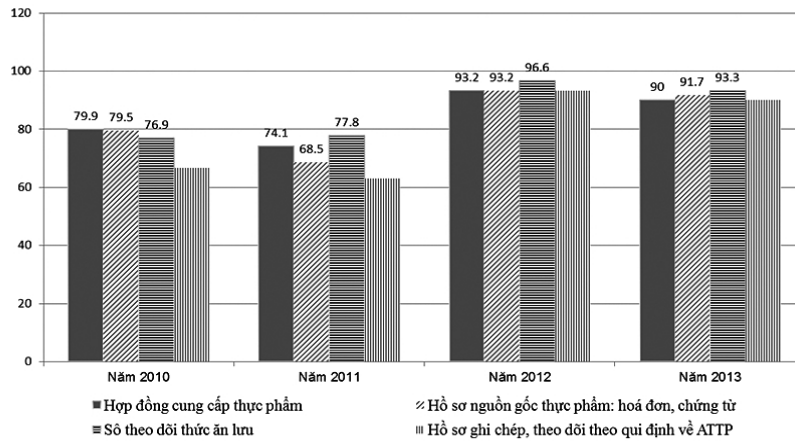
Biểu đồ 3: Tỉ lệ bếp ăn đạt điều kiện vệ sinh cá nhân từ năm 2010-2013



Qua biểu đồ trên ta thấy chỉ có điều kiện về vệ sinh cá nhân (Người tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm mặc quần áo bảo hộ, mũ chụp tóc, không đeo đồ trang sức; cắt ngắn móng tay, vệ sinh bàn tay sạch) có tỉ lệ đạt tăng dần qua các năm, năm 2013 có tỉ lệ đạt là 98,3% . Điều này cho thấy người cấp dưỡng đã ngày càng có ý thức hơn về vệ

sinh cá nhân. Tuy nhiên việc khám sức khỏe và xét nghiệm phân định kỳ, tập huấn kiến thức ATTP giảm, năm 2013 chỉ còn 71,7% bếp ăn có thực hiện việc khám sức khỏe, xét nghiệm phân định kỳ và 70% thực hiện việc tập huấn kiến thức ATTP.

Biểu đồ 4: Tỉ lệ bếp ăn đạt điều kiện thủ tục hồ sơ từ năm 2010-2013



Kết quả bảng trên cho thấy năm 2013 tỉ lệ đạt các bếp ăn có hợp đồng cung cấp thực phẩm (90%), hồ sơ cung cấp thực phẩm (91,7%), sổ theo dõi thức ăn lưu (93,3%) có xu hướng giảm so với năm 2012. Năm 2011 tỉ lệ các

điều kiện là thấp nhất, như đã nêu ở trên điều này có thể là do thời điểm năm 2011 có sự thay đổi trong công tác quản lý vì Luật An toàn thực phẩm mới được ban hành và đang trong giai đoạn chờ có hiệu lực.

Bảng 2. Vệ sinh trong chế biến, bảo quản

Loại thực hành	Đạt: n (%)			
	Năm 2010	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013
Xét nghiệm nguồn nước 6 tháng/lần	35 (89,7)	47 (87,0)	53 (89,8)	53 (88,3)
Thức ăn được bày trên bàn hoặc giá cao cách mặt đất ít nhất 60cm.	39 (100)	54 (100)	59 (100)	60 (100)
Thức ăn được bày bán để trong tủ kính, bảo quản hợp vệ sinh, chống ruồi, bụi, mưa, nắng,...	38 (97,4)	53 (98,2)	58 (98,3)	60 (100)
Bảo quản thực phẩm lạnh đạt yêu cầu ATTP	37 (94,9)	50 (92,6)	59 (100)	59 (98,3)
Bảo quản thực phẩm bao gói sẵn đạt yêu cầu ATTP	39 (100)	50 (92,6)	58 (98,3)	60 (100)
Nhãn mác thực phẩm bao gói sẵn đạt yêu cầu ATTP	39 (100)	50 (92,6)	58 (98,3)	60 (100)
Bảo quản thức ăn lưu trong tủ lạnh đạt yêu cầu ATTP	32 (82,1)	38 (70,4)	57 (96,6)	59 (98,3)
Nguyên liệu thực phẩm đảm bảo ATTP	37 (94,9)	50 (92,6)	59 (100)	60 (100)
VS trong chế biến, bảo quản đảm bảo ATTP	28 (71,8)	36 (66,7)	51 (86,4)	53 (88,3)

Kết quả trên cho thấy điều kiện vệ sinh trong chế và bảo quản thực phẩm có xu hướng ngày càng được cải thiện từ năm 2011 đến năm 2013 (năm 2010: 66,7%, năm 2013: 88,3%). Các tiêu chí đánh giá điều kiện vệ sinh trong chế

biến và bảo quản đạt là tương đối cao (>70%). Đến năm 2013 vẫn còn một số bếp ăn chưa thực hiện việc kiểm nghiệm đánh giá chất lượng nguồn nước (11,7%).

3.3. Bếp ăn đạt chuẩn và các yếu tố liên quan

Bảng 3. Bếp ăn tập thể và yếu tố liên quan (phân tích đơn biến)

Đặc điểm	Bếp ăn		PR (KTC95%)	p
	Đạt n(%)	Không n(%)		
Loại hình bếp				
Công lập	16(94,1)	1(5,9)	2,2(1,4-2,8)	0,007*
Ngoài công lập	20(46,5)	23(53,5)		
Điều kiện vệ sinh cơ sở				
Đạt	35(60)	24(40)	3,4(1,1-11,9)	0,006*
Không đạt	2(20)	8(80)		
Điều kiện con người				
Đạt	34(94,4)	2(5,7)	11(2,9-42)	<0,001*
Không đạt	2(8,3)	22(91,7)		
Điều kiện chế biến, bảo quản				
Đạt	35(67,3)	17(32,7)	5,3(1,2-34)	0,005*
Không đạt	1(12,5)	7(87,5)		
Điều kiện trang thiết bị				
Đạt	35(67,3)	24(40)	5,3(1,2-34,1)	0,005*
Không đạt	1 (12,5)	7(87,5)		

(*) Giá trị p của phép kiểm định xác Fisher

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có bếp ăn công lập có tỉ lệ đạt (94,%) cao hơn so với ăn ngoài công lập (PR=2,2; KTC95%(1,4-2,8); p=0,007). Tỉ lệ bếp ăn có điều kiện cơ sở đạt (60%), điều kiện con người (94,4%), điều kiện chế biến bảo quản (67,3%), điều kiện trang thiết bị dụng cụ (67,3%) có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn là cao hơn so với nhóm tương ứng không đạt (p<0,05).

Bảng 4. Bếp ăn tập thể và yếu tố liên quan (phân tích đa biến)

Các yếu tố nguy cơ	PR	(KTC95%)	p
Điều kiện vệ sinh cơ sở đạt so với không đạt	5,7	(1,4-14,1)	<0,001
Điều kiện con người đạt so với không đạt	7,8	(4,7-11,1)	0,001
Bếp ăn công lập so với ngoài công lập	1,3	(1,1-1,7)	0,022

Bếp ăn có điều kiện cơ sở đạt có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 5,7 lần so với bếp ăn không đạt điều kiện vệ sinh cơ sở (PR=5,7; KTC95%(1,4-14,1), p<0,001).

Bếp ăn có điều kiện con người đạt có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 7,8 lần so với bếp ăn không đạt điều kiện con người (PR=7,8; KTC95% (4,7-11,1), p=0,001).

Bếp ăn công lập có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn cao gấp 1,3 lần so với bếp ăn ngoài công lập (PR=1,3; KTC95% (1,1-

1,7), p=0,022).

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận:

1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua 4 năm số lượng trường mầm non, số trẻ ăn tại bếp ăn, số người cấp dưỡng có xu hướng tăng, đặc biệt là loại hình ngoài công lập có xu hướng tăng nhiều hơn so với công lập. Hiện vẫn còn khoảng 20% cơ sở chưa được cấp giấy chứng nhận điều kiện.

1.2. Điều kiện ATTP tại các bếp ăn trường học:

Điều kiện cơ sở vật chất đạt và vệ sinh trong chế biến bảo quản có xu hướng tăng và duy trì ở mức cao (năm 2013 tỉ lệ đạt trên 80%).

Điều kiện trang thiết bị - dụng cụ và điều kiện con người có xu hướng giảm.

1.3. Bếp ăn tập thể đạt chuẩn và yếu tố liên quan

Có mối liên quan giữa điều kiện về cơ sở vật chất, điều kiện con người và loại hình bếp với bếp ăn đạt chuẩn. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa điều kiện trang thiết bị dụng cụ và điều kiện trong chế biến bảo quản với bếp ăn đạt chuẩn.

2. Kiến nghị:

2.1. Cơ quan quản lý

Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát điều kiện trang thiết bị - dụng cụ và điều kiện con người vì các điều kiện



này có tỉ lệ đạt giảm dần qua các năm. Trong quá trình thanh kiểm tra cần tập trung hướng dẫn nhắc nhở tuân thủ các điều kiện ATTP và thực hiện việc xin cấp chứng nhận đủ điều kiện ATTP đối với bếp ăn ngoài công lập vì các trường này có tỉ lệ bếp ăn đạt chuẩn thấp.

2.2. Bếp ăn trường mầm non

Cần tăng cường nâng cao các điều kiện về cơ sở vật chất và điều kiện con người vì các điều kiện này có mối liên quan mạnh với bếp ăn đạt chuẩn. Thường xuyên duy trì các điều kiện an toàn thực phẩm tránh bị xuống cấp theo thời gian, đặc biệt là các điều kiện về trang thiết bị dụng và điều kiện con người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2001), Quyết định 4128/2001/QĐ-BYT ngày 03/10/2001 về việc ban hành Quy định về điều kiện bảo đảm VSATTP tại các nhà ăn, bếp ăn tập thể và cơ sở kinh doanh chế biến suất ăn sẵn.
2. Bộ Y tế (2007), Quyết định số 21/2007/QĐ-BYT ngày 12/3/2007 về việc Ban hành “Quy định về điều kiện sức khỏe đối với những người tiếp xúc trực tiếp trong quá trình chế biến thực phẩm bao gói sẵn và kinh doanh thực phẩm ăn ngay.
3. Đỗ Văn Dũng (2005), Phương pháp nghiên cứu khoa học và phân tích thống kê với phần mềm Sta 8.0. Bộ môn Dân số Thống kê Y học và Tin học – Khoa Y tế công cộng – Đại học Y Dược Tp.HCM.
4. Nguyễn Đỗ Nguyên (2005), Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y khoa. Bộ môn Dịch tễ, khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, 2005: 60-66.
5. Phòng Giáo dục thành phố (2013), Danh sách các trường mầm non công lập, ngoài công lập trên địa bàn.
6. Trần Việt Nga (2007), Phòng Đối ngoại và Hội nhập Cục An toàn vệ sinh thực phẩm. Thực trạng điều kiện vệ sinh và kiến thức, thực hành VSATTP của người chế biến trong các bếp ăn tập thể của các trường mầm non quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2007.

-----oOo-----

TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THỊ XÃ THUẬN AN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2016

Võ Nguyên Diễm Thy¹, Bùi Minh Hiền², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em. Trẻ em bị suy dinh dưỡng mà không can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, trí tuệ và tinh thần của trẻ.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An.

1. Trung tâm Chăm sóc SKSS Bình Dương
2. Sở Y tế
3. Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 965 trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2016.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, thể thấp còi, thể gầy còm của trẻ em dưới 5 tuổi của thị xã Thuận An lần lượt là: 4,46%; 8,50% và 4,25%. Suy dinh dưỡng mức độ nhẹ chủ yếu gặp ở cả 3 thể. Nhóm tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm cao là nhóm dưới 12 tháng tuổi (9,03%). Các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có trình độ học

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng là những yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

ABSTRACT

THE MALNUTRITION PREVALENCE OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD AND RELATED FACTORS IN THUAN AN TOWN, BINH DUONG PROVINCE

Background: Malnutrition is one of the leading causes of children’s death. Malnutrition children without timely intervention will get a long-lasting consequence which affects their physical, intellectual and spiritual development.

Objectives: To determine the rate and the risk factors associated to malnutrition under five years old in Thuan An Town, Binh Duong Province.

Method: A cross-sectional descriptive study was carried out on 965 under 5 years children in Thuan An Town, Binh Duong Province from July 2016 to September 2016.

Results: The rate of malnutrition children among five years old of underweight was 4.46%, stunting was 8.50% and wasting was 4.25%. Mild-to-moderate malnutrition was the most prevalent one in all three types of malnutrition. Prevalence of acute malnutrition (Wasting) of children aged less than 12 months was 9.03%. There were some statistically significant relationships between the rate of malnutrition status among under 5-year-old children and ethnic group of parents, low level of parents’ education, poor socioeconomic status, area of residence, little weight gain during pregnancy, low birth weight (<2.500 g), age group under 12 months, uncompleted breastfeeding status and inaccurate weaning, $p < 0.05$.

Keywords: Malnutrition, nutrition, children, Binh Duong Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng luôn được quan tâm hàng đầu ở tất cả các nước trên thế giới. Chế độ dinh dưỡng quyết định sự phát triển giống nòi của cả dân tộc.

Thuận An là một thị xã của tỉnh Bình Dương, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thấp còi tại thị xã Thuận An cao nhất trong tỉnh theo số liệu báo cáo cân đo của Cộng tác viên(5). Tình trạng thiếu ăn, thiếu hiểu biết về chăm sóc sức khoẻ, dinh dưỡng của các phụ nữ có thai và bà mẹ con dưới 5 tuổi vẫn còn phổ biến ở những địa bàn

có khu công nghiệp. Vì vậy, có nhiều yếu tố không thuận lợi trong vấn đề chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em, điều đó làm trở ngại trong việc thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng tại địa phương. Hàng năm, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng của thị xã Thuận An mong muốn tìm được giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, của tỉnh. Với mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An của tỉnh Bình Dương năm 2016.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại thị xã Thuận An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ em dưới 5 tuổi và bà mẹ có con dưới 5 tuổi của thị xã Thuận An tỉnh Bình Dương.

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2016.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu tính theo công thức: $n = Z^2 p(1 - p) / d^2$

Trong đó: n là số trẻ dưới 5 tuổi. Z = 1.96 ở ngưỡng xác suất 95%. d: Sai số mong muốn. p = là tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi của tỉnh Bình Dương năm 2015.

Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ($p = 0.218[2]$), chọn $d = 0.04$. $n = 410$. Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ($p = 0.089\%[2]$), chọn $d = 0.022$. $n = 644$. Cỡ mẫu xác định tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm ($p = 0.076[2]$), chọn $d = 0.02$. $n = 674$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu $n = 674$. Vì chọn mẫu cụm theo tỷ lệ dân số (PPS) nên nhân hệ số thiết kế là 1,5. Tổng số trẻ nghiên cứu là 1000.

Phương pháp chọn mẫu:

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm theo tỷ lệ dân số (PPS). Tổng cộng có 30 cụm sẽ được chọn.

Bước 1: Chọn 30 cụm khu phố.

- Lập danh sách toàn bộ số khu phố của 10 phường trong toàn thị xã Thuận An[3], đánh số từ 1 đến 56. Thống kê tổng số dân của từng khu phố và thực hiện cộng dồn; Chọn 30 cụm khu phố trong tổng số 56 khu phố của toàn thị xã để điều tra.

- Tính khoảng cách mẫu: $477.842/30 = 15.928$.

- Chọn số ngẫu nhiên đầu tiên. Số ngẫu nhiên được chọn bằng cách lấy từ bảng số ngẫu nhiên. Số ngẫu nhiên chọn ra phải nhỏ hơn hoặc bằng khoảng cách mẫu.

- Số ngẫu nhiên thứ 2 bằng số ngẫu nhiên đầu tiên cộng với khoảng cách mẫu, tương ứng chọn cho đến khi được



30 số ngẫu nhiên.

- Xác định khu phố thứ 1: Chọn số ngẫu nhiên thuộc khu phố nào thì chọn khu phố đó.

- Xác định khu phố thứ 2: Chọn số ngẫu nhiên + khoảng cách mẫu = khu phố 2. Cứ như vậy ta chọn đủ 30 khu phố.

- Số trẻ dưới 5 tuổi cần điều tra đại diện cho thị xã Thuận An là 1000. Như vậy số trẻ phải chọn tối thiểu trong mỗi khu phố là: $1000/30=34$ trẻ.

Bước 2: Chọn hộ gia đình có trẻ em dưới 5 tuổi để điều tra.

Dựa vào danh sách các hộ trong khu phố, chọn ngẫu nhiên 1 hộ. Sau đó tiến hành cân đo số trẻ xung quanh hộ đó cho đến khi đủ 34 trẻ dưới 5 tuổi thì ngưng.

Phương pháp thu thập số liệu:

Phỏng vấn dựa vào phiếu điều tra được thiết kế sẵn.

Các kỹ thuật cân nặng và đo chiều cao theo hướng dẫn của Viện Dinh dưỡng quốc gia. Tháng tuổi của trẻ được tính toán tự động từ phần mềm WHO Anthro - 2005.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Sử dụng phần mềm WHO Anthro - 2005. Có 3 thể suy dinh dưỡng: SDD thể nhẹ cân (cân nặng/tuổi <-2SD); SDD thể thấp còi (chiều cao/tuổi <-2SD); SDD thể gầy còm (cân nặng / chiều cao < -2SD).

Xử lý và phân tích số liệu: Đánh giá tình trạng dinh

dưỡng bằng phần mềm WHO Anthro - 2005. Sử dụng phần mềm Stata 12.0 để xử lý và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng theo thể (n=965)

Thể suy dinh dưỡng	Tần số	Tỷ lệ %
SDD thể nhẹ cân	43	4.46
SDD thể thấp còi	82	8.50
SDD thể gầy còm	41	4.25

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi cao nhất trong các thể.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo mức độ

Mức độ SDD	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III
SDD nhẹ cân (%)	3.63	0.62	0.21
SDD thấp còi (%)	6.53	1.45	0.52
SDD gầy còm (%)	3.94	0.10	0.21

Bảng 2 cho thấy, Suy dinh dưỡng cả 3 thể chủ yếu là độ I.

Bảng 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi

Tình trạng DD	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
< 12 (n=144)	8	5,56	7	4.86	13	9.03
12 - < 24 (n=268)	9	3,36	22	8.21	11	4.10
24 - < 36 (n=201)	5	2,49	19	9.45	6	2,99
36 - < 48 (n=202)	11	5,45	20	9.90	7	3.47
48 - < 60 (n=150)	10	6,67	14	9,33	4	2.67

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và suy dinh dưỡng thể thấp còi tăng dần theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân cao nhất là 48- 60 tháng tuổi (6.67%); tỷ lệ SDD thể thấp còi cao nhất ở nhóm 36 - 48 tháng tuổi (9.9%)

Bảng 4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo giới tính

Tình trạng DD	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Nữ (521)	24	4,28	34	6,53	23	4,41
Nam (444)	19	4,61	48	10,81*	18	4,05

Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa các yếu tố khảo sát với tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Các yếu tố	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Tuổi mẹ						
≥ 35	11	6,63	20	12,05	6	3,61
18 - < 35	32	4,01	62	7,76	35	4,38
Học vấn của mẹ						
Dưới cấp 1	10	7,14	19	13,57*	7	5,00
> Cấp 1	33	4,00	63	7,64	34	4,12
Nghề nghiệp mẹ						
Công nhân	28	4,98	49	8,72	26	4,63
Khác	15	3,72	33	8,19	15	3,72
Dân tộc						
Kinh	39	4,32	78	8,64	35	3,88*
Khác	4	6,45	4	6,45	6	9,68
Nơi cư ngụ						
Tạm trú	30	4,90	46	7,52	35	5,72*
Thường trú	13	3,68	36	10,20	6	1,70
Kinh tế gia đình						
Nghèo	3	6,25	11	22,92*	4	8,33
Khá, đủ ăn	40	4,36	71	7,74	37	4,03
Số con trong gia đình						
≤ 2 con	41	4,63	71	8,02	38	4,29
> 2 con	2	2,50	11	13,75	3	3,75
Tăng cân khi mang thai						
> 12kg	8	2,84	16	5,67	7	2,48
< 12kg	35	5,12	66	9,66*	34	4,98
Cân nặng lúc sinh						
≥ 2500g	36	4,1	68	7,74	36	4,1
< 2500g	7	8,05	14	16,09*	5	5,75
Bú mẹ sớm, 1 giờ đầu sau sinh	12	3,32	25	6,93	14	3,88
Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu	12	5,41	22	9,91	16	7,21



Các yếu tố	SDD thể nhẹ cân		SDD thể thấp còi		SDD thể gầy còm	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Thời điểm cai sữa						
< 12 tháng	14	3,10	35	7,74	17	3,76
Sau 12 tháng	29	5,65	47	9,16	24	4,68
Thời điểm bắt đầu ăn dặm						
< 6 tháng	21	3,83	38	6,93*	19	3,47
> 6 tháng	22	5,28	44	10,55	22	5,28
Chế biến bữa ăn dặm						
Đúng	11	3,86	30	10,53	11	3,86
Sai	32	4,71	52	7,65	30	4,41

Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng thấp còi của trẻ gồm: Các bà mẹ có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, thời điểm bắt đầu ăn dặm sớm, giới tính của trẻ. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng gầy còm của trẻ gồm các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, trẻ < 12 tháng tuổi.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng

- **Đối với suy dinh dưỡng thể nhẹ cân:** Cân nặng đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ tại thời điểm cân. Trẻ thiếu cân là trẻ bị SDD. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 4,46%. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 3,63%; 0,62% và 0,21%. SDD mức độ 1 là chủ yếu. Theo phân loại của WHO[1], thì thị xã Thuận An có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở mức thấp. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (4,46%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của tỉnh Bình Dương (8,5%) và của toàn quốc năm 2015(14,1%). Chương trình phòng chống SDD trẻ em đã tác động hiệu quả ở thị xã Thuận An.

- **Đối với suy dinh dưỡng thể thấp còi:** Chiều cao theo tuổi là thước đo phản ánh tình trạng SDD mạn tính hay tình trạng thiếu protein kéo dài. Các nghiên cứu gần đây trên thế giới đi đến kết luận là thấp còi là chỉ tiêu đánh giá dinh dưỡng kém trong trong giai đoạn bào thai và giai đoạn 2 -5 năm đầu tiên của cuộc đời. Tỷ lệ SDD thấp còi ngày càng được chú ý vì ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD thể thấp còi là 8,5%. Tỷ lệ SDD thấp còi độ I, độ II, độ III lần lượt là 6,53%; 1,45% và 0,52%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp

còi (8,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của tỉnh Bình Dương (21,4%) và của toàn quốc năm 2015(24,6%). Điều này cho thấy, tỷ lệ SDD thể thấp còi của thị xã Thuận An đã cải thiện rõ rệt sau 3 năm thực hiện mô hình điểm can thiệp nhằm giảm SDD thể thấp còi. SDD thể thấp còi trẻ em dưới 5 tuổi không còn là vấn đề dinh dưỡng ưu tiên để giải quyết trong thời gian tới.

- **Đối với suy dinh dưỡng thể gầy còm:** Thể hiện tình trạng thiếu ăn gần đây, mang tính cấp tính. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi SDD cấp tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,25%, cao hơn so với mức chung của tỉnh (3,6%) và thấp hơn mức chung của toàn quốc năm 2015(7,8%). SDD thể gầy còm phản ánh tức thì hậu quả tình trạng không tăng cân hoặc sụt cân của trẻ. Điều này cho thấy tính bền vững trong việc cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em tại địa bàn chưa cao. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SDD gầy còm cao nhất ở nhóm tuổi < 12 tháng là 9.03%, cần phải có những giải pháp can thiệp kịp thời cho nhóm trẻ < 12 tháng tuổi.

2. Các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng

- **Suy dinh dưỡng theo giới:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD nhẹ cân và gầy còm ở trẻ nam và trẻ nữ và cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đinh Đạo tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam[7], Bùi Minh Thư tại huyện Cao Lộc – tỉnh Lạng Sơn[8]. Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- **Tuổi và SDD:** Từ bảng 3 cho thấy, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân cao nhất ở nhóm 48 - 60 tháng tuổi (6,67%). Có thể có nhiều lý do, nhưng ở tuổi này trẻ em ít được chăm sóc hơn, bà mẹ quan niệm là con đã lớn nên chế độ ăn như người

lớn, dẫn đến chế độ ăn không hợp lý và tỷ lệ bệnh nhiễm trùng tăng cao do vậy làm tăng tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ này. Diễn biến của tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ tăng nhanh từ năm 1 tuổi (4,17%) sang năm 2 tuổi (8,21%) và tăng dần lên đến năm 5 tuổi (10,0%). Năm thứ 2 và năm thứ ba là giai đoạn khó khăn trong cuộc đời của một đứa trẻ vì trẻ dần thôi bú mẹ, phải bắt đầu tập ăn các thức ăn như người lớn và trẻ hay mắc bệnh đường hô hấp, đường tiêu hóa... nên suy dinh dưỡng tăng nhanh ở nhóm trẻ này.

Tỷ lệ SDD thể gầy còm cao nhất ở nhóm dưới 12 tháng tuổi (9,03%). Đây là thể SDD cấp tính xảy ra ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ cai sữa sớm trước 12 tháng chiếm tỷ lệ 46,84%, tỷ lệ trẻ ăn dặm sớm trước 6 tháng 56,79% và cho trẻ ăn dặm bằng thức ăn công nghiệp chế biến sẵn như bột, cháo gói, cháo chế biến sẵn... Vì vậy, trong công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em cần phải chú trọng đối tượng trẻ dưới 12 tháng, tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng để mọi trẻ cần được bú sữa mẹ hoàn toàn và bú mẹ kéo dài đến 18 - 24 tháng; hướng dẫn cho các bà mẹ thực hành dinh dưỡng đúng và hợp lý là giải pháp cần thiết.

- Trong nghiên cứu này, các yếu tố làm ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như: Các bà mẹ là dân tộc thiểu số, dân nhập cư, có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, hộ nghèo, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp < 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng. Các yếu tố này thực chất là những yếu tố nguy cơ SDD đã được WHO nêu ra. Vì

vậy, chương trình phòng chống SDD thị xã Thuận An cần phải có sự phối hợp các ban ngành đoàn thể tại địa phương đưa ra các giải pháp can thiệp các yếu tố nguy cơ và có chiến lược dự phòng ngay trong thời kỳ bào thai và 2 năm đầu của cuộc đời và phục hồi dinh dưỡng cho nhóm trẻ bị suy dinh dưỡng cấp tính.

V. KẾT LUẬN.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân trẻ em < 5 tuổi của thị xã Thuận An: 4,46%, trong đó 3,63% độ I; 0,62% độ II; 0,21% độ III. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi là 8.50%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm là 4.25%.

Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Các bà mẹ là dân tộc thiểu số, có trình độ học vấn thấp dưới cấp 1, kinh tế gia đình nghèo, có hộ khẩu tạm trú trên địa bàn, tăng cân ít trong thời kỳ mang thai, cân nặng trẻ sơ sinh thấp dưới 2500g, nhóm tuổi < 12 tháng, bú sữa mẹ không hoàn toàn, ăn dặm không đúng là những yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

KIẾN NGHỊ

Kiến thức dinh dưỡng và thực hành chăm sóc sức khỏe cho trẻ < 2 tuổi chưa đạt: Cần tăng cường nuôi con bằng sữa mẹ và ăn dặm hợp lý...

Khó khăn trong quản lý đối tượng dân nhập cư trên địa bàn khu công nghiệp với trình độ học vấn thấp, dân tộc thiểu số, dẫn đến công tác truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng không được thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Tổng cục Thống kê (2011), Kết quả điều tra theo dõi tỷ lệ SDD trẻ em các tỉnh năm 2010, Hội nghị dinh dưỡng toàn quốc năm 2011.
2. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2015), Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi 1999-2015, Dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em.
3. Báo cáo quản lý dân số của khoa Dân số - thuộc Trung tâm Y tế thị xã Thuận An năm 2016.
4. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (1998), Hướng dẫn đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực phẩm ở một cộng đồng, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 13-16, 59-72.
5. Báo cáo tổng kết Dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em năm 2015 tỉnh Bình Dương.
6. Nguyễn Cảnh Phú (2011), Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em < 5 tuổi vùng ven biển tỉnh Nghệ An, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 6/2013, tr.96.
7. Đinh Đạo (2009), Nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng trẻ em huyện Trà My tỉnh Quảng Nam, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Bùi Minh Thư (2011), Thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Cao Lộc – tỉnh Lạng Sơn, Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên.
9. UNICEF (1998), The state of the worlds children 1998, Pulicshed for UNICEF by Oxford University press, pp.11, 24.



TÌNH HÌNH NẠO PHÁ THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CÓ THAI, BỎ THAI NGOÀI Ý MUỐN TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2011

Trần Thị Kim Thu¹, Văn Quang Tân², Bùi Minh Hiền³, Trần Văn Hương⁴, Võ Thị Kim Anh⁵

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Bỏ thai hay nạo phá thai được công nhận ở Việt Nam từ thập niên 60. Phương pháp thường được sử dụng là hút điều hoà kinh nguyệt (hút thai) và nạo thai hay phá thai. Nạo phá thai có thể gây ra một số biến chứng như: Xuất huyết, thủng tử cung, tổn thương tử cung, sảy thai liên tiếp, nhiễm trùng vùng chậu, tổn thương ống dẫn trứng. Phá thai, mặc dù được luật pháp nước ta thừa nhận tuy nhiên vẫn cần được xem là một biện pháp đối phó khi có thai ngoài ý muốn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ bỏ thai ngoài ý muốn và các yếu tố liên quan của phụ nữ tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Bình Dương năm 2011. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ đến bỏ thai tại Trung tâm chiếm tỷ lệ 12,07%. Nhóm tuổi đến bỏ thai nhiều nhất từ 20 - 30 tuổi chiếm tỷ lệ 59%, lứa tuổi vị thành niên chiếm tỷ lệ là 8%. **Kết luận:** Vấn đề quan hệ tình dục (QHTD) sớm ở lứa tuổi thanh thiếu niên và QHTD không được bảo vệ. Đó là những hồi chuông báo động về một thực trạng đã phát triển đến mức đáng lo ngại mà cộng đồng xã hội cần quan tâm tìm hiểu nguyên nhân để từ đó đề ra những giải pháp ngăn ngừa. Sự gia tăng QHTD đã dẫn đến sự gia tăng về tỷ lệ mang thai, sinh đẻ, nạo hút thai và nghiêm trọng hơn nữa là cả tỷ lệ nhiễm HIV cũng tăng lên ở những người trẻ.

ABSTRACT: PREVALENCE AND RELATED RELATED FACTORS OF ABORTION AT BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTH CARE

CENTER, IN 2011

Background: Abortion or abortion should be recognized in Vietnam since the 60s. The method is commonly used to regulate menstrual vacuum (suction) and abortion or abortion. Abortions can cause some complications such as bleeding, uterine perforation, uterine lesions, recurrent pregnancy loss, pelvic infection, tubal damage. Abortion, although the law recognizes our country but still should be considered as a countermeasure when an unwanted pregnancy. **Objective:** Determining the rate of unwanted pregnancies and give the relevant factors at the Center for Women's Reproductive Health Care Pacific in 2011.

Method: Cross-sectional study. **Results:** The proportion of women to give birth at the Center account for 12.07%. Age group to give birth the most from 20 -30 years old account for 59%, age minor proportion is 8%. **Conclusion:** Sexual problems (sex) in their early teens and unprotected sex. This is the alarm about a situation has developed to the level of concern that society be interested in finding out the causes from which to set the prevention solution. The increase in sex has led to an increase in the rate of take tha, childbirth, abortion and even more serious is the HIV infection rate also increased in young people.

Keywords: Sexual, abortion, HIV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Những năm gần đây, trên các phương tiện thông tin đại chúng và trong các cuộc hội thảo chuyên đề liên quan đến SKSS, về vấn đề quan hệ tình dục (QHTD) sớm ở lứa

1. Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương
2. Bệnh viện Đa khoa Bình Dương
3. Sở Y tế Bình Dương
4. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
5. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

tuổi thanh thiếu niên và QHTD không được bảo vệ. Đó là những hồi chuông báo động về một thực trạng đã phát triển đến mức đáng lo ngại mà cộng đồng xã hội cần quan tâm tìm hiểu nguyên nhân để từ đó đề ra những giải pháp ngăn ngừa.

Sự gia tăng QHTD đã dẫn đến sự gia tăng về tỷ lệ mang thai, sinh đẻ, nạo hút thai và nghiêm trọng hơn nữa là cả tỷ lệ nhiễm HIV cũng tăng lên ở những người trẻ.

Bình Dương là một trong những tỉnh thành đã và đang phát triển mạnh về công nghiệp hoá. Song song bên cạnh thì tình trạng đô thị hoá cũng đã làm cho dân số tỉnh ngày càng trở nên đông đúc hơn, nhất là sự nhập cư từ các tỉnh thành lân cận cũng như các tỉnh ở tận phía Bắc đến Bình Dương sinh sống và tìm việc ở các khu công nghiệp ngày càng đông.

Cùng với sự phát triển của tình cuộc sống của người dân cũng dần hiện đại hơn, họ trở nên sống độc lập và trở nên tự do hơn trong các mối quan hệ nhất là trong QHTD.

Nạo phá thai là một trong những vấn đề đang được quan tâm, nhất là trong lĩnh vực SKSS hiện nay. Vì nó không chỉ ảnh hưởng về mặt thể chất, sức khỏe mà còn có thể để lại các di chứng như: Viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung, vô sinh... mà còn tác động đến vấn đề tinh thần – xã hội của người phụ nữ.

Đến nay tại Bình Dương vẫn chưa có đề tài, công trình nghiên cứu nào tìm hiểu về lý do để quyết định bỏ thai của người phụ nữ cũng như chưa có đánh giá về sự lựa chọn cơ sở thực hiện dịch vụ nạo phá thai giữa hệ thống y tế công lập và ngoài công lập. Để góp phần trong việc xây dựng các hoạt động can thiệp hỗ trợ nhằm nâng cao chất lượng các dịch vụ Dân số - Sức khỏe sinh sản của tỉnh chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định các yếu tố liên quan ảnh hưởng việc có thai ngoài ý muốn và yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn cơ sở thực hiện bỏ thai của phụ nữ tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản Bình Dương năm 2011.

TỔNG QUAN:

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc có thai ngoài ý muốn bắt nguồn từ sự yếu kém trong công tác giáo dục kế hoạch hoá gia đình, không bảo đảm cung cấp kiến thức đầy đủ về tránh thai và sự chấp nhận thực hiện sinh đẻ kế hoạch.

Tỷ lệ phá thai ở nước ta thuộc nhóm cao trên thế giới, với tỷ suất 2,5. Theo Bộ Y tế, hàng năm có trên 1 triệu

trường hợp nạo phá thai. Theo điều tra của Tổng cục thống kê, phá thai ở Việt Nam chiếm 22- 24% trong tổng số phụ nữ có chồng ở tuổi sinh đẻ. (272.600 ca năm 1994 và 256.500 ca năm 1995). Nguyên nhân phá thai ở Việt Nam chủ yếu do thất bại trong việc sử dụng các biện pháp tránh thai, do sự gia tăng hoạt động tình dục trước hôn nhân, kiến thức về các biện pháp tránh thai và sự thiếu các dịch vụ về kế hoạch hoá gia đình là những yếu tố quan trọng góp phần rất nhiều trong sự gia tăng tỷ lệ nạo phá thai của một quốc gia.

Tại Việt Nam, để giữ mức gia tăng dân số 1,6% mỗi gia đình không nên có hơn 2 con. Khuynh hướng hiện nay là phá thai một khi có thai ngoài ý muốn đã làm cho số nạo phá thai tăng cao gấp rưỡi số sinh trong cùng thời kỳ. Tuy nhiên, nhiều công trình nghiên cứu đã cho thấy việc phá thai dù được thực hiện trong các điều kiện tiêu chuẩn, vẫn có thể có liên quan đến chứng viêm vùng chậu và thai ngoài tử cung. Điều này có nghĩa rằng, nếu giảm bớt phá thai, hay nói cách khác là ngăn ngừa việc có thai ngoài ý muốn, sẽ có thể giảm bệnh đường sinh sản. Do đó, nhận diện các yếu tố gây thất bại cho việc kiểm soát sinh sản được xem là một trong những mục tiêu hàng đầu trong công tác nghiên cứu sức khỏe sinh sản ở nước ta.

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

1. Thiết kế nghiên cứu: Là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu:

Dân số mục tiêu: Tất cả phụ nữ trong diện tuổi sinh sản.

Dân số nghiên cứu: Tất cả phụ nữ có thai đi nạo phá thai hay hút thai hoặc phá thai bằng thuốc trong năm 2011 tại Trung tâm Chăm sóc SKSS Bình Dương.

Tiêu chuẩn chọn nhóm nghiên cứu:

- Những phụ nữ sống thường xuyên tại tỉnh Bình Dương, có thai <20 tuần, đi nạo phá thai hay hút thai hoặc phá thai bằng thuốc và phá thai to. Không mắc bệnh nội ngoại khoa có chỉ định phải bỏ thai được thực hiện nạo phá thai hay hút thai, phá thai bằng thuốc, phá thai to tại Trung tâm Chăm sóc SKSS năm 2011.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thai > 20 tuần.

3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Khảo sát cắt ngang dựa vào một bản vấn lục (questionnaire) với cấu trúc câu hỏi về đặc tính dịch tễ xã hội, tiền sử sản khoa và kiến thức về ngừa thai.



Trung bình mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài khoảng 30 phút.

4. Phương pháp xử lý số liệu:

- Toàn bộ phiếu điều tra sẽ được nhập vào máy tính và xử lý số liệu theo chương trình Epidata. Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng trong nghiên cứu này để phân tích.

5. Y đứcc:

- Đây là nghiên cứu cắt ngang không gây ảnh hưởng đến sức khỏe của khách hàng và phụ nữ mang thai.

III. KẾT QUẢ - NHẬN XÉT:

Có 117 trường hợp đến xin bỏ thai, 100 trường hợp được chọn vào để thực hiện kỹ thuật nạo phá thai, chiếm tỷ lệ bỏ thai tại Trung tâm Chăm sóc SKSS là 12,07% trên tổng số trường hợp đẻ trong năm 2011.

1. Phân bố tỷ lệ bỏ thai theo tuổi:

TUỔI	Tần số	Tỷ lệ (%)
- < 20t	08	8,00
- 20-24	27	27,00
- 25-30	32	32,00
- 30-35	22	22,00
- >35	11	11,00
Tổng số:	100	100%

Nhận xét: Nhóm tuổi đến bỏ thai nhiều nhất từ 20-30 tuổi chiếm tỷ lệ 59%, lứa tuổi vị thành niên chiếm tỷ lệ là 8%.

2. Phân bố theo địa chỉ:

ĐỊA CHỈ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thủ Dầu Một	36	36,00
Thuận An	21	21,00
Dĩ An	07	07,00
Bến Cát	11	11,00
Tân Uyên	13	13,00
Phú Giáo	07	07,00
Dầu Tiếng	05	05,00
Tổng số:	100	100%

Thị xã TDM và Thuận An là hai địa phương có đối tượng phụ nữ đến bỏ thai chiếm tỷ lệ cao 57%.

3. Phân bố theo nghề nghiệp:

NGHỀ NGHIỆP	Tần số	Tỷ lệ (%)
- Buôn bán	07	07,00
- Nội trợ	18	18,00
- Công nhân	39	39,00
- CNV	11	11,00
- Làm rẫy	04	04,00
- Khác	21	21,00
Tổng:	100	100%

Đối tượng công nhân chiếm tỷ lệ khá cao 39%.

4. Phân bố theo số con:

SỐ CON	Tần số	Tỷ lệ (%)
- Không con	18	18,0
- 1 con	45	45,0
- 2 con	33	33,0
- >3 con	04	04,0
Tổng:	100	100%

Có từ 1 – 2 con đến bỏ thai chiếm tỷ lệ 78%.

5. Theo mức sống:

Mức sống	Tần số	Tỷ lệ (%)
Rất khó khăn	10	10
Khó khăn	20	20
Đủ sống	65	65
Khá giả	05	05
Tổng:	100	100%

Mức sống đủ sống chiếm 65%, tuy nhiên mức sống khó khăn còn rất cao chiếm tỷ lệ 30%.

6. Mong muốn số con:

Mong muốn có con	Tần số	Tỷ lệ (%)
- Không con	01	01
- 1-2con	11	11
- 3con	81	81
- > 3con	07	07
Tổng:	100	100%

Mong muốn có thêm con từ 3 con chiếm tỷ lệ đến 88%. Dự định thêm con là 47 trường hợp. Không muốn sinh con thêm là 53 trường hợp.

7. Ý kiến về tác hại của bỏ thai:

Tổng số	Rất nguy hiểm	Thủng TC	Băng huyết
100	49	8	6
Nhiễm trùng	Sốt nhau	Vô sinh	Ảnh hưởng SK
7	5	11	17

8. Lý do bỏ thai:

LÝ DO	Tần số	Tỷ lệ(%)
Kinh tế	17	17,00
Sức khỏe kém	08	08,00
Chồng không đồng ý	03	03,00
Còn độc thân	11	11,00
Còn trẻ	12	12,00
Đủ con	14	14,00
Dùng BPTT thất bại	05	05,00
Bận công việc	05	05,00
Có thai ngoài ý muốn	14	14,00
Thai DTBS	04	04,00
Bệnh lý mẹ	02	02,00
Chưa được tuổi	05	05,00
Tổng	100	100%

Lý do bỏ thai nguyên nhân do kinh tế chiếm (17%), có thai ngoài ý muốn (14%), còn trẻ và độc thân (23%).

9. Vấn đề bỏ thai:

Vấn đề bỏ thai	Tần số	Tỷ lệ(%)
Đơn giản, an toàn	52	52
Kín đáo, nhanh	27	27
Phiền toái, khó chịu	07	07
Sợ hãi	14	14
Tổng:	100	100%

Sau bỏ thai thường áp dụng BPTT chỉ có 29% trường hợp, 52% nhận định rằng phá thai là biện pháp đơn giản và an toàn.

BÀN LUẬN – KẾT LUẬN:

Tỷ lệ bỏ thai chung của tỉnh Bình Dương hiện nay đang ở mức 9,9% tăng hơn so với năm 2010. Trong nghiên cứu này tại Trung tâm Chăm sóc SKSS với tỷ lệ phụ nữ đến xin bỏ thai là 12,07% so với số trẻ sinh năm 2011. Nhóm tuổi tập trung nhiều nhất là 20 -30 tuổi chiếm tỷ lệ 59% và lứa tuổi vị thành niên chiếm tỷ lệ là 8%, đối tượng là lực lượng công nhân chiếm 39%. Hoàn cảnh khó khăn ở nhóm đến bỏ thai có đến 30%. Nguyên nhân bỏ thai đều tập trung vào vấn đề kinh tế và có thai ngoài ý muốn chiếm tỷ lệ 31% kể đến là nhóm độc thân, còn trẻ và đủ số con chiếm tỷ lệ khá cao từ 11% - 14%.

Có thể nói rằng: Lý do phá thai ở phụ nữ thường liên quan chặt chẽ đến các đặc trưng về kinh tế - xã hội và nhân khẩu học. Trong đó tuổi của phụ nữ thường có mối liên quan chặt chẽ với hành vi phá thai. Nghiên cứu cho thấy lý do phá thai của phụ nữ trẻ dưới 25 tuổi mong muốn được rảnh rang để lo sự nghiệp trước khi có con. Ngược lại với những phụ nữ từ 25 tuổi trở lên thường đưa ra lý do “dùng sinh” vì đã đủ số con. Đối với những phụ nữ chưa chồng thì vấn đề mối quan hệ bên ngoài là một trong những lý do chính thức dẫn đến hành vi phá thai nhiều hơn phụ nữ đã có chồng.

Có thai ngoài ý muốn là nguyên nhân cơ bản dẫn đến hành vi phá thai. Khoảng 50% số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có chồng muốn hoãn sinh hoặc ngừng sinh. Nhiều nơi, đặc biệt là ở các vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa mặc dù nhiều phụ nữ muốn hoãn sinh hoặc ngừng sinh nhưng phần lớn lại ngại sử dụng một biện pháp tránh thai nào đó. Có nhiều lý do trả lời tại sao phụ nữ muốn tránh thai nhưng lại không sử dụng biện pháp tránh thai. Trong nghiên cứu này chỉ có 29% là áp dụng BPTT, ngoài ra còn có những nguyên nhân khác chẳng hạn như: Mâu thuẫn tâm lý về thai nghén; thiếu kiến thức về các biện pháp tránh thai; bản thân hoặc gia đình phản đối; khó tiếp cận với các dịch vụ tránh thai hiện đại; sợ tác dụng phụ làm ảnh hưởng đến sức khỏe bản thân...

Kết luận: Tình trạng nạo phá thai hiện nay ở Việt Nam cũng như riêng đối với Bình Dương là tình trạng đang phát triển mạnh về công nghiệp, nơi tập trung dân cư nhiều tỉnh thành khác đến sinh sống với một lực lượng lao động trẻ lên đến khoảng 600.000 – 700.000 người đã lên đến mức báo động khi liên tục trong nhiều năm liền. Tỷ lệ này cũng ngày càng gia tăng nhanh ở lứa tuổi vị thành niên. Song song với tình trạng này thì tỷ lệ vô sinh ở Việt Nam cũng ngày càng tăng cao, trong đó các lý do liên quan đến vấn đề nạo hút thai xuất hiện ngày càng nhiều.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tiếng Việt:

1. Khổng Ngọc Am (1993) “Các yếu tố liên quan đến nạo hút thai của Hà Nội”, Thông tin sản phụ khoa, (1) trang 143-152.
2. Trương Thị Thanh Chân(2004) “Nguyên nhân nạo hút thai tại phòng khám TTBVSKBMTE tỉnh Long An”.
3. Website Tổng cục Dân số - KHHGD Việt Nam
4. Nguyễn Thị Tố Hương (2007) “Khảo sát tình hình nạo hút thai tại Trung tâm chăm sóc SKSS tỉnh Bến Tre”. Luận văn CKI – Y tế công cộng.

Tiếng Anh:

5. Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Fourth edition. Geneva. “World Health Organization” ;2004.
6. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva. “World Health Organization”;2003.
7. Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. “Studies in family planning” 1993;24 (4):205-226.
8. Lara D, Garcia SG, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México (Access to legal abortion for women pregnant as a result of rape in Mexico City) “Gaceta Médica de México” 2003;139 (1):S77-S90.



TÌNH HÌNH THAI CHẾT LƯU CỦA THAI PHỤ ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN NĂM 2010 - 2011

Văn Quang Tân¹, Võ Nguyên Diễm Thy², Bùi Minh Hiền³, Trần Văn Hưởng⁴, Võ Thị Kim Anh⁵

TÓM TẮT:

Một nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại TT.CSSKSS với mục đích tìm các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh lý thai lưu trong tử cung tại Bình Dương. Qua 200 hồ sơ bệnh án được chẩn đoán thai chết lưu trong tử cung, nhập viện tại Trung Tâm CSSKSS Bình Dương từ tháng 8 năm 2010 đến tháng 8 năm 2011 đã cho thấy thai chết lưu gặp nhiều nhất ở độ tuổi 20 -35 chiếm 76.5%, tỷ lệ thai chết lưu trong tử cung ở thai phụ chưa sinh con là 47%, có 18.5 % thai phụ bị thai chết lưu trong tử cung lần

này có ít nhất một lần thai chết lưu trong tử cung trong tiền sử. Tuổi thai chết lưu trung bình là 7 tuần. Thai phụ là nữ công nhân làm trong khu công nghiệp tỉnh Bình Dương bị thai chết lưu trong tử cung cao hơn các ngành nghề khác.

SUMMARY

THE STATUS OF STILLBIRTH AMONG PREGNANT WOMEN WHO TOOK THE TREATMENT IN BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTH CARE CENTER, IN 2010 – 2011

1. Bệnh viện Đa khoa Bình Dương
2. Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương
3. Sở Y tế Bình Dương
4. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội
5. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

Stillbirth is a common problem of pregnancy, causing some serious complications affecting maternal health and future fertility. There are no known causes of stillbirth, but there are many factors which may increase risk stillbirth as the lack of prenatal care, health conditions in the mother, particularly involving high blood pressure, maternal age than 35.

A retrospective study on 200 pregnant women having stillbirth at at the Reproductive health care Center of Binh Duong province from August 2010 to August 2011. The objective of the study was to identify the risk of stillbirth which will help in the prevention.

Conclusions: Fetal demise in utero is most common in 20 to 35 years old pregnant women (76.5%), the incidence in nulliparous women is 47%; 18.5% pregnancy has at least one history of stillbirth. The woman is the female workers in industrial zones in Binh Duong province were stillborn in the womb more than other industries.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thai chết lưu là tình trạng bệnh lý thường gặp trong sản khoa. Số lượng thai phụ bị thai lưu trong tử cung tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây tại Trung tâm chăm sóc SKSS. Đây là 1 câu hỏi lớn cho tập thể Bác sĩ của Trung tâm. Điều đó một phần do gia tăng số lượng khách hàng đến nhận dịch vụ tại Trung tâm. Sự gia tăng này cũng có thể do gia tăng tần suất của các yếu tố nguy cơ như nghề nghiệp của mẹ tiếp xúc hóa chất độc hại, và tình trạng dinh dưỡng của người mẹ, bệnh lý của mẹ (thiếu máu, nhiễm khuẩn, ...). Thai chết lưu có thể gây ra các biến chứng nặng nề như nhiễm khuẩn và rối loạn đông máu ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng và tương lai sinh sản của người phụ nữ.

Chính vì những lý do trên, chúng tôi khảo sát một số đặc điểm ở những thai phụ bị thai chết lưu trong tử cung và từ đó tìm ra các yếu tố nguy cơ với mong muốn chọn ra những giải pháp thích hợp phòng ngừa thai lưu trong tử cung trong khuôn khổ của Trung tâm tỉnh Bình Dương.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỷ lệ thai chết lưu và các yếu tố liên quan đến bệnh lý thai lưu trong tử cung tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Bình Dương năm 2010-2011.

TỔNG QUAN Y VĂN:

Định nghĩa thai lưu trong tử cung

Gọi là thai chết lưu khi thai bị chết trong tử cung nhưng không bị nhiễm khuẩn, không bị đẩy ra ngoài ngay và bị giữ lại trong tử cung quá 48 giờ; khác với những trường hợp thai chết sau 20 tuần nhưng không lưu trong tử cung

mà bị sinh non trước 48 giờ.

Nguyên nhân thai chết lưu

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng thai chết lưu và cũng có nhiều trường hợp thai chết lưu không tìm thấy nguyên nhân. Song, các nguyên nhân thường gặp đó là:

Về phía người mẹ

- Mẹ mắc các bệnh lý mạn tính: Viêm thận, suy gan, thiếu máu, lao phổi, bệnh tim, huyết áp cao...

- Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiếu năng giáp trạng, tiểu đường, thiếu năng hay cường năng thượng thận.

- Mẹ bị cao huyết áp trong thai kỳ từ thể nhẹ đến thể nặng đều có thể gây ra thai chết lưu.

- Mẹ nhiễm các bệnh ký sinh trùng như sốt rét, nhiễm vi khuẩn (giang mai ...), nhiễm virus (viêm gan, quai bị, cúm, parvovirus B-19, CMV, listeria ...).

- Mẹ có tử cung dị dạng, tử cung nhi tính hay tử cung kém phát triển làm cho thai bị nuôi dưỡng kém.

Những nguyên nhân xuất phát từ phía thai nhi như:

- Rối loạn nhiễm sắc thể

- Thai dị dạng: Não úng thủy, vô sọ, phù rau thai.

- Bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con do yếu tố Rh và thai rất dễ bị chết lưu ở các lần có thai tiếp theo.

- Thai già tháng:

- Đa thai:

Về phía thành phần phụ của thai nhi

- Bất thường ở dây rốn như:

- Bất thường ở bánh rau như bánh rau bị xơ hoá, bị bong, u mạch máu màng đệm...

- Bất thường ở nước ối: Đa ối cấp tính hay mãn tính, thiếu ối.

Ngoài ra, một số yếu tố tăng nguy cơ thai chết lưu trong tử cung như:

- Tuổi của mẹ cao (tỷ lệ thai chết lưu tăng cao ở những người mẹ trên 40 tuổi cao gấp 5 lần so với nhóm những người mẹ dưới 40 tuổi).

- Dinh dưỡng kém, lao động vất vả, đời sống khó khăn...

- Có tiền căn thai chết lưu.

- Mẹ béo phì.

- Tuổi của cha

- Mẹ có tiền căn vô sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu :

Là thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả thai phụ được chẩn đoán là thai chết lưu đến khám và nhập viện điều trị tại Trung tâm chăm sóc SKSS từ năm 2010 - 2011.

Phương pháp tiến hành:

Các dữ liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án thai chết



lưu trong tử cung nhập viện tại Trung tâm CSSKSS từ tháng 8 năm 2010 đến tháng 8 năm 2011. Toàn bộ bệnh sử chi tiết và diễn tiến khi nhập viện đều được ghi nhận trên bệnh án, các thông tin liên quan đến tuổi, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh lý của sản phụ và bệnh lý hiện tại của thai phụ đều được ghi nhận. Ngoài ra các thông tin khác như các xét nghiệm đã làm, mô tả khi sẩy thai cũng được ghi nhận. Các thông tin điền vào bảng câu hỏi sẵn, mã hoá số liệu.

Cách thu thập - Xử lý số liệu: Nhập dữ liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm EpiInfo 6.0.

III. KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT:

1. Tỷ lệ thai chết lưu trong tử cung theo các nhóm tuổi :

Nhóm tuổi	Số ca (n= 200)	%
< 20	10	5%
20 – 24	55	27.5%
25 – 29	62	30%
30 – 34	38	19%
35 – 39	25	13.5%
40 – 45	10	5%

Nhận xét: Tuổi thai phụ bị thai chết lưu trong tử cung trung bình 26.5. Cao nhất 43 tuổi, thấp nhất: 17 tuổi. Nhóm tuổi từ 20-35 chiếm tỷ lệ khá cao 76.5%, đây cũng là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh đẻ.

2. Tỷ lệ thai chết lưu trong tử cung phân bố theo nơi cư trú:

Địa chỉ	Số ca(n= 200)	%
Thị xã Thủ Dầu Một	50	25%
Thị xã Thuận An	46	23%
Tân Uyên	34	17%
Bến Cát	29	14.5%
Phú Giáo	22	11.5%
Dĩ An	8	4.0%
Dầu Tiếng	11	5.5%

Nhận xét: Đa số thai phụ tập trung ở địa bàn thị xã Thủ Dầu Một và huyện Thuận An, Tân Uyên, Bến Cát. Điều này nói lên mật độ dân cư của các huyện thị cao, điều kiện địa phương gần Trung tâm CSSKSS.

3. Tỷ lệ thai chết lưu trong tử cung phân bố theo nghề nghiệp của mẹ:

NGHỀ NGHIỆP	Số ca(n= 200)	%
Buôn bán	20	10.1%
Nội trợ	48	24.1%

NGHỀ NGHIỆP	Số ca(n= 200)	%
Công nhân	73	36.7%
Công nhân viên	30	15.1%
Khác	28	14.1%

Nhận xét: Tỷ lệ nữ công nhân mang thai bị thai chết lưu trong tử cung chiếm đến 36.7%, cao hơn các ngành nghề khác.

4/ Tỷ lệ thai chết lưu tử cung phân bố theo số lần mang thai:

Số lần mang thai	Số ca (n=200)	%
Có thai lần 1	94	47%
Có thai lần 2	59	29.5%
Có thai lần 3	28	14%
Có thai lần 4	15	7.5%
Có thai lần 5	4	2.0%

Nhận xét: Tỷ lệ thai lưu trong tử cung là 47% ở nhóm có thai lần thứ 1; 29.5% ở nhóm có thai lần thứ 2, 14 % ở nhóm có thai lần thứ 3, và 9.5% ở nhóm có thai trên lần thứ 4. Thai chết lưu ngay trong lần có thai đầu tiên chiếm 47%. Điều này cũng nói lên một phần kiến thức chuẩn bị làm mẹ ban đầu chưa tốt.

5. Tuổi thai chết lưu trong tử cung

Tuổi thai	Số ca (n=200)	%
5 - 6 tuần	52	26%
7 - 8 tuần	104	52%
9 - 12 tuần	35	17.5%
13-15 tuần	9	4.5%

Nhận xét: Tuổi thai chết lưu trung bình là 7 tuần. Tuổi thai nhỏ nhất 4.5 tuần, cao nhất 15 tuần.

6. Số lượng thai:

Số lượng thai	Số ca (n=200)	%
1 thai	197	98.5%
2 thai, đa thai	3	1.5%

Nhận xét: Đa số thai chết lưu ở sản phụ mang 1 thai.

7. Những yếu tố nguy cơ của thai chết lưu trong tử cung:

Yếu tố	Số ca	%
Tiền căn vô sinh	01	0.5%
Tiền căn nạo phá thai	25	12.5%
Tiền căn thai chết lưu trong tử cung	37	18.5%
Tiền căn sinh con dị tật	01	0.5%

Yếu tố	Số ca	%
Tiền căn bệnh lý nội khoa của mẹ	8	4%
Bệnh lý của mẹ hiện tại		
+ Cao huyết áp	1	0.5%
+ Nhiễm khuẩn	8	4%
+ Thiếu máu	2	1%
+ Giang mai	14	7%
+ Viêm gan B	2	1%

Nhận xét: 0.5% trong số thai phụ bị thai lưu có tiền căn vô sinh và 12.5% trước đây có nạo phá thai. Tần suất bị thai chết lưu lần này là 18.5% ở nhóm trước đây bị thai chết lưu. Khoảng 0.5% thai phụ có tiền căn sinh con dị tật. Mẹ mắc các bệnh lý nội khoa trước đây như: Bướu giáp, K giáp, có tỷ lệ thai chết lưu khoảng 4%. Tỷ lệ thai phụ bị thiếu máu và viêm gan siêu vi B bị thai chết lưu trong tử cung cao hơn so với các nhóm bệnh khác.

IV. BÀN LUẬN:

Nguy cơ thai chết lưu trong tử cung tăng lên so với nhóm tuổi riêng và ngay trong lần mang thai đầu tiên. Trong nghiên cứu này, 76.5% thai phụ bị thai lưu nằm trong nhóm tuổi 20-34, vì đây là nhóm tuổi sinh đẻ phổ biến. So sánh kết quả của nghiên cứu Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa (2005-2006) thì tỷ lệ thai phụ bị thai chết lưu này cao hơn (59.9%). Chúng

tôi thấy số thai chết lưu cao nhất ở nhóm có thai lần đầu tiên (47%). Điều này cũng nói lên một phần kiến thức chuẩn bị làm mẹ ban đầu chưa tốt cũng như một nghiên cứu Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa (39.7%). Một nghiên cứu của Ninh Thuận, trong nhóm này tỷ lệ là 67.54%.

18.5% thai phụ bị thai chết lưu trong tử cung đã có ít nhất 1 lần thai chết lưu trong tiền sử cũng phù hợp với nghiên cứu Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa.

V. KẾT LUẬN:

Thai chết lưu ngay ở lần có thai đầu tiên chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu và tiền sử bị thai chết lưu trong tử cung làm tăng nguy cơ thai chết lưu cho các lần mang thai sau này. Tỷ lệ thai phụ bị thiếu máu làm tăng nguy cơ thai chết lưu trong tử cung. Nữ công nhân có thai bị thai chết lưu cao hơn so với các ngành nghề khác. Vì vậy cần tăng cường công tác giáo dục truyền thông chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ trước khi mang thai có đủ kiến thức để chuẩn bị làm mẹ tốt hơn, hướng dẫn chăm sóc thai và dinh dưỡng ngay từ những tuần đầu khi có thai đặc biệt là đối tượng nữ công nhân trong các khu công nghiệp của tỉnh nhà.

Kết quả của đề tài sẽ là cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch, thực hiện các hoạt động và nghiên cứu tiếp theo về sau và nhất là vẫn tiếp tục tuyên truyền phòng ngừa các yếu tố có nguy cơ làm thai chết lưu trong tử cung ở phụ nữ tuổi sinh đẻ, tuyên truyền khám thai và chăm sóc thai sớm ngay từ những tuần đầu khi mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tài liệu tham khảo nước ngoài:

1. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002 Novo.
2. Am J Obstet Gynecol. 2004 May; 190(5): 1445-6.
3. Uma M. Reddy, Chia-Wen Ko, Marian Willinger - Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States- -September 2006.
4. Unexplained stillbirth. Lancet. 1987; 1: 22-23.
5. Ahlenius I, Floberg J, Thomassen P. Sixty-six cases of intrauterine fetal death: a prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995; 74: 109-117.
6. Petersson K, Bremme K, Bottinga R, et al. Diagnostic evaluation of intrauterine fetal deaths in Stockholm 1998-99. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; 8: 284 - 292.
7. Froen JF, Arnestad M, Frey K, et al. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184: 694-702.

Tài liệu tham khảo trong nước:

1. Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược TPHCM (1998), Thai chết lưu. Sản Phụ Khoa, Nhà Xuất bản TP Hồ Chí Minh, tập I, tr 534- 538.
2. Đỗ Đình Thống - Nghiên cứu tình hình thai chết lưu trong tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá năm 2005- 2006.
3. Trần Văn Vũ (2009) - Misoprostol trong xử trí thai lưu tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.



THỰC HÀNH AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM TẠI CÁC CƠ SỞ KINH DOANH DỊCH VỤ ĂN UỐNG TẠI PHƯỜNG BÙI THỊ XUÂN, QUẬN HAI BÀ TRUNG, HÀ NỘI, NĂM 2013

Nguyễn Thị Thùy Dương¹, Cao Thị Hoa², Trần Văn Hưởng³, Nguyễn Hùng Long⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang về thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm được tiến hành tại 250 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại quận Hai Bà Trưng, Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Có 88% chủ hoặc người quản lý cơ sở được cơ quan y tế tập huấn kiến thức về ATTP định kỳ còn nhân viên đạt tỷ lệ thấp hơn (76,1%). Tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ của chủ hoặc người quản lý cơ sở là 89,6%, đối với nhân viên chế biến là 79,7%. Người trực tiếp chế biến thực phẩm đội mũ, đeo khẩu trang khi làm việc còn thấp. Thực hiện đeo găng tay chuyên dụng khi chế biến thực phẩm chín chỉ đạt 87,2%. Tỷ lệ nhân viên thực hiện đủ 3 tiêu chí trên là 42,8%. Đa số người trực tiếp chế biến thực phẩm chấp hành đúng các quy định vệ sinh cá nhân: cắt ngắn móng tay sạch sẽ, không đeo nhẫn, đồng hồ, không hút thuốc, khạc nhổ khi chế biến thực phẩm. 93,6% nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm thực hiện đủ các tiêu chí trên. 100% mẫu phân của nhân viên chế biến có kết quả xét nghiệm đạt yêu cầu, không có trường hợp nào nhiễm Salmonella, Shigella, trứng giun đũa.

Từ khóa: Thực phẩm, vệ sinh thực phẩm, người trực tiếp chế biến thực phẩm, cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

THE PRACTICE OF THE FOOD SANITATION AT THE FACILITIES OF CATERING BUSINESS IN HAI BA TRUNG DISTRICT, HANOI, 2013

An epidemiological cross descriptive study was conducted at 250 facilities of catering business in Hai Ba Trung district, Hanoi City. The findings of the practice of the food sanitation reveal that: Nearly 90% of owners or

facility managers had trained medical authority on food safety, this rate of food handlers periodically rate was lower (76.1%). 89,6% of owners or managers of the facilities of catering business periodically were examined their health, employees - 79.7% processing. The rate of food handlers wearing a hat, wear a mask in working was low. Only 87.2% of food handlers worn special gloves in cooking food processing. Proportion of food handlers performed 3 these criteria was only 42.8%. The majority of food handlers complied with the regulations of personal hygiene: clean and short fingernails, non-wearing rings, watches, non-smoking, spitting in the food processing. 93.6% food handlers done enough of the above criteria. 100% of employee's stool sample were negative for Salmonella, Shigella, roundworm eggs.

Keywords: Food, food sanitation, food handler, facility of catering business.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm số vụ nhiễm khuẩn, nhiễm độc thực phẩm đã được kiểm soát nhưng vẫn không ngừng gia tăng và gây nhiều hậu quả đáng tiếc. Theo công ty giám sát nguồn lương thực toàn cầu cung cấp danh sách 10 quốc gia có nhiều vụ vi phạm an toàn vệ sinh thực phẩm xuất khẩu nhất trong năm 2013 thì Ấn Độ đứng đầu với 380 sự cố được xác định trên toàn thế giới, tiếp theo là Trung Quốc với khoảng 340 vụ, Mexico với 260 vụ, Pháp với 190 vụ và Mỹ với 180 vụ. Việt Nam, Brazil, Cộng hòa Dominican, Thổ Nhĩ Kỳ và Tây Ban Nha là 5 nước còn lại trong danh sách này [1]. Nghiên cứu các mẫu thực phẩm là thức ăn

1. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội
2. Phòng Y tế quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
3. Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội
4. Cục An toàn thực phẩm, Bộ Y tế

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

hàng ngày tại bếp ăn tập thể của các trường Mầm non tại thành phố Đà Lạt năm 2009 - 2010 và nghiên cứu thực hiện tại các cửa hàng ăn ở Albara - Sudan năm 2009 cho thấy tỷ lệ nhiễm các vi khuẩn E.coli, Coliforms và S.aureus rất cao [2], [3].

Người chế biến, bán hàng là những người tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm. Mọi hành vi không đúng của người chế biến, bán hàng đều là nguy cơ dẫn đến ô nhiễm thực phẩm. Việc dùng tay bốc thức ăn là phổ biến ở các dịch vụ thức ăn đường phố, dùng tay bốc cả thực phẩm sống và thức ăn chín, thậm chí trong khi bốc thức ăn, người bán hàng còn làm các việc khác như lấy và trả tiền..., đó là những hành vi nguy cơ cao dẫn tới ô nhiễm thực phẩm. Người chế biến, bán hàng không được khám sức khỏe định kỳ, có thể mang trong mình mầm bệnh thường lây qua đường ăn uống như: Tả, lỵ, thương hàn, viêm gan A, bệnh tiêu chảy, các bệnh giun sán... là nguy cơ lớn gây ô nhiễm thực phẩm. Những vết thương trầy xước, nhiễm khuẩn trên da, viêm mũi họng cũng có thể làm ô nhiễm thực phẩm. Một số nghiên cứu cho thấy kiến thức về ATTP của một số nhóm đối tượng vẫn còn hạn chế: gần 50% người kinh doanh thức ăn đường phố ở thành phố Trà Vinh không sử dụng trang phục bảo hộ; 44,3% không được tập huấn; 17,0% cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm ở thành phố Hà Tĩnh có vi phạm về lưu mẫu thực phẩm...[4-5]. Nghiên cứu ở đối tượng kinh doanh thức ăn đường phố tại thành phố Lào Cai (2011) thấy tỷ lệ được tập huấn kiến thức mới đạt 62,6%. Do đó, kiến thức đúng về nhiều nội dung an toàn thực phẩm không đồng đều, thấp nhất là về sử dụng tủ bảo quản (54,5%) và cao nhất là về sử dụng nước hợp vệ sinh trong chế biến thực phẩm (91,3%) [6].

Quận Hai Bà Trưng - Hà Nội là một quận đông dân, với 310.767 người, trên địa bàn quận có 2.442 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống. Trong năm 2011, 7.044 lượt cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống được kiểm tra, trong đó có 770 cơ sở được nhắc nhở, chiếm 11%. Để có cơ sở khoa học đề xuất các giải pháp quản lý hiệu quả, phù hợp bảo đảm an toàn thực phẩm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm của người trực tiếp chế biến thực phẩm tại một số cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại quận Hai Bà Trưng, Hà Nội năm 2013.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Chủ/quản lý cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.
- Nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.
- Cán bộ quản lý về lĩnh vực an toàn thực phẩm tại cấp

quận và 20 phường trên địa bàn quận Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội được lựa chọn vào nghiên cứu.

- Người dân quan tâm đến ATTP tại cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội. Thời gian điều tra được tiến hành từ 08/2013 đến 10/2013.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu đối với chủ cơ sở:

Mỗi cơ sở nghiên cứu chọn 1 người chủ cơ sở để phỏng vấn về KAP liên quan đến thực thi pháp luật an toàn thực phẩm của cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống → n=250.

- Cỡ mẫu đối với nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu Dịch tễ học mô tả:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$ (hệ số tin cậy với mức xác suất 95%) = 1,96.

p: Tỷ lệ nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm đạt yêu cầu kiến thức, thực hành về ATTP, chọn p=50% để có cỡ mẫu lớn nhất.

d (mức độ chính xác kỳ vọng) = 0,05.

DE (Design Effect): hiệu lực thiết kế, chọn DE=1,5.

Áp dụng công thức ta có:

$n = (1,962 \times 0,52): 0,052 \times 1,5 = 576$ người.

Chọn mẫu nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm:

Chọn nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm từ 250 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống nghiên cứu theo nguyên tắc:

+ Đối với cơ sở có dưới 05 nhân viên: Lấy toàn bộ nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm tại mỗi cơ sở có mặt tại thời điểm điều tra.

+ Đối với cơ sở có từ 05 nhân viên trở lên: Phỏng vấn tối đa 06 nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm.

Thực tế đã chọn được 605 nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm để phỏng vấn, bình quân 2,4 người/cơ sở.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

2.4.1. Quan sát trực tiếp: Sử dụng bảng kiểm để đánh giá thực hành của nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

2.4.2. Xét nghiệm mẫu phân của nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm:



Ngoáy hậu môn và lấy mẫu phân tìm các chỉ tiêu vi sinh vật, ký sinh trùng trên người, gồm các chỉ tiêu: Trùng giun đũa, Salmonella và Shigella.

Các xét nghiệm vi sinh vật (Salmonella và Shigella) trên mẫu phân được thực hiện tại khoa Cận lâm sàng của Viện bồng quốc gia. Các xét nghiệm ký sinh trùng (trùng giun đũa) được thực hiện tại phòng xét nghiệm của Học viện Quân y.

2.4.3. Thảo luận nhóm trọng tâm

Sau khi có thông tin cơ bản về việc chấp hành các văn bản quy phạm pháp luật của các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống từ kết quả của điều tra thực tế, tổ chức 05 cuộc thảo luận nhóm trọng tâm với 50 người khác nhau. Trong mỗi cuộc thảo luận nhóm có 10 người gồm 03 người đại diện ban chỉ đạo ATTP cấp quận, phường; 03 người là chủ/quản lý cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống; 03 người trực tiếp chế biến thực phẩm tại cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn

uống và 01 người dân quan tâm đến ATTP tại cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống. Nhóm nghiên cứu điều khiển thảo luận nhóm, có thư ký ghi chép và ghi âm buổi thảo luận.

Tất cả số liệu thu thập đều được mã hóa, làm sạch, nhập liệu vào máy bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0.

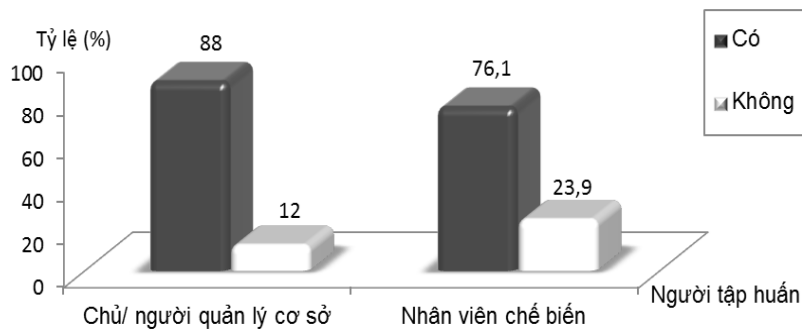
Các cuộc thảo luận nhóm được ghi chép, ghi âm đầy đủ. Sau đó tiến hành gỡ băng ghi âm và lập bảng tập hợp các ý kiến thảo luận.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đánh giá đề cương chi tiết của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho phép triển khai. Thông tin về các cơ sở được hoàn toàn giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện.

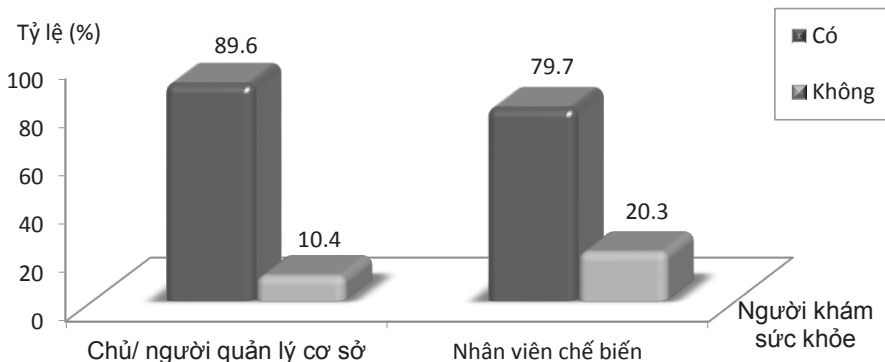
III. KẾT QUẢ

Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tập huấn kiến thức về ATTP (2013)



Có 220/250 (88%) chủ hoặc người quản lý cơ sở được cơ quan y tế tập huấn kiến thức về ATTP định kỳ còn nhân viên đạt tỷ lệ thấp hơn (76,1%).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tham gia khám sức khỏe định kỳ (2013)

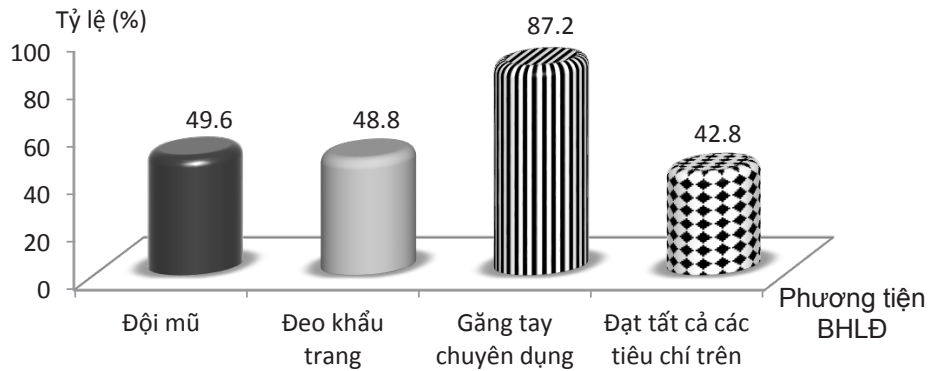


Qua biểu đồ 2, tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ của chủ hoặc người quản lý cơ sở là 89,6%, đối với nhân viên chế biến là 79,7%.

Hộp 1. Thảo luận nhóm trọng tâm về tập huấn kiến thức ATTP và khám sức khỏe.

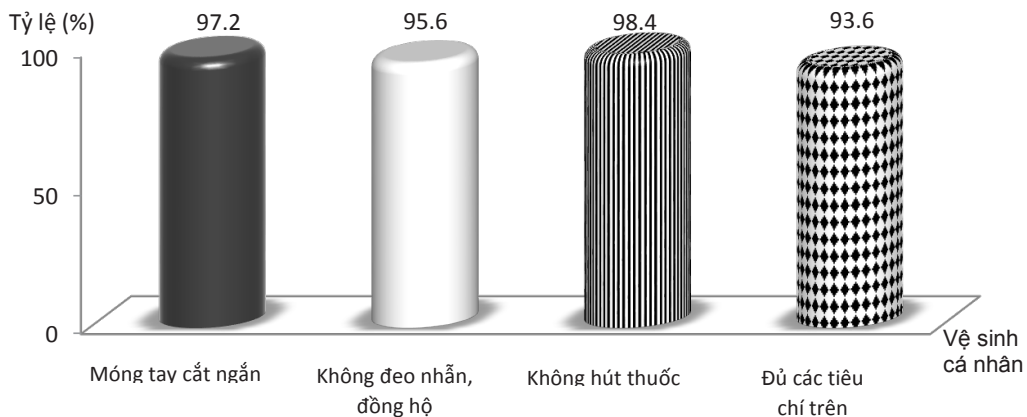
Một đại diện cho ban chỉ đạo quận cho biết: “Nhân viên chế biến thực phẩm còn rất trẻ, không làm việc lâu dài tại các cơ sở dịch vụ ăn uống nên chưa kịp tập huấn kiến thức ATTP và khám sức khỏe thì đã nghỉ việc. Thứ hai là chủ cơ sở nhiều khi ở xa nên giao cho người khác quản lý cơ sở nên không tham gia tập huấn và khám sức khỏe được”. Những người khác trong nhóm thảo luận cùng cho rằng: “Đây là một khó khăn của quận và phường”.

Biểu đồ 3. Thực trạng sử dụng phương tiện bảo hộ lao động của người trực tiếp chế biến thực phẩm (n=250)



Trên biểu đồ 3, người trực tiếp chế biến đội mũ, đeo khẩu trang khi chế biến thực phẩm còn thấp, lần lượt là 49,6% và 48,8%. Thực hiện đeo găng tay chuyên dụng khi chế biến thực phẩm chín có cao hơn nhưng cũng chỉ đạt 87,2%. Tỷ lệ nhân viên thực hiện đủ 3 tiêu chí trên là 42,8%.

Biểu đồ 4. Thực trạng vệ sinh cá nhân của người trực tiếp chế biến thực phẩm (n=250)



Qua biểu đồ 3.7, đa số người trực tiếp chế biến thực phẩm chấp hành đúng các quy định vệ sinh cá nhân: cắt ngắn móng tay sạch sẽ là 97,2%; không đeo nhẫn, đồng hồ (95,6%); không hút thuốc, khạc nhổ khi chế biến thực phẩm (98,4%). 93,6% nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm thực hiện đủ các tiêu chí trên.

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật trong phân của nhân viên chế biến (n=250)

Chỉ tiêu	Đạt	
	SL	TL (%)
Salmonella	250	100,0
Shigella	250	100,0
Trùng giun đũa	250	100,0

Theo kết quả xét nghiệm vi sinh vật trong mẫu phân của nhân viên chế biến, 100% mẫu phân của nhân viên chế biến đều đạt yêu cầu, không có trường hợp nào nhiễm *Salmonella*, *Shigella*, *trùng giun đũa*.

Hộp 2. Thảo luận nhóm trọng tâm về vệ sinh cá nhân

Chủ một nhà hàng có ý kiến: "Với nhân viên có những sai sót ví dụ như để móng tay dài và bẩn bốc thức ăn cho khách chẳng hạn, chúng em cũng nhắc nhở nhân viên nhưng nhiều khi do đông khách hay thói quen nên không tránh khỏi sai phạm".

Một người dân cho rằng: "Cần phải xử phạt nặng đối với những nhân viên dùng tay bốc thức ăn chín cho khách hàng".

Tuy nhiên cũng nhiều ý kiến cho rằng: "Thay đổi thói quen xấu khi chế biến kinh doanh thực phẩm là rất khó khăn. Cần phải có nhiều thời gian nhưng cũng phải nhắc nhở và xử lý thường xuyên để không tái phạm".

Hộp 3. Nhóm thảo luận trọng tâm kiến nghị về công tác kiểm tra, giám sát

Ý kiến của chủ cơ sở: "Các anh chị trên quận, trên phường thường xuyên kiểm tra để nhắc nhở chúng em. Khi các anh chị đi kiểm tra nhiều thì bọn em sẽ làm tốt hơn".

Cũng có chủ cơ sở khác có ý kiến: "Nhiều khi đoàn đi kiểm tra nhiều quá thì bọn em kinh doanh cũng khó"

IV. BÀN LUẬN

Chủ hoặc người quản lý cơ sở được cơ quan y tế tập huấn xác nhận kiến thức về ATTP định kỳ chỉ chiếm 88%. Tỷ lệ này ở nhân viên chế biến thực phẩm thấp hơn (76,1%). Tỷ lệ tập huấn xác nhận kiến thức của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại thành phố Hà Giang năm 2013 và một số nghiên cứu khác [7-8]. Qua các kết quả nghiên cứu này ta thấy hiểu biết của chủ hoặc người quản lý cơ sở về các quy định của pháp luật về ATTP cao hơn nhóm nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm. Kết quả này phù hợp với tỉ lệ các đối tượng được tập huấn. Theo nghiên cứu của Caster tại Mỹ năm 2009, những nhà hàng có người quản lý bếp được cấp giấy chứng nhận tập huấn VSATTP có xu hướng ít mắc các vi phạm lớn trong các đợt thanh tra VSATTP hơn là những nhà hàng mà quản lý bếp không có giấy chứng nhận tập huấn [9].

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu được khám sức khỏe định kỳ 1 lần trong năm tương tự với kết quả nghiên cứu tại các bếp ăn tập thể khu công nghiệp trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2010 [8].

Kết quả nghiên cứu định tính cũng chỉ ra một số khó khăn về việc chủ cơ sở, nhân viên chế biến thực phẩm không tham gia tập huấn và khám sức khỏe định kỳ với lý do là nhân viên chế biến thực phẩm còn rất trẻ, làm việc thường xuyên thay đổi, mặt khác không làm việc lâu dài tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống nên chưa kịp khám sức khỏe và tập huấn kiến thức ATTP thì đã nghỉ việc; chủ cơ sở thường đi xa không trực tiếp quản lý nhà hàng nên không tham gia tập huấn và khám sức khỏe được. Đây cũng là một khó khăn và bất cập của các cơ sở đặc biệt là những cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại quận Hai Bà Trưng, có số lượng nhân viên chế biến thực

phẩm tương đối đông. Các nhân viên chế biến thực phẩm nằm trong độ tuổi trẻ, thường xuyên thay đổi công việc do đó rất khó khăn trong việc đào tạo, tập huấn và cập nhật kiến thức về ATTP.

Nguồn lây truyền bệnh nguy hiểm từ chính những người trực tiếp chế biến thực phẩm nhưng nguồn lây này thường bị coi nhẹ và dễ bỏ qua. Qua quan sát cho thấy, tỷ lệ người trực tiếp chế biến thực phẩm chưa tuân thủ quy định đội mũ, đeo khẩu trang khi chế biến thực phẩm, chưa sử dụng găng tay chuyên dụng khi tiếp xúc thực phẩm chín còn tương đối cao. Chỉ có 42,8% nhân viên trực tiếp chế biến đạt đủ 3 tiêu chí trên, tỷ lệ đạt rất thấp. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu ở Ấn Độ và nghiên cứu tại tỉnh Tiền Giang năm 2013 [10-11]. Trong nghiên cứu tại Bắc Nigeria, có 44,5% nhân viên chế biến thực phẩm dùng miệng thổi vào miệng túi đựng thức ăn trước khi đóng gói cho khách hàng [12]. Thực tế, chỉ có những cơ sở kinh doanh lớn, nhân viên làm việc có tính chuyên nghiệp cao mới chấp hành nghiêm túc các quy định về đội mũ và đeo khẩu trang khi chế biến, kinh doanh thực phẩm. Số nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm trong 250 cơ sở nghiên cứu có tính ổn định công việc không cao. Chính vì vậy, việc chấp hành các quy định vệ sinh cá nhân còn hạn chế.

Đây là những chỉ tiêu quan trọng giúp đánh giá tình trạng vệ sinh của các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống và cũng là yếu tố nguy cơ thường xuyên đe dọa gây ô nhiễm thực phẩm. Theo tác giả Hà Thị Anh Đào, nguyên nhân của vấn đề trên là: có thể, trong cơ chế thị trường hiện nay, những người làm dịch vụ thực phẩm vì mục đích chạy theo lợi nhuận, phục vụ khách hàng càng nhanh càng tốt nên họ không muốn lãng phí thời gian cũng như kinh phí vào các thao tác mà theo họ là không cần thiết, vì thế họ

đã thiếu trách nhiệm một cách vô tình hay hữu ý vi phạm các quy định về ATTP [13].

Trong chế biến thực phẩm, vệ sinh cá nhân của người trực tiếp chế biến thực phẩm là một trong những nguyên tắc quan trọng nhằm tránh gây ô nhiễm trực tiếp vào thực phẩm. Qua quan sát tại các cơ sở cho thấy, các nguyên tắc này đã được thực hiện tương đối tốt và cao hơn nghiên cứu của Hoàng Cao Sạ năm 2011 [14], Đặng Ngọc Hùng năm 2013 [15]. 250/250 mẫu (100%) xét nghiệm phân của nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm âm tính với Salmonella và Shigella và trùng giun đũa.

Trong nghiên cứu định tính, chủ nhà hàng cho rằng: nhân viên có sai sót như để móng tay dài và bần bốc thức ăn là được nhắc nhở luôn, nhưng nhiều khi khách hàng đông và do thói quen nên không tránh khỏi sai phạm. Với người dân cho rằng phải xử phạt nặng những nhân viên dùng tay bần bốc thức ăn chín cho khách hàng. Cũng có nhiều ý kiến cho rằng thay đổi thói quen xấu khi chế biến kinh doanh thực phẩm là rất khó khăn cần phải có nhiều thời gian tuyên truyền, tập huấn, nhắc nhở và xử lý thường

xuyên để không tái phạm.

Trong khi lực lượng chức năng không thể kiểm soát liên tục tất cả các cơ sở mà cần kết hợp nhiều cơ chế, trong đó nâng cao nhận thức và thực hành pháp luật về an toàn thực phẩm mang ý nghĩa then chốt.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều tra trên đây cho thấy vẫn còn một số hạn chế, yếu kém trong công tác quản lý việc thực thi pháp luật an toàn thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh thực phẩm như: tỷ lệ vệ sinh cá nhân đạt đầy đủ các tiêu chí của người trực tiếp chế biến thực phẩm còn thấp 42,8%. An toàn thực phẩm chỉ được giải quyết khi đội ngũ tham gia sản xuất, chế biến kinh doanh thực phẩm có kiến thức và chấp hành các quy định về an toàn thực phẩm. Các kết quả phân tích thực trạng là cơ sở khoa học để triển khai các nội dung can thiệp phù hợp nhằm nâng cao kiến thức và ý thức thực hành pháp luật an toàn thực phẩm của chủ hoặc người quản lý và nhân viên chế biến thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Food Safety News.** U.S Makes Top 10 List of Worst Food Safety Violators. 2014.
2. **Nguyễn Hữu Phúc.** Khảo sát tình hình vệ sinh an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể ở các trường mầm non trên địa bàn thành phố Đà Lạt năm 2009-2010, *Tạp chí Y học Thực hành*. 2010.
3. **Abdalla M.A.** Food safety knowledge and practices of street food-vendors in Atbara City (Naher Elneel State Sudan), *African Journal of Biotechnology*, 2008, 8(24): 6967-6971.
4. **Thạch Nhơn** (2014), "Khảo sát kiến thức và thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của đối tượng kinh doanh thức ăn đường phố trên địa bàn thành phố Trà Vinh, tỉnh Trà Vinh năm 2014", *Tạp chí Y học Thực hành*, 933+934, tr. 270-273.
5. **Võ Tá Thành** (2014), "Đánh giá thực trạng vi phạm về an toàn thực phẩm tại tỉnh Hà Tĩnh năm 2014", *Tạp chí Y học Thực hành*, 933+934 tr. 57-62.
6. **Trần Quang Trung** (2013), "Nghiên cứu kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người phục vụ tại các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố thuộc thành phố Lào Cai năm 2011", *Tạp chí Y học Thực hành*, 900(17-22).
7. **Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Văn Thành, Nguyễn Thị Hương** (2012), "Thực trạng quy mô, các hoạt động bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể các trường mầm non trên địa bàn tỉnh Hưng Yên", *Tạp chí Y học Thực hành*, 842, tr. 84-88.
8. **Hoàng Đức Hạnh** (2010), "Đánh giá thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể khu công nghiệp trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2010", *Tạp chí Y học Thực hành*, 933+934, tr. 36-39.
9. **Cates S.C., Muth, M.K., et al.** (2009), "Certified kitchen managers: Do they improve restaurant inspection outcomes?", *Journal of Food protection*, 72(2), pp. 384-391.
10. **Chander Pal Thakur Rakesh Mehra, Chahat Narula, Swati Mahapatra, et al.** (2013), "Food safety and hygiene practices among street food vendors in Delhi, India", *International Journal of Current Research*, 5(11), pp. 3531-3534.
11. **Đoàn Lê Thanh Phong** (2014), "Kiến thức, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người kinh doanh thức ăn đường phố tại phường 1, thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2013", *Tạp chí Y học Thực hành*, 933+934,



tr. 256-259.

12. **Nurudeen A.A** (2014), "A survey of hygiene and sanitary practices of street food vendors in the Central State of Northern Nigeria", *Journal of Public Health and Epidemiology*, 6(5), pp. 174-181.

13. **Hà Thị Anh Đào** (2009). *Thực trạng vệ sinh cơ sở dịch vụ thức ăn đường phố khu vực chợ Đồng Xuân và Thanh Xuân Bắc - Hà Nội*. Hội nghị Khoa học an toàn vệ sinh thực phẩm lần thứ 5, 2009.

14. **Hoàng Cao Sạ** (2011), "Đánh giá hiệu quả mô hình giám sát an toàn vệ sinh thực phẩm dựa vào kết hợp quân - dân y tại Hà Giang", *Tạp chí Y học Thực hành*, 3(756), tr. 37-41.

15. **Đặng Ngọc Hùng** (2014), "Đánh giá thực trạng an toàn thực phẩm của các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống do cấp thành phố quản lý năm 2013", *Tạp chí Y học Thực hành*, 933+934, tr. 10-14.

-----oOo-----

NỒNG ĐỘ CO₂ TẠI NHỮNG KHU VỰC SẢN XUẤT, THÔNG KHÍ VỚI MÔI TRƯỜNG BÊN NGOÀI QUA THÔNG GIÓ NHÂN TẠO

Nguyễn Văn Chinh¹, Văn Quang Tân², Trần Văn Hưởng², Tạ Văn Thượng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nồng độ CO₂ có thể cao trong khu vực làm việc tập trung đông người nhưng chỉ thông khí với bên ngoài bằng hệ thống thông gió nhân tạo. Tuy nhiên, chưa có nhiều báo cáo để chứng minh nhận định này.

Mục tiêu: Xác định nồng độ CO₂ ở các khu vực làm việc tập trung đông người mà chỉ thông khí với bên ngoài bằng hệ thống thông gió nhân tạo tại các đơn vị sử dụng lao động đang hoạt động tại Bình Dương từ năm 2012-2014.

Đối tượng và phương pháp: Sử dụng phương pháp ống phát hiện nhanh Kitagawa của Nhật để định lượng nồng độ CO₂, một số mẫu định lượng nồng độ CO₂ bằng việc so màu bằng máy quang phổ HACH DR 2800.

Kết quả: Nồng độ CO₂ trung bình tại khu vực làm việc tại các xưởng sản xuất, thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo là 1,653 mg/m³; trung vị là 1,260 (khoảng tứ vị là 1,040mg/m³-1,620mg/m³), thấp nhất là 550 mg/m³ và cao nhất là 9,522 mg/m³. Những nơi làm việc thông khí với bên ngoài qua hệ thống cấp lạnh thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn của CO₂ của các ngành sản xuất linh

kiện điện tử, được phẩm là rất cao trên 90%, tỷ lệ này ở các ngành dịch vụ là 72,7%, sản xuất thực phẩm là 58,3% và các khu vực làm việc khác là 83,3%. Tính chung các ngành nghề thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn là 84,3%.

Kết luận: Cần những nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng của CO₂ đến sức khỏe.

Từ khóa: Nồng độ CO₂, thông gió nhân tạo, khu vực làm việc.

ABSTRACT: THE CONCENTRATION OF CARBON DIOXIDE AT THE MANUFACTURING AREAS WHERE WERE VENTILATED WITH THE EXTERNAL ENVIRONMENT BY ARTIFICIAL VENTILATION SYSTEM

Background: The CO₂ concentration might be high at many manufacturing areas crowded with people where were only ventilated with the external environment by artificial ventilation system. However, there have not had many reports to prove this status.

Objectives: To determine the CO₂ concentration at

1. Sơ Y tế Bình Dương, Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

2. Trung tâm sức khỏe lao động môi trường tỉnh Bình Dương

3. Trường Cao Đẳng Quân y 1, Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 01/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

many manufacturing areas crowded with people where were ventilated with the external environment by artificial ventilation system in Binh Duong Province from 2012 to 2014.

Method: Using the method of Kitagawa Gas Detector Tubes Visible Detection of Japan to quantify the CO₂ concentration, some samples determined CO₂ concentration by comparison the colours via the Hach DR 2800 Portable Spectrophotometer.

Results: The average concentration of CO₂ at many manufacturing areas crowded with people where were ventilated with the external environment by artificial ventilation system was 1.653mg/m³; median = 1.260 (interquartile range = 1.040mg/m³ - 1.620mg/m³); min = 550mg/m³ and max = 9.522mg/m³. Working areas ventilated with the external environment via Cold-grade system got the very high exceeded standard rate of CO₂ in electronic components and medicine manufacturing, more than 90%, this rate of service industry was 72.7%, food and beverage industry was 58.3% and other sectors was 83,3%. In the general industry, the exceeded standard rate was 84.3%.

Conclusion: We need to have many researches to evaluate the effects of CO₂ to health.

Keywords: CO₂ concentration, artificial ventilation, manufacturing areas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CO₂ là khí tự nhiên và trong văn phòng phát sinh chủ yếu từ quá trình hô hấp của con người, trung bình 1 phút con người thải ra khoảng 200ml khí CO₂[2]. Những ngành nghề như sản xuất linh kiện điện tử, thực phẩm, dược phẩm-mỹ phẩm, may mặc... là những ngành nghề cần nhiều nhân công, tập trung đông người trong một khu vực làm việc, thường phải sử dụng các hệ thống cấp lạnh nhằm duy trì nhiệt độ và độ ẩm hằng định để ít ảnh hưởng đến chất lượng sản phẩm. Và thông khí nhân tạo là cách thức duy nhất được sử dụng để duy trì vi khí hậu và để loại bỏ các khí độc (đối với những khu vực làm việc thông thoáng với môi trường bên ngoài thì khí độc sẽ dễ dàng khuếch tán ra các khu vực xung quanh qua thông khí tự nhiên và thông khí chủ động).

Theo McGraw-Hill thì nồng độ CO₂ tại một tòa nhà ở NewYork vào năm 1916 từ 800-1000ppm (1440-1800mg/m³) và theo tổ chức hiệp hội sưởi ấm, làm lạnh và điều hòa không khí của Mỹ thì nồng độ CO₂ trong nhà nên dưới 1000ppm (1800mg/m³). Theo khuyến nghị của tiêu chuẩn 3733/BYT thì thông khí tại các khu vực làm việc kín tối

thiểu phải 13m³/giờ/người [1,3,4,5,6,7] để đảm bảo loại bỏ các khí tồn đọng trong phòng kín. Như vậy, để duy trì công suất thông gió tối thiểu này thường phải tốn nhiều chi phí hơn... Do vậy, nồng độ CO₂ có thể cao trong khu vực làm việc tập trung đông người nhưng chỉ thông khí với bên ngoài bằng hệ thống thông gió nhân tạo, có thể do công suất hệ thống thông gió không bảo đảm loại bỏ CO₂ thừa phát sinh trong quá trình hô hấp.

Tuy nhiên, chưa có nhiều báo cáo để chứng minh nhận định này. Hiện tại, nồng độ CO₂ tại nơi làm việc theo tiêu chuẩn vệ sinh lao động 3733/BYT là 900mg/m³ cho một ca làm việc 8 giờ và tiêu chuẩn này thấp hơn với tiêu chuẩn của OSHA, ACGIH, NIOSH (tiêu chuẩn của các tổ chức này là 9000mg/m³). Mặt khác, Bộ Y tế đang rà soát các tiêu chuẩn vệ sinh lao động để có những điều chỉnh phù hợp. Do đó, nghiên cứu được tiến hành từ việc định lượng nồng độ CO₂ trong các khu vực làm việc đông người mà chỉ thông khí với bên ngoài bằng thông gió nhân tạo. Đây không những là một trong những cơ sở cho việc điều chỉnh tiêu chuẩn về nồng độ tiếp xúc CO₂ cho phép trong môi trường lao động mà còn là cơ sở trong đánh giá nguy cơ nhiễm độc CO₂ và cơ sở để bồi dưỡng độc hại cho người lao động.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định nồng độ CO₂ ở các khu vực làm việc tập trung đông người mà chỉ thông khí với bên ngoài bằng hệ thống thông gió nhân tạo tại các đơn vị sử dụng lao động đang hoạt động tại Bình Dương từ năm 2012-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: Khu vực làm việc trong nghiên cứu này là những khu vực làm việc tập trung đông người mà chỉ thông khí với bên ngoài bằng hệ thống thông gió nhân tạo (ngoại trừ những khu vực làm việc văn phòng).

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả.

Mẫu: Lấy 1 mẫu CO₂ tại giữa khu vực làm việc.

Phân bố ngành nghề sản xuất gồm 6 ngành nghề: Sản xuất linh kiện điện tử, sản xuất thực phẩm, sản xuất thuốc các loại, dịch vụ (gồm siêu thị và điện lực-khu giao dịch khách hàng) và các ngành nghề khác.

Kỹ thuật lấy mẫu: Kỹ thuật lấy mẫu và phân tích nồng độ CO₂ theo thường quy kỹ thuật của Viện Y học Lao động và Vệ sinh Môi trường, sử dụng phương pháp ồng phát hiện nhanh Kitagawa của nhật để định lượng nồng độ CO₂, một số mẫu định lượng nồng độ CO₂ bằng việc so màu bằng máy quang phổ HACH DR 2800. Đánh giá nồng độ CO₂ đạt chuẩn hoặc không đạt chuẩn dựa trên tiêu chuẩn Vệ sinh lao động Quyết định số 3733/2002/QĐ-BYT



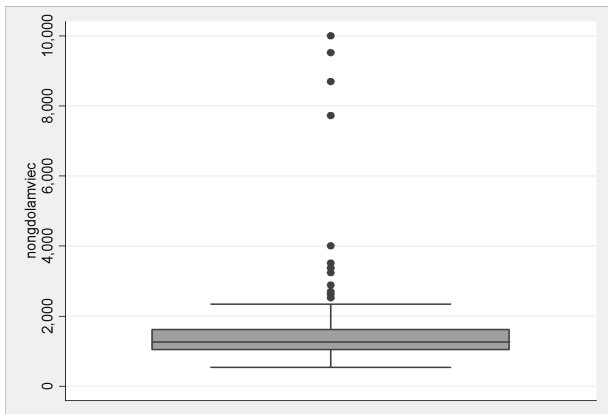
năm 2002 của Bộ Y tế.

Phân tích xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Excell và xử lý bằng phần mềm Stata 10. Biến số nồng độ CO₂ được trình bày theo trung bình, trung vị, khoảng tứ vị và phạm vi số liệu. Biến số nồng độ CO₂ vượt tiêu chuẩn 3733/BYT được trình bày theo tần số và tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Nồng độ CO₂ trung bình tại khu vực làm việc tại các xưởng sản xuất chỉ thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo là 1,653 mg/m³; trung vị là 1,260 (khoảng tứ vị là 1,040mg/m³-1,620mg/m³), thấp nhất là 550 mg/m³ và cao nhất là 9,522 mg/m³.

Biểu đồ 1. Phân bố nồng độ CO₂ khu vực làm việc tại các xưởng sản xuất chỉ thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo (n=134)



Bảng 2. Tỷ lệ mẫu kiểm tra vượt tiêu chuẩn vệ sinh lao động tại các xưởng sản xuất chỉ thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo theo hình thức thông gió và ngành nghề (n=54)

Ngành nghề		Nồng độ CO ₂ không đạt tiêu chuẩn. Tần số (tỷ lệ%)
Hệ thống cấp lạnh	Sản xuất linh kiện điện tử	63(96,9)
	Sản xuất thực phẩm	7(58,3)
	Sản xuất dược phẩm	15(93,8)
	Dịch vụ	8(72,7)
	Ngành nghề khác	20(83,3)
Quạt thông gió và hệ thống màn nước	Ngành nghề khác	0(0)
Chung		113 (84,3%)

Tại các xưởng sản xuất chỉ thông khí với môi trường bên ngoài qua quạt thông gió chung có hệ thống màn nước đi kèm có nồng độ CO₂ đều đạt tiêu chuẩn vệ sinh lao động. Tuy nhiên, những nơi làm việc chỉ thông khí với bên ngoài qua hệ thống cấp lạnh thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn của CO₂ của các ngành sản xuất linh kiện điện tử, dược phẩm là rất cao trên 90%, tỷ lệ này ở các ngành dịch vụ là 72,7%, sản xuất thực phẩm là 58,3% và các khu vực làm việc khác là 83,3%. Tính chung các ngành nghề thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn là 84,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của Nelson năm 2000 cho thấy công nhân nhà máy bia (làm việc trong thùng ủ kín) tiếp xúc với nồng độ CO₂ lên tới 1,08% (19440mg/m³) trong 8 giờ làm việc. Hiện tại, nồng độ CO₂ trung bình trong khí quyển dao động trong khoảng 380-400ppm (684-720mg/m³) tùy theo khu vực[1,3,4,5,6] nhưng theo kết quả nghiên cứu này cho thấy nồng độ CO₂ trung bình tại các khu vực làm việc chỉ thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo có nồng độ cao hơn gấp đôi ngoài khí quyển và 84,3% các mẫu kiểm tra vượt tiêu chuẩn vệ sinh lao động 3733/QĐ-BYT. Tuy nhiên, những khu vực làm việc tập trung đông người có thông gió nhân tạo kết hợp với hệ thống màn nước đi kèm (sử dụng hơi nước để làm giảm nhiệt độ trong khu vực làm việc) lại có nồng độ CO₂ khá thấp (bảng 2). Điều này có thể do công suất thông gió của khu vực làm việc này đủ lớn để loại bỏ CO₂ thừa, phát sinh trong quá trình hô hấp của con người hoặc lượng ẩm thừa trong khu vực này có thể hòa tan một phần lượng CO₂ cao trong không khí. Do vậy, những khu vực làm việc chỉ thông khí với bên ngoài qua hệ thống thông gió nhân tạo cần điều chỉnh công suất thông gió cho phù hợp với lượng người trong phòng để làm giảm tối đa lượng CO₂ tồn đọng trong môi trường làm việc. Vì nếu duy trì tiếp xúc lâu dài với nồng độ CO₂ cao có thể gây ảnh hưởng đến sức khỏe và năng suất lao động.

Những nghiên cứu cho thấy, việc hít thở với nồng độ CO₂ cao có thể ảnh hưởng tới hệ hô hấp, tim mạch, thần kinh trung ương và có thể gây tử vong [1,3,4,6]. Và những ảnh hưởng về sức khỏe của CO₂ được công bố chủ yếu từ những thảm họa môi trường khi tiếp xúc với nồng độ CO₂ rất cao. Rất ít những nghiên cứu về tác hại của CO₂ khi tiếp xúc lâu dài với nồng độ thấp (0,03-3%) nhưng nhiều nhận định đồng thuận về việc tiếp xúc này sẽ ảnh hưởng đến các quần thể nhạy cảm như người già, trẻ em và làm chất lượng dân số. Một số nghiên cứu công bố những ảnh hưởng về pH máu, giảm mật độ xương khi tiếp xúc với CO₂ ở nồng độ cao. Và những nghiên cứu thực nghiệm trên động vật đã chứng minh điều này.

Bảng 3. Một số triệu chứng gặp phải khi tiếp xúc với nồng độ CO₂ cao [2]

Nồng độ CO ₂	Triệu chứng
2-3 (%)	Khó thở nhẹ, thở sâu
5 (%)	Thở nặng nề, ra mồ hôi, mạch nhanh
7,5 (%)	Đau đầu, chóng mặt, bồn chồn, khó thở, tăng nhịp tim, tăng huyết áp, ảo giác
10 (%)	Giảm thính lực, buồn nôn, nôn ói, mất ý thức tạm thời
30 (%)	Hôn mê, co giật, chết

Bảng 4. Một số ảnh hưởng với việc tiếp xúc với nồng độ CO₂ khác nhau [3]

Nồng độ CO ₂ (%)	Thời gian tiếp xúc (ngày)	Hậu quả
0,85	20	Tăng thể tích khí cặn
1,2	3	Tăng 35% lưu lượng máu não
1,2	5	Khoảng 20% tăng huyết áp
1,2	25	Giảm có ý nghĩa số lượng tạo cốt bào, tăng nhẹ việc phá hủy xương
1,5	42	Tăng nồng độ Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ trong nước tiểu, tăng nhẹ số lượng hồng cầu, hemoglobin, Hct
1,5	42	Tăng có ý nghĩa thể tích khí cặn
2,0	30	Tăng có ý nghĩa thể tích khí cặn
3,0	8	Xuất hiện nhiều hành vi bất thường

Cũng theo tổ chức OSHA thì nồng độ CO₂ được xem là an toàn khi dưới 0,5% (9000mg/m³) nhưng đồng thời họ cũng khuyến cáo “chưa có những dữ liệu chắc chắn về

nồng độ CO₂ an toàn với sức khỏe khi tiếp xúc trong môi trường làm việc”. Theo hiệp hội sưởi ấm, làm lạnh và điều hòa không khí của Mỹ thì nồng độ CO₂ trong nhà nên dưới 1000ppm (1800mg/m³) và tiêu chuẩn 3733/BYT cho thấy nồng độ tiếp xúc trong 8 giờ làm việc là từ 900 mg/m³ trở xuống [1,3,4,6]. Việc chưa thống nhất về nồng độ tiếp xúc trong môi trường làm việc giữa các tổ chức và các quốc gia khác nhau bởi chưa có nhiều chứng cứ đánh giá hậu quả tiếp xúc với CO₂ nồng độ thấp trong một thời gian dài. Do vậy, cần những nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng của CO₂ đến sức khỏe. Trước mắt, những người làm việc trong khu vực kín nên tăng cường công suất hệ thống thông gió trên cơ sở kích thước và số lượng người trong mỗi khu vực làm việc, duy trì quạt thông gió sau ca làm việc, có thể mở cửa sổ hoặc cửa chính để hạn chế sự tồn đọng của CO₂ phát sinh trong quá trình hô hấp của con người.

KẾT LUẬN: Cần những nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng của CO₂ đến sức khỏe, cung cấp số liệu cho các nhà quản lý hoạch định chính sách, cũng như các nhà chuyên môn có kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người lao động trong môi trường lao động có điều kiện môi trường lao động tương tự trên địa bàn cũng như các địa bàn trong toàn quốc.

Nồng độ CO₂ trung bình tại khu vực làm việc tại các xưởng sản xuất, thông khí với môi trường bên ngoài qua thông gió nhân tạo là 1,653 mg/m³; trung vị là 1,260 (khoảng tứ vị là 1,040mg/m³ -1,620mg/m³), thấp nhất là 550 mg/m³ và cao nhất là 9,522 mg/m³. Những nơi làm việc thông khí với bên ngoài qua hệ thống cấp lạnh thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn của CO₂ của các ngành sản xuất linh kiện điện tử, dược phẩm là rất cao trên 90%, tỷ lệ này ở các ngành dịch vụ là 72,7%, sản xuất thực phẩm là 58,3% và các khu vực làm việc khác là 83,3%. Tính chung các ngành nghề thì tỷ lệ vượt tiêu chuẩn là 84,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- HSE (2014). Assessment of the major hazard potential of carbon dioxide.
- Lê Thị Tuyết Lan. Phân áp CO₂ trong máu động mạch và ý nghĩa lâm sàng. *Y học Thực hành* (1998). 2(4): 179-184.
- Occupational Health guideline for carbon dioxide (2005): health risk evaluation for carbon dioxide.
- Suan A. Rice (2004). Third annual conference on carbon sequestration. Human health risk assessment of CO₂: Survivors of acute high level exposure and populations sensitive to prolonged low level exposure.
- Wikipedia (2012), *Cacbon đioxit*, http://vi.wikipedia.org/wiki/Cacbon_%C4%91i%C3%B4xít, Truy cập ngày 15/09/2013.
- Stephen Petty. Summary of Ashrae’s position on carbon dioxide levels in spaces.
- Bộ Y tế (2002). Tiêu chuẩn 3733/BYT về 21 tiêu chuẩn vệ sinh lao động, năm nguyên tắc và bảy thông số vệ sinh lao động.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC XỬ LÝ CHẤT THẢI Y TẾ CỦA PHÒNG KHÁM ĐA KHOA, PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2013

Trần Văn Hưởng¹, Bùi Minh Hiền², Tạ Văn Thượng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhằm đánh giá việc tuân thủ các quy định của pháp luật về Quy chế quản lý chất thải y tế của các cơ sở HNYTN nói chung và các PKĐK, PKCK tư nhân trên địa bàn tỉnh nói riêng, chúng tôi thiết kế đề tài nghiên cứu với **mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm của phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân tại tỉnh Bình Dương; mô tả công tác phân loại rác thải y tế, công tác xử lý chất rắn và lỏng; xác định tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với đối tượng nghiên cứu là các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân trên địa bàn tỉnh Bình Dương, cỡ mẫu là 460 cơ sở hành nghề đang hoạt động.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy công tác phân loại rác tại nguồn của PKĐK, PKCK đạt chiếm 74,78%, các hình thức xử lý rác thải y tế chủ yếu là có hợp đồng với các đơn vị có chức năng xử lý rác thải (43,91%), chỉ có 16 cơ sở có hệ thống xử lý nước thải chiếm 3,5%. Tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải Y tế đạt tỷ lệ còn thấp (65,43%).

Kết luận-Kiến nghị: Chú trọng công tác tuyên truyền các văn bản quy phạm pháp luật về công tác phân loại, bảo quản, xử lý chất thải y tế cho các PKĐK, PKCK từ các văn bản hướng dẫn, công văn chỉ đạo, các quy định, quy chuẩn và các biện pháp xử lý nếu cơ sở không chấp hành. Bên cạnh đó, cơ quan quản lý cần tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra về công tác xử lý chất thải y tế.

Từ khóa: Hành nghề y tư nhân, phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa, xử lý chất thải y tế.

ABSTRACT

THE HEALTHCARE WASTE MANAGEMENT STATUS IN PRIVATE POLYCLINICS AND SPECIALIST CLINICS, BINH DUONG PROVINCE

1. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

2. Sở Y tế tỉnh Bình Dương

3. Trường Cao Đẳng Quân y 1, Học viện Quân y

Background: Binh Duong Provincial generally has an widespread system of private medical practice. However, many private polyclinics and specialist clinics are not interested in proper management and disposal of medical waste treatment and have many medical errors, affecting the environmental and human health. The survey aims at assessing compliance with the Waste Management Law of the private medical practice in general and private polyclinics and specialist clinics in particular, research was conducted to identify the healthcare waste management status in private polyclinics and specialist clinics, Binh Duong province in 2013.

Objectives: To identify the characteristics of private polyclinics and specialist clinics in Binh Duong province; To identify the characteristics of collection, sorting and handling of hazardous medical waste; To identify the rate of private polyclinics and specialist clinics to ensure the working conditions of medical waste.

Method: Using a cross-sectional descriptive study was carried out on 460 private polyclinics and specialist clinics in Binh Duong Province.

Results: The rate of the collection, classification of private polyclinics and specialist clinics was 74.78%. Medical waste treatment methods mainly combination with waste disposal authorities were 43.91%. The rate of private polyclinics and specialist clinics having wastewater treatment systems was 3.5%. The rate of private polyclinics and specialist clinics ensuring the working conditions of medical waste was 65.43%.

Conclusion: The results of this study underline the need of issuing legal documents on synchronous management and regulation of medical waste treatment at all private polyclinics and specialist clinics. On the other hand, State management agencies should strengthen the inspection and examination of medical waste treatment.

Keywords: The private medical practice, private polyclinic, private specialist clinic, medical waste treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên địa bàn tỉnh Bình Dương phát triển một hệ thống các cơ sở hành nghề y tế tư nhân rộng khắp, trong đó phòng khám đa khoa và phòng khám chuyên khoa tư nhân là 460 (chiếm trên 59,06%) được đầu tư nhiều cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác khám chữa bệnh. Qua đánh giá hệ thống y tế tư nhân cho thấy các cơ sở hành nghề y, được tư nhân đã đóng góp vào sự phát triển về dịch vụ khám chữa bệnh chất lượng cao cho nhân dân và góp phần đáng kể nhằm giảm sự quá tải trong các cơ sở y tế nhà nước.

Trong các quy định bắt buộc đối với các cơ sở hành nghề y tế tư nhân là thực hiện các quy định về xử lý chất thải y tế, trong đó có chất thải rắn và chất thải lỏng. Tuy công tác này được nhiều phòng khám quan tâm đầu tư nhưng chưa thực sự đảm bảo, an toàn và còn nhiều sai phạm, gây ảnh hưởng đến môi trường xung quanh cơ sở khám chữa bệnh, có tác động đến sức khỏe con người.

Nhằm đánh giá việc tuân thủ các quy định của pháp luật về Quy chế quản lý chất thải y tế của các cơ sở HNYTN nói chung và các PKĐK, PKCK tư nhân trên địa bàn tỉnh nói riêng, chúng tôi thiết kế đề tài nghiên cứu Khảo sát công tác xử lý chất thải y tế tại các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân tại tỉnh Bình Dương năm 2013.

MỤC TIÊU

Mục tiêu chung

Khảo sát công tác xử lý chất thải y tế tại các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân tại tỉnh Bình Dương năm 2013.

Mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả các đặc điểm của phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân tại tỉnh Bình Dương như: phân loại theo địa dư hành chính, loại hình hành nghề, vốn điều lệ, diện tích sử dụng.
2. Mô tả công tác phân loại rác thải y tế, công tác xử lý chất thải rắn và lỏng tại các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân
3. Xác định tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Các phòng khám đa khoa,

phòng khám chuyên khoa đang hoạt động trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

Cỡ mẫu - Phương pháp chọn mẫu: Theo số liệu quản lý hành nghề, tổng số các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân trên địa bàn tỉnh Bình Dương khoảng 460 cơ sở, nên đề tài chọn lấy mẫu toàn bộ là 460 cơ sở.

Tiêu chí chọn mẫu:

Tiêu chí đưa vào: Các phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân đang hoạt động trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

Tiêu chí loại ra: Các PKĐK, PKCK ngưng hoạt động trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Phòng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Biến số cần thu thập:

Biến độc lập: Địa dư hành chính, loại hình hành nghề, vốn điều lệ, diện tích sử dụng.

Biến phụ thuộc: Tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế.

III. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành khảo sát trên 460 phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân trên địa bàn tỉnh Bình Dương.

1. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Mô tả về phân bố theo địa dư hành chính của PKĐK, PKCK (n=460):

Đặc điểm của mẫu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Về phân bố theo địa dư hành chính		
TP.TDM	154	33,48
TX.Thuận An	100	21,74
TX. Dĩ An	66	14,35
Huyện Bến Cát	56	12,17
Huyện Phú Giáo	47	10,22
Huyện Dầu Tiếng	11	2,39
Huyện Tân Uyên	26	5,65

Nghiên cứu khảo sát tất cả các PKĐK, PKCK trên địa bàn tỉnh Bình Dương, xét về sự phân bố các PKĐK, PKCK chủ yếu tập trung tại các địa bàn TP.TDM là 154 cơ sở (chiếm 33,48%) và TX.Thuận An là 100 cơ sở (chiếm 21,74%); phân bố thấp nhất là huyện Tân Uyên và huyện Dầu Tiếng lần lượt là 5,65% và 2,39%.

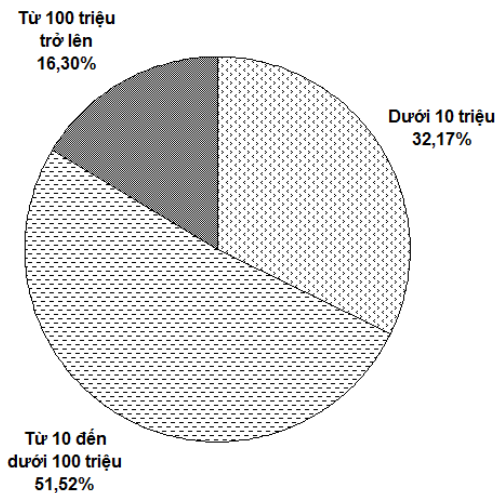


Bảng 2. Mô tả về loại hình hành nghề của PKĐK, PKCK (n=460):

Đặc điểm loại hình hành nghề	Tần số	Tỷ lệ (%)
Phòng khám đa khoa	42	9,13
PKCK Nội	222	48,26
PKCK Răng hàm mặt	93	20,22
PKCK Sản	52	11,3
PKCK Nhi	21	4,57
PKCK Ngoại	9	1,96
PKCK Mắt	9	1,96
PKCK Tai mũi họng	9	1,96
PKCK Da liễu	3	0,65

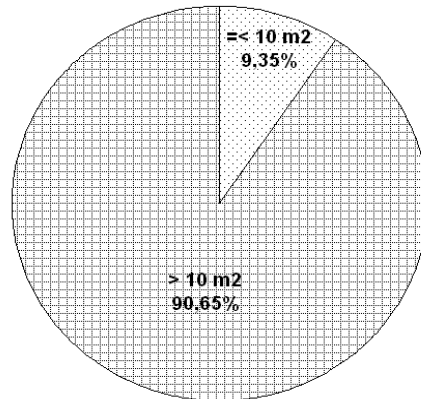
Khảo sát cho thấy tỷ lệ các PKĐK chiếm 9,13%, còn PKCK chiếm 90,87%, trong đó PKCK Nội tổng quát chiếm tỉ lệ cao nhất là 48,26%, PKCK Răng hàm mặt là 20,22%; thấp nhất là PKCK Da liễu với 03 cơ sở chiếm 0,65%.

Biểu đồ 1. Mô tả về vốn điều lệ của PKĐK, PKCK (n=460)



Về vốn điều lệ hoặc vốn đầu tư ban đầu của các PKĐK, PKCK chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 10 đến dưới 100 triệu đồng (chiếm 51,52%), đối với các khoảng đầu tư từ 100 triệu trở lên chiếm 16,30% thuộc về loại hình PKĐK, còn khoảng đầu tư dưới 10 triệu đồng chiếm 32,17% thuộc về loại hình PKCK.

Biểu đồ 2. Mô tả diện tích sử dụng của PKĐK, PKCK (n=460)



Xét về diện tích cơ sở hành nghề cho thấy hầu hết cơ sở có diện tích hơn 10 m² chiếm 90,65%, cơ sở có diện tích dưới hoặc bằng 10 m² chỉ chiếm 9,35%.

2. Công tác phân loại - xử lý chất thải rắn y tế:

Bảng 3. Công tác phân loại chất thải rắn y tế:

Công tác phân loại chất thải rắn y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Phân loại rác thải tại nguồn		
Đạt	344	74,78
Không đạt	116	25,22
Túi đựng rác đúng quy định		
Đạt	361	78,48
Không đạt	99	21,52
Nơi bảo quản rác y tế (n=202)		
Đạt	157	77,72
Không đạt	45	22,28

Nghiên cứu cho thấy công tác phân loại rác tại nguồn của PKĐK, PKCK đạt chiếm 74,78%; sử dụng túi đựng rác đúng quy định chiếm 78,48% và nơi bảo quản rác y tế đúng quy định chiếm 77,72%. Công tác phân loại, xử lý rác nói chung đạt khá, tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ không nhỏ các PKĐK, PKCK chưa chú trọng công tác này, cần có biện pháp giáo dục, tuyên truyền kết hợp xử lý vi phạm hành chính nhằm chấn chỉnh công tác này.

Bảng 4. Mô tả các hình thức xử lý rác thải y tế của PKĐK, PKCK (n=460)

Các hình thức xử lý rác thải y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hợp đồng với đơn vị xử lý rác thải	202	43,91
Không phát sinh rác y tế	99	21,52

Các hình thức xử lý rác thải y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chôn rác vào hố riêng	18	3,91
Gom và đốt rác riêng	92	10,65
Xử lý chung với rác sinh hoạt	99	20

Các hình thức xử lý rác thải y tế của PKĐK, PKCK chủ yếu là có hợp đồng với các đơn vị có chức năng xử lý rác thải là 202 cơ sở (chiếm 43,91%), các cơ sở không phát sinh rác thải y tế chiếm 21,52%, thấp nhất là hình thức chôn rác vào hố riêng chiếm 3,91%. Đáng lưu ý là hình thức xử lý rác thải y tế chung với rác sinh hoạt chiếm 20% các phòng khám nghiên cứu.

Bảng 5. Mô tả khối lượng rác thải y tế của PKĐK, PKCK (n=460)

Khối lượng rác thải y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 1kg/ngày	318	69,13
Từ 1kg/ngày trở lên	142	30,87

Khối lượng rác thải y tế phát sinh tại phòng khám trong 01 ngày dưới 1kg chiếm đa số với 69,13%, chủ yếu là các phòng khám chuyên khoa, nhất là các chuyên khoa không thực hiện các thủ thuật mà chủ yếu là thăm khám, kê toa như: Nội, da liễu, mắt ...

Bảng 6. Mô tả thời gian lấy rác của PKĐK, PKCK (n=460)

Thời gian lấy rác	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 4 lần/tháng	408	88,7
Từ 4 lần/tháng trở lên	52	11,3

Nghiên cứu cho thấy các cơ sở có số lần lấy rác từ 04 lần/tháng trở lên chiếm rất ít (11,3%) chủ yếu là các PKĐK do khối lượng phát sinh nhiều và phụ thuộc nhiều vào hợp đồng ký kết với các đơn vị xử lý rác trên địa bàn tỉnh (chủ yếu là Công ty TNHH MTV CTN Môi trường Bình Dương).

3. Công tác xử lý chất thải lỏng:

Bảng 7. Hình thức xử lý chất thải lỏng y tế của PKĐK, PKCK (n=460)

Các hình thức xử lý chất thải lỏng y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có hệ thống xử lý nước thải	16	3,5
Hợp đồng thu gom nước thải	35	7,6
Không phát sinh nước thải	249	54,13
Hầm tự hoại	79	17,17
Xử lý chung với nước thải sinh hoạt	80	17,39

Nghiên cứu cho thấy các hình thức xử lý chất thải lỏng y tế của PKĐK, PKCK như sau: chiếm đa số là các cơ sở không phát sinh nước thải trong quá trình hành nghề là 249 cơ sở (54,13%), chỉ có 16 cơ sở có hệ thống xử lý nước thải chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,5%; 35 cơ sở có hợp đồng thu gom và xử lý nước thải là chiếm 7,6%.

Đối với cơ sở có phát sinh nước thải y tế nhưng chưa có hình thức xử lý theo quy định thì hầu hết các cơ sở đó áp dụng hình thức thải ra chung với hệ thống nước sinh hoạt chiếm 17,39% hoặc tập trung tại hầm tự hoại và xử lý hóa chất trước khi thải ra hệ thống nước sinh hoạt chung chiếm 17,17%.

Bảng 8. Đánh giá về hoạt động và chất lượng hệ thống xử lý nước thải y tế (n=16)

Đánh giá về hoạt động và chất lượng hệ thống xử lý nước thải y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hệ thống xử lý nước thải hoạt động thường xuyên		
Đạt	14	87,5
Không đạt	2	12,5
Kết quả xử lý nước thải đạt yêu cầu		
Đạt	12	75
Không đạt	4	25

Trong 16 PKĐK có hệ thống xử lý nước thải, đa số đều được các cơ sở chú trọng công tác vận hành hệ thống hoạt động thường xuyên (chiếm 87,5%) và theo dõi kết quả nước thải đạt yêu cầu định kỳ hằng quý theo quy định (chiếm 75%).

4. Tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế

Công tác xử lý chất thải y tế	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt	301	65,43
Không đạt	159	34,57

Các phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế đạt tỷ lệ còn thấp (65,43%), cho thấy các cơ sở chưa chú trọng đầu tư công tác này cũng như việc tiếp cận các công nghệ xử lý chất y tế an toàn, kinh tế và dễ thực hiện còn hạn chế. Mô hình xử lý chất thải y tế tập trung là chủ đạo, mang nhiều lợi ích cho môi trường nhưng hiện nay vẫn chưa được các cơ sở quan tâm do chi phí còn cao so với thu nhập một số PKĐK, PKCK quy mô nhỏ.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các PKĐK chiếm 9,13%,

còn PKCK chiếm 90,87%; PKCK Nội tổng quát chiếm tỉ lệ cao nhất là 48,26%; các phòng khám chủ yếu tập trung tại các địa bàn thành phố Thủ Dầu Một (33,48%) và thị xã Thuận An (chiếm 21,74%). Tỷ lệ phòng khám đảm bảo các điều kiện về công tác xử lý chất thải y tế đạt tỷ lệ còn thấp (65,43%).

Công tác phân loại rác tại nguồn của PKĐK, PKCK đạt chiếm 74,78%, sử dụng túi đựng rác đúng quy định chiếm 78,48% và nơi bảo quản rác y tế đúng quy định chiếm 77,72%.

Các hình thức xử lý rác thải y tế chủ yếu là có hợp đồng với các đơn vị có chức năng xử lý rác thải (43,91%), các cơ sở không phát sinh rác thải y tế chiếm 21,52%. Khối lượng rác thải y tế phát sinh tại phòng khám trong 01 ngày dưới 1kg chiếm đa số với 69,13%, trong khi các cơ sở có số lần lấy rác từ 04 lần/tháng trở lên chiếm rất ít (11,3%) chủ yếu là các PKĐK.

Công tác xử lý chất thải lỏng y tế, cơ sở không phát sinh nước thải trong quá trình hành nghề, tỷ lệ cao nhất là 54,13%; cơ sở có hệ thống xử lý nước thải chiếm tỷ lệ thấp

nhất 3,5%; 35 cơ sở có hợp đồng thu gom và xử lý nước thải chiếm 7,6%.

PKĐK có hệ thống xử lý nước thải và theo dõi kết quả nước thải đạt yêu cầu định kỳ hằng quý theo quy định (75%).

KIẾN NGHỊ

Chú trọng công tác tuyên truyền các văn bản quy phạm pháp luật về công tác phân loại, bảo quản, xử lý chất thải y tế cho các PKĐK, PKCK từ các văn bản hướng dẫn, công văn chỉ đạo, các quy định, quy chuẩn và các biện pháp xử lý nếu cơ sở không chấp hành. Bên cạnh đó, cơ quan quản lý cần tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra về công tác xử lý chất thải y tế, có sự phối hợp chỉ đạo giữa Sở Y tế, Sở Tài nguyên Môi trường, Sở Khoa học Công nghệ... Cần triển khai, hướng dẫn các cơ sở việc xây dựng hội đồng phòng chống nhiễm khuẩn tại các PKĐK, riêng các PKCK thì có công văn hướng dẫn chi tiết các vấn đề cần lưu ý về công tác phân loại, xử lý rác thải y tế, công tác phòng chống nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Văn Dũng (3-2007), Phương pháp nghiên cứu khoa học và phân tích thống kê với phần mềm Stata 8.0, thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đỗ Nguyên (2006), Phương pháp nghiên cứu khoa học, thành phố Hồ Chí Minh.
3. Quốc hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa 12, *Luật Khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội, ngày 23/11/2009.
4. Chính phủ Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, *Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh*, số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011.
5. Bộ Y tế (2007), *Quyết định số 40/2007/QĐ-BYT, ngày 16/11/2007 về việc ban hành quy trình và danh mục thanh tra hành nghề y tư nhân*.
6. Bộ Y tế, *Quyết định về việc ban hành Quy chế quản lý chất thải y tế*, số 43/2007/QĐ-BYT ngày 30/11/2007.
7. Bộ Y tế, *Thông tư hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009.

ĐẶC ĐIỂM DẤU HIỆU SINH TỒN LÚC NHẬP VIỆN Ở 54 TRƯỜNG HỢP TRẺ TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2013

Lê Thanh Hải¹, Phan Thị Ngọc Lan¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Nhằm tìm hiểu đặc điểm dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện ở những trường hợp trẻ tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó đề xuất các giải pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Suy hô hấp: 1,9% độ 1, 13% độ 2, 61,1% độ 3, 13% độ 4; Suy tuần hoàn: 3,7% sốc còn bù; 9,3% sốc mất bù, 3,7% không hồi phục, 24,1% tim ngừng đập; Thần kinh: có 5,6% hôn mê giai đoạn 2, có 33,3% hôn mê giai đoạn 3; Dấu hiệu khác: 44,4% sốt, 55,5% hạ nhiệt, 63% suy dinh dưỡng; Mức độ bệnh: 77,8% rất nặng, 20,4% mức độ nặng, 1,8% mức độ vừa.

Từ khóa: Dấu hiệu sinh tồn, tử vong 24h.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF VITAL SIGNS AT ADMISSION OF 54 CHILDREN DIE WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

To investigate the characteristics of vital signs at admission in children who die within 24 hours of admission, from which suggestion for intervention should be drawn out, we carry out a cross-sectional study on 54 death cases within 24 hours of admission to Vietnam National Children's Hospital in 2013

The study shows that: respiratory failure: 1,9% level 1, 13% level 2, 61,1% level 3, 13% level 4; circulatory collapse: 3,7% shock, 3,7% non-recovery, 24,1% cardiac arrest; Neurology: có 5,6% come level 2, có 33,3% come level 3; other signs: 44,4% fever, 55,5% antipyretic, 63% malnutrition; serverity level: 77,8% very severe, 20,4% severe, 1,8% average.

Keywords: Vital signs, die within 24 hours.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự trong quá trình chuyển tuyến cấp cứu đến Bệnh viện Nhi Trung ương, các thành tố vận chuyển cấp cứu an toàn ở trẻ em bao gồm sự ổn định tình trạng của bệnh nhi, sự liên hệ-trao đổi thông tin về bệnh nhi với nơi chuyển đến, chuẩn bị và thực hiện vận chuyển an toàn cho bệnh nhi và điều kiện tiếp nhận và xử trí của Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương [1].

Ổn định tình trạng của bệnh nhi, là ổn định các chỉ số, dấu hiệu sinh tồn (ổn định về tuần hoàn, hô hấp, thần kinh, thân nhiệt). Trên cơ sở xác định đặc điểm các dấu hiệu sinh tồn, qua đó đề ra giải pháp can thiệp giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ đặc biệt là tử vong trước 24 giờ nhập viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện ở 54 trường hợp trẻ tử vong trong 24 giờ nhập viện, tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương về các trường hợp bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện hoặc bệnh nhân xin về trong tình trạng nặng, bóp bóng, hôn mê sâu, đồng tử giãn, hạ nhiệt độ, chắc chắn tử vong ngay sau khi xuất viện, trong vòng 24 giờ đầu kể từ khi nhập viện, chỉ chọn các trường hợp có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân tử vong trong 24 giờ nhập viện từ 01/10/2012 đến 30/9/2013.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng có phân tích.

3. Quản lý và phân tích số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

liệu bằng SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đánh giá chức năng hô hấp thời điểm nhập viện tại BV Nhi TW

Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL
Mức độ suy hô hấp						
Độ 1	1	2,9	0	0,0	1	1,9
Độ 2	2	5,9	5	25,0	7	13,0
Độ 3	25	73,5	8	40,0	33	61,1
Độ 4	4	11,8	3	15,0	7	13,0
Không có số liệu	2	5,9	4	20,0	6	11,1
TỔNG	34	100	20	100	54	100

Đa số trẻ nhập viện trong trường hợp suy hô hấp độ 3 với tỷ lệ 61,1%, suy hô hấp độ 2 và suy hô hấp độ 4 cùng chiếm tỷ lệ 13%, trong khi đó ở độ 2 chiếm tỷ lệ 1,9%. Có 11,1% số trường hợp là không có dữ liệu trong việc

đánh giá suy hô hấp ở trẻ. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p>0,05$).

Bảng 2. Đánh giá chức năng tuần hoàn thời điểm nhập viện tại BV Nhi TW

Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL
Đánh giá chức năng tuần hoàn						
Không sốc	11	32,4	4	20,0	15	27,8
Sốc còn bù	1	2,9	1	5,0	2	3,7
Sốc mất bù	2	5,9	3	15,0	5	9,3
Không hồi phục	1	2,9	1	5,0	2	3,7
Tim ngừng đập	9	26,5	4	20,0	13	24,1
Không có thông tin	10	29,4	7	35,0	17	31,5
TỔNG	34	100	20	100	54	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tim ngừng đập chiếm đến gần ¼ số trẻ khi đưa đến Bệnh viện Nhi Trung ương, sốc và không hồi phục chiếm tỷ lệ gần 17%. Trong khi đó tỷ lệ không sốc chỉ chiếm 27,8%, có 31,5% là không có

thông tin.

Không có sự khác biệt về đánh giá chức năng tuần hoàn giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p>0,05$).

Bảng 3. Đánh giá chức năng thần kinh thời điểm nhập viện tại BV Nhi TW

Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL
Suy giảm, chức năng thần kinh						
Hôn mê giai đoạn 2	0	0,0	3	15,0	3	5,6
Hôn mê giai đoạn 3	14	41,2	4	20,0	18	33,3
Không có thông tin	20	58,8	13	65,0	33	61,1
TỔNG	34	100	20	100	54	100

Chức năng thần kinh tại thời điểm nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương có 61,1% số trường hợp là không có thông tin, có 1/3 số trẻ là hôn mê giai đoạn 3, hôn mê giai đoạn 2 chiếm 5,6%.

Bảng 4. Các tình trạng kèm theo khác

Đặc điểm	Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		p
		SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Sốt		4	11,8	20	100	24	44,4	-
Hạ nhiệt		30	88,2	0	0	30	55,5	-
Suy dinh dưỡng		16	47,1	18	90,0	34	63,0	<0,05*

(*Kiểm định Fisher's exact)

Tỷ lệ sốt ở trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ nhỏ với 11,8%, trong khi đó toàn bộ trẻ trên 1 tháng tuổi có dấu hiệu sốt và sốt cao.

Toàn bộ dấu hiệu hạ nhiệt xuất hiện ở trẻ sơ sinh, trẻ trên 1 tháng tuổi không có trẻ nào có dấu hiệu hạ nhiệt.

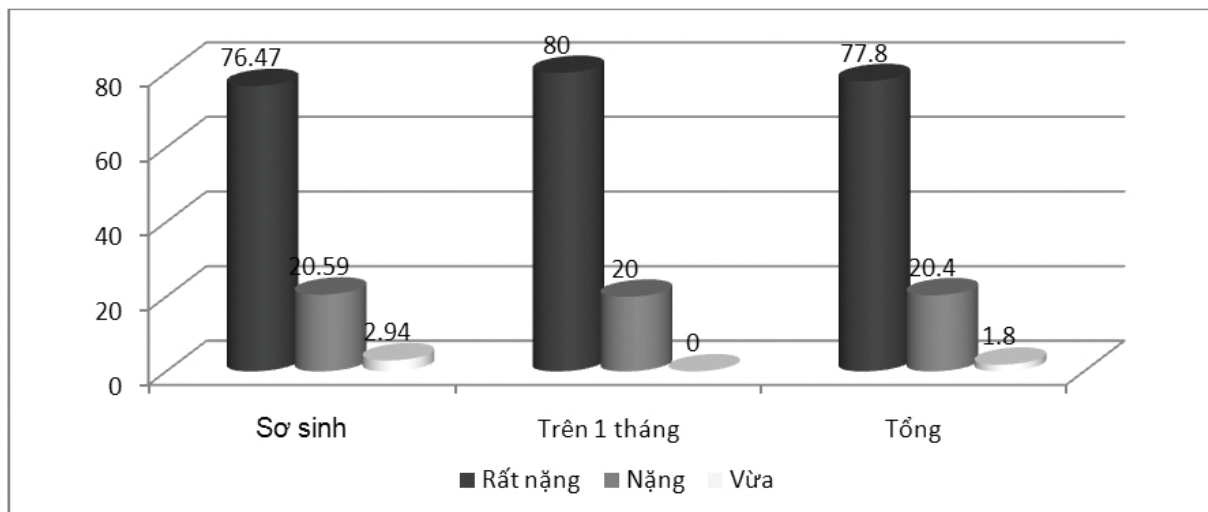
Tỷ lệ suy dinh dưỡng toàn bộ số trẻ là 63%, trong

đó trẻ trên 1 tháng tuổi chiếm chủ yếu với 90%, trẻ sơ sinh có 16 trường hợp do đề thiếu cân chiếm 47,1%.

Nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm trẻ sơ sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

($p < 0,05$).

Biểu 1. Đánh giá mức độ nặng, nhẹ ở trẻ tử vong trong 24 giờ khi nhập viện



Đánh giá tình trạng bệnh cho thấy đa số trẻ tử vong trong 24 giờ khi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương là rất nặng với số lượng là 42/54 trẻ chiếm 77,8%. Trong khi đó trẻ trong tình trạng nặng có 11 trẻ chiếm tỷ lệ 20,4%, trẻ trong tình trạng mức độ vừa chỉ có 1 trẻ chiếm tỷ lệ 1,8% số trẻ.

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng bệnh giữa 2 nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Suy hô hấp trong 54 trẻ tử vong trong 24 giờ có là suy hô hấp độ 4 chiếm 13,0%, suy hô hấp độ 3 chiếm 61,1%, suy hô hấp độ 2 chiếm 13,0%, suy hô hấp độ 1 chiếm 1,9%, có 11,1% số đối tượng là không có số liệu. Không

có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về suy hô hấp giữa nhóm trẻ sơ sinh và trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên ($p < 0,05$).

Tỷ lệ suy hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn của tác giả Tô Thanh Hương và cộng sự về tử vong trong 24 giờ tại khoa sơ sinh Bệnh viện Sức khỏe Trẻ em, số trẻ đến viện có tím tái (71,6%), trong đó có 23,9% suy hô hấp phải thông khí hỗ trợ ngay [8].

Theo tác giả Lê Thị Nga tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [4] trong số các bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện thì có 79% bệnh nhân có chỉ số SpO_2 giảm, trong đó giảm rất nặng chiếm 40,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nếu không tính đến 11,1% trường hợp không có dữ liệu, thì có đến 100% các trường hợp là suy hô hấp. Theo kinh nghiệm chúng tôi thì đa phần trẻ tử vong trước 24 giờ đều có biểu hiện suy hô

hấp, trong quá trình vận chuyển cấp cứu, cấp cứu thông đường thở, cho trẻ thở ôxy là điều cần thiết. Do vậy, cần đầu tư đầy đủ các trang thiết bị hỗ trợ, bên cạnh đó cán bộ tham gia cấp cứu cũng cần được đào tạo đầy đủ kỹ năng về hỗ trợ cho trẻ.

Sốc tuần hoàn: Có 68,5% số trường hợp là có dữ liệu về tuần hoàn, có 30,7% số trường hợp là sốc, tim ngừng đập, trong đó số trường hợp tim ngừng đập chiếm 24,1%, số trường hợp sốc không hồi phục chiếm 3,7%, số trường hợp sốc mất bù chiếm 9,3%, sốc còn bù chiếm 3,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi về sốc tuần hoàn ($p > 0,05$).

Ngưng tim ngưng thở trước nhập viện chiếm một tỷ lệ đáng kể trong tử vong chung của trẻ em. Tại Mỹ 5% cuộc chuyển viện trẻ em là có nguy hiểm tới tính mạng [5], tại Anh 90% cuộc chuyển viện là có nhân viên y tế đi kèm [5], tại Bệnh viện Nhi Đồng I (1998-2001) sơ sinh là nhóm trẻ được chuyển nhiều nhất do quá khả năng điều trị 22,75%, 34,8% bệnh nhi không ổn định về sinh hiệu trước chuyển viện [5] và chỉ có 19% cuộc chuyển viện có nhân viên y tế đi kèm.

Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3] tại Bệnh viện Nhi Đồng I có 23,1% số bệnh nhi phải cấp cứu khẩn cấp ngay khi nhập viện (Thở ôxy, truyền dịch, chống sốc, đặt nội khí quản, bóp bóng giúp thở, xoa tim ngoài lồng ngực).

Chức năng thần kinh: Có 38,9% số trường hợp có số liệu đánh giá về chức năng thần kinh trong nghiên cứu, trong đó có 33,3% số trường hợp là hôn mê giai đoạn 3, hôn mê giai đoạn 2 chiếm 5,6%.

Thực tế cho thấy, hầu hết trẻ em tử vong trong 24 giờ nhập viện khi đến bệnh viện ở trong tình trạng hôn mê sâu, một số đờ đẫn, không có khả năng phản xạ.

Việc xử trí cấp cứu ở các khâu từ tại gia đình, trong quá trình chuyển viện và tại phòng khám là rất quan trọng. Trên thực tế, các bậc cha mẹ thường không có kỹ năng trong việc xử trí khi trẻ có các dấu hiệu bất thường. Trong quá trình vận chuyển có nhiều trường hợp thiếu trang thiết bị (sốc tim, bình thở,...) khiến cho tử lệ tử vong trong 24 giờ còn cao.

Các bệnh khác kèm theo: Sốt chủ yếu ở trẻ trên 1 tháng tuổi với 100%, trẻ sơ sinh có 4 trẻ với tỷ lệ 11,8%, tỷ lệ sốt chung là 44,4%; Hạ nhiệt chỉ có ở trẻ sơ sinh với 88,2% số trẻ sơ sinh, tỷ lệ chung hạ nhiệt là 88,9%. Suy dinh dưỡng chiếm 63% số trẻ, trong đó trẻ sơ sinh là 47,1%, trẻ trên 1 tháng tuổi là 90%.

Ở các trường hợp sốt cao thường là do nhiễm khuẩn, các trường hợp mẩn cảm, sốc, nhiều gia đình không biết

cách xử trí, trẻ bị co giật, tổn thương thần kinh.

Ở các trường hợp hạ thân nhiệt đa số là trẻ sơ sinh, quá trình vận chuyển trẻ cần có chế độ ủ ấm, tuy nhiên hầu hết các xe cấp cứu hiện nay là không sẵn có các thiết bị ủ ấm cho trẻ.

Theo tác giả Tô Thanh Hương và cộng sự nghiên cứu tử vong trước 24 giờ tại khoa sơ sinh Viện Bảo vệ Sức khỏe trẻ em có 31,8% trẻ bị hạ nhiệt độ khi vào viện ($\leq 36^\circ\text{C}$) [8]. Theo Nguyễn Thị Nga và cộng sự, nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ đẻ non tại Viện Nhi cho thấy tỷ lệ trẻ đẻ non vào viện có nhiệt độ $\leq 36^\circ\text{C}$ là 71,3% [7].

Theo chúng tôi việc đầu tư các lồng ấp cho vận chuyển cấp cứu trẻ sơ sinh là điều cần thiết trong việc giảm tỷ lệ tử vong trước 24 giờ ở trẻ nói riêng và giảm tử vong nói chung ở trẻ sơ sinh.

Thực tế trẻ nhẹ cân thường có sức khỏe kém, đối với trẻ sơ sinh khi nhập viện thường hạ nhiệt độ. Theo tác giả Worku. B, nghiên cứu trẻ sơ sinh cân nặng thấp ở Bệnh viện Trẻ em Ethia- Swedish, Addis Ababa cho thấy hơn 90% trẻ cân nặng thấp vào viện có nhiệt độ $< 36,5^\circ\text{C}$ bất kể nơi sinh [9].

Đánh giá mức độ bệnh: Đa số trẻ tử vong trong 24 giờ khi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương là rất nặng chiếm 77,8%, trong khi đó trẻ trong tình trạng nặng chiếm tỷ lệ 20,4%; mức độ vừa chiếm tỷ lệ 1,8% số trẻ. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng bệnh giữa 2 nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$). Như vậy tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,2%.

Theo Lê Thị Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [4] đối với các trường hợp bệnh nhi nặng trong 24 giờ đầu, tỷ lệ tử vong là 21%. Cũng theo Lê Thị Nga tuổi dưới 12 tháng vào viện trong tình trạng nặng rất cao (90%), phần lớn ở lứa tuổi sơ sinh (42%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với một số nghiên cứu ở Bệnh viện Nhi Đồng I và Bệnh viện Saint -Paul [1][6].

Tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao vì tất cả các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ. Các bệnh nhi nặng, thường là các bệnh viện tuyến tỉnh không đủ khả năng về cơ sở vật chất, kỹ thuật điều trị.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm các dấu hiệu về hô hấp, tuần hoàn, thần kinh và mức độ bệnh ở 54 trẻ tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, các bậc cha mẹ cần

có khả năng nhận biết các dấu hiệu bất thường về sức khỏe nhằm đưa trẻ đến các cơ sở y tế kịp thời tránh tình trạng bệnh quá nặng. Bệnh nhi cần được ổn định trước khi chuyển tuyến. Trong quá trình vận chuyển và cấp cứu bệnh nhi tại bệnh viện, cần có các cán bộ y tế có đủ trình

độ, kỹ năng để xử trí các sự cố xảy ra. Cần trang đủ các trang thiết bị cấp cứu trên xe bao gồm thở ôxy, sốc tim, thiết bị ủ ấm bệnh nhi đối với trẻ sơ sinh và các loại thuốc thiết yếu...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bệnh viện Nhi Trung ương- Bệnh Viện Nhi đồng I - Tổ chức Y tế thế giới** (2005). *Xử trí các bệnh nặng trẻ em (tài liệu sử dụng trong bệnh viện)*.
2. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ - Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải, tr.1-57.
3. **Hoàng Trọng Kim và cộng sự** (2004) "*Tình an toàn của các trường hợp chuyển viện đến Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004*". Y học Thực hành 2004;495;116-121.
4. **Lê Thị Nga và cộng sự** (2009), *Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 51(3): 3-7.
5. **Phan Thị Thanh Hiền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004 - 2007*, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 11, Phụ bản số 4, tr.74-78.
6. **Ngô Thị Thanh, Vũ Thúy Lan và cộng sự** (1996), "*Tình hình bệnh tật trẻ em tại khoa hồi sức cấp cứu Nhi Bệnh viện Saint-Paul-Hà Nội trong 3 năm 1993 - 1995*", Nhi Khoa, tập 5, (3), Tr.122-130.
7. **Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Thị Phúc** (1997) "*Nhận xét một số yếu tố nguy cơ gây tử vong ở trẻ đẻ non*". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Viện BVSKTE, Tr. 58-62.
8. **Tô Thanh Hương, Nguyễn Thị Nga** (1981), "*Tình hình tử vong trước 24 giờ tại khoa sơ sinh Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em trong 3 năm 1977 - 1979*", Báo cáo Hội nghị ngành Nhi, Tr. 44 - 50.
9. **Worku .B** (1999), "*The low weight infant in the Ethia-Swedish children' Hospital, Addis Ababa*", Ethiop Med J. 1999 Apr; 37(2) 111-9.



ĐÁNH GIÁ XỬ TRÍ TRƯỚC VIỆN Ở 54 TRƯỜNG HỢP TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Phan Thị Ngọc Lan¹, Lê Thanh Hải¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Nhằm xác định thực trạng công tác xử trí tuyến trước qua đó tìm ra giải pháp giảm tỷ lệ tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu cắt ngang 54 trường hợp tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Xử trí trước viện: Dưới 24 giờ chiếm 35,2%; chẩn đoán trước tuyến không phù hợp hoặc phù hợp 1 phần 27,8%, tuyến trước không được xử trí hoặc xử trí chưa thích hợp 53,7%.

- Quá trình vận chuyển: 31,5% số trường hợp gia đình tự túc trong vận chuyển; 29,6% vận chuyển trực tiếp từ nhà đến Bệnh viện Nhi Trung ương, phương tiện 25,9% là xe ô tô không phải cứu thương; 31,5% có nhân viên y tế, 31,5% có dụng cụ y tế trên xe, 31,5% được cấp cứu khi vận chuyển.

- Nhóm trẻ sơ sinh có tỷ lệ cao hơn nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên về thời gian phát hiện bệnh đến khi vào viện sớm hơn, vận chuyển qua dịch cấp cứu, có nhân viên y tế trong vận chuyển, có dụng cụ y tế trên xe vận chuyển, được cấp cứu khi vận chuyển ($p < 0,05$).

Từ khóa: Xử trí trước viện, tử vong 24h, trẻ sơ sinh.

ABSTRACT

AN EVALUATION OF PATIENT MANAGEMENT BEFORE REFERRAL IN 54 PATIENTS WHO DIE WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

To identify the reality in patient management before referral, from which prevention should be drawn out to reduce mortality rate of Vietnam National Children's Hospital, we carry out a retrospective and cross-sectional study on 54 death cases within 24 hours of admission to Vietnam National Children's Hospital (VNCH) in 2013. The results showed that:

- Patient management before referral: Below 24 hours 35,2%; Unpresise diagnosis or partly presise 27,8%, not managed or unsuitable management 53,7%.

- Patient transport: 31,5% of cases that parents transport themselves; 29,6% transport from patient's house to VNCH, in terms of means of transport: 25,9% by car but not an ambulance; 31,5% ambulance having medical staff, 31,5% ambulance having medical equipment 31,5% of cases experienced life support when transporting

- Neonate group has higher rate than infants more than 1 month in terms of early investigation and admission, patient transport service, ambulance having medical staff and medical equipment, life support on ambulance ($p < 0,05$).

Keywords: Patient management before referral, death cases within 24 hours of admission, neonate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ tại bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, thường chiếm tỷ lệ từ 39% năm 2000 xuống 23% năm 2004 và tỷ lệ này duy trì (giảm không đáng kể) trong các năm 2005, 2006 và 2007 [1].

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự, tuyến trước đã có cố gắng điều trị và ổn định bệnh nhân trước khi chuyển viện song họ cũng gặp những trở ngại lớn cấp cứu về hô hấp, có lẽ do mặt bệnh hô hấp là phổ biến, kinh nghiệm điều trị những trường hợp nặng còn hạn chế, đồng thời tuyến trước cũng còn thiếu về trang thiết bị cấp cứu hô hấp (như CPAP, máy thở...). Đây có lẽ là lý do giải thích tại sao tỷ lệ tử vong trong khi chuyển viện không giảm [1].

Xử trí ban đầu cho bệnh nhi trước khi chuyển lên tuyến trên có ý nghĩa quan trọng để giảm bớt tỷ lệ tử vong. Việc nhận biết sớm các dấu hiệu nguy kịch, ổn định tình trạng bệnh nhi trước khi vận chuyển là hết sức cần thiết. Mô hình bệnh cấp cứu ở trẻ em khác biệt với người lớn, lý do chính là tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng gây nên suy hô

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 16/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 23/03/2017

hấp hay gặp hơn, suy chức năng thần kinh là nguyên nhân phổ biến nhất, nó có thể tiên phát do nhiễm trùng thần kinh trung ương hoặc thứ phát do nhiễm độc, thiếu ôxy não, xuất huyết, chấn thương, động kinh hoặc các bệnh chuyển hoá [6].

Nhằm xác định thực trạng công tác xử trí tuyến trước qua đó tìm ra giải pháp giảm tỷ lệ tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá xử trí trước viện ở 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương về các trường hợp bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện hoặc bệnh nhân xin về trong tình trạng

nặng, bóp bóng, hôn mê sâu, đồng tử giãn, hạ nhiệt độ, chắc chắn tử vong ngay sau khi xuất viện, trong vòng 24 giờ đầu kể từ khi nhập viện, chỉ chọn các trường hợp có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân tử vong trong 24 giờ nhập viện từ 01/10/2012 đến 30/9/2013.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng có phân tích.

3. Quản lý và phân tích số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Xử trí của bệnh nhi trước khi vận chuyển đến BV Nhi TW

Đặc điểm		Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		P
			SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Thời gian phát hiện đến khi vào viện	<24 giờ		17	50,0	2	10,0	19	35,2	<0,05*
	1-2 ngày		8	23,5	5	25,0	13	24,1	
	3-4 ngày		5	14,7	5	25,0	10	18,5	
	5-6 ngày		2	5,9	3	15,0	5	9,3	
	>7 ngày		2	5,9	5	25,0	7	13,0	
Chẩn đoán tuyến trước	Không phù hợp		0	0,0	1	5,0	1	1,9	>0,05*
	Phù hợp 1 phần		9	26,5	5	25,0	14	25,9	
	Phù hợp		17	50,0	5	25,0	22	40,7	
	Không chẩn đoán		8	23,5	9	45,0	17	31,5	
Xử trí ở tuyến trước	Không xử trí		7	20,6	9	45,0	16	29,6	>0,05
	Chưa thích hợp		8	23,5	5	25,0	13	24,1	
	Thích hợp		19	55,9	6	30,0	25	46,3	
TỔNG			34	100	20	100	54	100	

(*Kiểm định Fisher's exact)

Thời gian phát hiện trước khi được đưa đến bệnh viện <24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,2% tiếp đến là 1-2 ngày với 24,1%, 3-4 ngày chiếm 18,5%, 5-6 ngày 9,3%, trên 7 ngày 13%. Việc chẩn đoán ở tuyến trước mức độ phù hợp chiếm hơn 40%, phù hợp một phần 25,9%, tỷ lệ không phù hợp chỉ chiếm 1,9%.

Xử trí ở tuyến trước, không được xử trí chiếm gần 30%,

xử trí không thích hợp chiếm 24,1%, xử trí thích hợp 46,3%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trẻ sơ sinh và trẻ từ 1 tháng tuổi về thời gian phát hiện đến khi vào viện ($p < 0,05$), trong đó ở trẻ sơ sinh thời gian phát hiện đến khi vào viện <24 giờ cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Không tìm thấy mối liên quan giữa trẻ sơ sinh và trẻ từ 1 tuổi trở lên về chẩn đoán tuyến trước và xử lý tuyến trước ($p > 0,05$).

Bảng 2 Vận chuyển đến BV Nhi TW ở trẻ tử vong trong 24 giờ

Đặc điểm		Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		P
			SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Đơn vị vận chuyển	Gia đình		7	20,6	10	50,0	17	31,5	<0,05
	Dịch vụ		27	79,4	10	50,0	37	68,5	
Nơi vận chuyển đến BV Nhi TW	Nhà		7	20,6	9	45,0	16	29,6	>0,05
	BV tỉnh		27	79,4	11	55,0	38	70,4	
Phương tiện vận chuyển	Ô tô khác		6	17,6	8	40,0	14	25,9	>0,05
	Xe cứu thương		28	82,4	12	60,0	40	74,1	
Có nhân viên y tế	Không		7	20,6	10	50,0	17	31,5	<0,05
	Có		27	79,4	10	50,0	37	68,5	
Có dụng cụ y tế trên xe	Không		7	20,6	10	50,0	17	31,5	<0,05
	Có		27	79,4	10	50,0	37	68,5	
Được cấp cứu khi vận chuyển	Không		7	20,6	10	50,0	17	31,5	<0,05
	Có		27	79,4	10	50,0	37	68,5	
TỔNG			34	100	20	100	54	100	

Đa số việc vận chuyển trẻ đến Bệnh viện Nhi Trung ương là qua dịch vụ vận chuyển tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện, các Trung tâm 115 các tỉnh chiếm 68,5%, còn lại 31,5% là do gia đình vận chuyển.

Vận chuyển từ Bệnh viện tuyến tỉnh chiếm tỷ lệ chủ yếu với tỷ lệ 70,4%, trong khi đó vận chuyển trực tiếp từ gia đình chiếm 29,6%. Phương tiện vận chuyển đa phần là xe ô tô cứu thương chiếm gần ¾ số trường hợp, còn lại là vận chuyển bằng xe ô tô khác (xe taxi, xe riêng của gia đình và xe thuê...). Tỷ lệ vận chuyển có nhân viên y tế, có dụng cụ y tế trên xe và được cấp cứu khi vận chuyển đều chiếm tỷ lệ 68,5%.

Tỷ lệ có đơn vị vận chuyển, có nhân viên y tế, có dụng cụ y tế trên xe, được cấp cứu khi vận chuyển ở nhóm trẻ sơ sinh là cao hơn nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

* Xử trí trước khi vận chuyển bệnh nhi đến Bệnh viện Nhi Trung ương

Xử trí bệnh nhi trước khi đến Bệnh viện Nhi Trung ương ở các trường hợp bệnh nhân nặng là điều cần thiết giúp trẻ ổn định, tránh các sự cố trong quá trình vận chuyển từ đó giảm tỷ lệ tử vong, tăng khả năng hồi phục sức khỏe ở trẻ.

Thời gian phát hiện đến khi vào viện: Kết quả cho thấy 35,2% là dưới 24 giờ, 24,1% 1-2 ngày, 18,5% 3-4 ngày, 9,3% từ 5-6 ngày, trên 7 ngày 13%, trẻ tử vong trước 24 giờ là sơ sinh thường được đưa vào bệnh viện sớm hơn trẻ trên

1 tháng tuổi ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian từ lúc phát hiện đến lúc xử trí lâu hơn ở các trường hợp tìm ngừng đập của tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt tại Bệnh viện Nhi Đồng II [3] trong đó thời gian được hồi sức kể từ khi phát hiện có 31,6% là dưới 15 phút, 21,1% 15-<20 phút, 36,8% từ 20-<30 phút, 5,2% từ 30-<60 phút; thời gian chuyển từ cơ sở Y tế đến Bệnh viện Nhi Đồng 2 có 9% là dưới 15 phút, 9% 15-<20 phút, 18,1% từ 20-<30 phút, 31,8% từ 30-<60, 9% là trên 60 phút, 22,7% không có thông tin.

Thực tế, thời gian phát hiện đến khi vào viện chậm trong nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do đa phần là bệnh nhi có khoảng cách trên 50km. Thời gian đưa trẻ đến bệnh viện muộn sẽ làm tăng nguy cơ tử vong ở trẻ. Việc trẻ sơ sinh thường được đưa đến bệnh viện sớm hơn trẻ thường có thể giải thích các bậc cha mẹ dễ cảm nhận với sự thay đổi ở trẻ sơ sinh hơn trẻ trên 1 tháng tuổi, do các bà mẹ thường xuyên ôm ấp con hơn. Mặc dù, trẻ sơ sinh thường được đưa đến bệnh viện sớm hơn trẻ thường, nhưng tỷ lệ tử vong lại cao hơn, điều này do trẻ sơ sinh yếu, không có đủ các điều kiện cấp cứu kịp thời dễ bị tử vong hơn.

Chẩn đoán tuyến trước: Kết quả nghiên cứu có 40,7% trẻ được chẩn đoán phù hợp, 25,9% phù hợp 1 phần, 1,9% không phù hợp, 31,5% không chẩn đoán. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chẩn đoán tuyến trước giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên ($p > 0,05$). Đối với một số trường hợp không có thông tin là do trẻ được chuyển trực tiếp từ gia đình đến Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tỷ lệ chẩn đoán ở tuyến trước không phù hợp còn cao cho thấy sự hạn chế trong công tác cấp cứu, khám bệnh và điều trị về Nhi khoa ở tuyến cơ sở chưa đáp ứng được với tình hình bệnh, tật ở trẻ em. Chẩn đoán được ở tuyến dưới sẽ giúp cho việc ổn định bệnh nhi, có các phương án cấp cứu, vận chuyển cấp cứu phù hợp, giảm tỷ lệ tử vong và tăng khả năng phục hồi sức khỏe cho bệnh nhi.

Xử trí ở tuyến trước: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 29,6% số trường hợp không xử trí ở tuyến trước, 24,1% có xử trí nhưng chưa thích hợp, 46,3% là thích hợp. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê việc xử trí ở tuyến dưới giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$).

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có 29,6% không được xử trí tuyến trước và 70,4% được xử trí ở tuyến trước. Thực tế có một số trường hợp chuyển trực tiếp vào viện nên không được xử trí.

Tỷ lệ được xử trí tuyến trước của chúng tôi cao hơn của Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] ở các trường hợp bệnh nhi cấp cứu chuyển viện tại Bệnh viện Nhi Đồng I cho thấy bệnh nhi không được xử trí trước khi chuyển tuyến là 42,5%, số bệnh nhi được xử trí trước khi chuyển tuyến là 403 chiếm tỷ lệ 57,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi nếu loại đi số trường hợp trực tiếp đến Bệnh viện Nhi Trung ương thì kết quả chúng tôi tương tự với Lê Thanh Hải và cộng sự [1] hầu hết các bệnh nhi đã được điều trị tại tuyến tỉnh (99% và 90%) với thời gian trung bình là trên 2 ngày (2,1 và 2,5 ngày).

Tỷ lệ được xử trí ở trẻ tử vong trước 24 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Tô Thanh Hương và cs nghiên cứu tử vong trước 24 giờ tại khoa Sơ sinh Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em cho thấy số trẻ không được điều trị trước khi đến viện chiếm 61,4% [4].

*** Quá trình vận chuyển bệnh nhi đến Bệnh viện Nhi Trung ương:**

Đơn vị vận chuyển: Có 31,5% số trường hợp được vận chuyển do gia đình, trong khi đó 68,5% số đơn vị vận chuyển nhờ dịch vụ cấp cứu 115 hoặc dịch vụ vận chuyển tại các bệnh viện. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đơn vị vận chuyển giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tuổi trở lên ($p < 0,05$). Thực tế trong quá trình cấp cứu, việc vận chuyển phù hợp vào hoàn cảnh từng đối tượng. Tuy nhiên nếu được vận chuyển bằng phương tiện cứu thương thì sẽ đảm bảo được các trang thiết bị và xử trí kịp thời các tình huống xảy ra khi cấp cứu.

Nơi vận chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29,6% số trường hợp được vận chuyển từ nhà bệnh nhi, có 70,4 trẻ vận chuyển từ các bệnh

viện tuyến tỉnh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nơi vận chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên ($p > 0,05$).

Theo tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [3] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng II, ở các trường hợp tim ngừng thở trước nhập viện cho thấy có 55,1% được vận chuyển từ nhà và 42,9% được vận chuyển từ cơ sở y tế và 2% được vận chuyển từ trường học.

Phương tiện vận chuyển: Tất cả các phương tiện vận chuyển ở trẻ tử vong trước 24 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi đều là xe ô tô. Trong đó ô tô cứu thương chiếm 74,1%, ô tô do gia đình tự túc (thuê, mượn, tự có) chiếm 25,9%. Kết quả chúng tôi tương tự với tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [1] đánh giá các trường hợp chuyển tuyến, tất cả phương tiện vận chuyển là ô tô. Việc cải thiện các dịch vụ cấp cứu và các dịch vụ taxi giúp cho các trường hợp vận chuyển bằng ô tô được dễ dàng hơn. Tuy vậy, nếu được vận chuyển bằng xe cứu thương có đầy đủ trang thiết bị và nhân lực sẽ tốt hơn, giúp trẻ ổn định và xử lý được các tình huống không tốt xảy ra trên đường vận chuyển.

Có nhân viên y tế trong quá trình vận chuyển: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 31,5% số trường hợp không có nhân viên, 68,5% số trường hợp có nhân viên y tế trong quá trình vận chuyển. Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê việc có nhân viên y tế trong vận chuyển giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi ($p < 0,05$).

Tỷ lệ có nhân viên trong vận chuyển trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu. Theo Lê Thanh Hải và cộng sự [1] tiến hành 2 đợt nghiên cứu chuyển tuyến bệnh nhân nặng từ 25 Bệnh viện Nhi và Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Bệnh viện Nhi Trung ương, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2, tháng 8/2009- 1/2010. Số cán bộ vận chuyển cấp cứu nhi (không kể lái xe) chỉ có một người chiếm gần 90%, trong đó 81% là y tá, 9,3% nữ hộ sinh và chỉ có 5,8% là bác sỹ. Warren và cộng sự (2004) khuyến cáo số người vận chuyển phải ít nhất là hai người, đặc biệt khi vận chuyển bệnh nhân nặng không ổn định cần phải có một bác sỹ được đào tạo về xử lý các tình huống hô hấp và tim mạch. Đối với bệnh nhân ổn định người chuyển bệnh nhân có thể chỉ là y tá [7].

Thực tế các trường hợp tử vong trước 24 giờ là các trường hợp cấp cứu, cần thiết có nhân viên y tế đi cùng. Nếu có đủ nhân viên y tế đi cùng sẽ xử lý được các tình huống xảy ra, ổn định được sức khỏe bệnh nhi, giảm tỷ lệ tử vong.

Có dụng cụ y tế trên xe: Tỷ lệ có dụng cụ y tế trên xe là 68,5%, số trường hợp không có là 31,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy có dụng cụ y tế trên xe ở nhóm sơ sinh cao hơn



nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] ở các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I có 3,7% đầy đủ trang thiết bị tối thiểu để cấp cứu và theo dõi bệnh nhân; 66,8% có trang thiết bị nhưng không đầy đủ, 29,5% không có bất cứ trang thiết bị nào.

Theo Samdi O và cộng sự cho rằng nếu đầu tư cải thiện hệ thống thông tin và trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương đã làm giảm tới 50% các trường hợp tử vong trong cấp cứu [5]. Do vậy đầu tư các trang thiết bị trên xe vận là cần thiết nhằm giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng cũng như tăng sự hồi phục ở bệnh nhi.

Được cấp cứu khi vận chuyển: Tỷ lệ được cấp cứu khi vận chuyển chiếm 68,5%, số trường hợp không được cấp cứu khi vận chuyển là 31,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên về việc được cấp cứu khi vận chuyển ($p < 0,05$).

Ở các trường hợp tử vong trong 24 giờ đa phần là những trường hợp bệnh nặng, cấp cứu khi vận chuyển đóng vai trò quan trọng trong việc ổn định sức khỏe cho bệnh nhi, đáp ứng được các sự cố xảy ra trong quá trình vận chuyển, từ đó giảm nguy cơ tử vong.

Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I các thủ thuật được thực hiện khi chuyển viện có thở ôxy 23,5%, truyền dịch 20,5%, bóp bóng giúp thở chiếm 1,7%, đặt nội khí quản 1,7%, các thủ thuật khác 1,6% (Đặt sonde dạ dày, sonde trực tràng, truyền máu, mở khí quản, thở NCPAP,..).

Nghiên cứu các trường hợp tim ngừng đập tại Bệnh viện Nhi Đồng II của tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [3] cho thấy, tỷ lệ các biện pháp xử trí như thở oxy khi chuyển viện bằng bóp bóng NKQ 57,9%, Bóp bóng qua Mask là 5,3%, thở ôxy qua canula là 15,8%, không thở ôxy là 21,1%; Truyền dịch khi vận chuyển 63,2%.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhi tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013 cho thấy một phần thực trạng công tác xử trí ở tuyến trước và thực trạng vận chuyển cấp cứu. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần thiết trong việc:

- Nâng cao kiến thức nhận biết được các dấu hiệu bất thường về sức khỏe ở trẻ ở các bậc phụ huynh và đưa đến cơ sở y tế gần nhất để được xử trí khi có vấn đề về sức khỏe. Khi cấp cứu bệnh nhi, nếu có khả năng gia đình nên ưu tiên lựa chọn các dịch vụ cấp cứu (của Bệnh viện hoặc Trung tâm 115).

- Cần đầu tư các trang thiết bị, đào tạo nhân lực cấp cứu cho y tế cơ sở trong việc chẩn đoán, xử trí các trường hợp cấp cứu, đảm bảo sự ổn định sức khỏe cho bệnh nhi trước khi chuyển lên tuyến trên (nếu bệnh nặng).

- Các cấp chính quyền, ngành y tế cần quan tâm đầu tư các trang thiết bị cấp cứu, trong đó lưu ý đến các trang thiết bị phù hợp với việc vận chuyển cấp cứu bệnh nhi, nên đầu tư các trang thiết bị ủ ấm đối với trường hợp cấp cứu là trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57 – Chủ nhiệm đề tài Lê Thanh Hải.
2. **Hoàng Trọng Kim và cộng sự** (2004) "*Tình an toàn của các trường hợp chuyển viện đến Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004*". Y học Thực hành 2004;495;116-121.
3. **Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004 - 2007*, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 11, Phụ bản số 4, tr.74-78.
4. **Tô Thanh Hương, Nguyễn Thị Nga** (1981), "*Tình hình tử vong trước 24 giờ tại khoa sơ sinh Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em trong 3 năm 1977 - 1979*", Báo cáo Hội nghị ngành Nhi, Tr. 44 - 50.
5. **Samdi O, Senegheh P.** (1997) "*Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication*" Int.J.of Gynecology and Obstetrics; 52(2):157-64
6. **Sinclair .J** (1997), "*The spectrum of paediatric intensive care*", Paediatric intensive care, Oxford university press 1997, pp. 31- 33. 66
7. **Warren J.and et al** (2004), Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62

NGUYÊN NHÂN NHẬP VIỆN VÀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG Ở 54 TRƯỜNG HỢP TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2013

Đỗ Mạnh Hùng¹, Lê Thanh Hải¹, Phan Thị Ngọc Lan¹

TÓM TẮT

Nhằm tìm hiểu nguyên nhân nhập viện và tử vong ở những trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó đề xuất các giải pháp trong việc phòng ngừa giảm tỷ lệ mắc và tử vong ở trẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu cắt ngang 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Nguyên nhân chính nhập viện: Viêm phổi (59,3%), sốc nhiễm khuẩn 14,8%, đê non 14,8%, viêm phế quản 13%, tim bẩm sinh 13%, nhiễm khuẩn máu 11,1%, tay chân miệng 9,3%, suy tim 5,6%, vàng da 3,7%, ngộ độc 3,7%. Vào viện do 1 nguyên nhân 42,6%, do 2 nguyên nhân 46,3%, do từ 3 nguyên nhân trở lên 11,1%.

- Nguyên nhân chính tử vong: Viêm phổi 33,3%, sốc nhiễm khuẩn 22,2%, đê non 16,7%, nhiễm khuẩn máu 16,7%, tay chân miệng 13,0%, suy đa tạng 11,1%, chảy máu phổi 9,3%, suy tim 9,3%, suy tuần hoàn 7,4%, viêm phế quản 5,6%, toan chuyển hóa 5,6%, ngạt 3,7%. Tử vong do 1 nguyên nhân chiếm 33,3%, do 2 nguyên nhân 44,4%, do từ 3 nguyên nhân trở lên 22,2%.

Từ khóa: Tử vong 24h, nguyên nhân nhập viện, nguyên nhân tử vong.

ABSTRACT

CAUSES OF ADMISSION AND MORTALITY IN 54 DEATH CASES WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

In order to find out the reasons at admission and mortality in children who die within 24 hours of admission, from which suggestion for intervention should be drawn out, we carry out a cross-sectional study on 54 death cases

within 24 hours of admission to Vietnam National Children's Hospital in 2013. The result shows that:

- Main reasons at admission: Pneumonia (59,3%), toxic shock 14,8%, immature 14,8%, bronchitis 13%, congenital heart disease 13%, septic infection 11,1%, hand-foot-mouth disease 9,3%, heart failure 5,6%, icterus 3,7%, poisoning 3,7%. Admission due to one reason 42,6%, due to 2 reasons 46,3%, due to more than 3 reasons 11,1%.

- Main reasons of death: Pneumonia 33,3%, toxic shock 22,2%, immature 16,7%, septic infection 16,7%, hand-foot-mouth disease 13,0%, multiorgan dysfunction 11,1%, hemorrhagic pneumonia 9,3%, heart failure 9,3%, circulatory failure 7,4%, bronchitis 5,6%, Metabolic Acidosis 5,6%, asphyxia 3,7%. Death due to one reason 33,3%, due to 2 reasons 44,4%, due to more than 3 reasons 22,2%.

Keywords: Die within 24 hours of admission, reasons at admission, reasons of death

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ trong bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, thường chiếm tỷ lệ từ 39% năm 2000 xuống 23% năm 2004 và tỷ lệ này duy trì (giảm không đáng kể) trong hai năm 2005, 2006 và 2007 [1]. Trong những năm qua, một số công trình nghiên cứu tử vong tại các bệnh viện cho thấy, tình hình tử vong chung ở trẻ em có giảm nhưng tỷ lệ tử vong trẻ em trước 24 giờ vào viện lại có xu hướng gia tăng hơn trước do bệnh nhi đến muộn và thường là nặng [7].

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến cao nhất về lĩnh vực nhi khoa, do vậy, các trường hợp cấp cứu chuyển lên thường là các bệnh nhân nặng, tuyến cơ sở không đủ khả năng điều trị. Tìm hiểu nguyên nhân nhập

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

viện, cũng như nguyên nhân tử vong ở những trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó tìm ra giải pháp phòng ngừa bệnh cũng như giảm tỷ lệ tử vong là điều cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Nguyên nhân nhập viện và nguyên nhân tử vong ở các trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện, tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương về các trường hợp bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện hoặc bệnh nhân xin về trong tình trạng nặng, bóp bóng, hôn mê sâu, đồng tử giãn, hạ nhiệt độ, chắc chắn tử vong ngay sau khi xuất viện, trong vòng 24

giờ đầu kể từ khi nhập viện. Chỉ chọn các trường hợp có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân tử vong trong 24 giờ nhập viện từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng có phân tích.

3. Quản lý và phân tích số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Các nguyên nhân nhập viện chủ yếu ở trẻ tử vong trong 24 giờ

Bệnh chính	Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		P
		SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Viêm phổi		25	73,5	7	35,0	32	59,3	<0,05
Sốc nhiễm khuẩn		6	17,6	2	10,0	8	14,8	>0,05*
Đẻ non		8	23,5	0	0	8	14,8	-
Viêm phế quản		1	2,9	6	30,0	7	13,0	<0,05*
Tim bẩm sinh		5	14,7	2	10,0	7	13,0	>0,05*
Nhiễm khuẩn máu		3	8,8	3	15,0	6	11,1	>0,05*
Tay chân miệng		4	11,8	1	5,0	5	9,3	>0,05*
Suy tim		0	0	3	15,0	3	5,6	-
Vàng da		2	5,9	0	0	2	3,7	-
Ngộ độc		0	0	2	10,0	2	3,7	-
Các nguyên nhân khác		6	17,6	5	25,0	11	20,4	>0,05

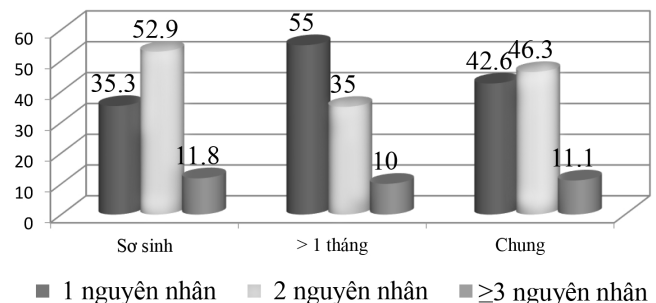
(*Kiểm định Fisher's exact)

Có nhiều nguyên nhân khiến trẻ phải nhập viện trong đó nguyên nhân thường thấy viêm phổi với gần 60% tổng số trẻ, sốc nhiễm khuẩn và đẻ non đều chiếm tỷ lệ 14,8%, viêm phế quản và tim bẩm sinh đều chiếm 13%, tay chân miệng 9,3%, suy tim 5,6%, vàng da và ngộ độc chiếm tỷ lệ 3,7%, các nguyên nhân khác chiếm 20,4%.

Kết quả cho thấy trẻ viêm phổi ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi ($p<0,05$), viêm phế quản ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên cao hơn trẻ sơ sinh ($p<0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ phải nhập viện do 2 nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 46,3%, tiếp đến là trẻ nhập viện do 1 nguyên nhân với 42,6%, trẻ nhập viện do từ 3 nguyên nhân trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với

Biểu đồ 1. Số nguyên nhân khiến trẻ phải nhập viện



11,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi về nguyên nhân phải nhập viện ($p>0,05$).

Bảng 2. Bệnh chính mắc phải theo nhóm bệnh ở trẻ tử vong trong 24 giờ

Nhóm bệnh		Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng	
			SL	TL	SL	TL	SL	TL
I	Bệnh nhiễm khuẩn và kí sinh vật		1	2,9	2	10,0	3	5,6
III	Bệnh máu, cơ quan tạo máu, một số rối loạn liên quan đến miễn dịch		9	26,5	4	20,0	13	24,1
VI	Bệnh của hệ thần kinh		0	0	0	0	0	0
IX	Bệnh hệ tuần hoàn		3	8,8	3	15,0	6	11,1
X	Bệnh hệ hô hấp		13	38,2	6	30,0	19	35,2
XI	Bệnh hệ tiêu hoá		1	2,9	1	5,0	2	3,7
XVI	Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh		5	14,7	0	0	5	9,3
XVII	Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể		1	2,9	1	5,0	2	3,7
XX	Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong		0	0	3	15,0	3	5,6
XIV	Bệnh hệ tiết niệu - sinh dục		1	2,9	0	0	1	1,9
Tổng số			34	100	20	100	54	100

(*Kiểm định Fisher's exact)

Trong số các trường hợp tử vong trong 24 giờ, tỷ lệ bệnh hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 35,2%, tiếp đến là bệnh liên quan đến máu và cơ quan tạo máu chiếm tỷ lệ 24,1%, bệnh tuần hoàn chiếm 11,1%, bệnh xuất phát trong

thời kỳ chu sinh 9,3%, nhiễm khuẩn và ký sinh vật 5,6%, nguyên nhân bên ngoài chiếm 5,6%, dị tật, dị dạng chiếm 3,7%, bệnh tiết niệu, hệ sinh dục 1,9%.

Bảng 3. Các nguyên nhân chính khiến trẻ tử vong

Tên bệnh	Phân loại	Sơ sinh		>1 tháng		Tổng		P
		SL	TL	SL	TL	SL	TL	
Sốc nhiễm khuẩn		4	11,8	8	40,0	12	22,2	<0,05*
Đẻ non		9	26,5	0	0	9	16,7	-
Nhiễm khuẩn máu		6	17,6	3	15,0	9	16,7	>0,05*
Tay chân miệng		6	17,6	1	5,0	7	13,0	>0,05*
Suy đa tạng		2	5,9	4	20,0	6	11,1	>0,05*
Chảy máu phổi		4	11,8	1	5,0	5	9,3	>0,05*
Suy tim		2	5,9	3	15,0	5	9,3	>0,05*
Suy tuần hoàn		2	5,9	2	10,0	4	7,4	>0,05*
Viêm phế quản		0	0	3	15,0	3	5,6	-
Toan chuyển hóa		3	8,8	0	0	3	5,6	-
Ngạt		1	2,9	1	5,0	2	3,7	>0,05*
Các dấu hiệu khác		12	35,3	7	35,0	19	35,2	>0,05

Nguyên nhân trẻ tử vong trong 24 giờ do viêm phổi chiếm 1/3 số trẻ, tiếp đến là do sốc nhiễm khuẩn với 22,2%, đẻ non và nhiễm khuẩn máu cùng chiếm tỷ lệ 16,7%, tay chân miệng 13%, suy đa tạng 11,1%, chảy máu phổi và

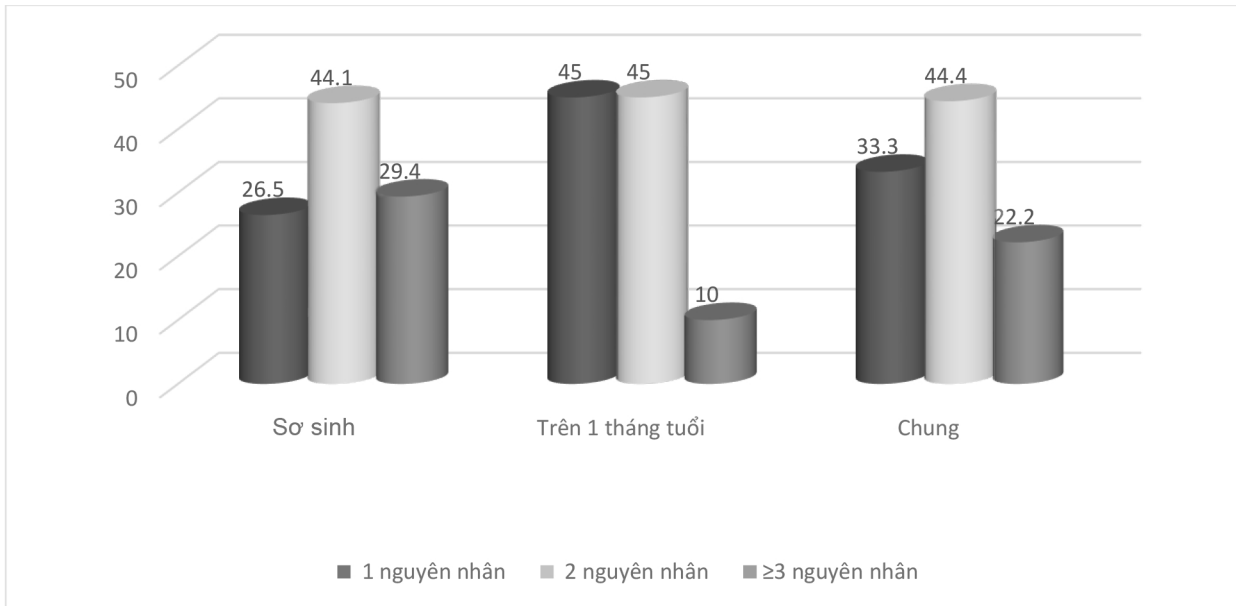
suy tim cùng chiếm tỷ lệ 9,3%, suy tuần hoàn 7,4%, viêm phế quản 5,6%, toan chuyển hóa 5,6%, ngạt 3,7%.

Nghiên cứu cho thấy viêm phổi, đẻ non và toan chuyển hóa là các nguyên nhân chỉ có ở trẻ sơ sinh, trong khi đó



viêm phổi phế quản chỉ có ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Số trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).
 nhiễm khuẩn ở nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi cao hơn ở nhóm

Biểu đồ 2. Số nguyên nhân gây tử vong ở trẻ



Đa số trẻ tử vong trong 24 giờ do 2 đến 3 nguyên nhân trở lên với khoảng 2/3 số trẻ, trong khi đó trẻ phải nhập viện do 1 nguyên nhân chỉ chiếm 1/3 số trẻ.

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số nguyên nhân trẻ tử vong ở nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trẻ nhập viện khi gia đình phát hiện do một hoặc vài dấu hiệu bệnh nhất định, từ đó được đưa đến bệnh viện, tại bệnh viện bác sĩ chẩn đoán nguyên nhân ban đầu nhập viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy viêm phổi với gần 59,3% tổng số trẻ, sốc nhiễm khuẩn và đê non đều chiếm tỷ lệ 14,8%, viêm phế quản và tim bẩm sinh đều chiếm 13%, tay chân miệng 9,3%, suy tim 5,6%, vàng da và ngộ độc chiếm tỷ lệ 3,7%, các nguyên nhân khác chiếm 20,4%.

Kết quả cho thấy trẻ suy hô hấp ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi, viêm phế quản ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên cao hơn trẻ sơ sinh ($p < 0,05$). Chẩn đoán ban đầu cũng cho thấy, trẻ nhập viện do 1 nguyên nhân là 42,6%, do 2 nguyên nhân là 46,3%, do từ 3 nguyên nhân trở lên là 11,1%.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi về nguyên nhân phải nhập viện ($p > 0,05$).

Mặc dù vậy, tử vong có thể do nguyên nhân khác so với nguyên nhân nhập viện, trẻ có thể tử vong do một nguyên nhân hoặc do vài nguyên nhân khác nhau được các bác sĩ kết luận.

Nguyên nhân trẻ tử vong trong 24 giờ do viêm phổi chiếm 33,3%, tiếp đến là do sốc nhiễm khuẩn với 22,2%, đê non và nhiễm khuẩn máu cùng chiếm tỷ lệ 16,7%, tay chân miệng 13%, suy đa tạng 11,1%, chảy máu phổi và suy tim cùng chiếm tỷ lệ 9,3%, suy tuần hoàn 7,4%, viêm phổi phế quản 5,6%, toan chuyển hóa 5,6%, ngạt 3,7%.

Nghiên cứu cho thấy suy hô hấp, đê non và toan chuyển hóa là các nguyên nhân chỉ có ở trẻ sơ sinh, trong khi đó viêm phổi phế quản chỉ có ở trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Sốc nhiễm khuẩn ở nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi cao hơn ở nhóm trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

Số trẻ tử vong trong 24 giờ do 1 nguyên nhân chiếm 33,3%, do 2 nguyên nhân chiếm 44,4%, do từ 3 nguyên nhân trở lên chiếm 22,2%. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số nguyên nhân trẻ tử vong ở nhóm trẻ sơ sinh và nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi ($p > 0,05$).

Viêm phổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước, trong đó kháng định viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu tử vong ở trẻ.

Nhiều tác giả cho rằng viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu của tình trạng bệnh nhân nặng và tử vong ở trẻ theo

tác giả Lê Thị Nga và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên [4] nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhi nặng trong 24 giờ cho thấy bệnh nhi nặng vào viện do viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (49,5%), tiếp đến là sơ sinh non tháng (30,5%).

Kết quả này tương tự như của Hoàng Thị Thanh và Khúc Văn Lập [2] ở khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, tỉ lệ bệnh nhi nặng nhập viện vì viêm phổi là 63,8%, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Thắng và cộng sự (2004) [8]: Trong nhóm bệnh về hô hấp thì viêm phổi chiếm tới 69,4%, hen phế quản 7,6% và ngạt sơ sinh 5,4%.

Theo tác giả Nguyễn Tấn Viên và cộng sự nghiên cứu tử vong trẻ em trước 24h vào viện (không kể trẻ sơ sinh) tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế (1988-1992) thì tử vong do viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu và chiếm 12% [5].

Theo C.JL Murray, trong số 10,9 triệu trẻ tử vong toàn cầu năm 2000 thì viêm phổi chiếm 2,1 triệu và là nguyên nhân đứng thứ 2 sau bệnh chu sinh [10].

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả đồng nghiệp khác cho thấy để giảm tỷ lệ tử vong cần cần có các biện pháp phòng bệnh viêm phổi, trong cấp cứu thì cần thực hiện đầy đủ các biện pháp thông đường thở cho trẻ, thở ôxy cho trẻ.

Sốc nhiễm khuẩn: Một số tác giả cũng cho thấy nhiễm khuẩn là nguyên nhân hàng đầu tử vong ở trẻ.

Theo nghiên cứu của Duke .T và cộng sự ở Bệnh viện Groka ở Papua new Guinea, nguyên nhân tử vong trẻ em 28 ngày đến 15 tuổi chủ yếu là các bệnh nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng máu, viêm màng não), tiếp đến suy dinh dưỡng và u ác tính [11].

Đẻ non: Theo một số tác giả đẻ non là một trong những nguyên nhân hàng đầu về tử vong trẻ em. Trẻ đẻ non các hệ thống cơ quan chưa trưởng thành, chúng rất dễ mắc bệnh đặc biệt là nhiễm khuẩn vì vậy tử vong trẻ đẻ non là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong trẻ sơ sinh và đặc biệt là tử vong sơ sinh trong 24 giờ vào viện.

Nhận xét này phù hợp với nghiên cứu của Tô Thanh Hương và cộng sự khi nghiên cứu tử vong trong 24 giờ tại khoa sơ sinh Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em Hà Nội cho thấy trong số 88 trường hợp trẻ sơ sinh trước 24 giờ thì có 51 trẻ đẻ non từ 6 đến 8 tháng chiếm 57,9% [9].

Nguyễn Thị Tâm và cộng sự tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng cho thấy tử vong trẻ đẻ non chiếm 85,7% so với trẻ sơ sinh chung [6].

Theo Duke T, Michael A nghiên cứu nguyên nhân TVTE tại Bệnh viện Goroka, Papua New Guinea thì đẻ

ngạt đứng thứ 3 trong số 4 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh [11].

Nhiễm khuẩn máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm khuẩn máu là nguyên nhân gây tử vong xếp thứ 4. Theo nghiên cứu của Hồ Việt Mỹ và cộng sự nghiên cứu tử vong trẻ em trước 24 giờ vào khoa Cấp cứu Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định (1990-1994) cho thấy tử vong do nhiễm trùng máu cao nhất (26,32%), xuất huyết não màng não chiếm 7,1% và hội chứng não cấp là 6,14% [3].

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy viêm phổi, đẻ non, nhiễm khuẩn máu là nguyên nhân hàng đầu của tử vong trẻ sơ sinh. Trong khi đó với trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên thì các nguyên nhân hàng đầu của tử vong là sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, suy tim, viêm phế quản và nhiễm khuẩn máu.

Từ đó cho thấy, với trẻ sơ sinh cần lưu ý đến các bệnh về phổi, trẻ đẻ ra cần được đảm bảo các điều kiện không khí thoáng, đảm bảo nhiệt độ phòng cho trẻ đủ ấm,... khi trẻ sơ sinh nhập viện cần các điều kiện sưởi ấm và thở ôxy. Riêng đối với trẻ trên 1 tháng tuổi cần đảm bảo việc nâng cao sức đề kháng, đảm bảo các điều kiện vệ sinh, xử lý kịp thời khi trẻ có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trẻ vào viện do 2 nguyên nhân trở lên chiếm 57,4%, trẻ tử vong do 2 nguyên nhân trở lên chiếm 66,6%. Nhiều bệnh khác nhau khiến mức độ bệnh trẻ trở lên trầm trọng hơn, việc chẩn đoán và điều trị cấp cứu cũng gặp nhiều khó khăn hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm các nguyên nhân nhập viện và tử vong ở các trường hợp tử vong trước 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy dự phòng trong việc phòng chống bệnh, tập ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là cần thiết, trong đó đặc biệt quan tâm đến viêm phổi, sốc nhiễm khuẩn, đẻ non. Khi trẻ mắc các dấu hiệu bệnh cần sớm đưa trẻ đến các cơ sở y tế gần nhất để có hướng xử trí kịp thời, tránh tình trạng bệnh nặng và mắc nhiều bệnh 1 lúc. Việc cấp cứu cho bệnh nhi cũng cần lưu ý đến các trang thiết bị, thuốc trong điều trị viêm phổi, nhiễm khuẩn và đẻ non.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57.
2. **Hoàng Thị Thanh và Khúc Văn Lập** (2006), "Nhận xét kết quả cấp cứu bệnh nhi nặng trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình". Nhi Khoa, tập 14, (số đặc biệt), Tr. 61-66.
3. **Hồ Việt Mỹ, Phạm Thiên Ngôn** (1996), "Tình hình tử vong trước 24 giờ tại phòng cấp cứu khoa nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định trong 5 năm (1990 - 1994)", Nhi khoa, Tập 5, Tr. 55 - 62.
4. **Lê Thị Nga và CS** (2009), *Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 51(3): 3-7.
5. **Nguyễn Tấn Viên, Đinh Quang Tuấn** (1997), "Tình hình tử vong trước 24 giờ và các yếu tố nguy cơ", Y học thực hành, Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học Viện BVSKTE, tr. 22 - 25.
6. **Nguyễn Thị Tâm, Đoàn Thị Thu** (1998), "Tình hình sơ sinh đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 2 năm 1995-1996", Tài liệu phổ biến y học chuyên san phụ sản, Sở Y tế và hội Y Dược học Hải Phòng xuất bản, Tr. 56- 60.
7. **Nguyễn Thu Nhận, Nguyễn Công Khanh** (2001), "Nghiên cứu thực trạng sức khoẻ và mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam, đề xuất các giải pháp khắc phục", Nhi Khoa tập 10, Nhà xuất bản y học, tr. 1-19.
8. **Phạm Văn Thắng, Đinh Phương Hòa, Nguyễn Công Khanh** (2004). "Nghiên cứu tử vong 24 giờ đầu nhập viện của trẻ em trong 2 năm 2001 -2002". Tạp chí Y học Thực hành, (số 449), tháng 11, Tr. 317-319.
9. **Tô Thanh Hương, Nguyễn Thị Nga** (1981), "Tình hình tử vong trước 24 giờ tại khoa sơ sinh Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em trong 3 năm 1977 - 1979", Báo cáo Hội nghị ngành Nhi, Tr. 44 - 50.
10. **Murray C- JL.** (2001), "The Global burden of disease 2000 project: Aims, methods and suorcer" Global programme on evidence for heath Plicy Discussion, WHO, pp. 10- 12.
11. **Duke T, Michael A** (2000), "Etiology of child mortality in Goroka , Papua New Guinea; a prospective two year study", Bul world Heath Ogan 2002; 80(1); 16- 25.

THỰC TRẠNG NHÂN LỰC, TRANG THIẾT BỊ PHỤC VỤ CÔNG TÁC VẬN CHUYỂN CẤP CỨU NHI KHOA TẠI TỈNH YÊN BÁI NĂM 2016

Phạm Ngọc Toàn¹, Lê Thanh Hải¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ các cơ sở y tế tuyến xã, tuyến huyện đến bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm từ tháng 12/2015 đến tháng 5/2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích trên 96 trường hợp vận chuyển cấp cứu. **Kết quả:** Kết quả cho thấy công tác vận chuyển vận cấp cứu như sau:

- Nhân lực: 2 điều dưỡng 4,17%, với 1 điều dưỡng 78,13%; cán bộ có kinh nghiệm chiếm 10,42%; được học BLS -APLS 27,08%.

- Đạt kỹ năng cấp cứu chiếm 11,46% trong đó: Theo dõi đánh giá 58,33%; bóp bóng 23,96%; đặt nội khí quản 13,54%; đặt đường truyền tĩnh mạch 25%, xử trí co giật 18,75%, hồi sức tim mạch 17,71%.

- Đạt về đầy đủ trang thiết bị, thuốc chiếm 10,42% trong đó: Hộp chống sốc 65,63%, túi đựng oxy 10,42%, bình oxy 79,17%; masque 67,71%, bóng 70,83%, bộ đặt nội khí quản 12,5%; máy thở 11,46%; dịch truyền 54,17%, Canuyl 60,42%; máy đo huyết áp 64,58%, thuốc chống co giật 67,71%, băng cầm máu 36,46%, monitor 10,42%.

Từ khóa: Nhân lực, trang thiết bị, vận chuyển cấp cứu.

ABSTRACT

REALITY OF PERSONNEL AND MEDICAL EQUIPMENTS OF PATIENT TRANSPORT SERVICE IN YEN BAI IN 2016

Objective: Describe the reality of transport patient from medical centers of commune and districts to Yen Bai general hospital from December 2015 to May 2016.

Method: A cross-sectional study on 96 cases of patient transport was performed

Result: The result shows that:

- Personnel: 2 nurses/ ambulance 4,17%, one nurse/ ambulance 78,13%; experienced nurses 10,42%; nurses having BLS – APLS training 27,08%.

- Have Life supporting skills: 11,46% in which evaluation 58,33%; Bóp bóng 23,96%; endotracheal intubation 13,54%; intravenous cannulation 25%, seizure management 18,75%, cardiac intensive care 17,71%.

- Equipment on ambulance 10,42% in which antishock drug box 65,63%, oxygen bag 10,42%, oxygen 79,17%; masque 67,71%, ball 70,83%, intubation unit 12,5%; mechanical ventilation 11,46%; infusion 54,17%, Canuyl 60,42%; blood pressure monitor 64,58%, anticonvulsants 67,71%, hemostasis band 36,46%, monitor 10,42%.

Keywords: Personnel, equipment on ambulance, emergency transport patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với các đơn vị y tế cơ sở (tuyến xã, tuyến huyện), năng lực còn hạn chế việc chuyển tuyến lên tuyến trên đối với các trường hợp bệnh nhân nặng là điều cần thiết. Tuy nhiên, quá trình vận chuyển đòi hỏi sự an toàn, nghĩa là trong vận chuyển cấp cứu là không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra lúc chuyển viện [1],[3],[5]. Điều đó đòi hỏi sự chuẩn bị chu đáo về trang thiết bị, nhân lực cho quá trình vận chuyển.

Theo các nghiên cứu của Lê Thanh Hải và cộng sự, nghiên cứu Hoàng Trọng Kim và cộng sự cho thấy trang thiết bị, nhân lực có ảnh hưởng đến tính an toàn trong quá trình vận chuyển cấp cứu nhi. Các nghiên cứu cũng cho thấy nhân lực, trang thiết bị nhìn chung còn rất thiếu và chưa được đào tạo và thiếu kinh nghiệm về kỹ năng cấp cứu [1][3][5].

Tỉnh Yên Bái là tỉnh miền núi phía Bắc, khoảng cách đi lại từ bệnh viện tuyến tỉnh đến các đơn vị y tế cơ sở là khá xa và đường đi khó khăn. Do vậy, xác định thực trạng nhân lực và trang thiết bị phục vụ công tác cấp cứu nhi, qua đó đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao tính an toàn trong quá trình vận chuyển là cần thiết. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Thực trạng nhân lực, trang thiết bị phục vụ công tác vận chuyển cấp

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

cứu nhi khoa tại tỉnh Yên Bái năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian, địa điểm: Thời gian tiến hành nghiên cứu:

Từ tháng 12/2015 - tháng 5/2016 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái.

Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhi nặng từ 0-18 tuổi được vận chuyển cấp cứu từ các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh đến khoa cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái.

- Cán bộ y tế tham gia vận chuyển: Bác sỹ, điều dưỡng viên hoặc nữ hộ sinh; có giấy tờ hợp lệ chứng minh là vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu từ các cơ sở y tế Trung tâm y tế, bệnh viện huyện.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p) * N}{d^2(N-1) + Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}$$

N = 1032: Kích thước quần thể nghiên cứu tham khảo trong 6 tháng trước thời điểm nghiên cứu có 1.032 trường hợp dưới 18 tuổi cấp cứu tại bệnh viện.

p = 34,6% = 0,346 là tỷ lệ vận chuyển không an toàn, tham khảo từ nghiên cứu vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.

Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z).

d = 0,1 là sai số tuyệt đối, lấy mức 0,1.

n = 81: Cỡ mẫu cần nghiên cứu là 81 trường hợp, thực tế chúng tôi thu thập được 96 trường hợp cấp cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân lực các đội vận chuyển cấp cứu

Đặc điểm cán bộ vận chuyển cấp cứu		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng nhân viên y tế trên xe	1 nhân viên	75	78,13
	2 nhân viên	21	21,88
Trình độ	Bác sỹ và điều dưỡng	4	4,17
	2 Điều dưỡng	17	17,71
	1 Điều dưỡng	75	78,13
Cán bộ tham gia VCCC thường xuyên	Có	12	12,50
	Không	84	87,50
Kinh nghiệm làm việc khoa cấp cứu	Có	10	10,42
	Không	86	89,58

Đặc điểm cán bộ vận chuyển cấp cứu		Số lượng	Tỷ lệ %
Được học BLS -APLS	Có	26	27,08
	Không	70	72,92
TỔNG		96	100

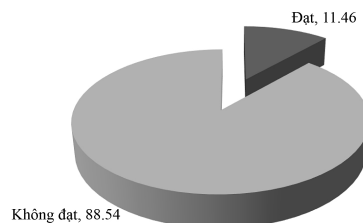
Việc vận chuyển bệnh nhi cấp cứu đa số chỉ có 1 nhân viên y tế với trình độ điều dưỡng chiếm 78,13%, cấp cứu có 2 nhân viên y tế có bác sỹ và điều dưỡng là 4,17%, cấp cứu có 2 nhân viên y tế là điều dưỡng chiếm 17,71%. Tỷ lệ tham gia vận chuyển cấp cứu thường xuyên có 12,50%. Tỷ lệ có kinh nghiệm làm việc tại khoa cấp cứu là 10,42%. Tỷ lệ đội vận chuyển cấp cứu có cán bộ được học APLS là 27,08%.

Bảng 2. Đánh giá kỹ năng cấp cứu của các đội vận chuyển cấp cứu

Kỹ năng của cán bộ vận chuyển cấp cứu		Số lượng	Tỷ lệ %
Kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng	Đạt	56	58,33
	Không	40	41,67
Kỹ năng bóp bóng Masque	Đạt	23	23,96
	Không	73	76,04
Kỹ năng đặt nội khí quản	Đạt	13	13,54
	Không	83	86,46
Kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch	Đạt	24	25,00
	Không	72	75,00
Kỹ năng xử trí co giật	Đạt	18	18,75
	Không	78	81,25
Kỹ năng hồi sức tim mạch	Đạt	17	17,71
	Không	79	82,29
TỔNG		96	100

Kỹ năng của cán bộ trong đội vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu bệnh nhi khi kiểm tra có 58,33% đội đạt kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng; 23,96 % đội đạt kỹ năng bóp bóng Masque; 13,54% đội đạt kỹ năng đặt nội khí quản; 25% đội đạt kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch; 18,75% độ đạt kỹ năng xử trí co giật; 17,71% đội đạt kỹ năng hồi sức tim mạch.

Biểu 1. Tỷ lệ các trường hợp vận chuyển đạt kỹ năng cấp cứu



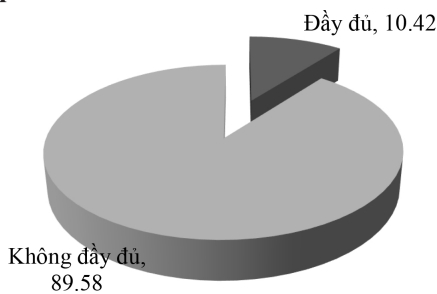
Có 85 đội cấp cứu cán bộ chưa đạt điểm kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 88,54%; 11 đội cấp cứu cán bộ đạt kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 11,46 %.

Bảng 3. Y dụng cụ đi kèm khi chuyển tuyến

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Hộp chống sốc	63	65,63
Túi đựng oxy	10	10,42
Bình Oxy	76	79,17
Masque	65	67,71
Bóng	68	70,83
Bộ đặt nội khí quản	12	12,50
Máy thở	11	11,46
Dịch truyền	52	54,17
Canuyl	58	60,42
Máy đo huyết áp	62	64,58
Thuốc chống co giật	65	67,71
Băng cầm máu	35	36,46
Monitor	10	10,42

Trang thiết bị có tỷ lệ cao nhất ở các ca chuyển tuyến cấp cứu là bình ô xy với 79,17%, tiếp đến là bóng 70,83%, Masque và thuốc chống co giật với 67,71% , thấp nhất là máy thở với 7,29%.

Biểu 2. Đánh giá mức độ đầy đủ TTB trên xe chuyển tuyến cấp cứu



Như vậy có 10 trường hợp chiếm 10,42% tổng số ca là trên xe được đánh giá có đầy đủ trang thiết bị vận chuyển cấp cứu. Trong khi đó 86 ca, chiếm hầu hết số ca (89,58%) không đầy đủ số lượng TTB chuyển tuyến cấp cứu trên xe.

Bảng 4. Các hoạt động khi chuyển tuyến

Hoạt động	Số lượng (n=96)	Tỷ lệ %
Được xử trí ở tuyến trước	51	53,13
Liên hệ trước chuyển	14	14,58
Thông tin chuyển tuyến	51	53,13
Hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển	65	67,71
Truyền dịch khi vận chuyển	48	50,00

Như vậy các hoạt động khi chuyển tuyến có xử trí 53,13%, liên hệ trước vận chuyển 14,58%, hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển 67,71%, truyền dịch khi vận chuyển 50%.

BÀN LUẬN

Nhân lực vận chuyển cấp cứu:

Nhân lực vận chuyển chuyển tuyến tại tỉnh Yên Bái là nhân lực ở các Bệnh viện Đa khoa tuyến huyện, Trung tâm Y tế tuyến huyện, Trung tâm cấp cứu 115.

Nhân lực trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so sánh với Lê Bá Tuấn và cộng sự năm 2013 ở các trường hợp vận chuyển từ các tuyến lên Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy số lượng nhân lực phục vụ cho cấp cứu nếu không tính tài xế lái xe thì đa số là 1 cán bộ y tế là điều dưỡng viên, chiếm tỷ lệ 65,1%, trong khi đó đội cấp cứu có 2 cán bộ y tế là 34,9%, trong đó 1 bác sỹ và 1 nữ hộ sinh là 3,2%, 2 điều dưỡng là 31,7% [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với kết quả của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự tiến hành 2 đợt nghiên cứu chuyển tuyến bệnh nhân nặng từ 25 BV nhi và BVĐK tỉnh đến Bệnh viện Nhi Trung ương, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2, tháng 8/2009- 1/2010. Số cán bộ vận chuyển cấp cứu nhi (không kể lái xe) chỉ có một người chiếm gần 90%, trong đó 81% là y tá, 9,3% nữ hộ sinh và chỉ có 5,8% là bác sỹ [2][3].

Trong báo cáo đề xuất xây dựng hệ thống cấp cứu nhi khoa (2004) của tác giả Đinh Phương Hòa [4], nhân viên cho mỗi xe cấp cứu phải ít nhất 03 người bao gồm 01 bác sỹ được đào tạo cấp cứu nhi, 01 y tá điều dưỡng nhi, 01 lái xe.

Warren và cộng sự (2004) khuyến cáo số người vận chuyển phải ít nhất là hai người, đặc biệt khi vận chuyển bệnh nhân nặng không ổn định cần phải có một bác sỹ được đào tạo về xử lý các tình huống hô hấp và tim mạch. Đối với bệnh nhân ổn định người chuyển bệnh nhân có thể chỉ là y tá [8].

Đánh giá kỹ năng cấp cứu của cán bộ vận chuyển

Kỹ năng của cán bộ trong đội vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi đóng vai trò vô cùng quan trọng. Kỹ năng xử trí của cán bộ tuyến dưới giúp xử trí đúng và kịp thời đặc biệt ở các trường hợp tai biến, các trường hợp suy giảm chức năng sống ở bệnh nhi.

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với Nguyễn Bá Tuấn và cộng sự (2015). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có kỹ năng theo dõi đánh giá dấu hiệu nặng là 65,1%, tỷ lệ có kỹ năng bóp bóng Masque là 36,8%, tỷ lệ có kỹ năng đặt nội khí quản 8,8%, tỷ lệ có kỹ năng đặt đường truyền tĩnh mạch là 37,6%, tỷ lệ có kỹ năng xử trí co giật là 33,7%, tỷ lệ có kỹ năng hồi sức tim mạch là 24,1% [1].

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Lê Bá Tuấn và cộng sự đội cấp cứu cán bộ chưa đạt điểm kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 53,7%, đội cấp cứu cán bộ đạt kỹ năng cấp cứu chiếm tỷ lệ 46,3% [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ năng của cán bộ y tế thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [2][3] nghiên cứu 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009- 1/2010, kết quả cho thấy kỹ năng của cán bộ vận chuyển chuyên tuyến cấp cứu cho thấy việc theo dõi đánh giá bệnh nhân đợt 1 đạt là 81,9, đợt 2 đạt là 90,3%; Đặt truyền tĩnh mạch đợt 1 đạt là 79,6%, đợt 2 đạt là 66,1%; kỹ năng bóp bóng đợt 1 đạt là 75,2%, đợt 2 là 77,1%; kỹ năng xử trí co giật đợt 1 đạt là 34,5%, đợt 2 đạt là 37%, đặt nội khí quản đợt 1 đạt là 11,1%, đợt 2 đạt là 18,3%.

Cũng theo Lê Thanh Hải và cộng sự trong quá trình vận chuyển cấp cứu, phần lớn số bệnh nhân đòi hỏi phải hỗ trợ hô hấp (90%), tuần hoàn (40%) và thần kinh nhưng chỉ có 11% số cán bộ vận chuyển đặt được nội khí quản, khoảng 1/3 số cán bộ vận chuyển biết cấp cứu tim-phổi và thần kinh (đợt I). 35% nhân viên y tế vận chuyển bệnh nhân trong nghiên cứu lần 2 đã được đào tạo về cấp cứu, cao hơn đợt 1 (không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,19$), nhưng kỹ năng cấp cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nghiên cứu lần 1 [2][3].

Sự khác biệt này do nghiên cứu của các tác giả Lê Bá Tuấn, Lê Thanh Hải trên phạm vi vận chuyển từ các tỉnh về Bệnh viện Nhi Trung ương, trong khi của chúng tôi là từ tuyến huyện lên BVĐK tỉnh [1][2][3].

Trang thiết bị cho công tác vận chuyển:

Nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung thấp hơn nghiên cứu của Lê Bá Tuấn cho thấy trang thiết bị trên xe vận chuyển cấp cứu, cụ thể: hộp chống sốc tỷ lệ có 85,1%, bình oxy 90,2%. Massque có 91,5%, bóng 90%, bộ đặt nội khí quản 14,6%, máy thở 1,5%, dịch truyền 80,2%, Canuyl 79,2% máy đo huyết áp 74,9%, thuốc chống co giật 84,4%, băng cầm máu 46,3%, Monitor 5,6% [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các cộng sự về vận chuyển cấp cứu chuyên tuyến nhi trước đó. Theo tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [5] nghiên cứu mô tả cắt ngang 701 trường hợp bệnh nhi cấp cứu chuyển viện tại Bệnh viện Nhi đồng I, từ tháng 3.2001 đến tháng 2.2004 cho thấy có 26 trường hợp chiếm 3,7% chuyển viện đầy đủ trang thiết bị tối thiểu để cấp cứu và theo dõi bệnh nhân; 468 trường hợp chiếm 66,8% có trang thiết bị nhưng không đầy đủ, 207 trường hợp chiếm 29,5% không có bất cứ trang thiết bị nào.

Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự [2][3] nghiên cứu 2 đợt, đợt I tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009-1/2010, đánh giá 11 trang thiết bị vận chuyển chuyên tuyến cấp

cứu nhi thiết yếu, kết quả cho thấy (1) oxy đợt 1 là 97,3%, đợt 2 là 90%; (2) bóng đợt 1, 80,1%, đợt 2 là 82%; (3) mask đợt 1 là 79,6%, đợt 2 là 76%; (4) thuốc chống co giật đợt 1 là 49,6%, đợt 2 là 64,7%; (5) băng băng cầm máu đợt 1 là 45,1%, đợt 2 là 63,3%; (6) dịch truyền đợt 1 là 35,8%, đợt 2 là 61,9%,...

Theo Samdi O và cộng sự cho rằng nếu đầu tư cải thiện hệ thống thông tin và trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương đã làm giảm tới 50% các trường hợp tử vong trong cấp cứu [7]. Do vậy việc đầu tư các trang thiết bị trên xe vận chuyển cấp cứu là điều cấp thiết cần phải đầu tư nhằm giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng cũng như tăng sự hồi phục ở bệnh nhi.

Hoạt động khi chuyển tuyến cấp cứu:

Các hoạt động khi chuyển tuyến đóng vai trò quan trọng đặc biệt trong các trường hợp bệnh nhi suy giảm chức năng sống, tai biến, biến chứng.

Nhiệm vụ xử trí của cán bộ y tế trong khi chuyển tuyến được quy định tại 01/2008/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 21/01/2008 về việc ban hành Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc. Trong đó cán bộ y tế phải có trách nhiệm: thực hiện y lệnh, chăm sóc, theo dõi người bệnh trên đường vận chuyển; Nhận và bàn giao hồ sơ bệnh án chuyển viện, tư trang của người bệnh, giải quyết các thủ tục cần thiết liên quan đến việc tiếp nhận người bệnh ở tuyến trên. Người vận chuyển bệnh nhân chỉ được ra về sau khi người bệnh được bệnh viện nơi đến tiếp nhận ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

Về xử lý trước khi chuyển tuyến nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với một số tác giả. Theo Lê Bá Tuấn và cộng sự nghiên cứu các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu năm 2013 xử trí ở tuyến trước chiếm 60% [1]. Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự số bệnh nhi không được xử trí trước khi chuyển tuyến là chiếm tỷ lệ 42,5%, số bệnh nhi được xử trí trước khi chuyển tuyến chiếm tỷ lệ 57,5% [5].

Nhiều bệnh rất phức tạp và đa dạng mà cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân không đủ khả năng để hồi sức và điều trị chuyên sâu. Do đó, bệnh nhân cần phải được chuyển lên tuyến cao hơn với nguyên tắc là bệnh nhân thường xuyên được chăm sóc tốt nhất từ cơ sở tiếp nhận và xử trí ban đầu đến các đơn vị của tuyến trên.

Quyết định chuyển bệnh nhân được dựa trên cơ sở đánh giá những ích lợi thu được và các nguy cơ bất lợi có thể xảy ra như vận chuyển không đúng quy trình cấp cứu, dẫn đến tình trạng của bệnh nặng lên hoặc tử vong trên đường vận chuyển.

Việc liên hệ với cán bộ tuyến trên trước khi chuyển tuyến được Quy định tại Điều 24. Người bệnh cấp cứu phải chuyển tuyến tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc.

Liên lạc với nhân viên y tế nơi bệnh nhân sẽ được chuyển đến và cung cấp thông tin về tình trạng bệnh nhân, bệnh sử cho họ biết. Cả hai nhóm vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhân sẽ quyết định bệnh nhân có đủ điều kiện để chuyển không, nơi nào sẽ giám sát quá trình vận chuyển.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Bá Tuấn và cộng sự các trường hợp cấp cứu nhi năm 2013, trong đó bệnh viện tuyến dưới có liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương có 19 ca, chiếm tỷ lệ 4,6%. Trong khi đó, đa phần cán bộ y tế ở tuyến dưới không có sự liên hệ với Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm tỷ lệ 95,4% [1].

Xử trí trong quá trình chuyển tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Bá Tuấn trong đó tỷ lệ bệnh nhi cần có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển là 116 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 28,3% [1]

Tỷ lệ các biện pháp xử trí trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung cao hơn khi so sánh với nghiên cứu chuyển tuyến bệnh nhi của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [5] nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I các thủ thuật được thực hiện khi chuyển viện có thở ôxy 23,5%, truyền dịch 20,5%, bóp bóng giúp thở chiếm 1,7%, đặt nội khí quản 1,7%, các thủ thuật khác 1,6% (đặt sonde dạ dày, sonde trực tràng, truyền máu, mở khí quản, thở NCPAP,..).

Nghiên cứu các trường hợp tim ngừng đập tại Bệnh viện Nhi Đồng II của tác giả Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt [6] cho thấy, tỷ lệ các biện pháp xử trí như thở

ôxy khi chuyển viện bằng bóp bóng NKQ 57,9%, bóp bóng qua Mask là 5,3%, thở ôxy qua canuyl là 15,8%, không thở ôxy là 21,1%; Truyền dịch khi vận chuyển 63,2%.

Mặc dù nghiên cứu của Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt trên những bệnh nhân nguy kịch, chết trước khi nhập viện, tuy vậy tỷ lệ không cho thở ôxy vẫn chiếm tỷ lệ khá cao với 1/5 số bệnh nhi [6].

Thực tế, xử trí bệnh nhi trên xe vận chuyển cấp cứu là hết sức quan trọng, có tính thiết thực trong việc góp phần giảm tỷ lệ tử vong cho trẻ. Tuy vậy, việc xử trí trong quá trình vận chuyển không hề đơn giản, ngoài số lượng cán bộ y tế, trình độ chuyên môn kỹ thuật, kinh nghiệm, an toàn trong vận chuyển còn phụ thuộc vào trang thiết bị hiện có và thể trạng ở trẻ.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 96 trường hợp vận chuyển cấp cứu nhi từ các đơn vị y tế tuyến xã, tuyến huyện. Kết quả nghiên cứu cho thấy số 100% số trường hợp không đạt về số lượng theo chuẩn 01 bác sỹ và 01 điều dưỡng. Tỷ lệ đạt về kỹ năng cấp cứu trên xe thấp với 11,46%, tỷ lệ đầy đủ trang thiết bị trên xe chiếm 10,42%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết đầu tư trang thiết bị trên các xe cấp cứu tại địa bàn tỉnh Yên Bái theo quy định về quá trình cấp cứu. Tỉnh Yên Bái cũng cần mở các lớp tập huấn về kỹ năng cấp cứu cơ bản và kỹ năng cấp cứu nâng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Lê Bá Tuấn** (2015). *Thực trạng vận chuyển bệnh nhân cấp cứu tới Bệnh viện Nhi Trung ương*. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II – Đại học Y Hà Nội, 2015.
2. **Lê Thanh Hải** (2009), *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr.15-19
3. **Lê Thanh Hải** (2010), *Vận chuyển an toàn bệnh nhân trẻ em*, Thực hành cấp cứu Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.27-35
4. **Đinh Phương Hòa và Nguyễn Công Khanh** (2005), *Nghiên cứu hiện trạng cấp cứu nhi, lựa chọn tiến bộ khoa học và xây dựng mô hình cấp cứu nhi khoa phù hợp các tuyến nhằm giảm tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu*, Đề tài độc lập cấp Nhà nước, tr.59-61.
5. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tình an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng I*, Tạp chí YHHT, tr.116-121.
6. **Phan Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thành Đạt** (2007), *Tình hình ngưng tim ngưng thở trước nhập viện tại khoa Cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2004-2007*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 11, tr.74-78.
7. **Samdi O, Senegeh P.** (1997), *Facilitating emergency obstetrical care through transportation and communication*, *Int.J of Gynecology and Obstetrics*; 52(2):157-64.
8. **Warren J.and et al** (2004), *Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*, *Crit Care Med*, 32(1), pp.256-62



MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC 54 TRƯỜNG HỢP TỬ VONG TRONG 24 GIỜ NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2013

Lê Thanh Hải¹, Phan Thị Ngọc Lan¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Nhằm xác định một số yếu tố dịch tễ học ảnh hưởng đến tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó tìm ra giải pháp phòng ngừa nhằm giảm tỷ lệ tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu cắt ngang có phân tích 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện và 262 trường hợp tử vong sau 24 giờ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của các yếu tố dịch tễ đến tử vong 24 giờ ($p < 0,05$) bao gồm:

- Đặc điểm trẻ: Trẻ sơ sinh (OR=2,54, 95%CI 1,39-4,66), khoảng cách trên 50km (OR=1,83, 95%CI 1,01-3,32).

- Chỉ số sinh tồn: Suy hô hấp (OR=18,53, 95%CI 9,16-37,51), suy tuần hoàn (OR=35,34, 95%CI 12,51-99,80), suy thần kinh (OR=18,21, 95%CI 7,11-46,64) và mức độ bệnh đều ảnh hưởng lớn đến tử vong trước 24 giờ (OR=16,01, 95%CI 7,83-32,73).

Từ khóa: Dịch tễ học, tử vong 24h, chỉ số sinh tồn.

ABSTRACT

SOME OF THE EPIDEMIOLOGICAL FACTORS IN 54 CHILDREN WHO DIED WITHIN 24 HOURS OF ADMISSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2013

In order to identify some of epidemiological factors affecting mortality rate within 24 hours of admission, from which prevention should be drawn out to reduce mortality rate of Vietnam National Children's Hospital, we carry out a cross-sectional study on 54 death cases within 24 hours of admission to Vietnam National Children's Hospital in 2013. The result shows that epidemiological factors affecting mortality rate within 24 hours of admission ($p < 0.05$) include:

- Characteristics of patients: neonates (OR=2,54, 95%CI 1,39-4,66), transport more than 50 km (OR=1,83,

95%CI 1,01-3,32).

- Vital signs: Respiratory failure (OR=18,53, 95%CI 9,16-37,51), circulatory failure (OR=35,34, 95%CI 12,51-99,80), neurological failure (OR=18,21, 95%CI 7,11-46,64) patient's condition affect much on mortality before 24 hours of admission (OR=16,01, 95%CI 7,83-32,73).

Keywords: Epidemiological, mortality rate within 24 hours of admission, vital signs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tử vong trong 24 giờ trong bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, thường chiếm tỷ lệ từ 39% năm 2000 xuống 23% năm 2004 và tỷ lệ này duy trì (giảm không đáng kể) trong các năm 2005, 2006 và 2007 [1]. Trong những năm qua, một số công trình nghiên cứu tử vong tại các bệnh viện cho thấy, tình hình tử vong chung ở trẻ em có giảm nhưng tỷ lệ tử vong trẻ em trong 24 giờ vào viện lại có xu hướng gia tăng hơn trước do bệnh nhi đến muộn và thường là nặng [4].

Xác định các yếu tố dịch tễ học ảnh hưởng đến tử vong trong 24 giờ nhập viện, qua đó tìm ra giải pháp phòng ngừa nhằm giảm tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là điều cần thiết, đặc biệt với bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến trung ương, nơi mà các bệnh nhân vận chuyển cấp cứu tới thường là các trường hợp ở tuyến dưới không đủ khả năng điều trị.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Một số đặc điểm dịch tễ học 54 trường hợp tử vong trong 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án năm về các trường hợp bệnh nhân tử vong từ 01/10/2012 đến 30/09/2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Chỉ chọn các trường hợp có đầy đủ hồ sơ bệnh án,

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

thông tin tình trạng cấp cứu, nhập viện, chuyển viện phù hợp với các mục tiêu, chỉ tiêu trong nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân tử vong từ 01/10/2012 đến 30/09/2013. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng có phân tích.

3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ đối tượng có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu,

kết quả nghiên cứu có 54 trẻ tử vong trong 24 giờ và 262 trẻ tử vong sau 24 giờ năm 2013.

4. Quản lý và phân tích số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng SPSS 17.0

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Ảnh hưởng yếu tố nhân khẩu học đến tử vong trong 24 giờ nhập viện

Đặc điểm		Phân loại		Tử vong				P	OR (95%CI)
				Trong 24h		Sau 24h			
		SL	TL	SL	TL				
Nhóm trẻ	Sơ sinh	34	24,5	105	75,5	0,002	2,54		
	>1 tháng	20	11,3	157	88,7		(1,39-4,66)		
Giới tính	Nam	34	19,4	141	80,6	0,2183	1,46		
	Nữ	20	14,2	121	85,8		(0,80-2,67)		
Khoảng cách tới BV Nhi TW	>50km	31	21,8	111	78,2	0,043	1,83		
	<50km	23	13,2	151	86,8		(1,01-3,32)		
Hoàn cảnh kinh tế	Nghèo	9	26,5	25	73,5	0,1239	1,90		
	Khá, giàu	45	16,0	237	84,0		(0,83-4,33)		
TỔNG		54	17,1	262	82,9				

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố thuộc về nhân khẩu học có ảnh hưởng đến tử vong trong và sau 24 giờ bao gồm nhóm trẻ và khoảng cách từ nhà đến BV Nhi TW ($p < 0,05$).

Nhóm trẻ sơ sinh tử vong trong 24 giờ (24,5%) cao gấp 2,54 lần nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi (11,3%);

Nhóm trẻ có khoảng cách trên 50km tử vong trong 24 giờ (21,8%) cao gấp 1,83 lần nhóm trẻ từ dưới 50km (13,2%).

Bảng 2. Ảnh hưởng của kết quả đánh giá dấu hiệu sinh tồn đến tử vong trong 24 giờ

Đặc điểm		Phân loại		Tử vong				P	OR (95%CI)
				Trong 24h		Sau 24h			
		SL	TL	SL	TL				
Suy hô hấp	Từ độ 3 trở lên	40	53,3	35	46,7	<0,001	18,53		
	Dưới độ 3, không đánh giá	14	5,8	227	94,2		(9,16-37,51)		
Suy tuần hoàn	Sốc, tim ngừng đập	22	81,5	5	18,5	<0,001	35,34		
	Không sốc, không đánh giá	32	11,1	257	88,9		(12,51-99,80)		
Suy thần kinh	Hôn mê giai đoạn 3	18	72,0	7	28,0	<0,001	18,21		
	Hôn mê giai đoạn 2	36	12,4	255	87,6		(7,11-46,64)		
Mức độ bệnh	Rất nặng	42	47,2	47	52,8	<0,001	16,01		
	Nặng, vừa	12	5,3	215	94,7		(7,83-32,73)		
TỔNG		54	17,1	262	82,9				

Các kết quả đánh giá dấu hiệu sinh tồn bao gồm suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy thần kinh và mức độ bệnh ảnh hưởng đến tử vong trong 24 giờ nhập viện ($p < 0,0001$).

Trẻ suy hô hấp từ độ 3 trở lên có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (53,3%) cao gấp 18,53 lần trẻ suy hô hấp độ 3 hoặc không có số liệu đánh giá;

Trẻ sốc tuần hoàn, tim ngừng đập có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (81,5%) cao gấp 35,34 lần trẻ không sốc, không có số liệu đánh giá.

Trẻ hôn mê giai đoạn 3 có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (72%) cao gấp 18,21 lần trẻ hôn mê giai đoạn 2 hoặc không có số liệu đánh giá.

Mức độ bệnh rất nặng có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (47,2%) cao gấp 16,1 lần nhóm trẻ có mức độ bệnh nặng hoặc vừa (5,3%).

BÀN LUẬN

Độ tuổi: Nhóm trẻ sơ sinh tử vong trong 24 giờ (24,5%) cao gấp 2,54 lần nhóm trẻ trên 1 tháng tuổi (11,3%), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Trẻ sơ sinh do sự thay đổi đột ngột từ môi trường trong tử cung ra môi trường ngoài, hơn nữa chức năng các hệ thống cơ quan chưa hoàn thiện nên chúng dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn đặc biệt là trẻ đẻ non [6]. Nhận xét này tương tự các nghiên cứu TVTE trong nước [5],[7],[8].

Tại một số nước phát triển như ở Mỹ, theo Barbara J.Stoll thì tỷ lệ TVSS ngày càng giảm nhưng cao nhất trong 24 giờ đầu đời của trẻ, ước tính chiếm khoảng 65% TVTE dưới 1 tuổi [9].

Trong gian đoạn trẻ sơ sinh cần đặc biệt thận trọng trong việc phòng ngừa, cũng như công tác cấp cứu trẻ nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong.

Khoảng cách tới Bệnh viện Nhi Trung ương: Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ có khoảng cách trên 50km tử vong trong 24 giờ (21,8%) cao gấp 1,83 lần trẻ từ dưới 50km (13,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhiều tác giả cho thấy khoảng cách từ nhà đến bệnh viện đóng vai trò quan trọng đến tử vong ở trẻ khi cấp cứu.

Theo Hồ Việt Mỹ và Phạm Thiên Ngôn nghiên cứu tại khoa cấp cứu Nhi Bệnh viện Đa khoa Bình Định từ năm 1990 đến 1994, tử vong trong 24 giờ của trẻ em sống ở nông thôn chiếm 69,3% và thành thị là 21,6% [3]. Kết quả nghiên cứu tại Hải Phòng có tỷ lệ TVTE ở nông thôn cao hơn do không chia thành số trẻ em sống ở vùng ven.

Mối liên quan giữa về tính an toàn với lứa tuổi, nơi trường trú, mức độ bệnh của bệnh nhi của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu về chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] cũng cho thấy chuyển viện không an toàn ở lứa tuổi dưới 1 tuổi chiếm 35,7%, chuyển viện trên 1 tuổi không an toàn 20,5%, $OR = 2.14$, $p < 0,001$;

Thực tế, tuyến cơ sở còn nhiều hạn chế, nên bệnh nhi phải chuyển lên tuyến Trung ương, quả nghiên cứu cho

thấy cần đảm bảo năng lực bệnh viện tuyến cơ sở, trong đó đặc biệt lưu ý đến công tác cấp cứu. Giải pháp phát triển bệnh viện vệ tinh, bệnh viện tuyến tỉnh, vùng hiện vẫn đang được Bộ Y tế đầu tư và xây dựng, tuy nhiên để hoàn thiện được cần nhiều thời gian và nguồn kinh phí lớn.

Ảnh hưởng dấu hiệu sinh tồn đến tử vong trước 24 giờ nhập viện

Suy hô hấp: Trẻ suy hô hấp từ độ 3 trở lên có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (53,3%) cao gấp 18,53 lần trẻ suy hô hấp độ 3 hoặc không có số liệu đánh giá, mối liên qua có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Hầu hết trẻ tử vong ở bệnh viện là do suy hô hấp, nguy cơ tử vong cao ở nhóm trẻ suy hô hấp cho thấy vai trò công tác phòng ngừa các bệnh hô hấp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là rất quan trọng, bên cạnh đó quá trình cấp cứu, vận chuyển cấp cứu cần được trang bị các dụng cụ thông đường thở, thở ô xy cho trẻ.

Suy tuần hoàn: Trẻ sốc tuần hoàn, tim ngừng đập có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (81,5%) cao gấp 35,34 lần trẻ không sốc, không có số liệu đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nghiên cứu cho thấy có nhiều trẻ có biểu hiện tim ngừng đập khi nhập viện, theo chúng tôi việc trang bị các máy sốc tim trên các xe cấp cứu là cần thiết. Cán bộ cấp cứu cũng cần được đào tạo về các kỹ năng hồi sinh tim.

Suy thần kinh: Trong nghiên cứu trẻ hôn mê giai đoạn 3 có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (72%) cao gấp 18,21 lần trẻ suy hôn mê giai đoạn 2 hoặc không có số liệu đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, các bậc phụ huynh cần theo dõi các phản ứng ở trẻ, khi trẻ có dấu hiệu bất thường về phản ứng cần được đưa đến bệnh viện. Thực tế, khi trẻ suy thần kinh là mức độ bệnh đang ở giai đoạn nặng.

Mức độ bệnh: Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ bệnh rất nặng có nguy cơ tử vong trong 24 giờ nhập viện (47,2%) cao gấp 16,1 lần nhóm trẻ có mức độ bệnh nặng hoặc vừa (5,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nhiều trẻ thường được đưa đến bệnh viện muộn, do cha mẹ thiếu hiểu biết về cách chăm sóc (tự chữa bệnh khi trẻ mắc, không nhận biết được các dấu hiệu bệnh ở trẻ). Do vậy, giáo dục sức khỏe nâng cao hiểu biết thực hành chăm sóc trẻ ở các bậc cha mẹ là điều cần thiết.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu 54 trẻ tử vong trong 24 giờ nhập viện và 262 trẻ tử vong sau 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013, cho thấy ảnh hưởng các yếu tố

nhân khẩu học và các dấu hiệu sinh tồn đến tử vong trước 24 giờ nhập viện.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần quan tâm phòng ngừa bệnh tật đặc biệt với nhóm trẻ sơ sinh, khi vận chuyển cấp cứu ở những bệnh nhân ở xa cần ổn định bệnh nhi trước, trong quá trình vận chuyển.

Cần đảm bảo các phương tiện kỹ thuật, nhân lực trong quá trình vận chuyển cấp cứu, cấp cứu tại bệnh viện đặc biệt là các phương tiện khai thông đường thở, thở ôxy, máy điện tim, sốc điện, các loại phương tiện và thuốc thiết yếu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, tr.1-57.
2. Hoàng Trọng Kim và cộng sự (2004) "*Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 3/2003 đến tháng 2/2004*". Y học Thực hành 2004;495;116-121.
3. Hồ Việt Mỹ, Phạm Thiên Ngôn (1996), "*Tình hình tử vong trước 24 giờ tại phòng Cấp cứu khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định trong 5 năm (1990 - 1994)*", Nhi khoa, Tập 5, Tr. 55 - 62.
4. Nguyễn Thu Nhạn, Nguyễn Công Khanh (2001), "*Nghiên cứu thực trạng sức khỏe và mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam, đề xuất các giải pháp khắc phục*", Nhi Khoa tập 10, Nhà xuất bản Y học, tr. 1-19.
5. Ngô Thị Thanh, Vũ Thuý Lan, Đỗ Thanh Nhân (1996), "*Tình hình bệnh tật trẻ em tại khoa hồi sức cấp cứu Nhi Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội 3 năm 1993- 1995*", Nhi khoa, Tập 5, Tổng hội Y Dược học Việt Nam xuất bản, Tr. 122- 130.
6. Nguyễn Quang Anh (2000), "*Đặc điểm trẻ sơ sinh đủ tháng và cách chăm sóc*", Bài giảng Nhi khoa, Tập 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.122 - 129.
7. Nguyễn Tấn Viên, Đinh Quang Tuấn (1994), "*Tình hình bệnh tử vong trước 24 giờ tại phòng Hồi sức cấp cứu khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế*". Kỹ yếu công trình Nhi khoa, Hội Nhi khoa miền Trung, tr. 264 - 265.
8. Nguyễn Tấn Viên, Đinh Quang Tuấn (1997), "*Tình hình tử vong trước 24 giờ và các yếu tố nguy cơ*", Y học Thực hành, Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học Viện BVSKTE, tr. 22 - 25.
9. Barbara J. Stoll, Robert M. Kliegman (2000), "*Overview of mortality and morbidity*", Nelson text book of pediatrics, 16th Edition, W.B. Saunders Company, pp. 451- 453.

-----oOo-----

HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP HỆ THỐNG CUNG ỨNG DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHIẾM THÍNH TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Ngọc Hà¹, Nguyễn Tuyết Xương², Nguyễn Anh Dũng³, Võ Thanh Quang⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có so sánh trước-sau được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả một số giải pháp

can thiệp hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2013-2014. Kết quả sau hai năm can thiệp: Cải thiện cơ bản tính sẵn có của

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng; Email: ha.tmhvt@yahoo.com
2. Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội
3. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội
4. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 19/01/2017 | » Ngày phản biện: 02/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/03/2017

nguồn lực và tình trạng cung ứng dịch vụ, tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của trẻ khiếm thính cùng gia đình; tạo ra được chương trình can thiệp sớm mang tính cộng đồng; cải thiện đáng kể thực trạng của trẻ khiếm thính cả về trung bình tuổi phát hiện, chẩn đoán xác định, đeo máy và can thiệp (tương ứng 15,5; 21; 23,7 và 26,5 tháng) lần tỉ lệ được phát hiện, chẩn đoán, can thiệp sớm trước 12 và 24 tháng ($p < 0,001$). Dữ liệu nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp với một số giải pháp mang tính tổng thể và toàn diện có thể mở rộng áp dụng cho các địa phương khác có điều kiện tương tự.

Từ khóa: Khiếm thính, trẻ em, phát hiện sớm, can thiệp sớm, dịch vụ, Hải Phòng.

SUMMARY:

INITIAL EFFECTIVENESS OF INTERVENTION SOLUTIONS INTO THE EARLY INTERVENTION SERVICE DELIVERY SYSTEM FOR CHILDREN WITH HEARING LOSS IN HAIPHONG

The community intervention study with pre-post comparison was carried out to assess the effectiveness of systematic intervention solutions into the early intervention service delivery system for children with hearing loss in Haiphong, 2013-2014. The results after two years of intervention: basically improving the availability of resources and service provision situation, increasing the access to and the use of services by children with hearing loss and their families; creating of an early communal intervention program; significantly improving the situation of children with hearing loss regarding both the average age of suspicion, identification and, hearing aid fitting and intervention (15.5; 21; 23.7 and 26.5 months, correspondingly) as well as the proportion of being detected, diagnosed, and early intervened under 12 and 24 months of age ($p < 0.001$). The data showed that the intervention program, with some overall and comprehensive solutions could be expanded its application to other provinces with similar conditions.

Keywords: Hearing loss; Children; Early detection; Early intervention; Service; Haiphong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm đầu đời là khoảng thời gian rất quan trọng đối với sự phát triển của trẻ em. Vì vậy, can thiệp sớm có ý nghĩa cực kỳ quan trọng đối với trẻ khiếm thính trong việc phát triển ngôn ngữ lời nói ngay từ khi trẻ còn nhỏ; giảm ảnh hưởng của khiếm thính đến sự phát triển ngôn ngữ và lời nói của trẻ, nhằm phát triển tối đa khả năng giao tiếp để trẻ có được một cuộc sống hòa nhập cộng đồng.

Can thiệp sớm không chỉ làm thay đổi tương lai của trẻ khiếm thính, mà còn làm giảm gánh nặng của gia đình và xã hội [1]. Can thiệp sớm là một quá trình bao gồm toàn bộ từ việc phát hiện và chẩn đoán sớm cho đến can thiệp; có liên quan đến cả trẻ, cha mẹ, gia đình và một mạng lưới rộng lớn [1-3].

Ở những nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc, Canada, Hà Lan... việc phát hiện sớm và can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính sơ sinh đã và đang phát triển mạnh mẽ, trở thành chương trình quốc gia, luôn mang tính thời sự, thu hút được sự tham gia của nhiều tổ chức xã hội. Họ đã có nhiều công trình nghiên cứu, nhiều kinh nghiệm khi triển khai thực hiện công tác can thiệp sớm một cách đồng bộ từ sàng lọc sơ sinh, đồng thời với can thiệp sớm bởi nhóm chuyên gia phối hợp đa chức năng, theo một chương trình toàn diện, thống nhất. Nhiều thành tựu to lớn đã đạt được cả trong thực tiễn lẫn nghiên cứu ứng dụng. Điều này đã cho thấy tính ưu việt và hiệu quả của hệ thống cung cấp dịch vụ phát hiện sớm, can thiệp sớm khiếm thính được tổ chức theo một mô hình thống nhất, đồng bộ và toàn diện.

Ở Việt Nam, dịch vụ can thiệp sớm khiếm thính chưa tương xứng với nhu cầu, chưa được quan tâm phát triển đúng mức ở các cơ sở [4]. Việc triển khai các giải pháp tăng cường khả năng đáp ứng của hệ thống cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính ở Hải Phòng sẽ cải thiện tình trạng bất cập trong cung cấp dịch vụ và giúp trẻ được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời, phù hợp. Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá hiệu quả bước đầu can thiệp hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Các cơ sở liên quan đến cung ứng dịch vụ can thiệp sớm (CTS) cho trẻ khiếm thính (KT) tại Hải Phòng gồm: Trường Khiếm thính, Bệnh viện Hữu Nghị Việt - Tiệp, Bệnh viện Trẻ em, Bệnh viện Phụ sản, Trung tâm Thính học Cát Tường Hải Phòng (gọi là Trung tâm Thính học), Quỹ Bảo trợ trẻ em (BTTE) Hải Phòng; đại diện cán bộ quản lý các cơ sở nêu trên; giáo viên dạy CTS Trường Khiếm thính Hải Phòng; trẻ khiếm thính và phụ huynh có tên trong hồ sơ lưu trữ tại các cơ sở. Những trẻ > 15 tuổi, khiếm thính do mắc phải hoặc gia đình và trẻ không đồng ý tham gia sẽ không được lựa chọn. Dữ liệu được lấy từ hồ sơ lưu tại các cơ sở nghiên cứu thảo luận nhóm và phỏng vấn cán bộ quản lý các đơn vị, giáo viên dạy can thiệp sớm và phụ huynh trẻ khiếm thính.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành có

chủ đích tại các cơ sở nêu trên.

Thời gian nghiên cứu: Từ 10/2012-12/2014. Điều tra lần 1 mô tả thực trạng, lập kế hoạch can thiệp từ 10/2012-12/2012. Thử nghiệm can thiệp từ 01/2013-12/2014. Điều tra lần 2 đánh giá sau can thiệp tháng 12/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang (kết hợp giữa định lượng và định tính) và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có so sánh trước-sau (không đối chứng). Phương pháp tiến hành nghiên cứu được trình bày theo trình tự thiết kế chủ đạo là nghiên cứu can thiệp, gồm các bước:

+ **Bước 1:** Điều tra đánh giá thực trạng trước can thiệp.

+ **Bước 2:** Xác định vấn đề và xây dựng giải pháp can thiệp.

+ **Bước 3:** Triển khai thử nghiệm các nội dung can thiệp.

+ **Bước 4:** Đánh giá kết quả: So sánh trước-sau can thiệp nhằm đánh giá sự thay đổi về thực trạng cung ứng dịch vụ CTS.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Đối với điều tra thực trạng trước can thiệp: Chọn toàn bộ 06 cơ sở, cán bộ quản lý cơ sở (06 người), giáo viên dạy CTS (05 người); chọn toàn bộ 353 trẻ KT và phụ huynh có hồ sơ lưu tại các cơ sở cung cấp dịch vụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn cho nghiên cứu định lượng; chọn 30 phụ huynh cho nghiên cứu định tính. Đối với điều tra sau can thiệp: Chọn toàn bộ các cơ sở liên quan cung ứng dịch vụ CTS, đại diện cán bộ quản lý và giáo viên dạy CTS như nghiên cứu ban đầu; chọn toàn bộ 190 trẻ KT và phụ huynh có hồ sơ lưu tại các cơ sở cung cấp dịch vụ trong 2 năm 2013-2014; 10 phụ huynh cho phỏng vấn sâu.

Các chỉ số nghiên cứu chính: nhân lực, trang thiết bị, dịch vụ của các đơn vị; tỉ lệ trẻ được chẩn đoán tại Hải Phòng và tuyến Trung ương; tuổi phát hiện, chẩn đoán, can thiệp của trẻ KT...

- **Một số khái niệm:** Tuổi phát hiện (tháng): Lần đầu tiên trẻ được nhận thấy có biểu hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán ban đầu (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đưa đi khám TMH hoặc kiểm tra thính lực sau khi phát hiện nghe kém. Tuổi chẩn đoán cuối cùng (tháng): Khi trẻ chính thức được xác định khiếm thính thông qua đo thính lực. Tuổi đeo máy (tháng): Lần đầu tiên trẻ được đeo máy trợ thính và bắt đầu sử dụng. Tuổi can thiệp: Khi trẻ bắt đầu nhận được chương trình giáo dục và phục hồi chức năng (PHCN) thính giác (tham gia trị liệu ngôn ngữ).

2.1. Công cụ thu thập số liệu

Phiếu điều tra cơ sở cung ứng dịch vụ, phiếu điều tra trẻ KT, nội dung hướng dẫn thảo luận nhóm cán bộ quản

lý, giáo viên, bộ câu hỏi phỏng vấn sâu cán bộ quản lý, giáo viên, phụ huynh.

2.2. Các bước tiến hành

Bước 1: Điều tra cắt ngang các cơ sở cung cấp dịch vụ, phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với lãnh đạo các cơ sở, giáo viên dạy CTS nhằm thu thập số liệu về nguồn lực, hoạt động cung ứng dịch vụ.

Thu thập thông tin về thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ CTS của trẻ KT cùng gia đình qua hỏi cứu hồ sơ, thống kê của các đơn vị và phỏng vấn phụ huynh.

Bước 2: Phân tích những mặt tồn tại, xây dựng các giải pháp can thiệp:

(1). Tăng cường phối hợp liên ngành.

(2). Tăng cường công tác truyền thông và vận động xã hội.

(3). Tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn kỹ thuật CTS.

Bước 3: Thực hiện các nội dung can thiệp, bao gồm:

1. Phối hợp liên ngành trong tổ chức tất cả các hoạt động CTS.

2. Tổ chức các hoạt động TT-GDSK nâng cao nhận thức của cộng đồng về nguyên nhân, ảnh hưởng của KT và lợi ích của việc sàng lọc, CTS. Phối hợp vận động nguồn lực từ các tổ chức, cá nhân hảo tâm.

3. Tổ chức tập huấn, bồi dưỡng nâng cao năng lực chuyên môn cho giáo viên, cán bộ y tế tham gia CTS và phụ huynh.

4. Phối hợp tổ chức hoạt động sàng lọc thính lực cho toàn bộ trẻ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, xác định trẻ KT.

5. Tổ chức tư vấn, hỗ trợ gia đình.

6. Tổ chức can thiệp trị liệu ngôn ngữ, PHCN cho trẻ.

Bước 4: Đánh giá kết quả theo phương pháp so sánh trước-sau can thiệp.

2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập, xử lý và phân tích kết quả bằng chương trình SPSS 12.0.

- Các thuật toán sử dụng thường dùng trong nghiên cứu y học: Tính giá trị trung bình, tính tỉ lệ %, so sánh sự khác biệt giữa các chỉ số bằng t - test độc lập, Anova test, tests χ^2 .

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của gia đình và bản thân đối tượng (với trẻ >12 tuổi); được phép sử dụng số liệu lưu trữ của cơ sở nghiên cứu. Đối tượng tham gia được bảo đảm các quyền lợi trong khám và điều trị; được giữ kín thông tin, chỉ sử dụng cho nghiên cứu và mục tiêu sức khỏe cộng đồng.



III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả triển khai các nội dung can thiệp

Các hoạt động can thiệp được triển khai đồng bộ và lồng ghép cùng nhau. Những kết quả chủ yếu thu được như sau:

3.1.1. Về phối hợp liên ngành

Các đơn vị đã phối hợp với nhau chặt chẽ bằng nhiều hình thức trong tất cả các hoạt động CTS, cùng xây dựng được một chương trình hỗ trợ CTS tại cộng đồng với những hoạt động cụ thể và sự điều hành thống nhất; xây dựng một biểu mẫu thu thập số liệu chung.

3.1.2. Về hoạt động truyền thông và vận động xã hội

- Xây dựng được 3 chương trình truyền hình; Tổ chức được 01 buổi “Hội thảo chuyên đề Hoạt động truyền thông Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính”; Phát hơn 29000 tờ rơi; Tư vấn trực tiếp về sàng lọc thính lực cho 29000 gia đình sản phụ.

- Vận động được nhà tài trợ lắp đặt một phòng học cách âm tại Trường Khiếm thính để phục vụ cho hoạt động trị liệu ngôn ngữ.

- Hỗ trợ cho 42 trẻ KT có hoàn cảnh khó khăn (30 trẻ được nhận 20 triệu tiền hỗ trợ mua máy trợ thính và tiền học nghe-nói ban đầu, 12 trẻ được nhận máy từ các nhà hảo tâm khác.

3.1.3. Về tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn CTS

- Tổ chức được 6 đợt tập huấn ngắn hạn cho giáo viên tại Trường Khiếm thính; 5 cán bộ giáo viên dạy can thiệp sớm được tham dự 2 lớp tập huấn chuyên môn trong 2 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.

- Phối hợp tổ chức được 6 chương trình khám nhân đạo về TMH, kiểm tra thính lực và tư vấn CTS cho trẻ KT, trẻ chậm nói và nghi ngờ nghe kém trong cộng đồng, chăm sóc và làm nắn tai miễn phí cho trẻ sử dụng máy trợ thính.

- Tổ chức được dịch vụ tư vấn hỗ trợ gia đình, đồng hành cùng cha mẹ trẻ khiếm thính trong suốt quá trình can thiệp.

- Tổ chức được dịch vụ trị liệu cho trẻ KT, giúp nhiều trẻ được can thiệp kịp thời sau chẩn đoán.

3.2. Những thay đổi về tính sẵn có của nguồn lực, dịch vụ

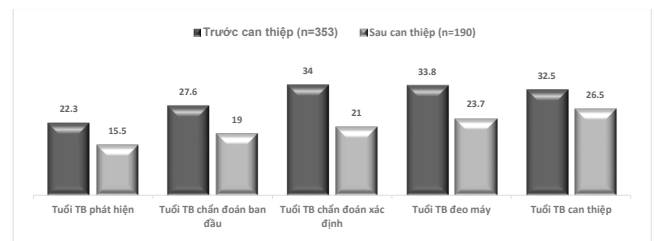
Sau can thiệp, có thêm Bệnh viện Trẻ em cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán sớm và tư vấn hỗ trợ gia đình. Bệnh viện Phụ sản đã cung cấp dịch vụ sàng lọc thính lực sơ sinh và tư vấn hỗ trợ gia đình. Quỹ BTTE đảm đương vai trò là đầu mối liên kết các đơn vị, vận động nguồn lực và tư vấn, hỗ trợ gia đình.

Hoạt động của các cơ sở trong hệ thống cung cấp dịch

vụ đã phối hợp hoà quyện, lồng ghép chặt chẽ với nhau để tạo nên tổng thể các dịch vụ CTS mang tính toàn diện, liên tục nhằm giúp gia đình trẻ KT dễ dàng tiếp cận, lựa chọn và trẻ có được cơ hội phát triển tốt nhất.

3.2.3. Những thay đổi về thực trạng trẻ khiếm thính và nhu cầu sử dụng dịch vụ

Biểu đồ 1. Thay đổi về các tuổi nghiên cứu trước - sau can thiệp

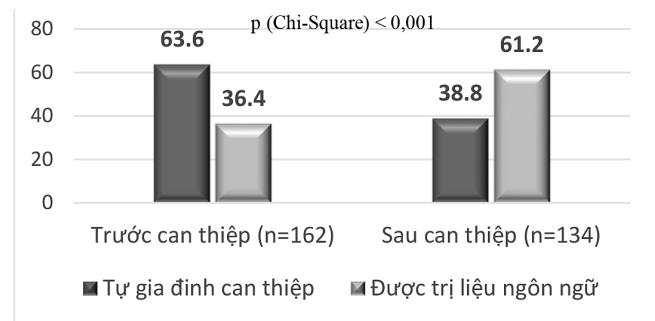


Chú thích: TB-trung bình

Các tuổi nghiên cứu đều giảm xuống có ý nghĩa so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

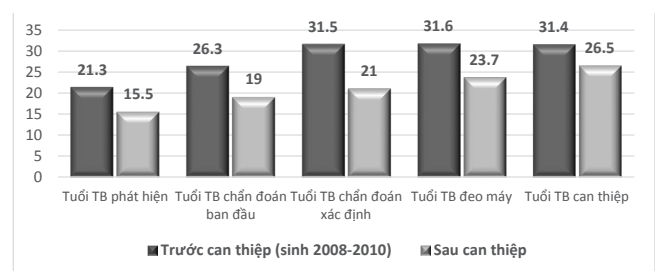
Trẻ KT sau can thiệp, trừ tuổi can thiệp ngôn ngữ là 26,5 tháng, các tuổi nghiên cứu còn lại đều < 24 tháng. Tuy nhiên, biên độ dao động của các tuổi này vẫn còn khá rộng, từ 1 - 49 tháng.

Biểu đồ 2. Thay đổi về tỉ lệ trẻ KT được trị liệu ngôn ngữ



Số trẻ KT được trị liệu tăng (61,2% so với 36,4%); số trẻ do gia đình tự can thiệp giảm (38,8% so với 63,6%; $p < 0,001$).

Biểu đồ 3. So sánh về tuổi nghiên cứu của nhóm trẻ sinh từ 2008-2010 trước can thiệp và nhóm trẻ sau can thiệp



Các tuổi nghiên cứu của trẻ KT trước can thiệp sinh từ 2008-2010 là cao hơn (muộn hơn) có ý nghĩa thống kê so với trẻ KT sau can thiệp (các giá trị $p < 0,001$ và $p = 0,027$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều tra trước can thiệp cho thấy thực trạng hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ KT tại Hải Phòng tồn tại nhiều sự bất cập ở cả phía cung cấp và người sử dụng dịch vụ; chưa có cơ sở công lập nào có đầy đủ trang thiết bị sàng lọc, chẩn đoán và cung cấp đầy đủ dịch vụ CTS, trừ Trung tâm Thính học tư nhân; còn khoảng trống rất lớn ở hoạt động cung cấp dịch vụ can thiệp và tư vấn, hỗ trợ gia đình, trong khi đó những yếu tố từ phía người sử dụng dịch vụ như hiểu biết của cha mẹ hạn chế, hoàn cảnh gia đình, điều kiện kinh tế khó khăn... là rất khó cải thiện. Do đó bên cạnh các yếu tố từ gia đình thì hạn chế của việc cung cấp dịch vụ chẩn đoán cũng là nguyên nhân dẫn đến chậm trễ trong quá trình từ phát hiện đến can thiệp của trẻ.

Ủy ban Hợp nhất về Thính lực trẻ sơ sinh Mỹ (The Joint Committee on Infant Hearing – JCIH) khuyến cáo sàng lọc thính lực cho toàn bộ trẻ sơ sinh trong vòng 01 tháng tuổi, chẩn đoán thính học trong vòng 03 tháng tuổi và can thiệp cho trẻ khiếm thính trước 06 tháng tuổi [5]. Kết quả nghiên cứu về thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT của chúng tôi sớm hơn kết quả của Trần Thị Thiệp [6]. Tuy nhiên, so với khuyến cáo 1-3-6 của JCIH thì không còn là sớm để có được hiệu quả can thiệp thực sự tốt nhất. Ở nước ta hiện nay, khi chương trình sàng lọc thính lực sơ sinh toàn bộ còn ít được triển khai tại các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh thì việc phát hiện KT chủ yếu vẫn do gia đình.

Sau 2 năm, các giải pháp can thiệp đã tạo bước chuyển biến thật sự ý nghĩa đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ về cơ cấu nguồn lực, tăng cường tính sẵn có và nâng cao chất lượng dịch vụ; đồng thời cải thiện thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT. Hiệu quả của các giải pháp can thiệp được ghi nhận qua sự thay đổi ở cả phía cung cấp và phía sử dụng dịch vụ là trẻ KT - đối tượng chính được hưởng lợi từ sự thay đổi của hệ thống.

4.1. Những thay đổi về nguồn lực và tính sẵn có của dịch vụ

Sau can thiệp, đã có thêm 02 cơ sở được trang bị máy móc và cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán là Bệnh viện Trẻ em và Bệnh viện Phụ sản. Bệnh viện Trẻ em đã đầu tư được một bộ thiết bị tích hợp các chức năng sàng lọc (OAE) và chẩn đoán thính học chuyên sâu (ABR, ASSR), tạo nên sự cân bằng về cung cấp dịch vụ thính học giữa khu vực công lập và tư nhân.

Hoạt động sàng lọc thính lực tại Bệnh viện Phụ sản được diễn ra đều đặn với tỉ lệ bao phủ trung bình 90,2% trẻ sơ sinh, góp phần làm giảm thấp tuổi phát hiện, chẩn đoán và can thiệp của trẻ; đồng thời góp phần thay đổi mạnh mẽ nhận thức và sự quan tâm không chỉ với sản phụ

và gia đình mà còn với nhiều đối tượng khác trong cộng đồng. Bệnh viện Việt Tiệp cũng đã có kế hoạch xây dựng trung tâm thính học tại khoa TMH. Trường Khiếm thính tăng cường thêm nhân lực và dịch vụ trị liệu. Quỹ BTTE đảm đương vai trò là đầu mối liên kết các đơn vị, vận động nguồn lực và tư vấn, hỗ trợ gia đình.

Như vậy có thể thấy các giải pháp can thiệp đã tạo ra những thay đổi tích cực cho tất cả các đơn vị cung cấp dịch vụ về nguồn lực và hoạt động, và quan trọng hơn, việc cung cấp dịch vụ đã thực sự mang tính hệ thống, sự liên thông, toàn diện và thông tin đầy đủ về dịch vụ được tăng cường. Điều này làm tăng tính sẵn có của các dịch vụ cần đáp ứng và khả năng lựa chọn của người sử dụng. Đó cũng là điều kì vọng ở hiệu quả can thiệp.

4.2. Những thay đổi về thực trạng trẻ khiếm thính

Thực trạng phát hiện và CTS của trẻ KT không chỉ phản ánh tình trạng sử dụng dịch vụ từ phía trẻ KT và gia đình, mà còn phản ánh khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ CTS tại Hải Phòng. Sau 02 năm triển khai can thiệp, tuổi phát hiện, chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán xác định, tuổi đeo máy và can thiệp (tương ứng 15,5; 19; 21; 23,7 và 26,5 tháng) đều giảm có ý nghĩa so với trước can thiệp (tương ứng 22,3; 27,6; 34; 33,8 và 32,5 tháng). Sự thay đổi được mong đợi nhất về chẩn đoán là tỉ lệ trẻ KT được chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán xác định tại Hải Phòng đã tăng lên 87,4% và 65,3% so với 33,2% và 16,7% trước can thiệp. Điều này cho thấy, sau khi được củng cố và tăng cường, tính sẵn có và khả năng tiếp cận của hệ thống cung ứng dịch vụ đã được cải thiện, đáp ứng được nhu cầu của trẻ KT và gia đình. Đây là sự thay đổi vô cùng có ý nghĩa khi cả cơ sở y tế công lập và tư nhân đều cung cấp được dịch vụ chẩn đoán cho trẻ nhỏ: "...Thấy cháu không phản ứng khi được gọi tên, gia đình cho cháu đi đo thính lực ở Trung tâm Thính học, kết quả là cháu bị nghe kém mức độ sâu. Gia đình cho cháu sang Bệnh viện Trẻ em kiểm tra lại cũng đúng như vậy nên cũng không cần đi Hà Nội nữa. Gia đình xác định quyết tâm mua máy trợ thính cho cháu để cháu được học nghe - nói..." (Phụ huynh một trẻ KT).

Tỉ lệ trẻ được đeo máy trợ thính tăng, tỉ lệ trẻ được trị liệu tăng, tỉ lệ trẻ được trị liệu ở các độ tuổi trước 36 tháng đều tăng, thời gian chậm trễ giữa các mốc tuổi nghiên cứu đều giảm đã cho thấy hiệu quả của các giải pháp can thiệp khi tính sẵn có của dịch vụ được tăng cường và nhận thức của cha mẹ trẻ KT được nâng lên. Tuy nhiên, hoàn cảnh gia đình và điều kiện kinh tế khó khăn vẫn là rào cản rất lớn khiến nhiều trẻ bị chậm đeo máy.

Biểu đồ 3 cho thấy sự cải thiện về thực trạng trẻ KT là



hiệu quả thực tế do can thiệp, không phải chỉ do kết quả của sự phát triển chung.

Kết quả phỏng vấn sâu đã ghi nhận nhiều trường hợp gia đình trẻ KT đã tích cực tạo điều kiện cho trẻ được can thiệp như: Gia đình cháu Hoàng T.N rời quê ra trọ gần trung tâm thành phố để vừa đi làm thêm, vừa cho cháu được trị liệu ngôn ngữ; gia đình 2 cháu sinh đôi Nguyễn L.B.N và Nguyễn L.G.H dù hoàn cảnh rất khó khăn, vẫn quyết tâm đầu tư thêm tiền để mua máy trợ thính cho cháu và tham gia trị liệu ngôn ngữ... Điều này phản ánh chương trình can thiệp không những mang lại cơ hội cho trẻ KT được phát hiện sớm và CTS, mà còn tác động sâu sắc đến nhận thức của phụ huynh, giúp họ có thêm niềm tin, động lực vượt qua những trở ngại rất lớn để đưa ra quyết định quan trọng ảnh hưởng tích cực đến cả tương lai của con mình. Cha mẹ trẻ đã dành nhiều thời gian cho con hơn, tin tưởng và thường xuyên trao đổi thông tin về trẻ, mạnh dạn bày tỏ những băn khoăn với các nhà chuyên môn; đồng thời nhiệt tình tham gia đầy đủ các buổi tư vấn, tập huấn.

4.3. Cơ sở thực tiễn và tính hợp lý của giải pháp can thiệp

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy rõ cơ sở thực tiễn và tính hợp lý của 3 nhóm giải pháp cùng các nội dung can thiệp. Có được kết quả như vậy là nhờ các yếu tố: (1) Trước hết nhờ vào nhận thức của lãnh đạo các đơn vị về tính cấp thiết, tính nhân văn của vấn đề CTS cùng với sự tâm huyết của những người trực tiếp tham gia thực hiện. Với vai trò của các nhà quản lý, điều này có ý nghĩa rất quan trọng; có nhận thức tốt mới có thể cùng phối hợp chặt chẽ để tổ chức các hoạt động CTS theo một chương trình hệ thống và đồng bộ giữa các ban ngành, đảm bảo tính khoa học, khả thi và bền vững. Đồng thời cũng đảm

bảo cho các hoạt động CTS được chỉ đạo sát sao và nằm trong sự điều phối tổng thể. (2) Tiếp đó là nhờ thực hiện giải pháp can thiệp một cách đồng bộ và toàn diện: Tăng cường phối hợp liên ngành là giải pháp tiên quyết; TT - GDSK, vận động xã hội là giải pháp chiến lược và Tăng cường các hoạt động dịch vụ chuyên môn kỹ thuật can thiệp sớm là giải pháp điều kiện, cơ bản. (3) Quá trình triển khai can thiệp đã thực hiện toàn diện các nội dung, tập trung mọi nỗ lực để tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ CTS: tăng cường gắn kết các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, can thiệp trị liệu ngôn ngữ với tư vấn, hỗ trợ gia đình và TT-GDSK nâng cao nhận thức cộng đồng; chú trọng việc quản lý, theo dõi giám sát và can thiệp kịp thời, phù hợp với từng trẻ và gia đình.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng năm 2013-2014 cho kết quả sau hai năm can thiệp: Cải thiện cơ bản tính sẵn có của nguồn lực và tình trạng cung ứng dịch vụ, tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của trẻ khiếm thính cùng gia đình; tạo ra được chương trình can thiệp sớm mang tính cộng đồng; cải thiện đáng kể thực trạng của trẻ khiếm thính cả về trung bình tuổi phát hiện, chẩn đoán xác định, đeo máy và can thiệp (tương ứng 15,5; 21; 23,7 và 26,5 tháng) lẫn tỉ lệ được phát hiện, chẩn đoán, can thiệp sớm trước 12 và 24 tháng ($p < 0,001$). Chương trình can thiệp với một số giải pháp mang tính tổng thể và toàn diện cho thấy tính hiệu quả, khả thi, tính khoa học và tính bền vững cao; có thể mở rộng áp dụng cho các địa phương khác có điều kiện tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Hoàng Yến (2007). *Đại cương về giáo dục trẻ khiếm thính*, Nhà xuất bản Đại học Sư phạm, Hà Nội.
2. Ngô Ngọc Liễu (2001). *Thính học ứng dụng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 205-216.
3. Trần Thị Thiệp, Bùi Thị Lâm, Hoàng Thị Nho và cộng sự (2006). *Giáo trình Can thiệp sớm và Giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
4. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2011). *Chính sách, chiến lược và kế hoạch phát triển giáo dục hòa nhập ở Việt Nam*.
5. Joint Committee on Infant Hearing (2007). Year 2007 Position statement: Principles and guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs *Pediatrics*, 120 (4), 898-921.
6. Trần Thị Thiệp (2004). *Một số biện pháp tổ chức thực hiện can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính*, Luận văn thạc sỹ Khoa học Quản lý Giáo dục, Đại học Sư phạm Hà Nội.

THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ, BỆNH TẬT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THUỘC SỞ Y TẾ HÀ NỘI (2015 - 2016)

Nguyễn Thị Hoà ¹, Nguyễn Anh Tuấn ², Trịnh Huy Toàn ³, Trịnh Tố Tâm³

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sức khỏe, bệnh tật của NVYT tại 8 bệnh viện thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2015 - 2016. **Phương pháp:** Khám lâm sàng, mô tả cắt ngang sức khỏe, bệnh tật của 800 nhân viên y tế đang làm việc tại 8 bệnh viện nghiên cứu. **Kết quả:** Nhân viên y tế chủ yếu có sức khỏe loại II và loại III (66% và 25,6%). Nhân viên y tế là kỹ thuật viên có sức khỏe loại IV là cao nhất (10,0%). Sức khỏe loại V chỉ có ở nhóm nhóm hộ lý, y công (6,7%) và nhóm điều dưỡng, y sĩ (0,4%); Sức khỏe loại IV và V có tỷ lệ cao nhất ở Nhân viên y tế khoa Xét nghiệm, vi sinh, hóa sinh, miễn dịch, huyết học truyền máu là (10,2%); khoa Lao, truyền nhiễm, da liễu, bệnh nhiệt đới (9,8%); khoa X quang, ung bướu, y học hạt nhân, xạ trị (7,4%). Tỷ lệ mắc các bệnh cao: Mắt (36,1%); Tai mũi họng (35,9%); Răng hàm mặt (26,9%); bệnh hệ tuần hoàn (14,8%), bệnh hệ tiêu hóa (13,3%). **Kết luận:** Nhân viên y tế chủ yếu có sức khỏe loại II và loại III (91,6%). Có một số nhóm bệnh ở nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao (từ 13,3% - 36,1%): bệnh Mắt, Tai mũi họng, Răng hàm mặt, Tuần hoàn, Tiêu hóa.

Từ khóa: Sức khỏe, bệnh tật, nhân viên y tế, bệnh viện, Hà Nội.

ABSTRACT:

THE HEALTH, DISEASES STATE OF HEALTH WORKERS AT SEVERAL HOSPITALS OF HANOI HEALTH DEPARTMENT (2015 - 2016)

Objective: Describe the health and diseases state of health workers at 8 hospitals of Hanoi Health Department between 2015 and 2016. **Methods:** Clinical examination, across description of the health and diseases of 800 health workers working at 8 research hospitals. **Results:** The major

part of health workers has the health type II and III (66% and 25,6%). Health workers working as technicians have the health type IV that is the highest rate (10,0%). Type V is only presented in the nurses' aid, medical workers group (6,7%) and nurses, physicians group (0,4%); Type IV, V of health have the highest rate in health workers working at Testing Department, Microbiology, biochemistry, immune, Hematology and Blood Transfusion (10,2%); Tuberculosis Department, infectious Department, dermatology, tropical diseases (9,8%); X – ray Department, Oncology, nuclear medicine, radiation therapy (7,4%). The rate of common diseases is high such as eyes diseases (36,1%); Ear – Nose –Throat diseases (35,9%); Odonto-Stomatology diseases (26,9%); circulatory diseases (14,8%), digestive diseases (13,3%). **Conclusion:** Health workers mainly have the health type II and III (91,6%). Few groups of disease in health workers have high rate (13,3% - 36,1%): diseases of eyes, Ear – Nose –Throat, Odonto-Stomatology, circulation and digestion.

Key words: Health, diseases, health workers, hospital, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân viên y tế (NVYT) là lực lượng tham gia vào công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân nói chung, tại các bệnh viện riêng. Tuy nhiên, lao động của NVYT là lao động đặc thù, đối tượng lao động của họ là người bệnh nên thường xuyên phải tiếp xúc với nhiều loại bệnh tật, NVYT luôn phải làm việc trong trạng thái lao động khẩn trương, căng thẳng với tinh thần và trách nhiệm cao nên họ cũng rất dễ bị lây nhiễm bệnh và gặp nhiều tai nạn, rủi ro nghề nghiệp. Đó đó, Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị đã nêu “Nghề y là một nghề

1. Trường Cao đẳng y tế Hà Đông, Hà Nội

2. Học viện Quân y

3. Công đoàn Ngành Y tế Hà Nội; Tác giả: Nguyễn Thị Hoà; Điện thoại: 0989588436

E.mail: nguyenthioa0913@gmail.com

đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt...” [1]. Nghiên cứu thực trạng sức khỏe và bệnh tật của NVYT sẽ giúp cho các nhà hoạch định chính sách và quản lý ngành Y tế làm cơ sở để xây dựng các chế độ chăm sóc, nâng cao sức khỏe cho NVYT phù hợp hơn. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng sức khỏe, bệnh tật của nhân viên y tế tại 8 bệnh viện thuộc Sở Y tế Hà Nội (2015 - 2016).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: NVYT đang làm việc tại bệnh viện.
- Địa điểm nghiên cứu: Chọn có chủ đích 8 bệnh viện (BV) trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, gồm: 03 BV hạng I, 02 BV hạng II và 03 BV hạng III.
 - + 3 BV hạng I: Xanh Pôn, Thanh Nhàn, Hà Đông.
 - + 2 BV hạng II: Đống Đa, Sơn Tây.
 - + 3 BV hạng III: Ba Vì, Quốc Oai, Thường Tín.
- Thời gian nghiên cứu: 2015-2016.

3. Cơ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Ấn định mỗi bệnh viện chọn 100 NVYT (100 NVYT x 8 BV = 800 người). Tại mỗi khoa/phòng/ban chức năng của BV chọn các chức danh Bác sĩ, Y sĩ, Điều dưỡng, Y công,...theo phương pháp phân tầng cân xứng.

4. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả ngang, khám lâm sàng kết hợp với nghiên cứu định lượng

5. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

- Tổ chức khám lâm sàng và phân loại sức khỏe thành 5 loại: loại I, II, III, IV, V theo Thông tư 14/2013/TT-BYT ngày 6/5/2013 của Bộ Y tế [2].
- Tiêu chuẩn phân loại sức khỏe, bệnh tật: Theo Quyết định 1613/ BYT- QĐ ngày 15/8/1997 của Bộ Y tế về “Khám tuyến, khám định kỳ” cho người lao động [3].

6. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu sau khi thu thập được nhập vào máy vi tính 2 lần bằng chương trình EPI-INFO 6.04, phân tích bằng thuật toán thống kê y sinh học thông thường.

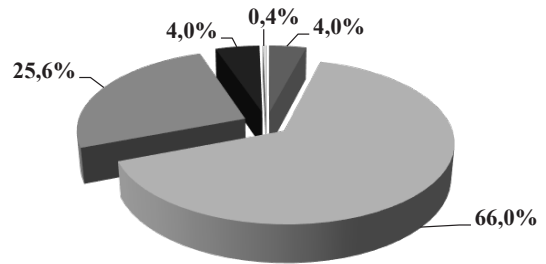
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 800 NVYT: Nữ chiếm tỷ lệ (63,7%) cao hơn nam giới (36,3%); người có độ tuổi cao nhất (59 tuổi), thấp nhất (23 tuổi); thâm niên nghề nghiệp, trung bình 14,3 năm (người có thâm niên cao nhất: 40 năm, thấp nhất: 1 năm).

2. Thực trạng sức khỏe và bệnh tật của NVYT qua khám lâm sàng

Biểu đồ 1: Phân loại sức khỏe chung của NVYT (n= 800)



■ Loại I ■ Loại II ■ Loại III ■ Loại IV ■ Loại V

Kết quả khám lâm sàng cho thấy: NVYT chủ yếu có SK loại II và loại III (66% và 25,6%). Kết quả sức khỏe loại II và loại III trong nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bích Diệp nghiên cứu 1087 NVYT ở 100 cơ sở y tế thuộc hệ điều trị từ tuyến Trung ương đến tuyến y tế cơ sở (2004 - 2006): NVYT có SK loại II và loại III (76,2%) [4].

Bảng 1. Phân loại sức khỏe NVYT theo chức danh nghề nghiệp (n= 800)

TT	Chức danh chuyên môn	Số lượng	Phân loại sức khỏe				
			Loại I (%)	Loại II (%)	Loại III (%)	Loại IV (%)	Loại V (%)
1	Bác sĩ	240	5 (2,1)	196 (81,7)	38 (15,8)	1 (0,4)	0 (0,0)
2	Điều dưỡng, Y sĩ	406	17 (4,2)	251 (61,8)	111 (27,4)	25 (6,1)	2 (0,4)
3	KTV	20	3 (15,0)	12 (60,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	0 (0,0)
4	Hộ lý/Y công	15	2 (13,3)	7 (46,7)	4 (26,6)	1 (6,7)	1 (6,7)

TT	Chức danh chuyên môn	Số lượng	Phân loại sức khỏe				
			Loại I (%)	Loại II (%)	Loại III (%)	Loại IV (%)	Loại V (%)
5	Khác	119	5 (4,2)	62 (52,1)	49 (41,2)	3 (2,5)	0 (0,0)
	Chung	800	32 (4,0)	528 (66,0)	205 (25,6)	32 (4,0)	3 (0,4)

Nhóm kỹ thuật viên là nhóm có sức khỏe loại IV cao nhất (10,0%) trong các nhóm. Sức khỏe loại V chỉ có ở nhóm điều dưỡng, y sĩ (0,4%) và nhóm hộ lý, y công (6,7%)

Bảng 2. Phân loại sức khỏe NVYT theo khoa/phòng (n= 800)

TT	Khoa/phòng	Số lượng	Phân loại sức khỏe				
			Loại I (%)	Loại II (%)	Loại III (%)	Loại IV (%)	Loại V (%)
1	Khám bệnh, nội – nhi, YHCT, PHCN, dinh dưỡng	200	8 (4,0)	120 (60,0)	66 (33,0)	5 (2,5)	1 (0,5)
2	Ngoại, sản, RHM, TMH, mắt, GMHS, HSCC, tiểu phẫu thuật	263	11 (4,2)	180 (68,4)	66 (25,1)	5 (1,9)	1 (0,4)
3	Lao, truyền nhiễm, da liễu, bệnh nhiệt đới	51	1 (2,0)	40 (78,4)	5 (9,8)	5 (9,8)	0 (0,0)
4	Xét nghiệm, vi sinh, hóa sinh, miễn dịch, huyết học truyền máu	70	3 (4,3)	53 (75,7)	7 (10,0)	6 (8,6)	1 (1,4)
5	X quang, ung bướu, y học hạt nhân, xạ trị	54	1 (1,9)	18 (33,3)	31 (57,4)	4 (7,4)	0 (0,0)
6	Giải phẫu bệnh, giải phẫu	5	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
7	Dược, kiểm soát nhiễm khuẩn	60	2 (3,3)	42 (70,0)	15 (25,0)	1 (1,7)	0 (0,0)
8	Y công	5	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9	Lái xe cứu thương, lái xe chở rác	7	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
10	Kế toán, bảo vệ, nhà ăn	85	3 (3,5)	65 (76,5)	11 (12,9)	6 (7,1%)	0 (0,0)
	Chung	800	32 (4,0)	528 (66,0)	205 (25,6)	32 (4,0)	3 (0,4)

Sức khỏe loại IV và V chiếm tỷ lệ cao nhất ở khoa xét nghiệm, vi sinh, hóa sinh, miễn dịch, huyết học truyền máu (10,2%). Sức khỏe loại IV chiếm một tỷ lệ đáng kể ở khoa lao, truyền nhiễm, da liễu, bệnh nhiệt đới (9,8%), khoa X quang, ung bướu, y học hạt nhân, xạ trị (7,4%).

Đây là những khoa thường xuyên tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ lây nhiễm bệnh từ bệnh nhân, bệnh phẩm và áp lực công việc nhiều hơn các khoa khác... nên có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của NVYT nhiều hơn.



Bảng 3. Phân loại sức khỏe NVYT theo bệnh của các cơ quan, hệ thống của cơ thể (n=800)

Cơ quan/hệ thống cơ thể	Phân loại sức khỏe				
	Loại I (%)	Loại II (%)	Loại III (%)	Loại IV (%)	Loại V (%)
Thể lực	113 (14,2)	511 (63,8)	142 (17,8)	31 (3,9)	3 (0,3)
Bệnh hệ tuần hoàn	682 (85,2)	98 (12,2)	19 (2,4)	1 (0,2)	0 (0,0)
Bệnh hệ hô hấp	783 (97,9)	15 (1,9)	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh hệ tiêu hóa	694 (86,8)	98 (12,2)	8 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ thận- tiết niệu	786 (98,3)	14 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ nội tiết	772 (96,5)	25 (3,1)	3 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ cơ – xương – Khớp	751 (93,9)	44 (5,5)	5 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ thần kinh	784 (98,0)	16 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ tâm thần	796 (99,5)	3 (0,4)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hệ ngoại khoa	610 (75,2)	114 (14,3)	76 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh sản phụ khoa	504 (98,8)	3 (0,5)	3 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh mắt	511 (63,9)	289 (36,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh Tai – Mũi – Họng (TMH)	513 (64,1)	319 (39,8)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh Răng Hàm Mặt (RHM)	585 (73,1)	207 (25,9)	8 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bệnh Da Liễu	759 (94,9)	40 (5,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

Phân loại sức khỏe theo từng cơ quan, hệ thống cho thấy: Ở từng nhóm bệnh đơn lẻ, NVYT có SK loại I là rất cao rất cao (thường là trên 80%). Số NVYT gặp vấn đề về thể lực chiếm tỷ lệ cao (85,8%). Do đó, tỷ lệ sức khỏe loại IV, loại V hay gặp do nguyên nhân về thể lực. Điều này phù hợp với một điều tra xã hội học cho thấy, người Việt Nam trong lứa tuổi lao động (từ 17 đến 55 tuổi) có thể lực thuộc loại trung bình thấp trên thế giới [5].

Bảng 4. Tình hình mắc bệnh ở nhân viên y tế (n=800)

Cơ quan/ hệ thống	Tình hình mắc bệnh	
	SL	Tỷ lệ (%)
Bệnh hệ tuần hoàn	118	14,8
Bệnh hệ hô hấp	17	2,1
Bệnh hệ tiêu hóa	106	13,3
Hệ thận- tiết niệu	14	1,7

Hệ nội tiết	28	3,5
Hệ cơ – xương – Khớp	49	6,1
Hệ thần kinh	16	2,0
Hệ tâm thần	4	0,5
Hệ ngoại khoa	190	23,8
Bệnh sản phụ khoa (n = 510)	6	1,2
Bệnh mắt	289	36,1
Bệnh TMH	287	35,9
Bệnh RHM	215	26,9
Bệnh Da Liễu	41	5,1

Ngoài các bệnh thông thường có tỷ lệ mắc cao như: bệnh Mắt (36,1%), Tai mũi họng (35,9%), Răng hàm mặt (26,9%), có một tỷ lệ đáng kể mắc các bệnh hệ tuần hoàn (14,8%), hệ tiêu hóa (13,3%), cơ xương khớp (6,1%), Da liễu (5,1%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bích Diệp (2004 - 2006) về cơ cấu bệnh của NVYT [4], kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên

cứ Nguyễn Xuân Hòa (2012) cho thấy: Tỷ lệ NVYT mắc bệnh mắt là 17,4%, Tai Mũi Họng (21,2%); Răng hàm mặt (3,7%); các chứng bệnh ở hệ Tâm thần kinh (36,9%) [6].

IV. KẾT LUẬN

- Phân loại sức khỏe chung số NVYT ở 8 bệnh viện nghiên cứu, chủ yếu là sức khỏe loại II và loại III (91,6%). Tỷ lệ NVYT có sức khỏe loại IV và V là thấp gặp chủ yếu ở khoa Xét nghiệm, vi sinh, hóa sinh, miễn dịch, huyết học truyền máu (10%), tiếp đến là khoa Lao, truyền nhiễm, da liễu, bệnh nhiệt đới (9,8); khoa X quang, ung bướu, y học hạt nhân, xạ trị (7,4%).

- Nhóm kỹ thuật viên có sức khỏe loại IV cao nhất (10,0%) Sức khỏe loại V chỉ có ở nhóm hộ lý, y công (6,7%), nhóm điều dưỡng, y sĩ (0,4%).

- Trong 14 nhóm bệnh, các bệnh có tỷ lệ mắc cao ở NVYT: Mắt (36,1%), TMH (35,9%), RHM (26,9%), Ngoại khoa (23,8%), Tuần hoàn 14,8%), Tiêu hoá (13,3%); các bệnh lý khác có tỷ lệ mắc dưới 10%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Chính trị (2005), Nghị quyết 46-NQ/TW về Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Bộ Y tế (2013), “Hướng dẫn khám sức khỏe”, Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013.
3. Bộ Y tế (1997), “Tiêu chuẩn phân loại sức khỏe để khám tuyển, khám định kỳ cho người lao động”, Quyết định số 1613/BYT – QĐ ngày 15/8/1997.
4. Nguyễn Thị Bích Diệp (2009), Nghiên cứu điều kiện lao động và sức khỏe nhân viên y tế, đề xuất một số giải pháp chế độ chính sách, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr 82 -84.
5. Trung tâm thông tin tư liệu - Viện nghiên cứu quản lý kinh tế trung ương, Chuyên đề nhân lực, tr 16.
6. Nguyễn Xuân Hòa (2012), “Thực trạng một số hội chứng, bệnh và yếu tố liên quan ở nhân viên y tế tiếp xúc với bức xạ ion hóa tại Thái Nguyên”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 439, Số 1, tháng 12/2016, tr 28-31.



THỰC TRẠNG VI PHẠM CÁC QUY ĐỊNH VỀ QUẢNG CÁO, KHUYẾN MẠI SẢN PHẨM RƯỢU TẠI CÁC ĐIỂM BÁN LẺ TẠI VIỆT NAM NĂM 2015

Trần Thị Vân Anh¹, Lê Thị Thanh Hương¹, Trần Khánh Long¹, Hà Anh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng vi phạm các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại sản phẩm rượu tại điểm bán lẻ ở Việt Nam năm 2015. **Đối tượng, phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện tại 660 điểm bán lẻ rượu tại 3 thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu về tình hình vi phạm được ghi nhận thông qua bảng kiểm quan sát. **Kết quả:** Tỷ lệ điểm bán lẻ vi phạm quy định về quảng cáo rượu tại ba thành phố trong nghiên cứu là 29,4%. Tỷ lệ vi phạm về quảng cáo rượu ở phía trong điểm bán cao hơn so với phía ngoài (26,2% so với 7,2%). Hình thức vi phạm phổ biến là treo các tủ hàng mẫu hoặc có các tủ trưng bày có gắn biểu tượng, tên nhãn hiệu rượu. Tỷ lệ điểm bán vi phạm quy định về khuyến mại thuốc lá rất thấp, chỉ chiếm 0,9%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tuân thủ các quy định trong quảng cáo và khuyến mại rượu của các chủ cửa hàng kinh doanh rượu hiện nay vẫn chưa tốt, đặc biệt là trong việc quảng cáo cho các loại rượu từ 15 độ trở lên mặc dù đã có quy định cấm.

Từ khóa: Quảng cáo, khuyến mại, rượu, điểm bán lẻ, Việt Nam.

ABSTRACT

THE VIOLATION OF THE BANS ON ALCOHOL ADVERTISING AND PROMOTION AT POINTS OF SALE IN VIETNAM 2015

Objective: To describe the violation of the ban on alcohol advertising and promotion at points of sale in Vietnam in 2015. **Subject and method:** A cross-sectional study was conducted at 660 alcohol points of sale (POSs) in three cities Hanoi, Danang and Ho Chi Minh City. The data were collected through observational checklist. **Results:** 29.4% of POSs that violated the ban on alcohol advertising at three cities. The proportion of POSs that violated the ban on alcohol advertising inside were higher

more than outside (26.2% compared to 7.2%). The most common alcohol advertising violations at POSs were displaying cabinets or wall-mounted cabinets with sample/symbol/logo/brand name. The rate of violating the ban on alcohol promotion was very low, accounting for only 0.9%. **Conclusion:** Research results showed that compliance with the ban on alcohol advertising and promotion of POS owners was not good, especially in advertising for alcohol from 15 degrees or more, although it was banned.

Keyword: Advertising, promotion, alcohol, point of sale, Vietnam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đồ uống có cồn là một trong 5 nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong trên thế giới, là nguyên nhân của 5,1% gánh nặng bệnh tật toàn cầu, trở thành vấn đề lớn của các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam [1]. Tại Việt Nam, mức tiêu thụ chất có cồn tính trên bình quân đầu người (đối với người trên 15 tuổi) của Việt Nam tăng từ 3,8 lít/người năm 2005 lên 6,6 lít/người năm 2010 [11].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, quảng cáo và khuyến mại có tác động lớn tới hành vi sử dụng rượu bia trong nhóm thanh thiếu niên. Hurtz và cộng sự (2007) đã tìm thấy trong một nghiên cứu cắt ngang rằng trẻ em trong độ tuổi 11-14 tuổi thường xuyên tiếp xúc với quảng cáo rượu trong các cửa hàng tạp hóa có khả năng bắt đầu uống rượu cao hơn những trẻ không tiếp xúc với quảng cáo [8]. Fisher (2007) [6] và McClure (2006; 2009) [9], [10] nhận thấy rằng việc sở hữu các vật phẩm có gắn thương hiệu rượu mục có ảnh hưởng đến hành vi uống rượu của giới trẻ. Nghiên cứu của Hollingworth, W và cộng sự (2006) về ảnh hưởng của một số chính sách về rượu trong dân số Mỹ đã kết luận rằng một lệnh cấm hoàn toàn quảng cáo rượu là biện pháp hiệu quả nhất trong việc

1. Trường Đại học Y tế công cộng; Tác giả: Trần Thị Vân Anh, Điện thoại: 0165 5076 896;

Email: tranvananh.ytcc@gmail.com

2. Bộ Y tế

» Ngày nhận bài: 09/03/2017 | » Ngày phản biện: 23/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 01/04/2017

giảm tiêu thụ rượu và hạn chế các trường hợp tử vong do liên quan đến rượu [7].

Hệ thống văn bản pháp luật của Việt Nam về phòng chống tác hại của lạm dụng rượu, bia đã được hình thành từ rất sớm. Tuy nhiên, việc thực thi các chính sách này tại Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế bởi các nguyên nhân từ phía luật pháp, người dân và cả từ phía các cán bộ thực thi Luật. Do đó, dự án “Cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chính sách kiểm soát rượu bia” được tiến hành nhằm thu thập các bằng chứng về việc vi phạm các quy định hiện hành về quảng cáo, khuyến mại và tài trợ rượu bia và các chiến lược của ngành công nghiệp rượu bia tại Việt Nam để vận động cho việc thực thi tốt các quy định hiện hành về kiểm soát rượu bia, đồng thời đưa ra các khuyến nghị tăng cường quy định cấm về quảng cáo, khuyến mại và tài trợ cho ngành công nghiệp rượu bia trong Dự thảo Luật mới về kiểm soát rượu bia tại Việt Nam. Bài báo “Thực trạng vi phạm các quy định về quảng cáo, khuyến mại sản phẩm rượu tại các điểm bán lẻ tại Việt Nam năm 2015” được trình bày với mục tiêu mô tả thực trạng vi phạm các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại sản phẩm rượu tại điểm bán lẻ ở Việt Nam năm 2015.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các điểm bán lẻ rượu có giấy phép kinh doanh và/hoặc có mặt bằng kinh doanh cố định, bao gồm: cửa hàng tạp hóa, quán café/vũ trường/quán bar, nhà hàng, siêu thị, trung tâm mua sắm.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2015.

- Địa điểm: Hà Nội, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Tại mỗi tỉnh/thành phố, với sự giúp đỡ của các chuyên gia tại địa phương, nhóm nghiên cứu lựa chọn 15 tuyến đường/phố chính có mật độ buôn bán và quảng cáo thương mại lớn của 3 quận/huyện tại mỗi thành phố trong nghiên cứu.

Tại mỗi tuyến phố được lựa chọn, điều tra viên tiến hành quan sát 10-15 điểm bán rượu nằm trên tuyến phố đó (điểm bán lẻ có thể là cửa hàng tạp hóa, quán café/vũ trường/quán bar, nhà hàng, siêu thị, trung tâm mua sắm).

Kết quả, có 660 điểm bán lẻ được lựa chọn vào nghiên cứu (220 điểm bán lẻ/thành phố).

5. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu về tình hình vi phạm các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu tại các điểm bán lẻ được thu thập thông qua bảng kiểm quan sát.

6. Phân tích số liệu

Thông tin thu thập được từ bộ phiếu quan sát được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

7. Đạo đức nghiên cứu

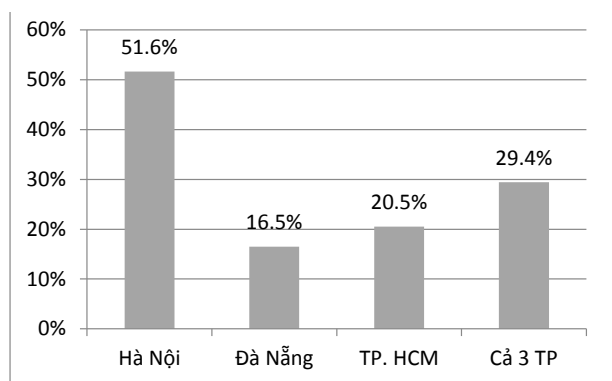
Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định, nguyên tắc, chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế. Các số liệu thu thập được đều được bảo mật và chỉ được sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 660 cửa hàng bán lẻ rượu tại ba thành phố trong nghiên cứu, có 41,8% là các cửa hàng tạp hóa; 19,2% là các cửa hàng chuyên bán rượu, tiếp theo là nhà hàng (17,6%); quán cà phê, giải khát, bia/rượu (15,8%); siêu thị nhỏ, siêu thị gia đình (5,6%).

1. Thực trạng vi phạm các quy định về quảng cáo rượu tại điểm bán lẻ

Biểu đồ 1: Tỷ lệ điểm bán vi phạm Luật Quảng cáo trong quảng cáo rượu năm 2015



Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 660 điểm bán lẻ trong nghiên cứu, có 29,4% điểm bán có hoạt động quảng cáo vi phạm Luật Quảng cáo khi quảng cáo cho sản phẩm rượu có nồng độ từ 15° trở lên.

Trong đó, Hà Nội có tỷ lệ điểm bán vi phạm cao nhất với 51,6%, tiếp theo là thành phố Hồ Chí Minh (20,5%) và Đà Nẵng (16,5%).

Có 7,2% điểm bán lẻ có ít nhất một hoạt động quảng cáo phía ngoài điểm bán vi phạm Luật Quảng cáo 2012. Trong đó, Đà Nẵng có tỷ lệ vi phạm cao hơn so với Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh (9,1% so với 6,9% và 5,5%).

Trong số các tiêu chí vi phạm, tiêu chí “Có quầy/tủ trưng bày các sản phẩm rượu (loại đứng, to, không treo tường) có sản phẩm mẫu/ biểu tượng/ logo/ nhãn hiệu sản phẩm rượu” là tiêu chí có tỷ lệ điểm bán vi phạm nhiều nhất với 3,6%; tiếp theo là tiêu chí “Treo các tủ hàng mẫu (loại treo tường) có sản phẩm mẫu/ biểu tượng/ logo/ nhãn hiệu sản phẩm rượu” (2,9%).

Bảng 1. Tỷ lệ các điểm bán lẻ có hoạt động quảng cáo phía ngoài cửa hàng vi phạm Luật Quảng cáo, năm 2015 (n = 660)

Tiêu chí vi phạm	Hà Nội		Đà Nẵng		TP. HCM		3 thành phố	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Treo tranh/poster dán tường	3	1,4	1	0,5	1	0,5	5	0,8
Treo pano/bảng biểu	2	0,9	1	0,5	1	0,5	4	0,6
Treo các tủ hàng mẫu	7	3,2	4	1,8	8	3,6	19	2,9
Có quầy/tủ trưng bày	4	1,8	17	7,7	3	1,4	24	3,6
Có trưng bày các mô hình mẫu	3	1,4	0	-	0	-	3	0,5
Có nhân viên tiếp thị	0	-	0	-	1	0,5	1	0,2
Có ít nhất 1 hoạt động vi phạm	15	6,9	20	9,1	12	5,5	47	7,2

Nghiên cứu cũng cho kết quả 26,2% số điểm bán có ít nhất một hoạt động quảng cáo rượu trên 15° ở phía trong điểm bán vi phạm Luật Quảng cáo 2012. Hà Nội có tỷ lệ vi phạm cao hơn Đà Nẵng và TP. HCM.

Trong số các tiêu chí vi phạm, “Treo các tủ hàng mẫu (loại treo tường) có sản phẩm mẫu/biểu tượng/logo/ nhân

hiệu sản phẩm rượu” và “Trưng bày quầy/tủ trưng bày rượu (loại đứng, to, không treo tường) có sản phẩm mẫu/biểu tượng/ logo/ nhân hiệu sản phẩm rượu” là 2 tiêu chí vi phạm được ghi nhận nhiều nhất ở các điểm bán lẻ (26,5% và 4,5%).

Bảng 2. Tỷ lệ các điểm bán lẻ có hoạt động quảng cáo phía trong cửa hàng vi phạm Luật Quảng cáo, năm 2015 (n = 660)

Tiêu chí vi phạm	Hà Nội		Đà Nẵng		TP. HCM		3 thành phố	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Treo tranh/poster dán tường	12	5,5	0	-	1	0,5	13	2,0
Treo pano/bảng biểu	8	3,6	0	-	14	6,4	22	3,3
Treo các tủ hàng mẫu	131	59,5	14	6,4	30	13,6	175	26,5
Có quầy/tủ trưng bày	1	0,5	24	10,9	5	2,3	30	4,5
Có trưng bày các mô hình mẫu	1	0,5	0	-	2	0,9	3	0,5
Có nhân viên tiếp thị mặc đồng phục	0	-	0	-	1	0,5	1	0,2
Có ít nhất 1 hoạt động vi phạm	104	47,9	24	11	44	20	172	26,2

2. Thực trạng vi phạm các quy định về khuyến mại rượu tại điểm bán lẻ

Luật Thương mại 2005 đã quy định cấm “Khuyến mại hoặc sử dụng rượu có độ cồn từ 30 độ trở lên để khuyến mại dưới mọi hình thức” (Khoản 4, Điều 100) [3]. Tuy nhiên, kết quả khảo sát 660 điểm bán lẻ rượu trong nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 25,3% cửa hàng có hoạt động

khuyến mại rượu, có 0,9% cửa hàng có ít nhất một hoạt động khuyến mại sản phẩm rượu từ 30o trở lên vi phạm điều 100 của Luật Thương mại. Hà Nội có tỷ lệ vi phạm cao hơn so với Đà Nẵng và TP. HCM (1,8% so với 0,5%). Một số hình thức khuyến mại rượu phổ biến ghi nhận được bao gồm: Mua nhiều giảm giá (0,5%), tặng móc đeo chia khóa (0,3%) và giảm giá trực tiếp (0,2%).

Bảng 3. Tỷ lệ điểm bán lẻ có hoạt động khuyến mại rượu vi phạm Luật Thương mại

Tiêu chí vi phạm	Hà Nội		Đà Nẵng		TP. HCM		3 thành phố	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Giảm giá	1	0,5	0	-	0	-	1	0,2
Mua nhiều giảm giá	3	1,4	0	-	0	-	3	0,5
Phiếu quà tặng/bớt thăm	0	-	0	-	0	-	0	-
Mở bia/mở chai rượu	0	-	0	-	0	-	0	-
Móc đeo chia khóa	0	-	1	0,5	1	0,5	2	0,3
Có ít nhất 1 hoạt động vi phạm	4	1,8	1	0,5	1	0,5	6	0,9

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy rằng, quảng cáo và tiếp thị các sản phẩm rượu tại điểm bán lẻ có tác động đáng kể đến quyết định uống rượu của thanh thiếu niên và luật cấm hoàn toàn quảng cáo đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc giảm tiêu thụ rượu trong giới trẻ. Tại Việt Nam, trong những năm vừa qua, Chính phủ đã ban hành một số chính sách nhằm hạn chế lạm dụng rượu bia thông qua việc tăng cường quản lý trong sản xuất, lưu thông, quảng cáo, áp dụng thuế tiêu thụ đặc biệt với một số loại rượu..., tuy nhiên tình trạng lạm dụng rượu bia vẫn tồn tại và khó kiểm soát.

Tại Việt Nam, quảng cáo và khuyến mại rượu bia đã được đề cập đến trong nhiều văn bản pháp luật mà gần đây nhất là Quyết định số 244/QĐ-TTg của Thủ tướng về Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020, trong đó đề cập đến việc “Kiểm soát chặt chẽ quảng cáo, tiếp thị, khuyến mại rượu, bia và đồ uống có cồn khác” [5].

Theo Luật Quảng Cáo (số 16/2012/QH13) “Rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên” là một trong những sản phẩm, hàng hoá, dịch vụ cấm quảng cáo [4]. Tuy nhiên tại nhiều điểm bán lẻ trong nghiên cứu vẫn tồn tại các hoạt động quảng cáo rượu vi phạm quy định. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 29,4% điểm bán vi phạm Luật Quảng cáo khi quảng cáo cho sản phẩm rượu có nồng độ từ 15 độ trở lên. Kết quả này được lý giải là do tại Việt Nam, các loại rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên đã bị cấm quảng cáo trên các phương tiện truyền thông đại chúng, do vậy các công ty rượu đều tập trung vào các hoạt động nhằm phát triển thị trường phân phối, thúc đẩy bán lẻ, tiêu dùng như quảng cáo và trưng bày sản phẩm tại điểm bán, tiếp thị trực tiếp thông qua đội ngũ nhân viên tiếp thị, khuyến mại cho hệ thống đại lý và bán lẻ,...

Các hoạt động quảng cáo rượu vi phạm quy định thường phổ biến ở bên trong điểm bán hơn so với bên ngoài, cụ thể, có 7,2% số điểm bán có các hoạt động quảng cáo rượu phía ngoài và 26,2% điểm bán có hoạt động quảng cáo bên trong điểm bán vi phạm Điều 7 của Luật Quảng cáo. Theo Thông tư 43/2003/TT-BVHTT “các loại rượu có độ cồn trên 15 độ chỉ được quảng cáo trong phạm vi địa giới doanh nghiệp sản xuất rượu, bên trong các cửa hàng, đại lý tiêu thụ rượu nhưng phải đảm bảo người ở bên ngoài địa giới doanh nghiệp, cửa hàng, đại lý không đọc được, không nghe được, không thấy được” [2], điều này có thể dùng để lý giải cho sự khác biệt về tỷ lệ vi phạm trong quảng cáo rượu từ 15 độ trở lên giữa bên trong và phía ngoài điểm bán. Tuy nhiên, Thông tư

43/2003/TT-BVHTT đã hết hiệu lực từ năm 2013 do vậy hiện nay việc trưng bày các sản phẩm rượu từ 15 độ trở lên tại điểm bán vẫn chưa được quy định cụ thể trong các văn bản pháp luật.

Một số hình thức vi phạm trong quảng cáo rượu được ghi nhận phổ biến trong nghiên cứu bao gồm “Treo các tủ hàng mẫu (loại treo tường) có sản phẩm mẫu/biểu tượng/logo/ nhãn hiệu sản phẩm rượu” (trong: 26,5%; ngoài: 2,9%) và “Trưng bày quầy/tủ trưng bày rượu (loại đứng, to, không treo tường) có sản phẩm mẫu/ biểu tượng/ logo/ nhãn hiệu sản phẩm rượu” (trong: 4,5%; ngoài: 3,6%). Các loại tủ này thường được thiết kế rất bắt mắt, có gắn biểu trưng, nhãn hiệu hướng ra phía ngoài đường hoặc được đặt tại các vị trí dễ nhìn thấy nhất trong cửa hàng nhằm thu hút khách hàng, góp phần làm tăng lượng tiêu thụ cũng như doanh thu cho các cửa hàng và ngành công nghiệp rượu. Do vậy, cần phải có chính sách quản lý cũng như kiểm soát việc trưng bày, quảng cáo rượu tại các điểm bán lẻ để hạn chế sự tiếp cận của giới trẻ đối với loại đồ uống có cồn này.

Về khuyến mại rượu, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điểm bán vi phạm quy định về khuyến mại rượu từ 30 độ trở lên theo Luật Thương mại rất thấp, chỉ chiếm 0,9% (6/660 điểm bán). Nghiên cứu chỉ ghi nhận được một số ít các hình thức vi phạm trong khuyến mại rượu bao gồm: Mua nhiều giảm giá (0,5%), tặng móc đeo chìa khóa (0,3%) và giảm giá trực tiếp (0,2%).

Các kết quả của nghiên cứu đã cho thấy thực tế rằng sự tuân thủ các quy định trong quảng cáo và khuyến mại rượu của các chủ cửa hàng kinh doanh rượu hiện nay vẫn chưa tốt, đặc biệt là trong việc quảng cáo cho các loại rượu từ 15 độ trở lên mặc dù đã có quy định cấm. Ngoài ra, pháp luật hiện nay vẫn cho phép quảng cáo rượu có nồng độ cồn dưới 15 độ. Việc cho phép quảng cáo, tiếp thị đối với các loại rượu có nồng độ cồn dưới 15 độ mà không hạn chế đối tượng tiếp cận là lý do khiến cho quy định cấm bán rượu cho người dưới 18 tuổi khó thực thi. Hệ lụy của tình trạng này là sự gia tăng nhanh về mức độ tiêu thụ rượu bia trong cộng đồng đặc biệt ở nhóm đối tượng vị thành niên, thanh niên.

Hạn chế của nghiên cứu là chưa mô tả được các loại hình quảng cáo và khuyến mại rượu vi phạm quy định pháp luật theo từng loại điểm bán cụ thể. Hiểu rõ được điều này sẽ giúp các ban ngành chức năng dễ dàng kiểm soát và quản lý các hành vi vi phạm để có hình thức xử lý phù hợp.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 29,4% điểm bán rượu tại ba thành phố trong nghiên cứu vi phạm Luật Quảng



cáo khi quảng cáo cho sản phẩm rượu có nồng độ từ 15 độ trở lên. Trong đó, có 7,2% số điểm bán có các hoạt động quảng cáo rượu phía ngoài và 26,2% điểm bán có hoạt động quảng cáo bên trong điểm bán vi phạm Điều 7 của Luật Quảng cáo. Các hình thức vi phạm phổ biến trong quảng cáo rượu được ghi nhận bao gồm: Treo các tủ hàng mẫu (loại treo tường) và trưng bày quây/tủ trưng bày rượu (loại đứng, to, không treo tường) có sản phẩm mẫu/ biểu tượng/ logo/ nhãn hiệu sản phẩm rượu. Tỷ lệ điểm bán vi phạm quy định về khuyến mại rượu từ 30 độ trở lên theo Luật Thương mại trong nghiên cứu rất thấp, chỉ chiếm 0,9%. Mua nhiều giảm giá, tặng móc đeo chìa khóa và giảm giá trực tiếp là các hình thức vi phạm thường gặp trong khuyến mại rượu.

Dựa trên một số kết quả nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đề xuất một số khuyến nghị dưới đây nhằm tăng cường việc thực thi quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu tại các điểm bán lẻ ở Việt Nam.

- Rà soát, hoàn thiện và bổ sung thêm các văn bản hướng dẫn việc thực thi Luật cũng như hướng dẫn xử phạt các trường hợp vi phạm.

- Tăng cường kiểm tra việc thực hiện và xử lý nghiêm các trường hợp vi phạm quy định về quảng cáo và khuyến mại rượu trái quy định.

- Nâng cao nhận thức cho các chủ cửa hàng về các quy định hiện hành trong quảng cáo và khuyến mại rượu nhằm thúc đẩy sự tuân thủ Luật từ phía người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Văn hóa - Thông tin (2003), Thông tư 43/2003/TT-BVHTT Hướng dẫn thực hiện nghị định số 24/2003/NĐ-CP ngày 13 tháng 3 năm 2003 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh quảng cáo.
2. Cục Y tế dự phòng (2015), Việt Nam "Quốc gia tiêu thụ bia đứng thứ 3 châu Á", Truy cập ngày: 1-2-2017, Tại trang web: <http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-benh-khong-lay-nhiem/492/viet-nam-quoc-gia-tieu-thu-bia-dung-thu-3-chau-a>.
3. Quốc hội (2005), Luật Thương mại số 36/2005/QH11 ngày 14 tháng 6 năm 2005.
4. Quốc hội (2012), Luật Quảng cáo số 16/2012/QH13 ngày 21 tháng 6 năm 2012.
5. Thủ tướng Chính phủ (2014), Quyết định 244/QĐ-TTg về Chính sách Quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020.

Tài liệu tiếng Anh

6. Fisher LB et al. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(10): 959–966.
7. Hollingworth, W et al., "Prevention of Deaths From Harmful Drinking in the United States: The Potential Effects of Tax Increases and Advertising Bans on Young Drinkers," *Journal of Studies on Alcohol* 67 (2006): 300-308.
8. Hurtz SQ et al. (2007). The relationship between exposure to alcohol advertising in stores, owning alcohol promotional items, and adolescent alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 42(2): 143–149.
9. McClure AC et al. (2006). Ownership of alcohol-branded merchandise and initiation of teen drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4): 277–283.
10. McClure AC et al. (2009). Alcohol-branded merchandise and its association with drinking attitudes and outcomes in US adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(3): 211–217.
11. WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE Ở GIAI ĐOẠN DUY TRÌ TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2016

Lê Thị Hương¹, Lưu Minh Châu², Nguyễn Thị Hương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tuân thủ điều trị trên bệnh nhân điều trị Methadone giai đoạn duy trì ở các cơ sở điều trị Methadone tại thành phố Đà Nẵng năm 2016.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa phỏng vấn bệnh nhân và hồi cứu thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trên 302 bệnh nhân đang điều trị tại 02 cơ sở ở Đà Nẵng.

Kết quả: Phần đông bệnh nhân (72,8%) thực hiện tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị, trong đó: không bỏ liều điều trị là 78,5%, không sử dụng lại heroin và các chất dạng thuốc phiện khác là 95,4% và tuân thủ quy định tư vấn, khám theo hẹn và xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên là 96,7%. Lý do không tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị trong 90 ngày gần thời điểm nghiên cứu thường là do yếu tố chủ quan của bệnh nhân như quên, do đi xa do ngủ quên, hay ốm đau. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin, 71,4% tự nhận là do sử dụng heroin và 28,6% cho là do dùng thuốc điều trị bệnh khác.

Kết luận: Phần đông bệnh nhân (72,8%) thực hiện tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị. Tuy nhiên, lý do không tuân thủ điều trị chủ yếu lại ở phía chủ quan của bệnh nhân, trong đó có những lý do mà nhân viên y tế không can thiệp được như việc đi làm ăn xa. Bên cạnh đó, lý do chủ yếu là do quên nên nhân viên y tế cần giám sát và tư vấn cho bệnh nhân nâng cao ý thức tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, methadone, duy trì.

SUMMARY

THE REAL OF TREATMENT ADHERENCE IN METHADONE TREATMENT PATIENT AT MAINTAINANCE PHASE IN DA NANG, 2016

Objective: Describing treatment adherence characteristics in patients on Methadone maintenance treatment phase in methadone treatment facilities in Da Nang.

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

2. Học viện Y, dược học cổ truyền Việt Nam

3. Trường CĐ Dược TW Hải Dương

Methods: Described cross-sectional analysis study, combining interviews and retrospective patient information from 302 patients' medical records treated in 02 facilities in Da Nang.

Results: The majority of patients (72.8%) carried out in compliance with treatment process, including: did not give up therapeutic doses was 78.5%, did not reuse heroin and other opioids was 95.4 % and was not in compliance with consulting regulation, examinations by appointment and random urine test was 96.7%. The reason they were not in compliance with the treatment process in 90 days around the time of study was often caused by factors such as the patient forgot, traveled long way, overslept, or sickness. A significant proportion of patients had urine test positive with heroin, 71.4% consider themselves to be used by heroin and others (28.6%) said that because of drug for other diseases.

Conclusion: The majority of patients (72.8%) carried out in compliance with the treatment process. However, the reason for non-compliance to treatment was primarily at the patient's subjective, including the reasons that medical staff could not intervene as the work away. Besides, the reason was mainly due to patients forgot so that medical staff need to monitor and advise patients to raise treatment adherence awareness.

Keywords: Treatment adherence, Methadone, maintenance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, chương trình điều trị nghiện thay thế bằng methadon đã được triển khai từ những năm 1960 và đã có nhiều bằng chứng thống nhất về việc xem methadone là liệu pháp có thể đạt được mục tiêu giảm người nghiện, giảm lây nhiễm HIV và giảm tội phạm [1]. Để đạt được mục tiêu trên thì điều trị Methadone là điều trị lâu dài và việc tuân thủ điều trị là điều kiện cần thiết.

Tại Việt Nam, điều trị Methadone được bắt đầu triển khai thí điểm từ năm 2008 và đây là thời điểm mà chúng ta cần đánh giá lại hiệu quả của chương trình thông qua kết quả về tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Hiện nay, theo Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone ban hành kèm theo Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đưa ra khái niệm theo dõi về tuân thủ như sau: Người bệnh phải uống thuốc Methadone hàng ngày dưới sự giám sát của cán bộ y tế để đảm bảo điều trị hiệu quả và an toàn [2]. Tuy nhiên khái niệm này chưa đầy đủ do bệnh nhân còn phải tuân thủ các quy định khác như tuân thủ theo lịch khám, tư vấn, xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên của cơ sở điều trị Methadone và đặc biệt là không tiếp tục sử dụng chất dạng thuốc phiện mới bảo đảm hiệu quả điều trị hoàn toàn. Vì vậy, chúng tôi đã tập hợp các tiêu chí này và tiến hành nghiên cứu “Thực trạng tuân thủ điều trị trên bệnh nhân điều trị methadone ở giai đoạn duy trì tại Đà Nẵng, năm 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa phỏng vấn bệnh nhân và hỏi cứu thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trên 302 bệnh nhân đang điều trị tại 02 cơ sở ở Đà Nẵng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm trình độ và công việc của đối tượng

Đặc điểm	Số lượng (%)
Trình độ học vấn	
Trung học cơ sở	124 (36,2)
Trung học phổ thông	159 (46,5)
Cao đẳng, đại học và sau đại học	59 (17,3)
Nghề nghiệp	
Không đi làm/thất nghiệp	44 (14,6)
Nhân viên doanh nghiệp nhà nước/ tư nhân	19 (6,3)
Công nhân/Thợ thủ công/lái xe	104 (34,4)
Làm việc tự do/buôn bán	123 (40,7)
Khác	12 (4,0)
Tình trạng thu nhập	
Không có	9 (3,0)
Lương	164 (52,3)
Gia đình, người thân hỗ trợ	55 (18,2)
Thu nhập không cố định	75 (24,8)
Khác	23 (7,5)

Kết quả bảng 1 cho thấy:

Số đông đối tượng nghiên cứu có trình độ phổ thông trung học (46,5%) và trung học cơ sở (32,2%), là điều kiện thuận lợi cho việc hiểu về tác dụng của chương trình điều trị Methadone, từ đó giúp tuân thủ điều trị.

Tuy nhiên, công việc chủ yếu của đối tượng có tính di biến động cao. Đa số đối tượng là làm việc tự do/buôn bán (40,7%), tiếp theo là công nhân/thợ thủ công/lái xe (34,4%). Tỷ lệ có việc làm của nghiên cứu này (85,4%) cao hơn nhiều so với nghiên cứu thuần tập trên 965 bệnh nhân điều trị Methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh được tiến hành trong vòng 24 tháng, từ 1/2009 đến 10/2011 là 54% [3]. Tỷ lệ không đi làm/thất nghiệp trong nghiên cứu này chiếm 14,6%, cũng thấp hơn so với nghiên cứu Phạm Thị Đào trên nhóm bệnh nhân điều trị Methadone tại Đà Nẵng năm 2013 (15,4%) [4].

Nguồn thu nhập của các đối tượng nghiên cứu trong 12 tháng qua từ lương cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3% và 24,8% có thu nhập nhưng không cố định. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc tham gia điều trị Methadone đã giúp bệnh nhân tái hoà nhập cộng đồng, tham gia các công việc trong xã hội để có thu nhập nuôi sống bản thân [5]. Đây là điều kiện thuận lợi cho đối tượng yên tâm thủ điều trị.

Bảng 2: Thời gian điều trị và tác dụng phụ thường gặp

Đặc điểm	Số lượng (%)
Thời gian tham gia điều trị	
3 năm trở lên	183 (60,6)
Dưới 3 năm	119 (39,4)
Gặp tác dụng phụ của điều trị Methadone	
Không	106 (35,1)
Có	196 (64,9)

Kết quả bảng 2 cho thấy:

Hầu hết (60,6%) đối tượng nghiên cứu có thời gian tham gia điều trị Methadone từ 3 năm trở lên, cho thấy sự gắn kết của đối tượng khi tham gia chương trình. Có đến 64,9% đối tượng tham gia nghiên cứu có tác dụng phụ khi uống Methadone trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là táo bón 49,0%, tăng tiết mồ hôi 31,8%, rối loạn giấc ngủ 30,8%, giảm nhu cầu tình dục 24,8%, khô miệng, sâu răng 21,9%, ngứa 8,3%, buồn nôn, nôn 6,3%. Các triệu chứng này là các tác dụng phụ chủ yếu đã được báo cáo trong các nghiên cứu cũng như Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế [2].

3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị

3.2.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị phân nhóm theo giai đoạn điều trị

Bệnh nhân giai đoạn duy trì n=302	Tuân thủ điều trị		
	Có	Không	%
Không bỏ liều điều trị	237	65	78,5
Không sử dụng lại heroin và các chất dạng thuốc phiện khác	288	14	95,4
Thực hiện quy định tư vấn, khám theo hẹn và xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên	292	10	96,7
Tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị	220	82	72,8

Kết quả bảng 3 cho thấy:

Trong 302 bệnh nhân đang điều trị ở giai đoạn duy trì có đến 72,8% đối tượng tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị; trong đó tỷ lệ tuân thủ từng phần tương ứng bao gồm: không bỏ liều điều trị là 78,5%, không sử dụng lại heroin và các chất dạng thuốc phiện khác là 95,4% và tuân thủ quy định tư vấn, khám theo hẹn và xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên là 96,7%. Kết quả này gợi ý việc kiểm soát sử dụng lại chất dạng thuốc phiện và thực hiện các quy định tư vấn, xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên trên bệnh nhân điều trị Methadone giai đoạn duy trì tại các cơ sở điều trị Methadone tại Đà Nẵng là khá hiệu quả, với trên 95% bệnh nhân tuân thủ nghiêm túc. Tuy nhiên, cần quan tâm đến tình trạng không bỏ liều điều trị (78,5%).

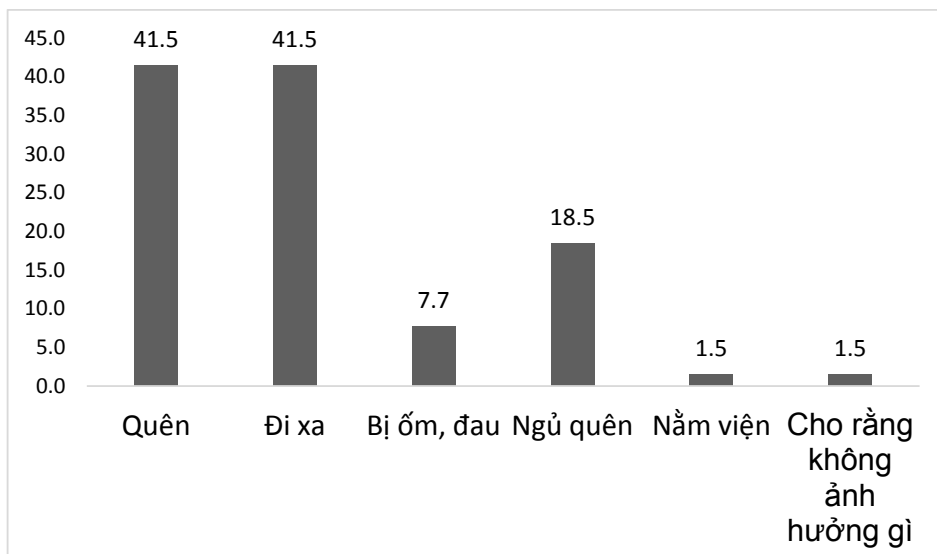
Nghiên cứu của Nguyễn Dương Châu Giang (2015) với tiêu chí tuân thủ điều trị là không bỏ liều điều trị đã ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ đến uống đầy đủ là 73,4% [6] trong khi đó kết quả của nghiên cứu này là 78,5%. Sự cải thiện này có thể do nghiên cứu này tiến hành sau nghiên cứu của Nguyễn Dương Châu Giang khi mà các hỗ trợ cho bệnh nhân và chất lượng phục vụ của các cơ sở điều trị đã được cải thiện

làm tăng tỷ lệ đến uống thuốc theo quy định.

Nghiên cứu hồi cứu trên 2.638 bệnh nhân điều trị Methadone tại Thái Nguyên từ 9/2011 đến 8/2015 cho thấy xác suất bỏ điều trị (30 ngày liên tục không đến uống thuốc) tăng dần theo thời gian, tương ứng 8,7% sau năm thứ nhất; 18% sau năm thứ 2 và 25,8% sau năm thứ 3) [7]. Nghiên cứu tại nước ngoài cho thấy sau 12 tháng điều trị, chỉ có 35,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị, trong khi đó 55,9% và 9% được đánh giá là không tuân thủ và rất không tuân thủ [8]. Tuy tiêu chí đánh giá tuân thủ là không đồng nhất song có thể thấy theo 3 tiêu chí đánh giá về không bỏ liều điều trị, không sử dụng lại các chất dạng thuốc phiện và thực hiện đầy đủ quy định khám, tư vấn, xét nghiệm nước tiểu, các bệnh nhân tại các cơ sở điều trị Methadone Đà Nẵng đã thực hiện khá tốt tuân thủ điều trị. Do là nghiên cứu cắt ngang và chỉ hồi cứu số liệu trong 3 tháng gần nhất nên không thể phản ánh đầy đủ các tiêu chí đánh giá tuân thủ điều trị trong khi điều trị Methadone là điều trị kéo dài.

3.2.2. Lý do không tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị ở đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1. Tỷ lệ lý do bỏ uống thuốc Methadone 90 ngày qua (n=65)



Kết quả biểu đồ 1 cho thấy:

Trong số 65 đối tượng bỏ uống thuốc Methadone 90 ngày qua có 41,5% báo cáo là do quên, 41,5% do đi xa (làm ăn, đi chơi...) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Dương Châu Giang (2015) như quên (32,9%), đi xa (13,4%) [6].

Bảng 4. Tỷ lệ báo cáo lý do không đến khám, tư vấn theo hẹn 90 ngày qua

Lý do	Tần số	Tỷ lệ %
Quên	2	40.0
Đi xa (làm ăn, đi chơi...)	1	20.0
Bị ốm, đau	0	0.0
Không thích khám	2	40.0
Tổng cộng	5	100

Kết quả bảng 4 cho thấy:

Trong số 5 đối tượng không đến khám, tư vấn theo hẹn 90 ngày qua có 40% không thích khám, 40% báo cáo do quên, 20% do đi xa (làm ăn, đi chơi...). Như vậy các lý do quên, làm ăn xa là các lý do được các đối tượng báo cáo chính yếu trong nghiên cứu này để dẫn đến bỏ uống thuốc và không đến khám tư vấn theo hẹn. Dựa trên kết quả này cần phải có giải pháp khắc phục các nguyên nhân trên như gọi điện thoại, nhờ người nhà nhắc nhở, chuyển thuốc đến đơn vị y tế nơi bệnh nhân điều trị bệnh khác, hay kịp thời làm thủ tục chuyển uống tạm khi bệnh nhân có nhu cầu đi ra khỏi địa phương...

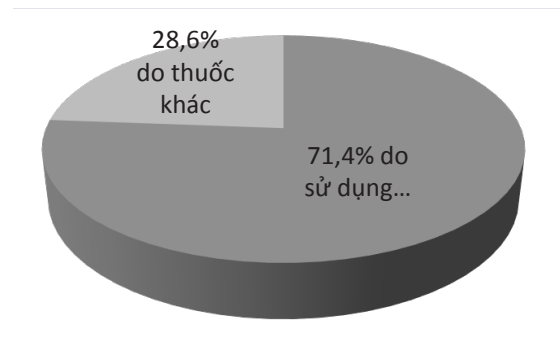
Bảng 5. Tỷ lệ các lý do không thực hiện xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên trong 90 ngày qua (n=5)

Lý do	Tần số	Tỷ lệ %
Không thích	3	60.0
Không sử dụng ma túy	2	40.0
Tổng cộng	5	100

Trong số 5 đối tượng không thực hiện xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên trong 90 ngày qua có 60% báo cáo

lý do là không thích, 40% cho là do không sử dụng ma túy nên không cần phải xét nghiệm. Đối với những đối tượng này cần tư vấn thêm cho bệnh nhân hiểu rằng xét nghiệm nước tiểu ngẫu nhiên là thủ tục mang tính chất thường quy nhằm hỗ trợ kiểm tra hiệu quả việc điều trị Methadone để bệnh nhân tham gia. Kết quả sẽ là tiêu chuẩn để đánh giá và để tư vấn giúp bệnh nhân tiến tới từ bỏ hoàn toàn việc sử dụng heroin.

Biểu đồ 2. Nguyên nhân có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin trong 90 ngày qua (n=14)



Vẫn còn một tỷ lệ các bệnh nhân còn sử dụng heroin và các chất dạng thuốc phiện trong giai đoạn duy trì với 14/302 (4,6%) đối tượng xét nghiệm nước tiểu có kết quả dương tính với opiat trong 90 ngày qua, trong đó 71% tự nhận là do sử dụng heroin và 29% cho là do dùng thuốc điều trị bệnh khác. Điều này cũng có thể xảy ra do thử nghiệm heroin nước tiểu có thể cho phản ứng với các chất thuốc khác có thành phần codein như trong thuốc ho... Tuy nhiên với lý do này nên kiểm chứng bằng cách tìm các bằng chứng hợp pháp sử dụng thuốc như đơn thuốc, triệu chứng viêm đường hô hấp để loại bỏ tình trạng che dấu việc sử dụng lại heroin và các chất dạng thuốc phiện khác.

KẾT LUẬN:

Phần đông bệnh nhân (72,8%) thực hiện tuân thủ đầy đủ quy trình điều trị. Tuy nhiên, lý do không tuân thủ điều trị chủ yếu lại ở phía chủ quan của bệnh nhân, trong đó có những lý do mà nhân viên y tế không can thiệp được như việc đi làm ăn xa. Bên cạnh đó, lý do chủ yếu là do quên nên nhân viên y tế cần giám sát và tư vấn cho bệnh nhân nâng cao ý thức tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Herman Joseph et al (2000), "Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues", *The mount sinai journal of medicine*, 67(5-6).
2. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone, *Ban hành kèm theo Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*
3. Bộ Y tế (2010), *Đánh giá thực trạng quá trình triển khai chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh và thành phố Hải Phòng.*
4. Phạm Thi Dao (2015), "Survey among patients in Methadone treatment program in Danang city (2010-2012)", *Vietnam Journal of Infectious Diseases*, pp. 64-68.
5. Bộ Y tế (2010), *Đánh giá thực trạng quá trình triển khai chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh và thành phố Hải Phòng.*
6. Nguyễn Dương Châu Giang (2015), *Tuân thủ điều trị của bệnh nhân điều trị Methadone tại thành phố Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan, năm 2015*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
7. Đào Thị Minh An và cộng sự (2015), "Xác suất bỏ trị theo thời gian và yếu tố ảnh hưởng tới bỏ trị ở những bệnh nhân điều trị cai nghiện tại 6 cơ sở điều trị Methadone tỉnh Thái Nguyên", Kỷ yếu Hội nghị khoa học quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS lần thứ VI "Hướng tới mục tiêu 90-90-90 về phòng, chống HIV/AIDS"- Tóm tắt báo cáo khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2013-2015, tr.79-80
8. John R et al (1993), "Methadone dose and heroin use during maintenance treatment", *Addiction*, 88(1), pp. 119-124.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA GIÁO VIÊN VỀ VỆ SINH TRƯỜNG HỌC TẠI 2 TRƯỜNG TIỂU HỌC, HUYỆN KIM BẢNG, TỈNH HÀ NAM, NĂM 2015

Dương Văn Tú¹, Nguyễn Trường Yên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành về vệ sinh trường học của cán bộ giáo viên huyện Kim Bảng, tỉnh Hà nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang kiến thức, thực hành của cán bộ giáo viên 2 trường tiểu học Liên Sơn, Ngọc Sơn. **Kết quả:** Chỉ có 15,5 giáo viên có kiến thức đầy đủ yêu cầu của vệ sinh môi trường lớp học. Chỉ có 6,6% thầy cô giáo có kiến thức đúng yêu cầu về các công trình vệ sinh trong trường học.

Một số hành vi được hầu hết giáo viên nhắc nhở là: xả rác, nói chuyện trong lớp học. Có 95,5% đến 97,7% thầy cô giáo có quan tâm nhắc nhở học sinh. Hành vi thường xuyên được nhắc nhở là hành vi xả rác (55,5%),

nói chuyện trong lớp (89%), tư thế ngồi sai (84,4%), mang cặp không đúng tư thế (42,2%).

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, vệ sinh trường học.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, PRACTICE OF TEACHERS ABOUT SCHOOL SANITATION IN 2 PRIMARY SCHOOL, KIM BANG DISTRICT, HA NAM PROVINCE, 2015

Objective: Description of knowledge and practice of teacher staff on school sanitation, Kim Bang district, Ha Nam province. **Method:** Applying methods epidemiological studies describing the cross-sectional survey of two

1. Trung Tâm Y tế Dự phòng Hà Nam, Tác giả: Dương Văn Tú; Điện thoại: 0974427772

» Ngày nhận bài: 30/01/2017 | » Ngày phản biện: 22/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 06/04/2017

elementary schools. **Results:** Only 15,5 % teachers have sufficient knowledge of hygiene requirements classroom environment and 6,6% of teachers have proper knowledge requirements of sanitation facilities in schools.

Conclusions: Some behaviors are more focused littering behavior and talk in class of pupils are reminded most teachers. 95,5% to 97,7% of teachers with pupils prompt attention. Activities regularly are talking that littering behavior (55.5%), talking in class (89%). Wrong sitting posture is (84,4%). For behaviors, carrying briefcases incorrect posture (42,2%).

Keywords: Knowledge, practice, school sanitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác giáo dục, chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe học sinh là nhiệm vụ quan trọng, do đó đảm bảo sự phát triển toàn diện về thể chất, tinh thần cho học sinh cũng là đóng góp cho sự phát triển chung của xã hội. Vệ sinh trường học là một trong những công tác quan trọng nhằm chăm sóc sức khỏe cho học sinh, góp phần đào tạo một thế hệ trẻ vừa có đầy đủ sức khỏe, kiến thức và có đạo đức tốt cho xã hội [5].

Giáo viên là người truyền thụ kiến thức cho học sinh, nhưng kiến thức, thực hành về vệ sinh trường học, chăm sóc sức khỏe của giáo viên còn nhiều bất cập. Để có số liệu ban đầu tại tỉnh Hà Nam đồng thời có cơ sở khoa học để đưa ra những giải pháp phù hợp nhằm cải thiện, nâng cao chất lượng tốt hơn nữa về công tác vệ sinh trường học tại các trường tiểu học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành của giáo viên về vệ sinh trường học tại 2 trường tiểu học huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu.

2 trường tiểu học Liên Sơn, Ngọc Sơn huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: giáo viên tiểu học

2.1.3. Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 9 năm 2015 đến 12 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cơ mẫu: Từ danh sách của Phòng Giáo dục và Đào tạo huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam có 18 trường tiểu học trong đó có 7 trường trong diện miền núi, trường còn lại thuộc đồng bằng. Chọn chủ đích 2 trường tiểu học Liên Sơn xã Liên Sơn (miền núi) và trường tiểu học Ngọc Sơn xã Ngọc Sơn (đồng bằng) tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ 45 giáo viên của 2 trường: Trường Liên Sơn 20, trường Ngọc Sơn có 25 giáo viên:

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu.

Sử dụng bộ phiếu điều tra phỏng vấn trực tiếp giáo viên về vệ sinh trường học, môi trường trong trường học và thực hành của giáo viên.

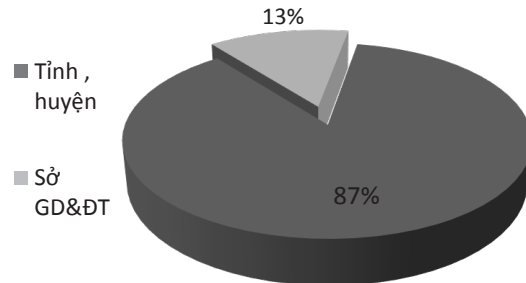
2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Bằng phần mềm Epi-Data 3.1 và xử lý, phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Kết quả khảo sát kiến thức, thực hành

3.1. Nguồn thông tin chính cung cấp kiến thức về vệ sinh trường học.

Biểu đồ 3.1. Nguồn thông tin cung cấp kiến thức về vệ sinh trường học.



Nhận xét: Giáo viên được cung cấp kiến thức về vệ sinh trường học từ Sở GD&ĐT chỉ chiếm (13%).

3.2. Kiến thức của giáo viên về vệ sinh môi trường trường học.

Bảng 1. Kiến thức của giáo viên về yêu cầu vệ sinh môi trường lớp học.

Kiến thức	Tên trường		Liên Sơn (n=20)		Ngọc Sơn (n=25)		Chung (n=45)	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Diện tích bình quân lớp học	7	35,0	12	48,0	19	42,2		
Chiếu sáng tự nhiên	20	100	17	68,0	37	82,2		
Chiếu sáng tự nhiên lớp học	10	50,0	19	76,0	29	64,4		
Bàn ghế	20	100	9	36,0	29	64,4		
Bảng	20	100	14	56,0	34	75,5		
Có kiến thức đúng toàn bộ	4	20,0	3	12,0	7	15,5		

Nhận xét: có 15,5% thầy cô giáo nào có kiến thức đúng hoàn toàn các yêu cầu về môi trường trường học.

3.3. Giáo viên có kiến thức đúng quy định về công trình vệ sinh.

Bảng 2. Giáo viên có kiến thức đúng quy định về công trình vệ sinh.

Có kiến thức đúng	Trường	Liên Sơn (n=20)		Ngọc Sơn (n=25)		Chung (n=45)	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Nước uống cho học sinh		4	20,0	17	68,0	21	46,6
Nước rửa cho học sinh		13	65,0	11	44,0	24	53,3
Chỉ số sử dụng nhà tiêu		16	80,0	23	92,0	39	86,6
Chỉ số sử dụng hố tiêu		14	70,0	9	36,0	23	51,1
Có kiến thức đúng toàn bộ		1	05,0	2	08,0	3	6,6

Nhận xét: Thầy cô giáo có kiến thức đúng yêu cầu về các công trình vệ sinh trong trường học thấp (6,6%).

3.4. Kiến thức về yêu cầu của phòng y tế.

Bảng 3. Kiến thức về yêu cầu của phòng y tế

Kiến thức	Trường	Liên Sơn (n=20)		Ngọc Sơn (n=25)		Chung (n=45)	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Hiểu đúng		18	90,0	21	84,0	39	87,0
Hiểu chưa đúng		2	10,0	4	16,0	6	13,0
Tổng		20	44,0	25	54,0	45	100

Nhận xét: thầy cô giáo có kiến thức đúng yêu cầu về các công trình vệ sinh trong trường học thấp (6,6%).

3.5. Kiến thức về yêu cầu của phòng y tế.

Nhắc nhở các hành vi xấu có hại cho sức khỏe và môi trường

Bảng 4. Sự nhắc nhở đối với hành vi xấu của học sinh.

Hành vi	Trường	Tần suất nhắc nhở theo trường				Chung (n=45)	
		Liên Sơn (n=20)		Ngọc Sơn (n=25)		Thường xuyên	Thỉnh thoảng
		Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Thỉnh thoảng		
		TL%	TL%	TL%	TL%	TL%	TL%
Thói quen nói chuyện		75,0	-	100	-	97,7	88,8
Tư thế ngồi sai		70,0	10,0	96,0	04,0	95,5	84,4
Thói quen đeo, xách cặp 1 bên		25,0	55,0	56,0	40,0	95,5	42,2
Tiêu, tiểu không đúng chỗ		55,0	25,0	92,0	08,0	97,7	75,5
Quên rửa tay		70,0	15,0	96,0	04,0	97,7	84,4
Xả rác, gây bẩn		25,0	55,0	80,0	16,0	97,7	55,5

Nhận xét: Đa số các thầy cô giáo có quan tâm nhắc nhở hành vi xấu với học sinh.



Bảng 5. Nhắc nhở của giáo viên để hình thành hành vi tốt cho sức khỏe.

Hành vi	Tần suất nhắc nhở từng trường				Chung (n=45)	
	Liên Sơn (n=20)		Ngọc Sơn (n=25)		Thường xuyên	Thỉnh thoảng
	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Thỉnh thoảng		
	TL%	TL%	TL%	TL%	TL%	TL%
Khuyến học sinh ra ngoài vận động	85,0	95,5	93,3	5,0	100	-
Khuyến đọc sách nơi đủ ánh sáng	65,0	95,5	84,4	20,0	100	-
Tránh hành vi có hại cho mắt (tivi, games)	80,0	95,5	91,1	10,0	100	-
Khuyến học sinh đi khám mắt	25,0	95,5	57,7	55,0	84,0	16,0
Giáo dục học sinh tư thế ngồi đúng	60,0	93,3	80,0	25,0	96,0	04,0
Giáo dục tránh tư thế nằm đọc	25,0	93,3	60,0	60,0	88,0	12,0
Khuyến học sinh học có thời gian biểu	75,0	93,3	88,8	10,0	100	-
Giáo dục hành vi giữ vệ sinh chung	85,0	91,1	91,1	-	96,0	-
Giáo dục ý thức bảo vệ môi trường	85,0	93,3	93,3	-	100	-

Nhận xét: Các thói quen, hành vi tốt đều được đa số cán bộ giáo viên nhắc nhở trong năm học.

IV. BÀN LUẬN

Nguồn cung cấp kiến thức về vệ sinh trường học cho giáo viên từ Trung tâm Y tế tỉnh, huyện là chủ yếu chiếm (87%), chỉ có 13% giáo viên được cung cấp kiến thức về vệ sinh trường học từ Sở Giáo dục và Đào tạo. Về vệ sinh môi trường lớp học về chiếu sáng tự nhiên lớp học và bảng là hai lĩnh vực được các thầy cô giáo chú ý đến nhiều hơn cả. Có kiến thức đúng về các yêu cầu quy định này cũng cao hơn các chỉ số khác (82,2% và 75,5%). Có kiến thức đúng về chỉ số này chỉ đạt 42,2%. Trong chiếu sáng tự nhiên lớp học, các thầy cô giáo thường chú ý đến tiêu chí cường độ chiếu sáng chứ không lưu tâm đến tiêu chí phòng học thuận chiều ánh sáng, cũng như hệ số chiếu sáng với tổng diện tích của số $\geq 20\%$. Trong chiếu sáng nhân tạo lớp học, số bóng đèn trong lớp học được hiểu đúng nhiều nhất nhưng vị trí bóng đèn lại bị hiểu sai nhiều nhất, do lâu nay bóng đèn vẫn được bố trí tại các mảng tường 2 bên. Vì thế, kiến thức này cần được phổ biến rộng rãi cho giáo viên để góp phần cải thiện vệ sinh học đường.

Bàn ghế với các kích cỡ quy định trong lớp học ít được lưu tâm (64,4%), và sắp xếp bàn ghế cũng ít được hiểu biết đúng. Có kiến thức đúng và đầy đủ tất cả yêu cầu của vệ sinh môi trường lớp học quá thấp, theo kết quả bảng 2. Cho chúng ta thấy chỉ có 15,5%. Các tiêu chí về các công trình vệ sinh trường học cũng không có kiến thức đúng về chỉ số sử dụng nhà tiêu (86,6%); chỉ số sử dụng hố tiêu (51,1%). Chỉ có chỉ số về phòng y tế là có kiến thức đúng, kết quả

cho chúng ta thu được (86,6%) giáo viên trả lời đúng.

Các thầy cô giáo trường tiểu học Ngọc Sơn có tần suất nhắc nhở học sinh nhiều hơn, như hành vi xả rác và nói chuyện trong giờ học của học sinh. Được thầy cô nhắc nhở nhiều nhất và cũng được thường xuyên nhắc nhở với tần suất cao nhất ở cả 2 trường.

Tư thế ngồi sai cũng như hành vi nói chuyện nhưng tần suất nhắc nhở ít hơn. Hành vi đeo cặp sai ít được nhắc nhở nhất. Các hành vi tốt đều đạt (91%) giáo viên nhắc nhở. Về việc giáo dục ý thức khuyến học sinh ra ngoài vận động, đọc sách nơi đủ ánh sáng, tránh hành vi có hại cho mắt, khuyến học sinh đi khám mắt được chú ý nhắc nhở nhiều (95,5%).

V. KẾT LUẬN

Chỉ có 15,5 giáo viên có kiến thức đúng yêu cầu của vệ sinh môi trường lớp học.

Chỉ có 6,6% thầy cô giáo có kiến thức đúng yêu cầu về các công trình vệ sinh trong trường học.

Có 95,5% đến 97,7% thầy cô giáo có quan tâm nhắc nhở học sinh.

Hành vi xả rác (55,5%), nói chuyện trong lớp (89%). Tư thế ngồi sai (84,4%).

Đối với hành vi mang, cặp không đúng tư thế mức độ nhắc nhở (42,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2012). Tài liệu hội nghị tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ quản lý và chuyên trách về công tác y tế trường học.
2. Cục Y tế Dự phòng (2014), Báo cáo kết quả thực hiện dự án Y tế trường học năm 2013 và kế hoạch hoạt động y tế trường học năm 2014, Hội nghị triển khai kế hoạch công tác y tế trường học năm 2014, kết quả triển khai quyết định 1222/QĐ-BYT ngày 18/4/2000 quy định về vệ sinh trường học sau hơn 10 năm ban hành.
3. Trương Đình Bắc và cộng sự (2013) Đánh giá tình hình thực hiện Quyết định số 1221/2000/QĐ-BYT ngày 18/4/2000 Quy định về vệ sinh trường học và đề xuất giải pháp, đề tài Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế.
4. Nguyễn Cảnh Phú (2010), Thực trạng công tác y tế trường học tại thành phố Vinh tỉnh Nghệ An, Tạp chí Y học Thực hành, số 872, tr.27.
5. Sở Y tế Hà Nam (2015), Báo cáo kết quả công tác y tế dự phòng 6 tháng đầu năm 2015, số 70/BC-SYT, phần I, mục 5 trang 4.
6. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Hà Nam (2014), Báo cáo hoạt động y tế trường học năm 2014, số:36/BC-YTDP ngày 31/01/2015, khoa Sức khỏe cộng đồng.

-----oO-----

ÁP LỰC HỌC TẬP VÀ RỐI NHIỀU TÂM TRÍ Ở HỌC SINH CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ TAM KỲ, TỈNH QUẢNG NAM

Phan Thị Mỹ Linh¹, Đoàn Vương Diễm Khánh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Trong những năm gần đây, các nghiên cứu ở nhiều nơi trên thế giới cho thấy rằng các học sinh đang phải chịu áp lực học tập lớn và điều này có liên quan đến các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở các em học sinh

Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ học sinh các trường trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam chịu áp lực học tập và các yếu tố liên quan đến áp lực học tập.

2. Xác định tỷ lệ học sinh bị rối nhiễu tâm trí và tìm hiểu mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí ở đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu được tiến hành tại các trường học tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam trong

năm 2013. Mẫu nghiên cứu gồm 810 học sinh các lớp 10, 11 và 12 ở sáu trường trung học phổ thông được lựa chọn một cách ngẫu nhiên. Thang đo áp lực học tập cho trẻ vị thành niên (ESSA) và bộ câu hỏi tự đánh giá gồm 20 mục (SRQ20) được sử dụng để đo lường áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí của học sinh.

Kết quả: 52,5% học sinh chịu áp lực học tập nặng, 34,2% bị áp lực học tập trung bình và tỷ lệ học sinh bị áp lực học tập nhẹ chiếm 13,3%. Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với áp lực học tập bao gồm: Trường đang theo học, sự lo lắng của các em về kết quả học tập và nghề nghiệp của mẹ. Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí chiếm 63,0% và tỷ lệ này tăng dần theo khối lớp học (lớp 10: 48,4%; lớp 11: 63,2% và lớp 12: 72,3%). Có mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí ở học sinh.

1. Khoa YHCD-Trường Cao đẳng Y tế Quảng Nam
2. Khoa YTCC-Trường Đại học Y Dược Huế

Kết luận: Tỷ lệ học sinh trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam bị áp lực học tập cao là rất phổ biến và điều này có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến rối nhiễu tâm trí ở các em. Cải thiện môi trường học tập, các mối quan hệ gia đình và có phương pháp cải thiện gánh nặng học tập để nâng cao sức khỏe tâm thần của các em là hết sức cần thiết ở Việt Nam.

Từ khóa: Áp lực học tập, rối nhiễu tâm trí, học sinh trung học phổ thông, thành phố Tam kỳ-Tỉnh Quảng Nam.

ABSTRACT:

ACADEMIC STRESS AND MENTAL DISTRESS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN TAM KY CITY, QUANG NAM PROVINCE, VIET NAM

Introduction: In recent years, many studies worldwide have found that academic stress is very common among high school students. There are significant associations with poor mental health of students in secondary and high schools. However, to date there has been relatively limited data from research outside of the major cities of Viet Nam.

Objectives: 1. Identify the prevalence of academic stress and its correlates among high school students in Tam Ky city, Quang Nam province, and 2. Identify the prevalence of mental distress and examine the relationship between academic burden and pressure and mental distress among high school students in this setting.

Methododology: A cross sectional survey was conducted among high school students in Tam Ky city in 2013. A total of 810 students in 10th grade, 11th grade and 12th grade in six high schools was recruited randomly and completed a self-administered questionnaire. The Educational Stress Scale for Adolescents (ESSA) and Self-reporting questionnaire 20 items (SRQ20) were utilised.

Results: 52.5% students reported a high level of academic stress; 34.2% students had medium academic stress while the percentage for low academic stress was 13.3%. Factors significantly associated with academic stress were the school where students attending classes, student's worry about study outcomes and mother's occupation ($p < 0.05$). Mental distress increased with school grade (grade 10: 48.4%; grade 11: 63.2% and grade 12: 72.3%). There was statistically significant association between academic stress and mental distress among high school students in Tam Ky, Quang Nam.

Conclusion: High academic stress is very common among students of high schools in this city in Quang Nam province, and appears to lead to mental distress. Improving the learning environment, family relationships

and techniques to manage study burden are necessary to enhance the mental health for high school students in Viet Nam.

Key words: Academic stress, mental distress, high school students, Tam Ky city- Quang Nam province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy học sinh ở các nước trên thế giới đều phải chịu rất nhiều áp lực, trong đó các vấn đề học tập được biết đến như một nguồn gây sự căng thẳng chính ở nhóm đối tượng này [4],[5]. Học sinh, sinh viên châu Á nói chung và học sinh Việt Nam nói riêng thường có gánh nặng học tập cao hơn và sự hài lòng về thành tích học tập của họ thấp hơn so với học sinh, sinh viên các nước phương Tây [7]. Có sự gia tăng đáng kể trong những thập kỉ gần đây về tầm quan trọng của việc đạt được mức độ học vấn cao nhằm đạt được nhiều hơn những thành công cho cá nhân và gia đình và nhờ đó có được địa vị xã hội cao và thu nhập cao.

Các nghiên cứu cho thấy rằng áp lực học tập cao có mối liên quan chặt chẽ đến các vấn đề sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu, rối nhiễu tâm trí và ý định tự tử [1],[2]. Tỷ lệ mắc các rối loạn chung về sức khỏe tâm thần do áp lực học tập gây nên ngày càng tăng, ảnh hưởng rất lớn đến đời sống và sức khỏe của học sinh, sinh viên.

Vấn đề áp lực học tập và sức khỏe tâm thần của học sinh Việt Nam chưa được nghiên cứu nhiều. Tại miền Trung Việt Nam cũng có rất ít đề tài nghiên cứu được tiến hành về vấn đề này. Cho tới nay chưa có nghiên cứu nào thực hiện ở thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam về vấn đề áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí của học sinh trung học phổ thông. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: 1) Xác định tỷ lệ học sinh các trường trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam chịu áp lực học tập và các yếu tố liên quan đến áp lực học tập, 2) Xác định tỷ lệ học sinh bị rối nhiễu tâm trí và tìm hiểu mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí ở đối tượng nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh các trường THPT tại thành phố Tam Kỳ năm học 2013-2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể.

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: Chọn $p = 0,51$ theo nghiên cứu của Đặng Thị Anh Thư tỷ lệ học sinh THPT trên địa bàn thành phố Huế bị ALHT là 51,3% [2], $d=0,05$. α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$. $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ giá trị thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α được chọn.

- Sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm (30 cụm), đơn vị cụm là lớp. Cỡ mẫu tính được nhân với hệ số thiết kế mẫu cụm là 2 để có được cỡ mẫu cần thiết. Cỡ mẫu thực tế của nghiên cứu là: $n = 810$.

Thang đo áp lực học tập cho trẻ vị thành niên (Educational Stress Scale for Adolescents: ESSA) [8],[9] được sử dụng để đo lường áp lực học tập của học sinh. Tổng điểm bằng điểm của các câu hỏi thuộc phần 7 trong bộ câu hỏi ộng lại, tổng điểm càng cao thì áp lực càng lớn và được chia thành ba nhóm mức độ với các điểm cắt tương ứng như sau: ≤ 50 (mức độ nhẹ), $51 - 58$ (mức độ trung bình), > 58 (mức độ nặng)

Tình trạng rối nhiễu tâm trí: Được xác định dựa trên bộ câu hỏi SRQ20 (Self-reporting questionnaire 20 items) thông qua hình thức chấm điểm cho câu trả lời. Có rối nhiễu tâm trí: khi điểm số ≥ 8 [3], [6], [10]

Tiến hành thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi in sẵn tại các lớp học. Trước khi học sinh tự điền vào bộ câu hỏi, điều tra viên hướng dẫn chung cho học sinh về mục tiêu nghiên cứu, cách trả lời các câu hỏi. Điều tra viên thu lại phiếu sau khi học sinh trả lời xong

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 21. Dùng test c2 ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để so sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ. Mô hình hồi quy đa biến logistic được sử dụng để kiểm định mối liên quan của các biến độc lập với áp lực học tập.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam (59,9% so với 40,1%). Số học sinh trong nghiên cứu ở khối lớp 12 chiếm tỷ lệ cao hơn (39,6%), học sinh khối lớp 10 và 11 chiếm tỷ lệ ngang bằng nhau 30%.

- Số lượng học sinh của trường Phan Bội Châu và trường Trần Cao Vân ngang bằng nhau: 23%; tiếp theo là trường Lê Quý Đôn và Duy Tân cũng có tỷ lệ ngang bằng nhau: 20%; trường Nguyễn Bình Khiêm có số lượng học sinh thấp nhất. Có 47,0% các em sống ở thành phố và 53% sống ở nông thôn và các nơi khác.

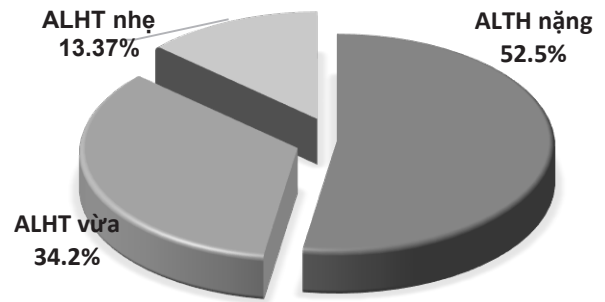
- Trong tổng số học sinh nghiên cứu thì có 2/3 các em không theo tôn giáo. 88% học sinh có hoàn cảnh sống là đang sống cùng với bố đẻ và mẹ đẻ. Tình trạng hôn nhân của bố mẹ của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là đang sống

cùng nhau: 90%.

3.2. Tình hình áp lực học tập và các yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh

3.2.1. Tỷ lệ học sinh chịu áp lực học tập

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ học sinh chịu áp lực học tập



Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 52,5% học sinh chịu ALHT cao và 34,2% chịu ALHT mức trung bình (biểu đồ 3.1)

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh

Phân tích đơn biến: Trường đang theo học, nơi ở, lo lắng về kiến thức, lo lắng về kết quả học tập, cảm nhận về chương trình đang học, số lượng bài tập giáo viên giao về nhà, áp lực với phương pháp dạy của giáo viên, chỉ tiêu giáo viên đặt ra, mức độ bị thầy cô bắt phạt về mặt thể chất và nghề nghiệp của mẹ là những yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh THPT ($p < 0,05$).

Phân tích đa biến

Bảng 3.1: Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh THPT*

Yếu tố liên quan	OR	95% KTC	p
Trường			
Lê Quý Đôn	1		
Phan Bội Châu	0,54	0,34 - 0,87	0,010
Nguyễn Bình Khiêm	0,53	0,30 - 0,93	0,028
Trần Cao Vân	0,49	0,30 - 0,79	0,004
Duy Tân	0,87	0,53 - 1,44	0,582
Lo lắng về kết quả học tập			
Không	1		
Có	1,77	1,02 - 3,07	0,041
Nghề nghiệp hiện nay của mẹ			
Nông dân	1		
CBCNVC	1,61	1,01 - 2,54	0,041
Buôn bán	1,49	1,04 - 2,13	0,032
Khác (ngư...)	0,92	0,55 - 1,54	0,758

* Lưu ý: Chỉ những biến số có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong mô hình đa biến mới được trình bày trong bảng trên

Sau khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố khác, kết quả cho thấy:

Nhóm học sinh ở trường Lê Quý Đôn bị ALHT ở mức độ nặng cao hơn nhóm học sinh học ở các trường khác.

Những em có lo lắng về kết quả học tập bị áp lực học tập ở mức nặng cao gấp 1,8 lần so với những em không lo lắng về kết quả học tập.

Về nghề nghiệp của mẹ, những em có mẹ là CBCNVC hay buôn bán bị áp lực học tập ở mức độ nặng cao gấp khoảng 1,5 lần những em có mẹ là nông dân.

3.3. Tỷ lệ học sinh có rối nhiễu tâm trí và mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí

3.3.1. Mô tả các yếu tố về tình trạng sức khỏe học sinh trong thang đo RNTT

Kết quả cho thấy các yếu tố gây ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của các đối tượng nghiên cứu trong vòng 30 ngày qua thường gặp nhất là: dễ bị mệt mỏi (71,4%), thường bị đau đầu (69,0%); cảm giác hồi hộp, căng thẳng, lo lắng (68,6%); khó khăn trong suy nghĩ điều gì đó một cách rõ ràng (67,8%); khó khăn trong việc đưa ra quyết định (67,5%); suy nghĩ về đoạn kết của cuộc đời (62,5%);

cảm thấy không được vui (58,5%); cảm thấy ăn không ngon miệng (53,1%); lúc nào cũng cảm thấy mệt mỏi (50,0%); Những tình trạng khác như: bị khó ngủ, dễ sợ hãi, tay bị run, mất hứng thú với mọi thứ... chiếm tỷ lệ thấp hơn 50%.

3.3.2. Tỷ lệ học sinh mắc RNTT

Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ học sinh mắc rối nhiễu tâm trí



Trong tổng số học sinh nghiên cứu, có 63% học sinh có rối nhiễu tâm trí.

3.3.3. Tình hình rối nhiễu tâm trí theo khối lớp

Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí tăng dần theo khối lớp, cao nhất ở khối lớp 12 (72,3%), tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở lớp 11 là 63,2% lớp 10 là 48,4%.

3.3.4. Mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí

Áp lực học tập	Rối nhiễu tâm trí				Tổng	P
	Có		Không			
	Tần số	%	Tần số	%		
Nặng	283	66,6	142	33,4	425	0,025
Nhẹ và trung bình	227	59,0	158	41,0	385	
Tổng	510	63,0	300	37,0	810	

Có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$) giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí. Nhóm học sinh chịu áp lực nặng với việc học tập bị rối nhiễu tâm trí cao hơn so với nhóm học sinh bị áp lực học tập nhẹ và trung bình (66,6% so với 59,0%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình áp lực học tập và các yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ học sinh chịu ALHT ở mức trung bình trở lên là 86,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Anh Thư ở học sinh THCS Thừa Thiên Huế năm 2012 (51,3%) [2],

và kết quả của Nguyễn Văn Thanh trên học sinh THPT tại thành phố Huế năm 2013 (71,5%) [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả cao hơn một nghiên cứu khác ở Trung Quốc (42% học sinh trung học có áp lực học tập cao hoặc rất cao) [7]. Điều này đặt ra vấn đề chúng ta cần thực sự quan tâm hơn để giảm ALHT nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh.

Mô hình hồi qui đa biến cho thấy có mối liên quan giữa trường học hiện tại của học và áp lực học tập của học sinh ($p < 0,05$); học sinh trường THPT Lê Quý Đôn có tỷ lệ chịu áp lực học tập mức độ nặng cao hơn so với tỷ lệ này ở các trường khác. Điều này có thể là do trường THPT Lê Quý Đôn tiền thân là trường chuyên

cấp 2-3, sau này đổi thành trường THPT. Loại trường học là một yếu tố ảnh hưởng đến áp lực học tập của học sinh; học sinh có chất lượng đầu vào cao hơn như các trường chuyên thường có áp lực học tập cao hơn. Nghiên cứu này cũng cho thấy những em lo lắng về kết quả học tập bị ALHT ở mức độ nặng cao gấp 1,8 lần so với những em không lo lắng về kết quả học tập (OR = 1,77; 95%CI: 1,02 - 3,07).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp của mẹ và áp lực học tập ($p < 0,05$). Trong phân tích đa biến cho thấy những học sinh có mẹ là CBCNVC và buôn bán bị áp lực học tập ở mức độ nặng cao hơn gấp 1,5 lần so với nhóm học sinh có mẹ là nông dân (OR = 1,61; 95%CI: ,01-2,54 và OR = 1,49; 95%CI: 1,04 - 2,13). Môi trường gia đình, đặc biệt là quan niệm của bố mẹ về giá trị của việc học có thể ảnh hưởng đến ALHT của con cái. Các bà mẹ ở những nhóm nghề nghiệp khác nhau có thể có những kì vọng và mong đợi khác nhau đối với việc học tập của con cái họ.

4.2. Tỷ lệ học có rối nhiễu tâm trí và mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ học sinh bị rối nhiễu tâm trí là 63,0%. Cùng sử dụng bộ công cụ SRQ20 với ngưỡng định bệnh là ≥ 8 , nghiên cứu của Tô Xuân Trường thực hiện trên học sinh trường THPT Nguyễn Hữu Cầu, huyện Hóc Môn, thành phố Hồ Chí Minh năm 2012 cũng cho thấy tỷ lệ học sinh bị rối nhiễu tâm trí là 63% [3].

Mức độ RNTT tăng dần theo khối lớp học. Những em học sinh lớp 12 bị RNTT cao hơn các khối lớp khác có thể do các em phải chuẩn bị kiến thức cho kỳ thi tốt nghiệp và kỳ thi đại học sắp tới. Điều này khiến các em phải tập trung cho việc học đồng thời bị áp lực từ gia đình, bạn bè và xã hội nên các em dễ bị RNTT hơn các khối lớp khác.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa áp lực học tập của học sinh THPT với tình trạng rối nhiễu tâm trí của học sinh. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu trên 1226 học sinh tại thành phố Hồ Chí Minh, tác giả Thái Thanh Trúc tìm thấy học sinh có áp lực học tập trung bình và cao gặp nhiều khó khăn về sức khỏe tâm thần hơn so với học sinh có áp lực học tập thấp [9]. Tác giả Tô Xuân Trường thực hiện trên học sinh trường THPT Nguyễn Hữu Cầu, huyện Hóc Môn, thành phố Hồ Chí Minh năm 2012 cũng cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa áp lực học tập của học sinh và tình trạng rối nhiễu tâm trí [3]. Sức khỏe thể chất, tâm

thần và xã hội phát triển cân bằng, hài hòa là cơ sở cho một cá nhân có tri thức, có nhân cách đưa lại các hiệu quả của lao động có hữu ích cho phát triển xã hội và cá nhân. Nếu sức khỏe tâm thần có vấn đề sẽ dẫn tới thiếu hứng thú trong học tập, vui chơi, suy nghĩ không hợp lý, thiếu thực tế và dẫn đến các hành vi lệch lạc, quấy nhiễu cuộc sống của cá nhân và các thành viên trong gia đình và xã hội, cản trở sự phát triển chung. Vì thế, hiện nay trên thế giới, chương trình sức khỏe tâm thần cho trẻ em là một trong các chương trình lớn cần quan tâm trong chăm sóc sức khỏe. Cùng với những biến động về kinh tế, văn hóa, xã hội, đô thị hóa nhanh, toàn cầu hóa về thông tin, nền công nghiệp phát triển, cạnh tranh thị trường... đã tác động nhiều đến tâm lý con người nói chung và trẻ em nói riêng làm cho tỷ lệ rối loạn tâm thần tăng cao gây ra gánh nặng cho toàn xã hội. Nguyên nhân là do xã hội chúng ta đang ngày càng phát triển theo xu thế hiện đại, bất kể ai cũng có thể rơi vào trạng thái stress do áp lực cuộc sống qua lớn. Riêng ở lứa tuổi thanh thiếu niên, đa phần nguyên nhân của các rối nhiễu tâm lý và rối loạn tâm thần là do yếu tố gia đình, nhà trường và xã hội tạo nên. Ở đây có thể kể đến một số yếu tố chủ yếu: áp lực học tập, thất bại trong thi cử, bạo lực gia đình, gia đình ly tán, bị bạn bè xấu lôi kéo, các tệ nạn xã hội như rượu chè, ma túy, thuốc lắc, vũ trường, phim ảnh bạo lực, khiêu dâm... Đặc biệt, giới trẻ ngày nay được tiếp cận với nhiều nguồn thông tin từ rất sớm thông qua internet và các phương tiện hiện đại khác. Mặt trái của nó là đã góp phần tạo nên các biểu hiện của nếp sống lệch lạc, dẫn đến các rối nhiễu tâm lý và rối loạn tâm thần. Bên cạnh đó, các em chưa được trang bị nhiều kiến thức về giới, về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tâm thần và cách phòng tránh. Nhiều em quen được sống trong sự bao bọc nên khi rơi vào các tình huống gây stress thì không thể vượt qua. Dẫn đến những hành vi sai trái, lệch lạc như: trộm cắp, trốn học, bỏ nhà qua đêm thậm chí có những hành vi khiêu khích, láo xược, gây gổ, xâm phạm, phá hoại... làm ảnh hưởng xấu tới sự phát triển nhân cách của các em.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Tỷ lệ học sinh các trường Trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam chịu áp lực học tập ở các mức độ khác nhau:

- Áp lực học tập nặng chiếm 52,5%
- Áp lực học tập trung bình chiếm 34,2%
- Áp lực học tập nhẹ chiếm 13,3%.

5.2. Các yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh



- Nhóm học sinh ở trường Lê Quý Đôn bị áp lực học tập ở mức độ nặng hơn nhóm học sinh học ở các trường khác như trường Phan Bội Châu, Nguyễn Bình Khiêm, Trần Cao Vân.

- Tỷ lệ những em học sinh có lo lắng về kết quả học tập bị áp lực học tập ở mức độ nặng cao gấp 1,8 lần so với những em không lo lắng về kết quả học tập (OR = 1,77; 95% CI: 1,02 - 3,07).

- Những em học sinh có mẹ là cán bộ công nhân viên chức và buôn bán bị áp lực học tập cao gấp 1,6 và 1,5 lần so với những em học sinh có mẹ là nông dân (OR = 1,61; 95% CI: 1,04 - 2,54 và OR = 1,48; 95% CI: 1,04 - 2,13).

5.3. Tỷ lệ học sinh bị rối nhiễu tâm trí tại các trường Trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam

- Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí chiếm 63,0%.

- Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí tăng dần theo khối lớp học: lớp 10: 48,4%; lớp 11: 63,2% và lớp 12: 72,3%.

5.4. Mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu

tâm trí ở học sinh

Có mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí ở học sinh các trường Trung học phổ thông tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam ($p < 0,05$). Nhóm học sinh chịu áp lực nặng với việc học tập bị rối nhiễu tâm trí cao hơn so với nhóm học sinh bị áp lực học tập nhẹ và trung bình.

Kết quả nghiên cứu này có thể cung cấp bằng chứng quan trọng góp phần đánh giá tình hình áp lực học tập và sức khỏe tâm thần của học sinh. Cải thiện môi trường học tập, các mối quan hệ gia đình và có phương pháp giúp cải thiện gánh nặng học tập để nâng cao sức khỏe tâm thần của các em là hết sức cần thiết ở Việt Nam. Nhà trường cần phối hợp với ngành y tế tổ chức khám sàng lọc sức khỏe tâm thần cho các em, tăng cường tổ chức nhiều hoạt động ngoại khóa, thể dục thể thao, văn hóa văn nghệ cho học sinh tham gia và giáo dục cho học sinh hiểu đúng năng lực bản thân từ đó đưa ra những mục tiêu, yêu cầu phù hợp, tránh tình trạng lo lắng quá mức về kết quả học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Thanh (2013), *Tình hình áp lực học tập và sức khỏe tâm thần học sinh THPT tại thành phố Huế năm 2013*, Luận Văn tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, trường Đại học Y Dược Huế.
2. Đặng Thị Anh Thư, Phan Lê Xuân Diệu, Phạm Phú Vĩnh Toàn và cộng sự (2012), “Áp lực học tập và một số yếu tố liên quan đến áp lực học tập ở học sinh THCS tỉnh Thừa Thiên Huế”, Trường Đại Học Y Dược Huế.
3. Tô Xuân Trường (2012), *Rối nhiễu tâm trí và mối liên quan giữa áp lực học tập và rối nhiễu tâm trí của học sinh trường THPT Nguyễn Hữu Cầu, huyện Hócmon, thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn tốt nghiệp Cử nhân xét nghiệm y học dự phòng, Đại học Y Dược TP HCM, tr. 25-45.
4. Dunne M.P., Sun J. et al (2010), The influence of educational pressure on the mental health of adolescents in East Asia: Methods and tools for research, *Journal of Sciences*, Hue University, 61, pp. 109-120.
5. Jones Russell W., Hattie John A. (1991), *Academic Stress among Adolescents: An Examination by Ethnicity, Grade, and Sex*, Paper presented at the Annual Conference of the New England Educational Research Organization.
6. Stratton K.J., Aggen S.H., Richardson L.K. et al (2013), Evaluation of the psychometric properties of the Self-reporting questionnaire in a sample of Vietnamese adults, *Compr Psychiatry*; 54(4), pp. 398-405.
7. Sun J. (2010), *Educational Stress among Chinese Adolescents, Measurement, Risk Factors and Associations with Mental Health*, Thesis for the Doctor Degree of Philosophy, Queensland University of Technology, pp. 37 – 60, 85 -135.
8. Sun J., Dunne M. & Hou J. (2009), “Educational stress scale for adolescents, pp. development, validity and reliability in a Chinese sample”, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29 (6), pp. 534 - 546.
9. Thai Thanh Truc (2010), *Educational stress and mental health among secondary and high school students in Ho Chi Minh City, Vietnam*, Thesis for Master of Public Health, Queensland University of Technology.
10. Tran Tuan, T Harpham, Huong T.N. (2004), Validity and Reliability of the Self-reporting Questionnaire 20 Items in Vietnam, *Hong Kong J Psychiatry*, 14 (3), pp. 15-18.

Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Kết luận.

Tài liệu tham khảo

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (vấn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vấn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu đề họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P Krisnakone P Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.

Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.

II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

III. Lệ phí đăng bài khoa học: 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng: 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG

Địa chỉ: số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

Điện thoại: 043 7621898 - Fax: 043 7621899

Email: tapchihcd@gmail.com

medicom

MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

Công ty Cổ phần Công nghệ Y học **MEDICOM**



Công ty cổ phần công nghệ Y học Medicom được thành lập và điều hành bởi đội ngũ Bác sỹ, Kỹ sư có nhiều năm kinh nghiệm, giỏi về chuyên môn và được đào tạo bài bản trong và ngoài nước. Chúng tôi tin tưởng rằng sẽ đáp ứng những yêu cầu khắt khe nhất về chất lượng của sản phẩm & dịch vụ mà khách hàng đặt ra.

CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 043 832 5656 - Email: info@medicomgroup.vn
Website: <http://medicomgroup.vn>