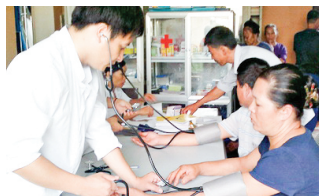


Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR5. NGHIÊN CỨU TỶ LỆ RỐI LOẠN TRÂM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI

TR22. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN TẠI MỘT SỐ XÃ VÙNG NÔNG THÔN TỈNH THÁI BÌNH

TR62. THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN TRONG QUÁ TRÌNH TRIỂN KHAI CÁC QUY ĐỊNH CẤM QUẢNG CÁO VÀ KHUYẾN MẠI RƯỢU BIA TẠI VIỆT NAM

TR76. KHẢO SÁT THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHỮNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI ĐỊA BÀN THỊ XÃ THỦ DẦU MỘT NĂM 2011



Số: 39 tháng 7+8/2017

MỤC LỤC

So sánh các yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân đẻ đủ tháng và đẻ non của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương

Võ Nguyễn Diễm Thy, Bùi Minh Hiền, Võ Thị Kim Anh

Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn trầm cảm và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi

Nguyễn Thanh Quang Vũ, Đoàn Vương Diễm Khánh

Nghiên cứu hoạt động thể lực và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế bằng bộ câu hỏi hoạt động thể lực toàn cầu (GPAQ)

Nguyễn Minh Tú, Trần Bình Thắng, Trần Thị Kim Hậu,
Trần Thị Hoài Thương, Phan Thị Thúy,

Chất lượng nguồn nhân lực tại một số trạm y tế xã trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn

Thăng Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Lan Anh

Một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp ở người dân tại một số xã vùng nông thôn tỉnh Thái Bình

Đặng Thanh Nhân, Hà Thị Hải, Lê Thị Lan Phương, Đặng Bích Thủy

Đặc điểm tăng huyết áp ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Thái Bình

Đặng Bích Thủy

Sự hài lòng của khách hàng đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015"

Ngô Thanh Bình, Phạm Anh Hiệp

Một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ lây nhiễm vi rút viêm gan C của người tham gia điều trị methadone tại tuyến huyện, tỉnh Ninh Bình năm 2016

Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh

Thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành về phòng chống lây nhiễm vi rút viêm gan C của người tham gia điều trị methadone tại 4 huyện thuộc tỉnh Ninh Bình

Hoàng Thị Hồng Hạnh, Đỗ Văn Dung, Lương Xuân Hiến

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 Đỉnh
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

Thực trạng hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên y tế thôn bản huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang năm 2016	48
Trần Minh Hùng, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến	
Mô tả chất lượng dịch vụ thông qua các chỉ số đo lường chất lượng tại một số phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, tại Hà Nội giai đoạn 2013-2015	52
Lê Thị Hương, Lưu Minh Châu, Nguyễn Thanh Bình	
Sự tham gia phòng, chống HIV/AIDS của cán bộ chiến sĩ bộ đội biên phòng ở khu vực biên giới Thừa Thiên Huế 2016	59
Lưu Minh Châu , Lê Thị Hương	
Thuận lợi và khó khăn trong quá trình triển khai các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam	62
Trần Khánh Long, Lê Thị Thanh Hương, Trần Thị Vân Anh, Hà Anh Đức	
Thực trạng hoạt động Y tế trường học tại một số trường tiểu học, trung học cơ sở, tỉnh Hà Nam năm 2013	69
Dương Văn Tú, Nguyễn Đăng Tuệ	
Thực trạng hoạt động của đội ngũ cộng tác viên dân số tại thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm 2016	72
Nguyễn Văn Nam, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến	
Khảo sát thực trạng loãng xương & một số yếu tố liên quan ở những người cao tuổi tại địa bàn thị xã Thủ Dầu Một năm 2011	76
Phạm Ngọc Thủy, Văn Quang Tân, Võ Thị Kim Anh	
Thực trạng vận chuyển an toàn ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ Y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái, năm 2016	81
Đỗ Mạnh Hùng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn	
Thực trạng điều kiện lao động công nhân ngành xây dựng dân dụng năm 2012	85
Trần Như Phong, Đậu Xuân Cảnh, Nguyễn Thị Bạch Tuyết	
Thực trạng vệ sinh tại 3 Bệnh viện đa khoa tuyến huyện tỉnh Hải Dương, năm 2017	90
Nguyễn Thanh Hà, Hồng Quang Thống, Nguyễn Thị Hương	
Chiết xuất tinh dầu và định lượng eugenol trong tinh dầu Hương nhu trắng (Essentia Ocimi gratissimi)	93
Nguyễn Thị Hương	

SO SÁNH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẺ SƠ SINH NHẸ CÂN ĐỂ ĐỦ THÁNG VÀ ĐỂ NON CỦA CÁC SẢN PHỤ ĐẾN SINH TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TỈNH BÌNH DƯƠNG

Võ Nguyên Diễm Thy¹, Bùi Minh Hiền², Võ Thị Kim Anh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh nhẹ cân là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm trong lĩnh vực sản - nhi hiện nay. Trẻ sơ sinh nhẹ cân là yếu tố quyết định ảnh hưởng đến sự sống còn, phát triển về thể chất và tinh thần của trẻ.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và so sánh các yếu tố liên quan của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương năm 2013.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 99 hồ sơ bệnh án sinh tại Trung Tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương có cân nặng trẻ sơ sinh < 2500g.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 5,76%, trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai chiếm khá cao (86.9%) và 13.1% trẻ sinh non tháng. Sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em nhẹ cân sinh đủ tháng hay sinh non tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở tất cả các yếu tố của mẹ có liên quan đến sinh con nhẹ cân.

Kết luận: Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là khá cao (5,76%), trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai là cao (86.9%) và cao hơn trẻ sinh non tháng (13.1%). Sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em nhẹ cân sinh đủ tháng hay sinh non tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở tất cả các yếu tố của mẹ có liên quan đến sinh con nhẹ cân.

Từ khóa: Sinh nhẹ cân, thai phụ, trẻ sơ sinh.

ABSTRACT: DETERMINING AND COMPARING FACTORS RELATED TO LOW WEIGHT NEWBORN INFANTS WHO WERE BORN IN BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTH CARE CENTER

Background: Low weight newborn infants are a significant health problem to which should be paid attention in obstetric and pediatric field of Vietnam. Low weight

newborn infants are the decisive factors affecting the survival and their physical and mental development.

Objectives: To determine the rate and to compare the risk factors associated with low weight newborn infants who were born in Binh Duong Reproductive Health Care Center in 2013.

Method: Using a retrospective patient record study carried out on 99 medical records of pregnant women who gave birth with low weight infants (<2500 grams) at Binh Duong Reproductive Health Care Center.

Results: The rate of low weight newborn infants was 5.76%. Among those, the rate of the malnourished during pregnancy infants was 86.9% and the rate of the premature infants was 13.1%. The difference in the incidence of full term birth or preterm birth was not statistically significant ($p > 0.05$) in all maternal factors associated with low birth weight.

Conclusion: The prevalence of LBW was high (5.76%), in which the rate of preterm infant malnutrition was high (86.9%) and higher than preterm infants (13.1%). The difference in the incidence of full term birth or preterm birth was not statistically significant ($p > 0.05$) in all maternal factors associated with low birth weight.

Keywords: Low weight newborn infant, pregnant woman, infant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trẻ sơ sinh nhẹ cân có mối liên quan đến nguyên nhân chính gây tử vong sơ sinh như sinh non, nhiễm trùng và ngạt chu sinh. Nguy cơ tử vong của trẻ thiếu cân lúc sinh tăng gấp 20 lần so với trẻ đủ cân, tần suất mắc bệnh phổi mạn tính, nhiễm khuẩn và các bệnh lý thông thường khác cũng tăng hơn so với trẻ đủ cân nặng. Trẻ sơ sinh nhẹ cân

1. Trung tâm Chăm sóc SKSS Bình Dương

2. Sở Y tế Bình Dương

3. Bệnh viện đa khoa Nam Anh

khi lớn lên nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như: Thừa cân, bệnh tim mạch, tiểu đường, suy giảm miễn dịch, chậm phát triển trí tuệ do giảm chỉ số thông minh.

Hiện nay đã xác định được một số yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân xuất hiện trước và trong thời kỳ mang thai, từ môi trường, xã hội, và dịch vụ chăm sóc y tế. Các yếu tố này thay đổi theo từng vùng và từng quốc gia khác nhau, tùy thuộc vào nền kinh tế xã hội cũng như dịch vụ y tế.

Bình Dương chưa có nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân và so sánh các yếu tố đó có liên quan đến trẻ đủ tháng và đẻ non. Do vậy, để xác định các yếu tố liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi mang thai và tình trạng thiếu máu của bà mẹ, tăng cân trong thời kỳ mang thai đến trẻ sơ sinh nhẹ cân đủ tháng và đẻ non, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này mong muốn tìm ra các giải pháp thích hợp để giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân trong toàn tỉnh với mục tiêu:

Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và các mối liên quan giữa các yếu tố: Tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi mang thai và tình trạng thiếu máu của bà mẹ và tăng cân trong thời kỳ mang thai đến trẻ sơ sinh nhẹ cân đủ tháng và đẻ non của các bà mẹ đến sinh tại Trung tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương từ 1/2012 đến 9/2013.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ sinh con có cân nặng dưới 2500g tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Dương.

Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đến sinh tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản từ 1/2012 đến tháng 9/2013 có đủ tiêu chuẩn sau: - Sinh con có cân nặng dưới 2500g. Có địa chỉ cư trú tại tỉnh Bình Dương hoặc tạm trú trên 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ bệnh án không thỏa mãn các tiêu chuẩn trên.

Phương pháp thu thập số liệu: Có 99 hồ sơ bệnh án sinh tại Trung Tâm CSSKSS tỉnh Bình Dương có cân nặng trẻ sơ sinh < 2500g thỏa mãn các tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Số liệu được thu thập theo vào bảng câu hỏi được thiết kế sẵn.

Tiêu chuẩn đánh giá:

BMI được tính bằng cân nặng của cơ thể chia cho bình phương chiều cao.

BMI < 18,5: Thiếu năng lượng trường diễn.

BMI: 18,5 - < 25: Tình trạng dinh dưỡng bình thường.

BMI: > 25: Thừa cân – Béo phì.

Thiếu máu theo Hb: Hb < 11g/dl.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng tính các tỷ lệ %, so sánh 2 hay nhiều tỷ lệ, $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua phân tích 99 hồ sơ bệnh án của các bà mẹ có trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g trên tổng số 1718 trường hợp sinh tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản từ tháng 1/2012 đến tháng 9/2013, tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g là 5,76%, trong đó 86,9% trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai và 13,1% trẻ thiếu tháng.

Bảng 1: Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	% (n = 99)
Tuổi trung bình	26.3 ± 5.1 Tuổi nhỏ nhất: 16 tuổi Tuổi lớn nhất: 38 tuổi
Con so	55.6%
Con lần 2	41.4%
Con lần 3 trở đi	3%
Tuổi thai trung bình	37.9 tuần ± 1.6 Tuổi thai nhỏ nhất: 29 tuần Tuổi thai lớn nhất: 40.5 tuần
Cân nặng trung bình trước khi có thai	46.7 kg ± 5.3 Cân nặng thấp nhất: 36 kg Cân nặng cao nhất: 60 kg
Chiều cao trung bình	153 cm ± 5.2 Chiều cao thấp nhất: 140 cm Chiều cao cao nhất: 163cm
BMI trung bình trước khi mang thai	20.4 ± 2.3 BMI thấp nhất: 16 BMI cao nhất: 26.7
Tăng cân trung bình trong suốt thai kỳ	9.2 kg ± 2.8 Tăng cân cao nhất: 16 kg Tăng cân ít nhất: 2 kg
Số lần khám thai trung bình	6.1 lần ± 2.9 Khám thai nhiều nhất: 15 lần Khám thai ít nhất: 0 lần
Cân nặng sơ sinh trung bình	2.4 kg ± 0.16 kg Cân nặng thấp nhất: 1.2 kg Cân nặng cao nhất: 2.4 kg
Có tiền sử sinh con < 2500g	5.1%
Có tiền sử sản khoa	10.1%
Không có tiền sử sản khoa	89.9%

Bệnh lý sản khoa kèm theo:	
Con so lớn tuổi	1%
Đa ối	1%
Hở eo tử cung	1%
Ngôi mông thiếu ối	1%
Thiếu ối	3%
NST không đáp ứng	1%
Không có bệnh lý	91.9%
Thiếu máu trong thai kỳ	23.2%

Nhận xét:

Tuổi trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là $26,3 \pm 5.1$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 38. Tuổi của các sản phụ tham gia nghiên cứu tập trung ở nhóm 18-35 tuổi (84,8%).

Các sản phụ là công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (38,4%), kế đến là nội trợ (25,3%) và buôn bán (17,2%).

Sản phụ sinh con lần đầu tiên chiếm 55,6% trong nhóm nghiên cứu, 44,6% sản phụ sinh con từ lần thứ 2 trở đi, 5,1% các sản phụ có tiền căn sinh con < 2500g.

BMI trung bình của sản phụ trước khi có thai là 20.4 ± 2.3 , sản phụ có nguy cơ BMI thấp dưới 18.5 trước khi mang thai là 14.1%.

98% sản phụ trong nhóm nghiên cứu có khám thai, số lần khám thai trung bình của sản phụ là 6.1 ± 2.9 .

Bảng 2: So sánh tỷ lệ các yếu tố liên quan với trẻ sơ sinh có cân nặng < 2.500g đẻ đủ tháng và đẻ non (n = 99).

Yếu tố của mẹ	Đủ tháng nhẹ cân (n ₁ =85)		Đẻ non tháng (n ₂ =14)		t
	Tần số	%	Tần số	%	
BMI trước khi có thai < 18,5	73	85,9	12	85,7	0,86
Thiếu máu trong khi mang thai	22	26	1	7	0,17
Bệnh lý sản khoa kèm theo	6	7	2	14	0,11
Tuổi thai phụ < 18 và > 35	11	13	4	29	0,21
Nghề nghiệp mẹ:					
- Công nhân, viên chức	45	53	9	64	0,59
- Khác	40	47	5	36	0,41
Nơi sống: Thành thị	26	31	4	29	0,30
Nông thôn	59	69	10	71	0,70
Số lần có thai: ≤ 2 lần	82	96	13	93	0,95
> 2 lần	3	04	1	07	0,50
Tiền căn sinh con cân nặng < 2500g	4	05	1	07	0,06
Có khám thai	84	99	12	86	0,92
Tăng cân trong suốt thai kỳ < 6kg	19	22	4	29	0,25
Có tiền sử sản khoa	9	11	1	07	0,09
Cân nặng trước khi có thai < 40 kg	10	12	2	14	0,13
Chiều cao của sản phụ < 145 cm	9	11	1	07	0,09

Kết quả bảng trên cho thấy: Sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em nhẹ cân sinh đủ tháng hay sinh non tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở tất cả các yếu tố của mẹ có liên quan đến sinh con nhẹ cân. Điều này gợi ý cho thấy: 1. Số lượng phân tích còn nhỏ không có ý nghĩa thống kê, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa; 2. Khi phân tích các yếu tố của mẹ liên quan đến sinh con nhẹ cân (cân nặng dưới 2.500g) không cần thiết phân

chia thành các nhóm sinh non hoặc sinh đủ tháng. Hay nói cách khác, các yếu tố của mẹ có liên quan đến sinh con nhẹ cân thì không phụ thuộc vào sinh đủ tháng hay sinh non.

KẾT LUẬN:

Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 5,76%, trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng suy dinh dưỡng trong thời kỳ bào thai chiếm



khá cao (86.9%) và cao hơn trẻ sinh non tháng (13.1%). Sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em nhẹ cân sinh đủ tháng hay sinh non tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở tất cả các yếu tố của mẹ có liên quan đến sinh con nhẹ cân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Vụ Sức khỏe sinh sản (2006), *Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2006 và phương hướng năm 2007*.
2. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (4/2011), *Tổng điều tra dinh dưỡng 2009 - 2010*, Báo cáo tổng kết CTMTPCSDD năm 2011.
3. Đại học Y Hà Nội, Bộ môn nhi (2000), *Sách bài giảng Nhi Khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Công Khẩn 2009, *Cập nhật một số vấn đề về phòng chống suy dinh dưỡng hiện nay*, Báo cáo tổng kết CTPCSDD năm 2009.
5. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Văn Dũng, Phạm Việt Thanh (2009), *Tình hình trẻ sơ sinh nhẹ cân tại Bệnh viện Từ Dũ*, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Hội sản phụ khoa Việt Nam lần thứ XVI, tr 87-95.
6. Trần Thanh Nhân, Nguyễn Thị Từ Vân, Nguyễn Quang Vinh, *Tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan ở huyện Củ Chi từ 9/2007 đến 02/2008*.
7. Phan Bích Nga, Nguyễn Công Khẩn, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Xuân Ninh (2012), *Tình trạng dinh dưỡng của trẻ sơ sinh và mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng, vi chất của mẹ khi mang thai*, Tạp chí Y học Thực hành -7(830).
8. Nguyễn Văn Khoa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, *Tỷ lệ trẻ nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bình Phước*, Y Học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 13 – Supplement of No 1 - 2009: 114 - 118.
9. Theo thống kê của WHO năm 2000.
10. Unicef (2001). *Low birthweight _ Reduction of Low Birthweight Rate to less than 10%*, Graph leaflet.
11. United Nations Children's Fund and World Health Organization (2004). *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*, New York.
12. World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision, Geneva.
13. World Health Organization (1992). *Low Birth Weight: A tabulation of available information*, WHO/MCH/92.2, World Health Organization, Geneva, and UNICEF, New York.
14. Arifeen SE (1997). "Birth weight, intrauterine growth retardation and prematurity: a prospective study of infant growth and survival in the slums of Dhaka, Bangladesh", Doctor of Public Health dissertation, Johns Hopkins University, Baltimore.
15. Unicef Bangladesh, National Low Birth Weight Survey of Bangladesh 2003-2004.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ RỐI LOẠN TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI

Nguyễn Thanh Quang Vũ¹, Đoàn Vương Diễm Khánh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Trầm cảm ở học sinh THPT đang có xu hướng gia tăng và là nguy cơ của nhiều vấn đề nghiêm trọng như tình trạng lệ thuộc và lạm dụng các chất gây nghiện, ảnh hưởng đến kết quả học tập, tình trạng thất nghiệp và tự sát ở học sinh [12].

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ hiện mắc rối loạn trầm cảm (RLTC) ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi. 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến RLTC ở đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể. 2335 học sinh ở 6 trường THPT (16-20 tuổi) ở thành phố Quảng Ngãi được chọn ngẫu nhiên theo phương pháp chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể. Sàng lọc RLTC bằng thang đo BDI-II, chẩn đoán xác định RLTC bằng khám lâm sàng dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10.

Kết quả: Tỷ lệ hiện mắc RLTC ở học sinh là 9,2%. Trong đó, RLTC mức độ nhẹ chiếm 3,7%, RLTC mức độ trung bình chiếm 3,0%, RLTC mức độ nặng chiếm 2,5%. Các yếu tố môi trường gia đình: Không sống chung với bố mẹ, bố mẹ không hòa thuận, bố mẹ thường xuyên la mắng đối với trẻ; môi trường nhà trường không thân thiện; áp lực học tập, mắc bệnh cơ thể mạn tính, không có thói quen tham gia hoạt động thể dục thể thao là những yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh.

Kết luận: RLTC là phổ biến ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi. Phát triển chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần học đường, trong đó chương trình khám sàng lọc, phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời RLTC ở học sinh là rất cần thiết.

Từ khóa: Rối loạn trầm cảm, tỷ lệ hiện mắc, yếu tố liên quan, học sinh THPT.

ABSTRACT

PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN QUANG NGAI CITY, VIETNAM

Introduction: Depression among high school students has been found to significantly increase the risk of many serious consequences including Nicotine dependence, alcohol dependence and abuse, Educational underachievement, unemployment, early parenthood and Suicide attempts [12].

Objectives: To examine the prevalence of Major depressive disorder (MDD) among high school students and its related factors in Quang Ngai city, Vietnam.

Methodology: A total of 2335 students in 6 high schools (aged 16-20) in Quang Ngai city was selected by multi stage probability sampling method. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was used for screening possible cases of MDD. Diagnosis of MDD was then undertaken by clinical psychiatrist using ICD-10 criteria. Multilogistic regression was undertaken for exploring associated factors of Major depressive disorder.

Results: Prevalence of MDD among high school students was 9.2%, among which 3.7% was classified as mild depressive episode, 3.0% was moderate depressive episode and 2.5% was severe depressive episode. Students who were not currently lived with parents, who had parents usually quarreled, who perceived their school environments not friendly, those with high academic pressure, got chronic diseases and those without habit of playing sport activities were associated with more risk of major depressive episode.

Conclusion: In this population, prevalence of MDD is common. Early detection and care delivery for high

1. Bệnh viện tâm thần tỉnh Quảng Ngãi

2. Khoa Y tế công cộng, Đại học Y dược Huế. Email: diemkhanh1972@gmail.com

» Ngày nhận bài: 07/03/2017 | » Ngày phản biện: 15/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 05/05/2017

school students are urgently needed in Vietnam.

Key words: Major depressive disorder, prevalence, related factors, high school students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

RLTC chiếm một vị trí quan trọng trong ngành tâm thần học, là rối loạn thường gặp trong lĩnh vực thực hành của các thầy thuốc chuyên khoa tâm thần cũng như thầy thuốc đa khoa. Vai trò RLTC ngày càng quan trọng trong việc gây nên gánh nặng bệnh tật cho nhân loại. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO dự báo đến năm 2020 trầm cảm đứng hàng thứ hai về nguyên nhân gây ảnh hưởng đến gánh nặng bệnh tật, tử vong của nhân loại và sẽ chiếm vị trí đầu tiên vào năm 2030 [12].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới có 5% dân số thế giới có RLTC[12]. Ở Việt Nam, ngành tâm thần ước tính khoảng 3 – 5% dân số mắc RLTC [9]. Đặc biệt trong khoảng 20 năm trở lại đây tỷ lệ RLTC ở vị thành niên đang tăng lên nhanh chóng. Trẻ vị thành niên mắc RLTC sẽ gây ra sự bất an, xa lánh gia đình bạn bè và suy giảm sự tập trung trong học tập, dẫn đến cách ly xã hội tăng lên, đặc biệt làm tăng nguy cơ tự sát [4]. RLTC ở trẻ vị thành niên thường được chẩn đoán và điều trị muộn, còn rất nhiều trường hợp chưa được phát hiện, do vậy cần quan tâm phát hiện và điều trị RLTC ở lứa tuổi này và cần có nhiều công trình nghiên cứu để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ RLTC ở trẻ vị thành niên để có thể phát hiện, dự phòng, điều trị có hiệu quả nhất, tránh thiệt thòi cho trẻ và gia đình trẻ [2].

Thành phố Quảng Ngãi là trung tâm chính trị, văn hóa, xã hội của tỉnh Quảng Ngãi. Trên địa bàn thành phố Quảng Ngãi có 06 trường trung học phổ thông, với tổng cộng 5744 học sinh. Công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe tâm thần cho các em học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi là rất cần thiết, đặc biệt thực hiện công tác dự phòng, phát hiện sớm RLTC trong lứa tuổi này sẽ giúp cho giảm các hậu quả do căn bệnh này gây ra cho các em cũng như gia đình và xã hội. Trong khi đó, đến nay chưa có nghiên cứu nào về RLTC ở học sinh trung học phổ thông trên địa bàn thành phố Quảng Ngãi. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu sau: 1. Xác định tỷ lệ hiện mắc RLTC ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi. 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến RLTC ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh lớp 10, 11 và 12 của các trường THPT trên địa bàn thành phố Quảng Ngãi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước tính tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 2167$$

- Trong đó: p: Tỷ lệ RLTC ở lứa tuổi từ 15 – 18, theo nghiên cứu của Trần Việt Nghị năm 1999 cho thấy tỷ lệ trẻ vị thành niên bị RLTC chiếm tỷ lệ từ 4,2% đến 8,35% [5]. Chúng tôi chọn p = 0,06 (6%). Z=1,96 với độ tin cậy 95%. d: là sai số tương đối, chúng tôi chọn sai số ở ngưỡng 1% = 0,01.

Thay vào công thức tính được: n= 2167.

Cỡ mẫu thực tế được chọn là 2335 đối tượng học sinh trung học phổ thông.

Cách chọn mẫu:

Thành phố Quảng Ngãi có 06 trường THPT với tổng số học sinh là 5744 học sinh với tổng cộng có 144 lớp.

Chọn tất cả 06 trường vào mẫu theo nguyên tắc chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể, trường có số học sinh nhiều hơn sẽ có số học sinh được chọn vào mẫu lớn hơn.

Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập số liệu theo 02 phương pháp tự điền có hướng dẫn và thăm khám lâm sàng.

- Thang ESSA (Educational Stress Scale Adolescents) để đánh giá áp lực học tập trẻ vị thành niên. Thang ESSA có 16 câu hỏi, mỗi câu hỏi có 5 mức độ từ hoàn toàn không đồng ý đến hoàn toàn đồng ý. Tổng số điểm của tất cả các câu trả lời được cộng lại và đánh giá như sau: < 50 điểm: căng thẳng học tập mức độ nhẹ; 50 - 58 điểm: căng thẳng học tập mức độ trung bình; ≥ 59 điểm: căng thẳng học tập mức độ nặng.

- Phương pháp thăm khám lâm sàng được thực hiện ngay sau khi thực hiện xong phương pháp tự điền có hướng dẫn. Chẩn đoán xác định RLTC qua 2 giai đoạn: Sàng lọc bằng thang điểm BDI-II, những học sinh nào có số điểm ≥ 13 điểm sẽ được khám lâm sàng bởi bác sĩ chuyên ngành tâm thần để chẩn đoán xác định RLTC dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán RLTC của ICD-10.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0. Mô hình hồi quy đa biến logistic được sử dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thấp nhất là 16 tuổi và tuổi lớn nhất là 20 tuổi. Học sinh 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9%), với tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 17 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm 50,4% và nữ giới chiếm 49,6%. Số học sinh dân tộc Kinh chiếm đa số (92%). Đa số học sinh không theo tôn giáo nào (73,1%).

Tỷ lệ học sinh lớp 12 trong mẫu nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (35,1%), tiếp đến là học sinh lớp 11 (33,0%), học sinh lớp 10 chiếm tỷ lệ thấp nhất (31,9%). Nơi ở của học sinh trong nghiên cứu chủ yếu là ở thành thị, chiếm 64,5%.

3.2. Tỷ lệ hiện mắc RLTC ở đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ hiện mắc RLTC chung

Bảng 3.1. Tỷ lệ hiện mắc RLTC của đối tượng nghiên cứu

Rối loạn trầm cảm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	214	9,2
Không	2121	90,8
Tổng cộng	2335	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ hiện mắc RLTC là 9,2%

Tỷ lệ hiện mắc RLTC theo mức độ

Bảng 3.2 Phân loại mức độ RLTC của đối tượng nghiên cứu

Mức độ RLTC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không mắc RLTC	2121	90,8
RLTC mức độ nhẹ	86	3,7
RLTC mức độ trung bình	70	3,0
RLTC mức độ nặng	58	2,5
Tổng cộng	2335	100,0

Nhận xét:

Trong các mức độ RLTC, RLTC nhẹ trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (3,7%), tiếp đến là RLTC trung bình (chiếm 3,0%) và RLTC nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,5%).

Tỷ lệ mức độ RLTC theo giới tính của đối tượng nghiên cứu.

Ở nam giới, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 2,6%, RLTC trung bình chiếm 2,6% và tỷ lệ RLTC nặng chiếm 2%.

Ở nữ giới, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 4,8%, RLTC trung bình chiếm 3,4% và tỷ lệ RLTC nặng chiếm 3%.

Tỷ lệ mức độ RLTC theo khối lớp của đối tượng nghiên cứu.

Ở khối lớp 10, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 3,5%, RLTC trung bình 3,6% và RLTC nặng là 2,8%.

Ở khối lớp 11, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 3,3%, RLTC trung bình 2,3% và RLTC nặng là 2,6%.

Ở khối lớp 12, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 4,3%, RLTC trung bình 3% và RLTC nặng là 2,1%.

Tỷ lệ mức độ RLTC theo nơi ở của đối tượng nghiên cứu.

Ở thành thị, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 3,3%, RLTC trung bình 2,9% và RLTC nặng là 2,5%.

Ở nông thôn, tỷ lệ RLTC nhẹ chiếm 4,5%, RLTC trung bình 3,1% và RLTC nặng là 2,4%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến RLTC ở đối tượng nghiên cứu

Phân tích đơn biến: Các yếu tố liên quan đến RLTC bao gồm: Giới tính, hoàn cảnh kinh tế gia đình, hoàn cảnh sống hiện tại (sống chung với bố mẹ hoặc không), môi trường gia đình (tình trạng hôn nhân của bố mẹ, nghề nghiệp của bố mẹ, mối quan hệ giữa bố mẹ, sự la mắng của bố mẹ. Môi trường nhà trường (mức độ thân thiện, kết quả học tập, áp lực học tập), môi trường bạn bè (số lượng bạn thân, mâu thuẫn xung đột với bạn bè, sự bắt nạt của bạn bè), bệnh mạn tính, thói quen giải trí, thói quen hoạt động thể dục.

Phân tích đa biến:

Bảng 3.3: Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh THPT*

Yếu tố liên quan	OR	95% KTC	P
Hoàn cảnh sống hiện tại			
Sống chung với bố mẹ	1		
Không sống chung với bố mẹ	1,6	1,1-2,3	<0,01
Mối quan hệ giữa bố mẹ			
Hòa thuận	1		
Không hòa thuận/ hay cãi nhau	2,5	1,7-3,7	<0,001
Sự la mắng của bố mẹ			
Không thường xuyên	1		
Thường xuyên	1,5	1.0-2,3	<0,05
Môi trường nhà trường			
Thân thiện	1		
Không thân thiện	2,1	1,4-3,1	<0.01
Áp lực học tập			
Nhẹ /không	1		
Trung bình/ nặng	2,4	1,6-3,5	<0,001



Yếu tố liên quan	OR	95% KTC	P
Bệnh mạn tính			
Không	1		
Có	2,3	1,7-3,2	<0,001
Thói quen hoạt động thể dục			
Có	1		
Không	1,8	1,2-2,6	<0.01

* 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 hiện không sống cùng bố mẹ có tỷ lệ RLTC cao hơn nhóm học sinh hiện đang sống cùng bố mẹ. Những học sinh mà bố mẹ sống không hòa thuận bị RLTC cao gấp 2,5 lần nhóm học sinh có bố mẹ sống hòa thuận. Những học sinh thường xuyên bị bố mẹ la mắng nguy cơ mắc RLTC cao gấp 1,5 lần nhóm học sinh không bị bố mẹ thường xuyên la mắng. Ngoài ra áp lực học tập, bệnh mạn tính và không có thói quen luyện tập thể dục là các yếu tố gia tăng nguy cơ mắc RLTC ở học sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình RLTC ở học sinh THPT tại thành phố Quảng Ngãi

4.1.1. Tỷ lệ hiện mắc RLTC ở học sinh

Tỷ lệ hiện mắc RLTC ở học sinh THPT thành phố Quảng Ngãi chiếm 9,2%.

Theo các nghiên cứu của các tác giả ở trong nước, như báo cáo của Nguyễn Văn Thọ RLTC ở tuổi vị thành niên với tỷ lệ hiện mắc là 3- 8% [8], tương tự như nghiên cứu của Trần Việt Nghị năm 1999 cho thấy tỷ lệ mắc RLTC ở trẻ vị thành niên chiếm từ 4,2% đến 8,35% [5]. Theo Nguyễn Thọ năm 2005 tỷ lệ RLTC ở học sinh THPT là 10% [7]. Tuy nhiên cũng có nhiều tác giả ở trong nước cho thấy tỷ lệ RLTC ở vị thành niên và học sinh THPT là rất cao như tác giả Lã Thị Bưởi năm 2004 cho thấy tỷ lệ RLTC tại một trường học ở Việt Bắc theo thang Beck là 61,67%, tỷ lệ RLTC theo lâm sàng là 23,33% [1]. Theo nghiên cứu của Ngô Thanh Phong năm 2008 thì tỷ lệ RLTC ở học sinh THPT là 27,49% [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thọ, tuy nhiên cao hơn nghiên cứu của Trần Việt Nghị, nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu của Ngô Thanh Phong và Lã Thị Bưởi. Sở dĩ có sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi là các đối tượng học sinh THPT tập trung hầu hết lứa tuổi từ

16 – 18 tuổi, trong khi đó nghiên cứu của Trần Việt Nghị tập trung ở lứa tuổi 15 tuổi ở tại cộng đồng, điều này phù hợp vì theo các số liệu nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ RLTC đang tăng lên ở tuổi dưới 20 và đặc biệt tỷ lệ RLTC tăng theo độ tuổi và sự phát triển của dậy thì. Riêng đối với các nghiên cứu của Lã Thị Bưởi và Ngô Thanh Phong thì RLTC cao hơn có lẽ do đối tượng nghiên cứu là học sinh dân tộc nội trú và khối lớp 12 của một trường THPT, riêng nghiên cứu của chúng tôi là các học sinh THPT (từ lớp 10 đến lớp 12) của thành phố.

Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, như theo Kaplan & Sadock tỷ lệ mắc RLTC chung của trẻ vị thành niên lớn tuổi ước tính nằm trong khoảng 14 – 25% [4]. Theo Vivek Bansal năm 2012 tại Ấn Độ cho thấy trong một thời điểm có đến 18,4% học sinh bị RLTC theo thang BECK [10]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đánh giá tỷ lệ hiện mắc và sử dụng đánh giá RLTC theo khám lâm sàng sau khi đã sàng lọc theo thang BDI-II.

4.1.2. Mức độ RLTC của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc RLTC theo các mức độ nhẹ, trung bình và nặng là 3,7%, 3% và 2,5%. Như vậy tỷ lệ mức độ RLTC nhẹ cao hơn mức độ RLTC trung bình và nặng, phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả như: Nghiên cứu của Ngô Thanh Phong năm 2008 tỷ lệ RLTC ở học sinh THPT theo mức độ nhẹ 14,93%, trung bình 8,29% và nặng là 4,27% [6]. Theo nghiên cứu của Lã Thị Bưởi năm 2004 thì tỷ lệ RLTC tại một trường học ở Việt Bắc các mức độ nhẹ, trung bình, nặng theo thang Beck là 36,67%, 23,33%, 1,67% và theo lâm sàng là nhẹ 13,33%, trung bình 10% [1]. Qua so sánh trên cho thấy tỷ lệ mắc RLTC mức độ nặng thường chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các mẫu nghiên cứu, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thọ năm 2005 tỷ lệ RLTC ở học sinh THPT là 10% trong đó RLTC nặng chiếm thấp nhất 1,30% [7].

Tỷ lệ mức độ RLTC nhẹ chiếm tỷ lệ cao trong học sinh THPT có ý nghĩa rất lớn, vì hầu hết các em học sinh khi có các biểu hiện RLTC nhẹ thường chủ quan không đi khám bệnh, hoặc tại các phòng khám nội khoa thường không phát hiện được. Bên cạnh đó mặc dù RLTC nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất nhưng đây là RLTC có nguy cơ tự sát rất cao và gây ra các hậu quả nghiêm trọng cho bản thân, gia đình và xã hội.

4.2. Các yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh THPT tại thành phố Quảng Ngãi

Hoàn cảnh sống

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ RLTC ở nhóm học sinh

không ở chung với bố mẹ cao gấp 1,6 lần tỷ lệ RLTC của nhóm ở chung với bố mẹ (8,2%) ($p < 0,05$). Như vậy hoàn cảnh sống chung với bố mẹ có liên quan đến RLTC ở học sinh THPT. Theo nghiên cứu của RG Maharaj năm 2008 ở học sinh trung học từ 13 – 19 tuổi tại Trinidad, cho thấy tỷ lệ mắc RLTC ở học sinh không sống chung với bố mẹ cao gấp 1,5 lần so với học sinh ở chung với bố mẹ [11].

Học sinh trung học phổ thông thuộc lứa tuổi sau của vị thành niên, đây là giai đoạn các em học sinh có sự phát triển nhanh về thể chất và có xu hướng tự lập. Tuy nhiên trong giai đoạn này trẻ vẫn còn sự phụ thuộc của gia đình để dần hình thành nên nhân cách của người lớn. Trong giai đoạn này, trẻ thường gặp nhiều khó khăn trong việc trải nghiệm các sự kiện sang chấn trong cuộc sống. Chính vì thế, vai trò của sự quan tâm, động viên và hướng dẫn của gia đình là rất cần thiết và quan trọng.

Tình trạng hòa thuận của bố mẹ

Mối liên quan của tình trạng hòa thuận của bố mẹ đối với RLTC của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Vivek Bansal năm 2012 tại Ấn Độ cho thấy các yếu tố xung đột bố mẹ, mâu thuẫn của bố mẹ liên quan đến RLTC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [10]. Nghiên cứu của Cao Vũ Hùng năm 2010 cho thấy trẻ vị thành niên sống trong gia đình có cấu trúc không hoàn thiện, thường có các xung đột, mâu thuẫn có nguy cơ bị RLTC cao gấp 3,63 lần [2].

Tình trạng bố mẹ hay cãi nhau, không hòa thuận tác động đến RLTC thông qua cơ chế tăng căng thẳng gia đình, vì vậy cần có một môi trường gia đình lành mạnh sẽ đem lại lợi ích về sức khỏe tâm thần cho trẻ vị thành niên.

Sự la mắng của bố mẹ

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ RLTC ở nhóm học sinh thường xuyên bị bố mẹ la mắng gấp 1,6 lần tỷ lệ RLTC của nhóm không thường xuyên bị bố mẹ la mắng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Vivek Bansal năm 2012 tại Ấn Độ cũng cho thấy trẻ vị thành niên bị la mắng ở nhà liên quan đến RLTC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [10]. Theo nghiên cứu của RG Maharaj năm 2008 ở học sinh trung học từ 13 – 19 tuổi tại Trinidad cho thấy tỷ lệ mắc RLTC ở học sinh bị bố mẹ la mắng cao gấp 3,1 lần so với học sinh không bị bố mẹ la mắng, tỷ lệ mắc RLTC ở học sinh thường xuyên có cảm giác lo sợ bố mẹ cao gấp 3 lần so với học sinh không thường xuyên có cảm giác lo sợ bố mẹ [11].

Mức độ thân thiện với nhà trường

Nghiên cứu này cho thấy đối tượng học sinh cảm thấy môi trường nhà trường không thân thiện có tỷ lệ RLTC cao gấp 2,1 lần nhóm học sinh cảm thấy môi trường nhà trường

thân thiện ($p < 0,05$). Như vậy sự thân thiện của nhà trường có liên quan đến RLTC ở học sinh THPT. Điều này có thể được lý giải là tại môi trường nhà trường khi các yếu tố mối quan hệ bạn bè, thầy cô không tích cực thì những học sinh sẽ có cảm giác không an tâm khi đến với môi trường nhà trường. Hơn nữa, hàng ngày học sinh phải trải qua hơn nửa ngày sống của chúng trong môi trường nhà trường, đồng thời ở môi trường này không những vừa có sự yêu cầu của nhà trường mà còn có sự gia tăng những đòi hỏi về mặt xã hội đối với học sinh. Chính những điều này sẽ gây áp lực rất lớn và gây nguy cơ mắc RLTC ở học sinh.

Áp lực học tập

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về mối liên quan giữa áp lực học tập và RLTC ở học sinh phù hợp với các nghiên cứu khác như: Nghiên cứu của tác giả Trần Việt Nghị ở mẫu học sinh trường dân tộc nội trú (tuổi từ 14 – 19 tuổi) cho thấy tỷ lệ RLTC cao có liên quan nhiều đến áp lực học tập [5]. Theo nghiên cứu của Cao Vũ Hùng năm 2010 cũng cho thấy có 57,5% trường hợp khởi phát bệnh có liên quan đến các biến cố về áp lực học tập và vấn đề học tập căng thẳng, thất bại trong thi cử làm tăng nguy cơ bị RLTC ở trẻ vị thành niên lên gấp 5 lần so với những trẻ khá [2].

Bệnh lý mạn tính

Theo Bùi Quang Huy năm 2008 cho rằng RLTC chủ yếu có thể được phối hợp với các bệnh lý cơ thể mạn tính, có khoảng 20 – 25% trong số các bệnh nhân RLTC có một bệnh cơ thể (đái đường, nhồi máu cơ tim, ung thư...). RLTC chủ yếu có thể xuất hiện trong thời gian phát triển của bệnh cơ thể [3]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy sự khác biệt về tỷ lệ RLTC ở học sinh có bệnh mạn tính và nhóm học sinh không có bệnh mạn tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); nhóm học sinh có bệnh mạn tính có tỷ lệ RLTC cao gấp 2,3 lần nhóm học sinh không có bệnh mạn tính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cao Vũ Hùng năm 2010 cho thấy ở trẻ vị thành niên có tiền sử mắc bệnh tâm thần, thần kinh, các bệnh cơ thể nặng, mạn tính làm tăng nguy cơ mắc RLTC gấp 3,63 lần so với trẻ khỏe mạnh [2].

Thói quen tham gia thể dục thể thao

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RLTC ở nhóm học sinh không có thói quen tham gia thể dục thể thao cao hơn nhóm có thói quen tham gia thể dục thể thao ($p < 0,05$). Điều này được lý giải như sau: thói quen luyện tập thể thao vừa nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần để chống đối với các nguy cơ gây RLTC, vừa còn có khả năng làm tăng tính tự tin do cơ chế sự gia tăng chấp nhận xã hội và thỏa mãn về hình thể, từ đó giúp trẻ đủ tự tin, tự chủ, đủ sức bảo vệ tránh được những căng thẳng, những áp lực và tác động của các sự kiện sang chấn của môi trường sống,



giúp cho trẻ hạn chế được khả năng gây RLTC.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Tỷ lệ hiện mắc RLTC ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi

Tỷ lệ hiện mắc RLTC là 9,2%. Trong đó: RLTC mức độ nhẹ chiếm 3,7%. RLTC mức độ trung bình chiếm 3,0%. RLTC mức độ nặng chiếm 2,5%.

5.2. Các yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Quảng Ngãi

- Môi trường gia đình: Không sống chung với bố mẹ, bố mẹ không hòa thuận, bố mẹ thường xuyên la mắng đối với trẻ; môi trường nhà trường không thân thiện; áp lực học tập, mắc bệnh cơ thể mạn tính, không có thói quen

tham gia hoạt động thể dục thể thao là những yếu tố liên quan đến RLTC ở học sinh trung học phổ thông ($p < 0,05$).

- Kết quả nghiên cứu này cung cấp bằng chứng quan trọng góp phần đánh giá tình hình RLTC ở các em học sinh. Phát triển chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần học đường, trong đó chương trình khám sàng lọc, phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời RLTC ở học sinh là rất cần thiết. Ngoài ra, cần có chính sách xây dựng môi trường nhà trường thân thiện và môi trường gia đình hòa thuận, cải cách chương trình giáo dục, giảm tải áp lực học tập, tuyên truyền nâng cao nhận thức của học sinh về rối loạn trầm cảm, nhằm giúp các em có ý thức phòng bệnh và tổ chức nhiều hoạt động ngoại khóa như câu lạc bộ thể dục thể thao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lã Thị Bưởi và cộng sự (2004), "Trầm cảm ở thanh thiếu niên dân tộc thiểu số", *Nội san tâm thần học*, Số 6/2001, trang 88 - 91.
2. Cao Vũ Hùng(2010), *Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Luận án tiến sỹ y học - Mã số 62.72.16.20.
3. Bùi Quang Huy(2008), "Trầm cảm", Nhà xuất bản Y học.
4. Kaplan & Sadock (2013), "*Rối loạn cảm xúc và tự sát*", *Tóm lược tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên*, trang 242 - 262.
5. Trần Việt Nghị; Nguyễn Văn Siêm (2001), "Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng các rối loạn trầm cảm tại một số quần thể cộng đồng", *Y học Việt Nam - Số 4/2002*, trang 18 - 21.
6. Ngô Thanh Phong(2008), "Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm của học sinh khối lớp 12 trường PTTH Nguyễn Trãi huyện Châu Đức - Bà Rịa Vũng Tàu", *Kỷ yếu hội nghị khoa học trẻ lần thứ I về chăm sóc và điều trị bệnh tâm thần*, trang 2-11.
7. Nguyễn Thọ và cộng sự (2005), "Khảo sát về vấn đề rối loạn phát triển tâm lý, hành vi và cảm xúc ở học sinh phổ thông", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học - Bệnh viện Tâm thần Trung ương II*, trang 48 - 55.
8. Nguyễn Văn Thọ (2007), "Trầm cảm trẻ em", *Thông tin chuyên ngành: Các vấn đề liên quan đến tâm thần - Bệnh viện Tâm thần Trung ương II*, trang 4 - 8.
9. Lương Hữu Thông(2005), "Trầm cảm", *Sức khỏe tâm thần - các rối loạn tâm thần thường gặp*, trang 141- 204.
10. BansalVivek, Sunil Goyal, and Kalpana Srivastava (2012), Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school, *Industrial Psychiatry Journal*, Vol 18(1), p. 43-46.
11. Maharaj R.G, F Alli, K Cumberbatch et al (2008), Depression among adolescents, aged 13–19 years, attending secondary schools in trinidadprevalence and associated factors, *West Indian Medical Journal*, Vol 57 (4), p. 352-359.
12. Marcus Marina, M. Taghi Yasamy, Mark van Ommeren et al (2012), Depression: A global public health concern, *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*, October 10 2012, p. 6 - 8.

NGHIÊN CỨU HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TỈNH THỪA THIÊN HUẾ BẰNG BỘ CÂU HỎI HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC TOÀN CẦU (GPAQ)

Nguyễn Minh Tú¹, Trần Bình Thắng², Trần Thị Kim Hậu¹, Trần Thị Hoài Thương¹, Phan Thị Thúy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các mức độ hoạt động thể lực (HĐTL) ở học sinh Trung học Phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HĐTL. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 470 học sinh Trung học phổ thông (THPT) tỉnh Thừa Thiên Huế với 223 học sinh nam và 247 học sinh nữ. **Kết quả:** 68,9% học sinh nhận thức đúng về lợi ích của HĐTL, 23,0% học sinh dành thời gian rảnh cho tập thể dục. Thời gian HĐTL của học sinh trung bình là 568,9 phút/tuần, nam giới tham gia HĐTL nhiều hơn nữ giới (631,8 phút/tuần so với 512,0 phút/tuần), thời gian ngồi của nam (466,8 phút/ngày) ít hơn của nữ (477,2 phút/ngày). Các yếu tố liên quan đến HĐTL là giới tính, khu vực sống, phương tiện đi lại, điều kiện đi đến các địa điểm HĐTL, kinh tế gia đình, nghề nghiệp mẹ, trình độ học vấn mẹ. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy học sinh dành thời gian rảnh cho các HĐTL đều đặn còn thấp. Vì vậy, việc nâng cao kiến thức của học sinh về tầm quan trọng của HĐTL đối với sức khỏe là rất cần thiết. Các nghiên cứu với cỡ mẫu đại diện hơn cần được thực hiện nhằm cung cấp số liệu đại diện hơn về HĐTL ở học sinh THPT ở Việt Nam.

Từ khóa: Hoạt động thể lực, GPAQ, MET, học sinh trung học phổ thông.

ABSTRACT:

PHYSICAL ACTIVITY AND ITS RELATED FACTORS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS OF THUA THIEN HUE PROVINCE APPLICATION OF THE GLOBAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE

Objective: The study aimed to evaluate the physical activity of high school students in Thua Thien

Hue province and determine its related factors. **Methods:** A cross-sectional survey was conducted with 470 high school students, utilized the Global physical activity questionnaire (GPAQ) for monitoring physical activity in participants. **Results:** 68,9% of responders had well awareness toward the physical activity's benefits, 23,0% of them spent their free time doing exercises. The average time for physical activity among participants was 568,9 min/week, which is higher in male gender than in female gender (631,8 min/week and 512,0 min/week, respectively). The sitting time in males (466,8 min/day) was less than in females (477,2 min/day). Factors associated with the physical activity gender, living area, mode of transport, conditions to the locations of physical activity, family economy, mother's work, mother's education. **Conclusion:** The result of this study shows that the free time students spending doing regular physical activity was still low. Our findings suggested that, further efforts in improving students' knowledge on the importance of physical activity is very necessary. Further research with more representative sample size will provide more information on the physical activity of Vietnamese high school students.

Keywords: Physical activity, GPAQ, MET, high school students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới Hoạt động thể lực (HĐTL) là bất kỳ chuyển động nào của cơ thể được thực hiện bởi cơ xương, sự chuyển động này đòi hỏi phải tiêu hao năng lượng bao gồm cả những hoạt động được thực hiện trong khi làm việc, thực hiện các công việc gia đình, vui chơi, đi du lịch và tham gia vào các mục đích giải trí, thể thao. Nhiều nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của HĐTL lên sự cải thiện hệ thống hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp hay

1. Trường Đại học Y Dược Huế. Email: nmtu@huemed-univ.edu.vn

2. Trường Sau đại học về Chính sách và Khoa học Ung thư, Viện Ung thư Quốc gia Hàn Quốc

» Ngày nhận bài: 04/05/2017 | » Ngày phản biện: 12/05/2017 | » Ngày duyệt đăng: 19/05/2017

các chức năng trao đổi chất của cơ thể [13], thiếu HĐTL là một trong 10 nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe nhiều nhất [10].

Năm 2008 Tổ chức Y tế thế giới ước tính khoảng 31% người trưởng thành từ 15 tuổi trở lên HĐTL không đủ như khuyến cáo[2], [10]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang và cộng sự năm 2009 có 25% trẻ vị thành niên tại thành phố Hồ Chí Minh thiếu HĐTL [4]. Vì vậy, việc mô tả các mức độ HĐTL của học sinh trung học phổ thông (THPT) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan để có những biện pháp can thiệp là rất cần thiết. Tuy nhiên, ở Thừa Thiên Huế vẫn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này nên chúng tôi thực hiện đề tài "*Nghiên cứu hoạt động thể lực và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên - Huế bằng bộ câu hỏi hoạt động thể lực toàn cầu (GPAQ)*" với hai mục tiêu sau:

1. *Khảo sát các mức độ HĐTL ở học sinh Trung học Phổ thông tỉnh Thừa Thiên - Huế bằng bộ câu hỏi hoạt động thể lực toàn cầu (GPAQ).*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HĐTL của học sinh trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên - Huế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Học sinh THPT trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên - Huế.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 7/2016-11/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp từng học sinh.
Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức [3].

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, $d=0,05$, $p = 0,25$ (Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang và cộng sự có 25% trẻ vị thành niên tại thành phố Hồ Chí Minh thiếu HĐTL[4]).

Đề phòng những trường hợp phiếu điều tra không đạt và loại bỏ những mẫu thiếu thông tin, cuối cùng có 470 đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn.

Giai đoạn 1: Tỉnh Thừa Thiên - Huế được chia thành 3 khu vực: Khu vực 1 (KV1: thuộc vùng dân tộc và miền núi; vùng bãi ngang ven biển và hải đảo; các xã đặc biệt

khó khăn; xã biên giới; xã an toàn khu vào diện đầu tư của Chương trình 135 năm 2014 và năm 2015 theo quy định hiện hành); Khu vực 2 - nông thôn (KV2-NT: các địa phương không thuộc KV1, KV2, KV3); Khu vực 2 (KV2: thành phố trực thuộc tỉnh, thị xã, huyện ngoại thành của thành phố trực thuộc trung ương trừ các xã thuộc KV1). Lập danh sách các trường THPT tại mỗi khu vực, cụ thể KV1 có 10 trường, KV2-NT có 11 trường, KV2 có 17 trường.

- KV1: Chọn ngẫu nhiên 2 trường, kết quả chọn được 2 trường đó là trường THPT Nam Đông và trường THPT Hương Giang.

- KV2-NT: Chọn ngẫu nhiên 1 trường, kết quả chọn được 1 trường đó là trường THPT Phú Vang.

- KV2: Chọn ngẫu nhiên 1 trường, kết quả chọn được 1 trường đó là trường THPT Nguyễn Huệ.

Giai đoạn 2: Tại mỗi trường, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 1 lớp từ mỗi khối 10,11,12. Mẫu được lấy là tất cả các học sinh của lớp đó đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi gồm 2 phần:

Phần I. Đặc điểm chung và một số thói quen của đối tượng: Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, nghề nghiệp của mẹ, trình độ học vấn của mẹ, tình trạng hôn nhân của bố mẹ, kinh tế gia đình, phương tiện đi học...

Phần II. Bộ câu hỏi đánh giá hoạt động thể lực toàn cầu (Global Physical Activity Questionnaire) [7].

Đây là bộ câu hỏi được Tổ chức Y tế thế giới phát triển cho toàn cầu nhằm đánh giá HĐTL trong 1 tuần. Bộ câu hỏi gồm 16 câu hỏi lựa chọn 3 hoạt động chính là HĐTL liên quan tới công việc, HĐTL đi lại, HĐTL trong giải trí, thể thao. Đánh giá HĐTL theo cường độ hoạt động (nặng, trung bình, hoạt động đi lại) và thời gian ngồi trung bình các ngày trong tuần, gồm: hoạt động nặng trong công việc, hoạt động vừa trong công việc (P4-P6), hoạt động đi lại, hoạt động giải trí nặng, hoạt động giải trí vừa và ngồi. Để đánh giá cường độ HĐTL được hỏi 2 câu về số ngày tham gia hoạt động trong 7 ngày trước đó và thời gian hoạt động mỗi ngày, các HĐTL chỉ được tính khi kéo dài từ 10 phút trở lên. Định nghĩa và các ví dụ về cường độ HĐTL nhằm đảm bảo tính thống nhất trong quá trình nghiên cứu [7], [10]: HĐTL nặng: Là các HĐTL đòi hỏi phải gắng sức nhiều, thở hổn hển, nói chuyện đứt quãng. Ví dụ: Nâng vật nặng, chạy nhanh, tập thể hình, đá bóng, cầu lông... HĐTL trung bình: Là các HĐTL khiến đối tượng thở nhanh hơn bình thường, có thể nói chuyện nhưng không hát được. Ví dụ: Nâng vật nhẹ, bơi lội ở tốc độ bình thường... Hoạt động đi lại: Bao gồm đi bộ và đi xe đạp

di chuyển từ nơi này đến nơi khác. Thời gian ngồi: Bao gồm ngồi học tập ở trường, ở nhà, học thêm, đọc sách, xem ti vi... Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng Việt và dịch ngược lại sang tiếng Anh bởi 2 phiên dịch độc lập. Sau đó, thử nghiệm trên 25 học sinh THPT và chỉnh sửa cho phù hợp trước khi nghiên cứu.

2.6. Phân tích số liệu

Từ thời gian HĐTL của từng cường độ hoạt động (nặng, trung bình, hoạt động đi lại) mỗi ngày (phút/ngày) tính được thời gian HĐTL cho từng cường độ hoạt động mỗi tuần (phút/tuần) bằng cách nhân số ngày tham gia hoạt động đó trong tuần với khoảng thời gian trung bình thực hiện hoạt động đó trong một ngày. Từ đó tính được hoạt động chuyên hóa tương đương, hoạt động chuyên hóa tương đương (MET: Metabolic Equivalent Task) tính theo phút trong một tuần (MET-phút/tuần), người ta ước tính rằng, so với ngồi im lặng mức tiêu thụ calo của một người cao gấp 4 lần khi thực hiện hoạt động trung bình, hoạt động đi lại và cao gấp 8 lần khi thực hiện hoạt động nặng. Do đó hoạt động chuyên hóa tương đương (MET-phút/tuần) của từng cường độ hoạt động thể lực cũng được tính toán bằng cách nhân thời gian HĐTL của từng cường độ hoạt động mỗi tuần (phút/tuần) với METs tương ứng (8 METs cho hoạt động nặng, 4 METs cho hoạt động trung bình, 4 METs cho hoạt động đi lại). Phân loại mức độ HĐTL theo khung phân tích của GPAQ [7], [10]:

Cao: Tổng số ngày cộng dồn trong một tuần của cả hoạt động cường độ nặng, hoạt động cường độ vừa, xe đạp, đi bộ là 7 ngày trở lên và hoạt động tích lũy (tổng MET-phút/

tuần) ít nhất 3000 MET-phút/tuần. **Trung bình:** Tổng số ngày cộng dồn trong một tuần của cả hoạt động cường độ nặng, hoạt động cường độ trung bình, xe đạp, đi bộ là 5 ngày trở lên và hoạt động tích lũy (tổng MET-phút/tuần) ít nhất 600 MET-phút/ tuần. **Thấp:** Không đủ mức cao, trung bình. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

ĐTNC được phổ biến rõ nội dung và mục tiêu nghiên cứu. Thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Phòng vấn chỉ được bắt đầu khi ĐTNC đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.8. Hạn chế nghiên cứu

Trong nghiên cứu này cũng có một số hạn chế ảnh hưởng đến kết quả đạt được cần phải xét đến đó là việc sử dụng bộ câu hỏi dễ gặp sai số từ đối tượng điều tra. Đối tượng không thể trả lời chính xác HĐTL nào và kéo dài trong bao lâu. Bộ câu hỏi chỉ tính đến hoạt động thể lực trên 10 phút và hỏi cứu trong một tuần làm cho đối tượng khó khăn trong việc ước tính và trả lời khoảng thời gian họ đã tham gia hoạt động thể lực. Đối tượng có thể tham gia chưa đến 10 phút cho 1 hoạt động thể lực nhưng việc đó lại lặp đi lặp lại nhiều lần trong ngày dễ dẫn đến việc cộng dồn từng khoảng thời gian. Thậm chí, thông tin thời lượng HĐTL có thể thiếu chính xác do gặp phải sai số nhớ lại của đối tượng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Tuổi			
	17,31 (±1,04)	17,30 (±1,0)	17,30 (±1,02)
Chiều cao			
	169,5 (±6,5)	159,0 (±5,09)	164,0 (±7,84)
Cân nặng			
	54,87 (±8,2)	47,2 (±5,4)	50,83 (±7,8)
Khu vực sống			
KV I	68 (30,5%)	86 (34,8%)	154 (32,8%)
KV II	77 (34,5%)	85 (34,4%)	162 (34,5%)
KV II-NT	78 (35,0%)	76 (30,8%)	154 (32,8%)
Kết quả học tập			
Xuất sắc, giỏi	26 (11,7%)	38 (15,4%)	64 (13,6%)
Khá, trung bình khá	126 (56,5%)	151 (61,1%)	277 (58,9%)



Đặc điểm	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Trung bình, yếu	71 (31,8%)	58 (23,5%)	129 (27,4%)
Nghề nghiệp mẹ			
CBCCNN	18 (8,1%)	13 (5,3%)	31 (6,6%)
Nông dân	120 (53,8%)	133 (53,8%)	253 (53,8%)
Buôn bán	52 (23,3%)	53 (21,5%)	105 (22,3%)
Nội trợ	22 (9,9%)	27 (10,9%)	49 (10,4%)
Công nhân	3 (1,3%)	10 (4,0%)	13 (2,8%)
Khác	8 (3,6%)	11 (4,5%)	19 (4,0%)
TĐHV mẹ			
Đại học hoặc sau đại học	39 (17,5%)	25 (10,1%)	64 (13,6%)
Cao đẳng, trung cấp	9 (4,0%)	10 (4,0%)	19 (4,0%)
Trung học phổ thông	68 (30,5%)	76 (30,8%)	144 (30,6%)
Trung học cơ sở	78 (35,0%)	96 (38,9%)	174 (37,0%)
Tiểu học	28 (12,6%)	35 (14,2%)	63 (13,4%)
Mù chữ	1 (0,4%)	5 (2,0%)	6 (1,3%)
Tình trạng hôn nhân bố mẹ			
Bố mẹ sống hòa thuận	207 (92,8%)	229 (92,7%)	436 (92,8%)
Bố mẹ ly dị, ly thân	9 (4,0%)	11 (4,5%)	20 (4,3%)
Khác	7 (3,1%)	7 (2,8%)	14 (3,0%)
Kinh tế gia đình			
Giàu	8 (3,6%)	10 (4,0%)	18 (3,8%)
Khá	59 (26,5%)	68 (27,5%)	127 (27,0%)
Trung bình	124 (55,6%)	137 (55,5%)	261 (55,5%)
Nghèo, cận nghèo	32 (14,3%)	32 (13,0%)	64 (13,6%)

Kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $17,3 \pm 1,02$, chiều cao đứng trung bình của học sinh là $164,0 \pm 7,84$, đối với nam là $169,5 \pm 6,5$, đối với nữ là $159,0 \pm 5,09$. Cân nặng trung bình của học sinh là $50,83 \pm 7,8$, đối với nam là $54,87 \pm 8,2$, đối với nữ là $47,2 \pm 5,4$. Khu vực sống tương đương nhau giữa các giới. Kết

quả học tập tốt (xuất sắc, giỏi, khá, trung bình-khá) chiếm 72,5%, nghề nghiệp của mẹ chủ yếu là nông dân và buôn bán (76,1%). Trình độ học vấn của mẹ từ THPT trở lên chiếm 48,2%. Kinh tế gia đình nghèo, cận nghèo chiếm 13,6%. 92,8% học sinh có bố mẹ sống hòa thuận.

3.2. Thông tin về HĐTL của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Thông tin về HĐTL của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Phương tiện đi học			
Xe có động cơ	59 (26,5%)	72 (29,1%)	131 (27,9%)
Xe đạp	131 (58,7%)	145 (58,7%)	276 (58,7%)
Đi bộ	33 (14,8%)	30 (12,1%)	63 (13,4%)
Các hoạt động trong thời gian rảnh rỗi			
Đi chơi cùng bạn bè	126 (56,5%)	158 (64,0%)	284 (60,4%)
Tập thể dục	68 (30,5%)	40 (16,2%)	108 (23,0%)

Đặc điểm	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Sử dụng internet	128 (57,4%)	146 (59,1%)	274 (58,3%)
Khác	46 (20,6%)	66 (26,7%)	112 (23,8%)
Điều kiện đi đến các địa điểm hoạt động thể lực			
Dễ dàng	144 (64,6%)	130 (52,6%)	274 (58,3%)
Khó khăn	54 (24,2%)	84 (34,0%)	138 (29,4%)
Khác	25 (11,2%)	33 (13,4%)	58 (12,3%)
Lí do cản trở HĐTL			
Tốn thời gian cho việc học	131 (58,7%)	152 (61,5%)	283 (60,2%)
Thời tiết xấu	11 (4,9%)	4 (1,6%)	15 (3,2%)
Bị bệnh	22 (9,9%)	18 (7,3%)	40 (8,5%)
Lười hoạt động	47 (21,1%)	25 (10,1%)	72 (15,3%)
Tầm quan trọng của HĐTL			
Rất cần thiết	73 (32,7%)	46 (18,6%)	119 (25,3%)
Cần thiết	97 (43,5%)	108 (43,7%)	205 (43,6%)
Bình thường	51 (22,9%)	84 (34,0%)	135 (28,7%)
Không cần thiết	2 (0,9%)	5 (2,0%)	7 (1,5%)
Rất không cần thiết	0 (0,0%)	4 (1,6%)	4 (0,9%)
Sự ủng hộ của bố mẹ			
Có	200 (89,7%)	213 (86,2%)	413 (87,9%)
Không	23 (10,3%)	34 (13,8%)	57 (12,1%)

Bảng kết quả trên cho thấy có 26,5% học sinh đi học bằng xe có động cơ và có phương tiện đưa đón bằng 1/4 lần so với đi xe đạp, đi bộ. 23,0% thời gian rảnh rỗi học sinh dành cho tập thể dục. 68,9% học sinh nhận thức đúng về HĐTL là cần thiết, rất cần thiết. Sự ủng hộ của bố mẹ (87,9%) là một trong những động lực rất cần thiết giúp các em tham gia HĐTL tích cực hơn. Tuy nhiên rào cản ngăn học sinh tham gia vào các HĐTL là sự thiếu thời gian

(60,2%) và lười HĐTL (15,3%). Đang trong độ tuổi ngồi trên ghế nhà trường nên đối tượng hầu hết đều đầu tư thời gian cho việc học. Bên cạnh đó, khoảng cách đi đến các trung tâm thể thao gặp khó khăn (29,4%) cũng là điểm bất lợi cho việc tham gia rèn luyện thể lực, tập thể dục thể thao của các em.

3.3. Thời gian hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Thời gian hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu

Hoạt động thể lực	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Thời gian (Phút/tuần)			
Nặng	138,9 (±226,3)	54,0 (±108,2)	94,3 (±179,4)
Trung bình	311,4 (±203,7)	345,2 (±142,3)	329,2 (±174,8)
Đi bộ và xe đạp	181,5 (±165,2)	112,8 (±140,6)	145,4 (±156,4)
Tổng	631,8 (±389,0)	512,0 (±239,1)	568,9 (±324,3)
Thời gian ngoài (phút/ngày)			
Các ngày trong tuần	466,8 (±146,4)	477,2 (±149,2)	471,7 (±147,7)
Hai ngày cuối tuần	466,9 (±151,4)	446,5 (±158,7)	456,2 (±155,5)



Hoạt động thể lực	Nam (n = 223)	Nữ (n = 247)	Chung (n = 470)
	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
MET- phút/tuần			
Nặng	1111,7 (±1810,8)	432,2 (±865,3)	754,6 (±1435,3)
Trung bình	1245,7 (±814,9)	1380,8 (±569,3)	1316,7 (±699,2)
Đi bộ và xe đạp	725,9 (±660,7)	451,2 (±562,2)	581,5 (±625,5)
Tổng	3083,3 (±2299,9)	2264,2 (±1259,2)	2652,8 (±1817,7)

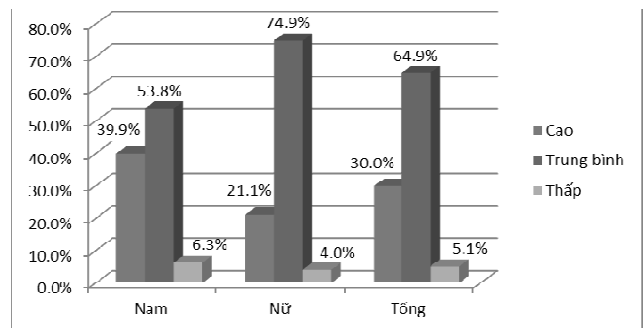
- Kết quả nghiên cứu cho thấy cường độ HĐTL mức độ nặng ở nam cao hơn nữ (138,9 phút/tuần và 54,0 phút/tuần) tổng thời gian HĐTL các ngày trong tuần của nam cao hơn nữ (631,8 phút/tuần và 512,0 phút/tuần), thời gian ngồi của nam (466,8 phút/ngày) ít hơn nữ (477,2 phút/ngày).

- Trung bình trong một tuần đối tượng HĐTL 568,9 phút/tuần, trung bình một ngày 81 phút/ngày kết quả này phù hợp với khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới là đối với trẻ vị thành niên mỗi ngày hoạt động thể lực ít nhất 60 phút/ngày [10] và cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang ở trẻ vị thành niên tại TP. HCM (70 phút/ngày) [9].

- Cường độ HĐTL của nam (3083,3 MET- phút/tuần), của nữ (2264,2 MET- phút/tuần) là cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Susan Paudel và cộng sự ở học sinh Nepal có cường độ HĐTL của nam (1314 MET- phút/tuần), của nữ (678 MET- phút/tuần) [11].

3.4. Mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu

Hình 1. Biểu đồ phân loại theo mức hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu



Qua biểu đồ nhận thấy phần lớn đối tượng hoạt động thể lực ở mức độ trung bình (64,9%), tỷ lệ này cao gấp 12,7 lần so với mức độ hoạt động thể lực thấp (5,1%). 94,9% học sinh đạt mức độ HĐTL cao và trung bình, cao hơn so với học sinh THPT ở Mỹ (49,5%) [6], Hồng Kông (31,5%) [8], Trung Quốc (72%) [9]. Mức độ hoạt động thể lực đạt của nam là 93,7%, nữ là 96,0% cao hơn so với học sinh Tây Ban Nha với nam 51%, nữ 33% [6].

3.5. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực

Mức độ hoạt động thể lực	Cao		Vừa		Thấp		Tổng	P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Giới tính								
Nam	89	39,9	120	53,8	14	6,3	223	0,000
Nữ	52	21,1	185	74,9	10	4,0	247	
Khu vực								
KV I	77	50,0	76	49,4	1	0,6	154	0,000
KV II	27	16,7	127	78,4	8	4,9	162	
KV II-NT	37	24,0	102	66,2	15	9,7	154	
Nghề nghiệp mẹ								
CBCCNN	6	19,4	23	74,2	2	6,5	31	0,001
Nông dân	94	37,2	151	59,7	8	3,2	253	
Buôn bán	33	31,4	63	60,0	9	8,6	105	

Mức độ hoạt động thể lực	Cao		Vừa		Thấp		Tổng	P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	
Công nhân	0	0,0	11	84,6	2	15,4	13	
Nội trợ, khác	8	11,8	57	83,8	3	4,4	68	
Trình độ học vấn mẹ								
Đại học, cao đẳng, trung cấp	14	16,9	64	77,1	5	6,0	83	0,012
THPT	38	26,4	99	68,8	7	4,9	144	
THCS	62	35,6	106	60,9	6	3,4	174	
Tiểu học, mù chữ	27	39,1	36	52,2	6	8,7	69	
Kinh tế gia đình								
Giàu	2	11,1	16	88,9	0	0,0	18	0,000
Khá	31	24,4	87	68,5	9	7,1	127	
Trung bình	74	28,4	173	66,3	14	5,4	261	
Nghèo, cận nghèo	34	53,1	29	45,3	1	1,6	64	
Phương tiện đi học								
Xe có động cơ	18	13,7	102	77,9	11	8,4	131	0,000
Xe đạp	100	36,2	167	60,5	9	3,3	276	
Đi bộ	23	36,5	36	57,1	4	6,3	63	
Đến địa điểm HĐTL								
Dễ dàng	93	33,9	172	62,8	9	3,3	274	0,017
Khó khăn	48	24,5	133	67,9	15	7,7	196	

Từ kết quả phân tích (Bảng 5) có thể thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ HĐTL với giới tính ($p=0,000$), nam giới sẽ HĐTL ở mức độ cao (39,9%) cao hơn nữ giới (21,1%), ngược lại đối với nữ sẽ HĐTL với mức độ vừa phải (74,9%) cao hơn nam giới (53,8%). Bảng trên cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khu vực sống ($p=0,000$). Tỷ lệ học sinh HĐTL cao và trung bình có nghề nghiệp mẹ là nông dân (96,9%) cao hơn so với các nhóm nghề nghiệp khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Kinh tế gia đình (giàu, khá, trung bình, nghèo, cận nghèo) thì tỷ lệ học sinh HĐTL mức trung bình cao hơn so với tỷ lệ học sinh HĐTL mức cao và thấp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Học sinh HĐTL mức độ cao và trung bình ở nhóm có phương tiện đi học là xe đạp và đi bộ cao hơn so với nhóm có phương tiện đi học

là xe có động cơ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ học sinh HĐTL mức độ cao và trung bình ở nhóm có điều kiện đến địa điểm HĐTL dễ dàng cao hơn so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. KẾT LUẬN

4.1. Khảo sát các mức độ HĐTL ở học sinh trung học phổ thông thành phố Huế

1. Khảo sát các mức độ HĐTL ở học sinh trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế.

- 5,1% học sinh có mức độ HĐTL thấp, không đạt so với khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới.
- 68,9% học sinh nhận thức đúng về lợi ích của HĐTL
- Tổng thời gian tham gia HĐTL của học sinh là 568,9 phút/tuần, nam giới tham gia HĐTL nhiều hơn nữ giới



(631,8 phút/tuần so với 512,0 phút/tuần).

- Hoạt động chuyên hóa tương đương ở nam là 3083,3 MET-phút/tuần cao hơn nữ 2264,2 MET-phút/tuần.

- Phần lớn đối tượng hoạt động thể lực ở mức độ trung bình (64,9%), tỷ lệ này cao gấp 12,7 lần so với mức độ hoạt động thể lực thấp (5,1%).

- HDTL nặng của nam cao hơn nữ (138,9 phút/tuần và 54,0 phút/tuần)

2. Một số yếu tố liên quan đến HDTL ở học sinh

Giới tính, khu vực sống, nghề nghiệp của mẹ, trình độ học vấn của mẹ, kinh tế gia đình, phương tiện đi lại, điều kiện đi đến các địa điểm hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Công Khẩn, Izumi Tabata (2009), "Đánh giá hoạt động thể lực ở người trưởng thành bằng thiết bị Accelerometer". Tạp chí Y tế Công cộng, tập 6, số 11.
2. Nguyễn Đức Hinh, Trần Thị Thanh Hương (2012) "Hoạt động thể lực trong phòng và điều trị bệnh" NXB Y học, tr. 39-43.
3. Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng (2011), "Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng". NXB Đại học Huế.
4. Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang và cộng sự (2010). "Xu hướng hoạt động thể lực của trẻ vị thành niên TP. HCM từ 2005 đến 2008 và mối liên quan với BMI". Tạp chí Y học TP. HCM, tập 14, số 2.
5. Trang, N. H., T. K. Hong, et al. (2009). "Factors associated with physical inactivity in adolescents in Ho Chi Minh City, Vietnam, Med Sci Sports Exerc". 1374-1383, Accessed on April 02, 2016.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1991-2011 High School Youth Risk Behavior Survey Data. Available at <http://apps.nccd.cdc.gov/youthonline>. Accessed on March 30, 2016.
7. GPAQ: Global Physical Activity Questionnaire (version 2.0). [Accessed date: April 02, 2016], http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf.
8. Dr Stanley Hui, "Health and Physical Activity in Hong Kong - A Review", SBD Research Report - No.4, March 2001.
9. Tudor-Locke C, Ainsworth BE, Adair LS, Du S, Popkin BM (2003). "Physical activity and inactivity in Chinese school-aged youth: the China Health and Nutrition Survey". Int J Obes 27: 1093-1099
10. World Health Organization. Fact sheet: Physical Activity. February 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Accessed on April 04, 2016.
11. Susan Paudel & partner (2014), "Estimation of leisure time physical activity and sedentary behaviour among school adolescents in Nepal", BMI Public Health, 14:637.
12. Chung, Arlene E., et al (2012), "Physical activity and BMI in a nationally representative sample of children and adolescents." Clinical pediatrics 51.2 (2012): 122-129.
13. Mulvihill, Maureen (2003). "Physical activity and young people"

CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH BẮC KẠN

Thăng Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Thị Lan Anh¹

TÓM TẮT

Bài viết đã đánh giá thực trạng về đội ngũ nguồn nhân lực y tế tại một số trạm y tế xã của huyện Bạch Thông, Chợ Mới, Chợ Đồn trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn. Trên cơ sở đánh giá về số lượng, trình độ của các cán bộ y tế tại trạm y tế xã cũng như sự phân bố cán bộ y tế của các sở ban ngành tỉnh Bắc Kạn, tác giả đã đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ nhân viên y tế tại trạm y tế xã nhằm tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) tại y tế cơ sở cho ba huyện Bạch Thông, Chợ Mới, Chợ Đồn nói riêng và tỉnh Bắc Kạn nói chung.

Từ khóa: Nhân lực y tế, trạm y tế xã, y tế cơ sở.

SUMMARY

QUALITY OF HUMAN RESOURCES IN SOME COMMUNE HEALTH STATIONS IN BAC KAN PROVINCE

The article assesses the current status of medical human resources in some commune health stations (CHS) at Bach Thong, Cho Moi, Cho Don district in Bac Kan province. According to the quantity and qualifications assessment of the medical staff at the CHS as well as distribution of medical staff by Bac Kan Departments, the author has proposed several solutions in order to improve the quality of medical staff and increase the capacity to provide medical services at health facilities at Bach Thong, Cho Moi, Cho Don district in particular and Bac Kan province in general.

Keywords: Medical human resources, commune health station, health care facility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực y tế có vai trò quyết định và quan trọng trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Nguồn nhân lực y tế được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống y tế, có mối liên hệ

rất chặt chẽ và không thể thiếu đối với các thành phần khác của hệ thống y tế như tài chính y tế, thông tin y tế, dịch vụ y tế, thuốc và trang thiết bị y tế. Nhà nước đã nêu rõ nguyên tắc chỉ đạo nguồn nhân lực y tế, cụ thể là “Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt...” đã cho thấy được vai trò quan trọng của đội ngũ y bác sĩ trong việc nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân. Bắc Kạn là một tỉnh nghèo ở miền núi phía Bắc, với đa số người dân là đồng bào dân tộc thiểu số có mức sống khó khăn cũng như chưa nhận thức đúng đắn về việc khám chữa bệnh cho bản thân và gia đình, do đó đòi hỏi tỉnh Bắc Kạn cần có những giải pháp cụ thể để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh để người dân có thể tiếp cận được các dịch vụ khám chữa bệnh. Mà trước hết, tỉnh cần phải cải thiện chất lượng khám chữa bệnh tại tuyến y tế ban đầu, gần với người dân nhất, đó là tại các trạm y tế xã. Trong đó, đội ngũ y bác sĩ tại các trạm y tế cần phải được đảm bảo về số lượng và trình độ để phục vụ nhu cầu của đồng bào nơi đây.

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Chất lượng nguồn nhân lực tại một số trạm y tế xã thuộc huyện Bạch Thông, Chợ Mới, Chợ Đồn trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp thu thập thông tin

Số liệu thứ cấp về tình hình khám chữa bệnh tại y tế cơ sở về năng lực đội ngũ cán bộ y tế được tổng hợp từ cơ sở dữ liệu của tổng cục thống kê về các chỉ tiêu đầu vào, đầu ra của hệ thống y tế các cấp và của sở y tế tỉnh Bắc Kạn.

Số liệu sơ cấp được tiến hành điều tra khảo sát các hộ gia đình tại ba huyện Bạch Thông, Chợ Mới, Chợ Đồn bằng phiếu điều tra lập sẵn về những thông tin về tình hình khám chữa bệnh tại trạm y tế xã, trong đó có những đánh

1. Trường Đại học Kinh tế & QTKD - Đại học Thái Nguyên
Email: hongnhungktqd@gmail.com; lananhkth@gmail.com

» Ngày nhận bài: 15/03/2017 | » Ngày phản biện: 01/04/2017 | » Ngày duyệt đăng: 17/05/2017

giá về chất lượng đội ngũ y bác sĩ tại các trạm y tế. Qua đó có thể thu thập những ý kiến, nguyện vọng, nhu cầu cũng như những thuận lợi, khó khăn của bệnh nhân nơi đây. Đề từ đó, đề xuất được những giải pháp nhằm nâng cao chất lượng KCB cho người dân.

Phương pháp phân tích thông tin

Tác giả sử dụng phương pháp thống kê mô tả để phân tích thông tin. Trên cơ sở đưa ra thực trạng chất lượng nguồn nhân lực tại một số trạm y tế xã, tác giả đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ y bác sĩ tại đây.

IV. THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ TỈNH BẮC KẠN

Từ khi tái thành lập tỉnh Bắc Kạn năm 1997 đến nay, đội ngũ cán bộ y tế cơ sở của tỉnh đã tăng cả về số lượng và chất lượng.

Bảng 1: Số lượng nhân lực y tế

Huyện	Bác sĩ	Y sĩ	Y tá	Hộ sinh
Bạch Thông	27	52	37	11
Chợ Đồn	45	62	40	15
Chợ Mới	39	44	39	8

Nguồn: Niên giám thống kê tỉnh Bắc Kạn năm 2015

Tại 3 huyện điều tra, huyện Chợ Đồn có số lượng bác sĩ nhiều nhất với 45 bác sĩ. Trong đó huyện Bạch Thông có số lượng bác sĩ ít nhất với chỉ 27 bác sĩ trên toàn huyện.

Đến hết năm 2015, toàn tỉnh có 540 cán bộ y tế ở tuyến xã, 1.409 nhân viên y tế thôn bản. Tuy nhiên, trong số này thì chỉ có 73 bác sĩ, nghĩa là gần 2 trạm y tế mới có 1 bác sĩ và mỗi trạm y tế chỉ có khoảng 4 cán bộ y tế trong khi định mức biên chế tối thiểu cho các trạm y tế xã, phường, thị trấn là 5 biên chế/trạm y tế.

Tuy nhiên, các trạm y tế này còn thiếu y sĩ y học cổ truyền và y sĩ sản nhi, trình độ đội ngũ cán bộ ở các trạm chưa cao. Do thiếu bác sĩ, một số huyện đã tăng cường bác sĩ đến công tác tại các trạm chưa có bác sĩ theo hình thức luân phiên 3 ngày/tuần. Ngoài ra, để nâng cao năng lực chuyên môn của thầy thuốc, ba huyện Bạch Thông, Chợ Đồn, Chợ Mới đã bố trí đưa bác sĩ các tuyến xã và huyện đi học, nâng cao trình độ chuyên môn. Nhờ vậy, công tác khám, chữa bệnh tại cơ sở có nhiều chuyển biến tích cực, thực hiện tốt việc chăm sóc sức khỏe ban đầu

cho nhân dân.

Do số lượng bác sĩ, cán bộ y tế còn thiếu nên công tác khám, chữa bệnh gặp nhiều khó khăn, điển hình như một số trạm y tế không triển khai được hoạt động khám, chữa bệnh Bảo hiểm y tế cho người dân. Bên cạnh đó, ở nhiều địa phương, do trình độ chuyên môn của các cán bộ y tế tại tuyến xã còn hạn chế, đặc biệt là do thiếu bác sĩ dẫn đến công tác khám, chữa bệnh cho nhân dân chưa hiệu quả. Một khó khăn nữa ở các trạm y tế xã hiện nay là trang thiết bị phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh còn thiếu thốn.

Đến nay, mạng lưới y tế xã tỉnh Bắc Kạn đã cơ bản hoàn thiện, chất lượng khám chữa bệnh từng bước được nâng lên. Các chương trình mục tiêu quốc gia được triển khai rộng khắp và đạt hiệu quả đáng khích lệ như chương trình tiêm chủng mở rộng, phòng chống lao, sốt rét, phòng chống suy dinh dưỡng, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và phòng chống dịch bệnh. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu được thực hiện đảm bảo. Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe tại cộng đồng đã và đang thu hút người dân tích cực vào cuộc và chủ động hơn trong bảo vệ môi trường, phòng chống dịch bệnh. Các chỉ tiêu của ngành và chỉ số sức khỏe của người dân được cải thiện đáng kể: Tỷ lệ tiêm chủng mở rộng đầy đủ cho trẻ em trong độ tuổi trung bình hàng năm đạt trên 95%; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em giảm trung bình 1% mỗi năm. Bên cạnh đó, các loại dịch bệnh được kiểm soát tốt ngay từ cơ sở; công tác khám, quản lý thai nghén đầy đủ; tất cả các trường hợp sinh con đều đến cơ sở y tế.

Do các cơ sở trạm y tế xã ở mỗi xã quy mô nhỏ, vì vậy số lượng bác sĩ cũng ít, chỉ đáp ứng nhu cầu quy mô của mỗi trạm. Bên cạnh đó thì các bác sĩ, y tá ở các tuyến huyện trên cũng được điều về hỗ trợ cho một số ca điều trị tại trạm y tế xã. Nhiều bác sĩ tại trạm đã làm việc lâu năm, có nhiều kinh nghiệm điều trị và gần đây trạm có thêm một số các bác sĩ, y tá mới vào ngành.

Về trình độ đội ngũ cán bộ y tế xã, hiện tại đội ngũ y bác sĩ tại các trạm y tế xã của 3 huyện được điều tra mới chỉ đảm bảo đủ trình độ để chữa được những bệnh thường thức, trong khi đó đối với những bệnh phức tạp thì khả năng khám chữa bệnh của các cán bộ y tế tại đây còn hạn chế. Ở cả 3 huyện được điều tra, gần 80% người dân được hỏi đều cho rằng cán bộ y tế ở trạm y tế xã không thể chữa được các bệnh phức tạp.

Bảng 2: Đánh giá trình độ khám chữa bệnh của cán bộ y tế xã

Đánh giá	Huyện Bạch Thông			Huyện Chợ Mới			Huyện Chợ Đồn		
	Không chữa được	Chữa được nhưng không đủ CSHT và TTBYT	Chữa được, CSHT và TTBYT đảm bảo	Không chữa được	Chữa được nhưng không đủ CSHT và TTBYT	Chữa được, CSHT và TTBYT đảm bảo	Không chữa được	Chữa được nhưng không đủ CSHT và TTBYT	Chữa được, CSHT và TTBYT đảm bảo
Chữa các bệnh thường thức	0%	12,5%	87,5%	0%	45,5%	54,5%	0%	32,9%	67,1%
Chữa các bệnh phức tạp	75%	0%	25%	91%	9%	0%	83%	1%	0%

(Nguồn: Số liệu điều tra của tác giả)

Nguyên nhân là do chủ yếu người dân đến trạm để khám các bệnh nhẹ, thường gặp nên nhìn chung trình độ cán bộ y bác sĩ đáp ứng được nhu cầu khám những bệnh này. Còn những bệnh nặng hơn thì người dân tại đây chủ yếu tới các bệnh viện tuyến trên.

V. GIẢI PHÁP NHẪM NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ TỈNH BẮC KẠN

Để nâng cao chất lượng cán bộ y tế cơ sở cần đầu tư đào tạo, tập huấn nâng cao tay nghề cho cán bộ y tế trước hết, phải tuyển chọn và cử người đi học theo chế độ cử tuyển, bậc học, đào tạo theo địa chỉ phù hợp với nhu cầu của từng địa phương; Tổ chức các khóa đào tạo ngắn hạn, dài hạn và có chính sách thu hút cán bộ y tế lên công tác. Cần củng cố, phát triển và nâng cao chất lượng hoạt động của y tế thôn, bản, bảo đảm 100% thôn, bản có nhân viên y tế hoạt động và thường xuyên được đào tạo, tăng mức phụ cấp đối với y tế thôn, bản. Xây dựng nội dung đào tạo cụ thể phù hợp cho tuyển y tế cơ sở: đào tạo y tế phổ cập phải khác với y tế chuyên sâu, đào tạo chuyên môn phải khác với quản lý, đào tạo phải phù hợp với từng loại hình y tế cơ sở. Đổi mới chương trình đào tạo để đáp ứng sự thay đổi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe, mô hình bệnh tật, già hóa dân số. Ưu tiên đào tạo y học gia đình, đào tạo cô đỡ thôn bản ở vùng dân tộc thiểu số; vẫn giữ một số hình thức chuyên tu, cử tuyển đối với các vùng đặc biệt khó khăn, dân tộc thiểu số.

Làm tốt công tác tổ chức cán bộ và đào tạo nguồn nhân lực, nhất là cán bộ y tế chuyên khoa sâu; đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế đáp ứng nhu cầu cơ bản và từng bước hiện đại; thực hiện tốt cơ chế chính sách, chấp hành nghiêm túc các quy định, quy chế của ngành; thường xuyên rèn luyện y đức, phát động phong trào thi đua theo từng mục tiêu. Rà soát, xác định nhu cầu về số lượng, chất lượng và cơ cấu nhân lực của y tế cơ sở để xây dựng và triển khai kế hoạch đáp ứng nhu cầu nhân lực cho y tế cơ sở. Tiếp tục thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn, trung tâm y tế/bệnh viện huyện luân phiên viên chức y tế về trạm y tế xã và ngược lại. Bảo đảm đủ số lượng và chất lượng cán bộ y tế cơ sở.

Một trong những vấn đề cấp thiết nhất là tới đây các trạm y tế này sẽ phải có kế hoạch cử luân phiên cán bộ tham gia các lớp đào tạo nâng cao trình độ nhằm đáp ứng các yêu cầu của công việc và khai thác, sử dụng có hiệu quả các trang thiết bị được cấp vào công tác KCB cho người dân trên địa bàn.

Để làm tốt các nhiệm vụ này, vai trò của đội ngũ cán bộ, viên chức là quyết định. Vì vậy đi đôi với công tác đào tạo, sử dụng, giám sát, đánh giá đúng thì việc động viên, đãi ngộ, chăm lo tới đời sống cán bộ, viên chức cần được các cấp lãnh đạo tích cực quan tâm. Bổ sung, hoàn thiện và nâng cao chính sách đãi ngộ đặc biệt cho cán bộ y tế cơ sở, nhất là tại vùng núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, như lương khởi điểm, phụ cấp thâm niên, phụ cấp vùng miền, phụ cấp y tế cơ sở...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Chính trị, *Nghị quyết số 46-NQ/TW*, ngày 23/02/2005.
2. Niên giám thống kê tỉnh Bắc Kạn năm 2015.
3. Bộ Y tế (2010), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010, *Hệ thống Y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015*, Hà Nội.
4. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Báo cáo nghiên cứu "Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực miền núi", 2012: Hà Nội.



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN TẠI MỘT SỐ XÃ VÙNG NÔNG THÔN TỈNH THÁI BÌNH

Đặng Thanh Nhân¹, Hà Thị Hải¹, Lê Thị Lan Phương¹, Đặng Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Nhằm mục đích tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp ở người dân tại một số xã vùng nông thôn Thái Bình, nghiên cứu được thực hiện trên 291 người. Kết quả cho thấy tỷ lệ tiền tăng huyết áp chiếm 37,1%; có một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp là:

- Tuổi từ 60 trở lên (OR = 1,73, CI 95% = 0,81 - 3,77 và p<0,05)
- Tiền sử gia đình có người bị THA (OR=3,57; CI95% = 3,01 - 4,61; p<0,05).
- Hút thuốc lá (OR=2,0; CI95% = 1,9 - 4,01 và p<0,05).
- Thói quen ăn mặn (OR=3,2 lần; CI 95% = 2,9 - 4,1 và p<0,05).
- Uống bia/rượu thường xuyên (OR=1,17; CI95%=1,09-2,1 và p<0,05).
- Thừa cân béo phì (OR=1,56; CI 95% = 1,49 - 2,03 và p<0,05).

Nghiên cứu này có giá trị trong việc phòng chống các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp cho người dân tại cộng đồng.

Từ khóa: Tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp.

ABSTRACT: SOME FACTORS RELATED TO PREHYPERTENSION AMONG PEOPLE AT SOME RURAL COMMUNES IN THAI BINH PROVINCE

This study was conducted with the aim of identifying a number of factors related to prehypertension among people in several rural communities in Thai Binh Province. 291 local people were recruited and participated in the study. Additionally, the outcomes of the study was summarized. They included: 31.7% suffering from hypertention; Some factors associated with pre-hypertension.

- 60 years or older (OR = 1.73, CI 95% = 0.81 - 3.77, p <0.05).
- Family history of hypertension (OR=3.57, CI95% = 3.01-4.61, p <0.05).
- Smoking (OR = 2.0, CI 95% = 1.9-4.01, p <0.05).

- Salt eating habit (OR = 3.2, CI 95% = 2.9 - 4.1, p <0.05).

- Drinking alcohol regularly (OR = 1.17, CI95% = 1.09-2.1, p <0.05).

- Overweight, obesity (OR = 1.56, CI 95% = 1.49 - 2.03, p <0.05).

Based on these outcomes, the study has benefited the process of preventing hypertensive risk factors for people in the community.

Keywords: Prehypertention; Hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết áp là một trong bốn biểu hiện chức phận sống của cơ thể. Tăng huyết áp (THA) là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh tim mạch ở hầu hết các nước trên thế giới. THA là một trong các bệnh được WHO quan tâm vì bệnh vừa có tính chất thời sự, tính xã hội - cộng đồng, do đặc tính ảnh hưởng đến tuổi thọ, sức lao động, tỷ lệ tàn phế có tốc độ tăng hàng năm [1],[5]. Tại VN, theo khảo sát mới nhất của Bộ Y tế, tăng huyết áp đang tăng nhanh: Ở một số tỉnh phía Bắc, tỉ lệ bệnh ở người trên 25 tuổi là 16,3%, trong khi cách đây vài năm là 11%. Tăng huyết áp đứng thứ 6 trong 10 bệnh thường đến bệnh viện và xếp thứ 4 trong những nguyên nhân gây tử vong [2].

Bên cạnh vấn đề tăng huyết áp thì huyết áp hơi cao được gọi là tiền tăng huyết áp (prehypertension). Tiền tăng huyết áp có thể sẽ chuyển thành bệnh tăng huyết áp nếu không làm thay đổi lối sống, chẳng hạn như bắt đầu tập thể dục và ăn uống lành mạnh... Cả hai tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp làm tăng nguy cơ đau tim, đột quỵ và suy tim.

Tiền tăng huyết áp là áp lực tâm thu 120-139 mmHg hoặc áp lực tâm trương 80-89mm Hg. Giảm cân, tập thể dục và thay đổi lối sống lành mạnh khác có thể kiểm soát tiền tăng huyết áp.

Tiền tăng huyết áp không gây ra triệu chứng. Cách duy nhất để phát hiện tiền tăng huyết áp là theo dõi huyết áp.

Để tìm hiểu về vấn đề này ở người dân vùng nông thôn

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Tác giả: Đặng Bích Thủy: dangbichthuy71@gmail.com

» Ngày nhận bài: 07/06/2017 | » Ngày phản biện: 12/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 16/06/2017

Thái Bình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp ở người dân tại một số xã vùng nông thôn Thái Bình, năm 2015.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

Người dân độ tuổi từ 25 trở lên, sinh sống tại 3 xã Bình Nguyên thuộc huyện Kiến Xương; Nguyên Xá thuộc huyện Vũ Thư; An Ninh thuộc huyện Tiền Hải. Đây là các xã đã được triển khai chương trình Quốc gia phòng chống tăng huyết áp.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

2.3. Cỡ mẫu: Được tính toán bằng công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu có thể cho ước lượng tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp ở người dân; $\alpha/2$: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; p: Tỷ lệ người dân mắc tiền THA, được lấy bằng 25%; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,05. Kết quả tính được n = 288 người, thực tế điều tra được 291 người.

Cách chọn đối tượng: Tại 3 xã được chọn, từ danh sách người dân có độ tuổi từ 25 trở lên do trạm y tế xã cung cấp, tiến hành chọn ngẫu nhiên mỗi xã từ 90-100 người để điều tra. Mỗi đối tượng được chọn sẽ được cộng tác viên y tế thôn gửi giấy mời đến Trạm y tế xã để khám bệnh và phỏng vấn vào một ngày nhất định.

2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Đo huyết áp (Theo hướng dẫn của Bộ Y tế): Chẩn đoán tiền tăng huyết áp theo JNC VII. Tiền tăng huyết áp khi huyết áp từ 120/80 mmHg đến 139/89 mmHg.

- Đo nhân trắc: Cân nặng, chiều cao (Theo thường quy của Viện Dinh dưỡng), tính BMI → Phân loại của WHO năm 2002. Người được coi là CED khi BMI < 18,5, Thừa cân béo phì khi BMI ≥ 23.

- Phỏng vấn trực tiếp người dân về một số thông tin theo mẫu phiếu cấu trúc đã được chuẩn bị trước. Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất về cách hỏi, giải thích và ghi chép thông tin

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 21.0 trong thống kê, phân tích kết quả nghiên cứu. Tính các tỷ lệ %; Tính các giá trị trung bình (± SD). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không gây bất kỳ một ảnh hưởng gì đến sức khỏe của đối tượng. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích lý do, đối tượng toàn quyền từ chối khi không muốn tham gia. Các thông tin của đối tượng được hoàn toàn giữ bí mật và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu (n=291)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	111	38,1
Nữ	180	61,9
Nhóm tuổi		
25 – 40	33	11,3
41 – 50	85	29,2
51- 60	73	25,1
≥ 60	100	34,4

Qua kết quả bảng 3.1 cho thấy, trong tổng số 291 người được điều tra, có 38,1% là nam giới; 61,9% là nữ giới. Nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi chiếm 29,2%; từ 51-60 tuổi chiếm 25,1% và từ 60 trở lên chiếm 34,4%.

Bảng 3.2. Liên quan giữa tuổi và tiền tăng huyết áp

Tuổi	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
≥ 60 tuổi	30	66,7	15	33,3	OR= 1,74 (0,81 - 3,77)	p < 0,05
< 60 tuổi	78	53,4	68	46,6		
Tổng	108	56,5	83	43,6		



Qua kết bảng 3.2 cho thấy: Tuổi từ 60 trở lên có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 1,74 lần so với tuổi dưới 60 với CI 95% từ 0,81 - 3,77 và $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tiền sử gia đình và tiền tăng huyết áp

Tiền sử gia đình	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Gia đình có người bị THA	53	74,7	18	25,3	OR= 3,47 (3,01 - 4,61)	p < 0,05
Gia đình không có người bị THA	55	45,9	65	54,1		
Tổng	108	56,5	83	43,5		

Qua kết bảng 3.3 cho thấy: Ở nhóm người tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 3,47 lần so với nhóm gia đình không có người bị THA với CI 95% từ 3,01 - 4,61 và $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Liên quan giữa tiền sử hút thuốc và tiền tăng huyết áp

Hút thuốc	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Có hút thuốc	40	67,8	19	32,2	OR= 1,98 (1,9 - 4,01)	p < 0,05
Không hút thuốc	68	51,6	64	48,4		
Tổng	108	56,5	83	43,5		

Qua kết bảng 3.4 cho thấy: Ở nhóm có hút thuốc có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 1,98 lần so với nhóm không hút thuốc với CI 95% từ 1,9-4,01 và $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa thói quen ăn mặn và tiền tăng huyết áp

Thói quen ăn mặn	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Có	45	75,0	15	25,0	OR= 3,2 (2,9 - 4,1)	p < 0,05
Không	63	48,1	68	51,9		
Tổng	108	56,5	83	43,5		

Qua kết bảng 3.5 cho thấy: Ở nhóm đối tượng có thói quen ăn mặn có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 3,2 lần so với nhóm không ăn mặn với CI 95% từ 2,9 - 4,1 và $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa uống bia/rượu và tiền tăng huyết áp

Uống bia/rượu	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Thường xuyên	45	59,2	31	40,8	OR= 1,19 (1,09 - 2,1)	p < 0,05
Không thường xuyên	63	54,8	52	45,2		
Tổng	108	56,5	83	43,5		

Qua kết bảng 3.6 cho thấy: Ở nhóm có uống bia/rượu thường xuyên có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 1,19 lần so với nhóm không uống bia/rượu thường xuyên với CI 95% từ 1,09 - 2,1 và $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thừa cân béo phì và tiền tăng huyết áp

Thừa cân BP	Tiền tăng huyết áp				OR CI _{95%}	P
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Thừa cân BP	36	64,2	20	35,8	OR= 1,57 (1,49 - 2,03)	p < 0,05
Bình thường	72	53,3	63	46,7		
Cộng	108	56,5	83	43,5		

Qua kết bảng 3.7 cho thấy: Ở nhóm thừa cân béo phì có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 1,57 lần so với nhóm không thừa cân béo phì với CI 95% từ 1,49 - 2,03 và $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tiền tăng huyết áp là một dấu hiệu cảnh báo nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp trong tương lai. Huyết áp cao làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch vành, suy tim và suy thận. Dù hiện nay vẫn chưa có cách chữa trị cho bệnh tăng huyết áp, nhưng có điều trị bằng chế độ ăn uống, thói quen lối sống và dùng thuốc.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nguyên nhân chính gây tiền tăng huyết áp như yếu tố của lối sống như hút thuốc lá, stress... có thể góp phần gây ra tiền tăng huyết áp nhưng với hầu hết mọi người thì tiền tăng huyết áp không rõ nguyên nhân. Một số yếu tố góp phần gây tiền tăng huyết áp cũng như tăng huyết áp lại không thể kiểm soát được như tuổi tác, chủng tộc, tiền sử gia đình nhưng có thể kiểm soát được nhiều yếu tố nguy cơ khác như béo phì, sử dụng thuốc lá và rượu, ăn mặn hay ít vận động [1],[2].

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phân tích tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiền tăng huyết áp, kết quả đã cho thấy: Tuổi từ 60 trở lên có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 1,73 lần so với tuổi dưới 60 với CI 95% từ 0,81 - 3,77 và $p < 0,05$.

Tiền sử gia đình cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh. Ở nhóm người tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 3,57 lần so với nhóm gia đình không có người bị THA với CI 95% từ 3,01 - 4,61 và $p < 0,05$.

Một trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp ở nam giới đó là hút thuốc lá/lào. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy: Ở nhóm có hút thuốc có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 2 lần so với nhóm không hút thuốc với CI 95% từ 1,9-4,01 và $p < 0,05$.

Các nghiên cứu đã cho thấy chế độ ăn nhiều natri (muối) có thể làm tăng huyết áp. Một chế độ ăn ít natri giúp giảm hoặc ngăn chặn tăng huyết áp. Hãy đặt mục tiêu dùng ít hơn 2.300 mg natri mỗi ngày (khoảng 1 thìa cà phê muối ăn) [2]. Trong nghiên cứu này cho thấy: Ở nhóm đối tượng có thói quen ăn mặn có nguy cơ bị tiền tăng huyết áp cao gấp 3,2 lần so với nhóm không ăn mặn với CI 95% từ 2,9 - 4,1 và $p < 0,05$.

Tiền tăng huyết áp sẽ dẫn đến tăng huyết áp, khi bị tăng huyết áp nếu không được điều trị sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng. Thành động mạch chịu áp lực quá tải do tăng huyết áp gây ra có thể làm tổn thương nghiêm trọng nhiều cơ quan quan trọng của cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra 291 người dân, độ tuổi từ 25 trở lên, kết quả cho thấy có 37,1% người bị tiền tăng huyết áp. Kết quả phân tích về một số yếu tố liên quan cho thấy:

- Tuổi từ 60 trở lên (OR = 1,73, CI 95% = 0,81 - 3,77 và $p < 0,05$).
- Tiền sử gia đình có người bị THA (OR=3,57; CI95% = 3,01 - 4,61; $p < 0,05$).
- Hút thuốc lá (OR= 2,0; CI 95% = 1,9-4,01 và $p < 0,05$).
- Thói quen ăn mặn (OR = 3,2 lần; CI 95% = 2,9 - 4,1 và $p < 0,05$).
- Uống bia/rượu thường xuyên (OR=1,17; CI95% = 1,09-2,1 và $p < 0,05$).
- Thừa cân béo phì (OR=1,56; CI 95% = 1,49 - 2,03 và $p < 0,05$).



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Thạch Nguyễn** (2007). Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch. *Nhà xuất bản Y học*, tr 31-78.
2. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cộng sự** (2003), “Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001-2002”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (33), Hà Nội. Tr.9-34.
3. **Nguyễn Lâm Việt** (2014). Thực hành bệnh tim mạch, *Nhà xuất bản Y học*, tr.7-66.
4. **Brenda Goodman, MA** (2011); Even Slightly High Blood Pressure Is Associated With Significant Stroke Risk; WebMD Health News
5. **WHO** (2013), A global brief on Hypertension; 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27.

-----oOo-----

ĐẶC ĐIỂM TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG TỈNH THÁI BÌNH

Đặng Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Nhằm mục đích mô tả một số đặc điểm tăng huyết áp ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình, nghiên cứu được thực hiện trên 232 người bệnh. Kết quả cho thấy:

(i) Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là 50,4%; ở nam giới là 52,9% cao hơn so với nữ giới là 46,8%; ở thành thị cao hơn nông thôn. (ii) Có 75,0% người bệnh tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương; tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 35,0%. (iii) Tăng huyết áp độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), tiếp đến là độ I (40,2%) và thấp nhất là độ III (15,4%). (iiii) Tăng huyết áp có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (41,4%), 60-69 tuổi (26,7%), từ 70 tuổi trở lên chiếm 16,4%.

Nghiên cứu này có giá trị trong việc tiên lượng bệnh, kiểm soát huyết áp cho người bệnh đái tháo đường.

Từ khóa: Tăng huyết áp; huyết áp tâm thu; huyết áp tâm trương; đái tháo đường typ II; Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình.

CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO ARE TREATING AT THE CENTRE OF PREVENTIVE

MEDICINE OF THAI BINH PROVINCE

With descriptive study design, done on 232 people with type 2 diabetes outpatient clinics of the Centre of Preventive Medicine at Thai Binh province. The results showed:

(i) Prevalence of hypertension in diabetic patients was 50.4%; 52.9% in male is higher than female was 46.8%. (ii) There was 75.0% of patients had increases in both systolic blood pressure and diastolic blood pressure; hypertension is systolic 35.0%. (iii) Level II of hypertension highest proportion (44.4%), level I (40.2%) and was the third lowest (15.4%). (iiii) Hypertension of diabetes patients tend to increase over age group, the highest proportion in the 50-59 age group (50.0%), the difference had statistical significance at $p < 0.05$.

The research results have practical significance and value in the prognosis, controlling blood pressure for diabetic patients.

Keywords: Hypertension; Systolic blood pressure; Diastolic blood pressure; Typ II diabetes; The centre of preventive medicine at Thaibinh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường, trong đó chủ yếu là bệnh đái tháo

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình. ĐT: 0985 201 899 - Email: dangbichthuy71@gmail.com

» Ngày nhận bài: 08/06/2017 | » Ngày phản biện: 12/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 19/06/2017

đường typ 2 chiếm từ 85% đến 95% trong tổng số bệnh nhân đái tháo đường, bệnh được coi là một dịch bệnh ở nhiều nước đang phát triển. Bệnh nhân ĐTĐ có nguy cơ mắc bệnh lý mạch máu lớn cao gấp 2- 3 lần người không mắc ĐTĐ, do hậu quả của bệnh và do có sự góp phần quan trọng của các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì... Nhiều báo cáo đã cho thấy tăng huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ làm tăng nguy cơ tim mạch, bệnh lý mạch vành và đột quỵ lớn gấp 2-3 lần so với người không bị ĐTĐ [1].

Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng và độc lập đối với các biến chứng mạn tính của bệnh nhân đái tháo đường. Tỷ lệ THA ở người bị đái tháo đường tăng gấp 2 lần so với người không bị ĐTĐ. Trong điều trị bệnh ĐTĐ, mục tiêu điều trị không chỉ đưa đường máu về mức bình thường mà còn phải kiểm soát được huyết áp, lipid máu, ... [2],[3].

Tăng huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ rất thường gặp và là yếu tố làm tăng mức độ nặng của ĐTĐ. Để tìm hiểu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Tìm hiểu một số đặc điểm tăng huyết áp ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị tại Trung tâm y tế dự phòng tỉnh Thái Bình.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình năm 2010. Không chọn những người bệnh có biến chứng nặng; ĐTĐ thứ phát; người bệnh có kèm theo bệnh nội tiết khác: bệnh Basedow, hội chứng thận hư, bệnh suy gan, suy thận,... và một số bệnh nội tiết khác gây tăng huyết áp.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

2.3. Cỡ mẫu: Được tính toán bằng công thức:

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

Trong đó n là cỡ mẫu tối thiểu có thể cho ước lượng tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người bệnh ĐTĐ; $\alpha/2$: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; p: tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có THA, được lấy bằng 0,7; d: Sai số mong muốn, có giá trị bằng 0,06. Kết quả tính được n = 232 người bệnh.

Cách chọn mẫu: Chọn toàn bộ người bệnh ĐTĐ typ 2 có mặt tại thời điểm nghiên cứu. Việc chọn đối tượng do nhóm nghiên cứu phối hợp với các bác sĩ tại Khoa khám bệnh của TTYTDP Thái Bình tiến hành.

2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Đo huyết áp cho đối tượng: Phân độ và giai đoạn tăng huyết áp theo JNC VII.

- Phòng vấn trực tiếp người bệnh ĐTĐ về một số thông tin theo mẫu phiếu cấu trúc đã được chuẩn bị trước. Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất về cách hỏi, giải thích và ghi chép thông tin

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 trong thống kê, phân tích kết quả nghiên cứu. Tính các tỷ lệ %; Tính các giá trị trung bình (\pm SD). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không gây bất kỳ một ảnh hưởng gì đến sức khỏe của đối tượng. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích lý do, đối tượng toàn quyền từ chối khi không muốn tham gia. Các thông tin của đối tượng được hoàn toàn giữ bí mật và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính

Giới tính	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 40	7	5,1	4	4,2	11	4,7
40 - 49	15	10,9	10	10,6	25	10,8
50 - 59	62	44,9	34	36,2	96	41,4
60 - 69	36	26,1	26	27,7	62	26,7
≥ 70	18	13,0	20	21,3	38	16,4
Cộng	138	100,0	94	100,0	232	100,0
Tỷ lệ	59,5		40,5		100,0	

Qua kết quả bảng 1 cho thấy: Tổng số đối tượng nghiên cứu là 232 bệnh nhân, trong đó nam giới có 138 người chiếm tỷ lệ 59,9%; nữ giới có 94 người chiếm tỷ lệ 40,5%. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy: Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%); tiếp đến là nhóm tuổi 60-69 (26,7%); nhóm tuổi ≥ 70 chiếm 16,4%; nhóm tuổi 40-49 là 10,8% và thấp nhất là nhóm <40 tuổi, chỉ có 4,7%.

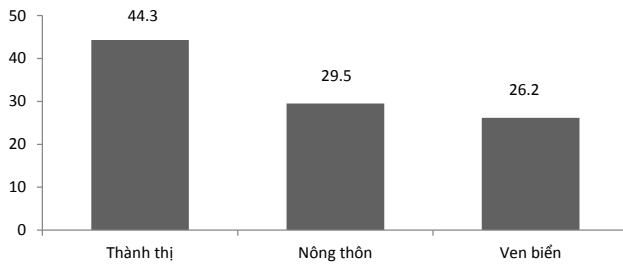
Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Giới tính	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nghề nghiệp						
Cán bộ	67	48,4	41	44,1	108	46,1
Nông dân	71	51,6	53	55,9	124	53,9
Tổng	138	59,5	94	40,5	232	100,0



Kết quả bảng 2 cho thấy: Trong số các đối tượng nghiên cứu thì số người có tiền sử hoặc hiện tại đang là nông dân (làm ruộng hoặc các nghề tự do khác đòi hỏi phải hoạt động thể lực nhiều) chiếm tỷ lệ 53,9%; số người hiện là cán bộ công chức hoặc đã nghỉ hưu (46,1%).

Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa bàn cư trú



Qua biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu sống tại khu vực thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất (44,3%); khu vực nông thôn chiếm 29,5% và thấp nhất là tại khu vực ven biển (26,2%).

Bảng 4. Tỷ lệ hiện mắc bệnh THA và chỉ số huyết áp trung bình của đối tượng

Huyết áp	Giới tính	Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường		65	47,1	50	53,2	115	49,6
Tăng huyết áp		73	52,9(1)	44	46,8(1)	117	50,4
Tổng		138	100,0	94	100,0	232	100,0
Huyết áp tâm thu (± SD)		141,2 ± 13,5 ⁽²⁾		137,1 ± 14,1 ⁽²⁾		139,5 ± 13,8	
Huyết áp tâm trương (± SD)		83,9 ± 11,7 ⁽³⁾		79,7 ± 13,2 ⁽³⁾		82,2 ± 12,7	
		p(1)>0,05 (0,36)		p(2)<0,01		p(3)<0,01	

Qua kết quả bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ hiện mắc THA của đối tượng nghiên cứu là 50,4%; tỷ lệ THA ở nam giới là 52,9% cao hơn so với nữ giới là 46,8%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của nam đều cao hơn so với nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 5. Đặc điểm tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Huyết áp	Giới tính	Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tăng HA tâm thu đơn độc		26	35,6	15	34,1	41	35,0
Tăng cả HATT và HATTTr		47	64,4	29	65,9	76	75,0
Cộng		73	62,4	44	37,6	117	100,0

Bảng 3. Phân bố đối tượng theo thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường

Thời gian	Giới tính	Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Lần đầu		67	48,5	49	52,1	116	50,0
< 5 năm		48	34,8	22	23,4	70	30,2
5-10 năm		19	13,8	16	17,1	35	15,1
> 10 năm		4	2,9	7	7,4	11	4,7
Tổng		138	100,0	94	100,0	232	100,0

Kết quả bảng 3 cho thấy đối tượng nghiên cứu được phát hiện bệnh đái tháo đường lần đầu tiên ở cả 2 giới đều cao nhất (48,5% ở nam và 52,1% ở nữ), tỷ lệ chung của nhóm này là 50,0% (116 người). Nhóm có thời gian phát hiện dưới 5 năm có tỷ lệ chung 30,2% (nam 34,8%, nữ 23,4%). Thấp nhất là nhóm có tiền sử bệnh trên 10 năm (tỷ lệ 4,7% chung cho cả 2 giới).

Kết quả bảng 5 cho thấy số người có tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương là 75%. Số người chỉ có tăng số huyết áp tâm thu (THA tâm thu đơn độc) là 35,0%. Tỷ lệ này ở nam và nữ là tương đương nhau.

Bảng 6. Phân độ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu

Huyết áp	Giới tính	Nam		Nữ		Chung		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tăng HA độ I		29	39,7	18	40,9	47	40,2	>0,05
Tăng HA độ II		30	41,1	22	50,0	52	44,4	>0,05
Tăng HA độ III		14	19,2	4	9,1	18	15,4	
Cộng		73	62,4	44	37,6	117	100,0	

Qua kết quả bảng 6 cho thấy trong tổng số 117 người

bị THA thì số người THA mức độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), THA độ I là 40,2% và thấp nhất là độ III (15,4%). Số người THA mức độ I và II ở nữ giới đều cao hơn so

với nam; THA mức độ III ở nam giới là 19,2% cao hơn nữ (9,1%), nhưng những sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 40 ⁽⁰⁾ (n = 11)		40 – 49 ⁽¹⁾ (n = 25)		50 – 59 ⁽²⁾ (n = 96)		60 – 69 ⁽³⁾ (n = 62)		≥ 70 ⁽⁴⁾ (n = 38)		Chung	
	Số mắc	%	Số mắc	%	Số mắc	%	Số mắc	%	Số mắc	%	Số mắc	%
Bình thường	10	90,9	18	72,0	48	50,0	25	40,3	14	36,8	115	49,6
Tăng HA	1	9,1	7	28,0	48	50,0	37	59,7	24	63,2	117	50,4
Tổng	11	100	25	100	96	100	62	100	38	100	232	100,0
$p(1,2) < 0,05$ $p(2,3) > 0,05$ $p(2,4) > 0,05$ $p(3,4) > 0,05$												

Kết quả bảng 7 cho biết tỷ lệ hiện mắc THA theo nhóm tuổi: Trong số 10 đối tượng ở độ tuổi < 40 chỉ có 1 người bị THA. Nhóm tuổi 40-49 thì số người bị THA chiếm tỷ lệ 28,0%; tăng lên rõ rệt từ nhóm tuổi 50-59 (50,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời, tỷ lệ THA ở nhóm tuổi tiếp theo có xu hướng tăng dần: 59,7% ở nhóm 60-69 và 63,2% ở nhóm ≥70 tuổi. Tuy nhiên, so sánh từ nhóm tuổi 50-59 trở lên thì sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa Glucid mãn tính, tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, trong đó tỷ lệ ĐTĐ typ 2 chiếm tới 90%. ĐTĐ gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm và thường phối hợp với tăng nguy cơ của cả biến chứng vi mạch lẫn biến chứng mạch máu lớn và bệnh lý tim mạch [3]. Theo kết quả nghiên cứu của nhóm UKPDS cho thấy có mối liên quan giữa mức độ THA và các biến chứng mạch máu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Các cơ chế chính xác về mối liên quan giữa THA và các biến chứng của ĐTĐ vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ. Tuy nhiên các tác giả còn đưa ra nhiều giả thuyết khác nhau như THA có thể làm tăng mức độ THA và độ nhạy cảm insulin, kháng insulin, tăng insulin máu còn có thể là hậu quả của THA [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy: Tỷ lệ hiện mắc THA của người bệnh ĐTĐ typ 2 là 50,4%; tỷ lệ THA ở nam giới là 52,9% cao hơn so với nữ giới là 46,8%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn so với nghiên cứu của UKPDS (tỷ lệ THA là 40%) [5], sở dĩ có sự khác nhau như vậy, có lẽ là do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu.

Trong tổng số 117 người bệnh bị THA thì số người THA mức độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), THA độ I là 40,2% và thấp nhất là độ III (15,4%). Số người THA mức độ I và

II ở nữ giới đều cao hơn so với nam; THA mức độ III ở nam giới là 19,2% cao hơn nữ (9,1%), nhưng những sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số người bệnh có tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương là 75%. Số người chỉ có tăng số huyết áp tâm thu (THA tâm thu đơn độc) là 35,0%. Như vậy, đó là một tỷ lệ THA khá cao ở người bệnh ĐTĐ, kết quả này đã đặt ra nhu cầu cần kiểm soát huyết áp trong quá trình điều trị bệnh.

Theo kết quả nghiên cứu của HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) khi nghiên cứu trên 140 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tăng huyết áp, kết quả cho thấy kiểm soát chặt huyết áp đã giảm được 24% tỷ lệ tử vong so với nhóm không được kiểm soát [4]. Ngay sau nghiên cứu của UKPDS, HOPE các tác giả đã đưa ra khuyến cáo mức huyết áp được coi là kiểm soát chặt là <150/85mmHg. Năm 2002 WHO đã đưa ra mức huyết áp cần đạt được để ngăn ngừa tiến triển của biến chứng đái tháo đường, đặc biệt là biến chứng tim mạch là <130/80mmHg.

Tăng huyết áp ở người ĐTĐ có nhiều yếu tố phối hợp nhau, nếu không được theo dõi từ trước thì khó mà biết ĐTĐ có trước hay THA có trước, liệu THA là hậu quả hay là yếu tố tham gia gây bệnh ĐTĐ. Như vậy, cùng với việc kiểm soát chặt đường huyết, kiểm soát chặt huyết áp còn là một yếu tố quan trọng trong điều trị tích cực giúp ngăn ngừa được tiến triển biến chứng của đái tháo đường nói chung và biến chứng tim mạch nói riêng. Theo khuyến cáo, mức huyết áp cần đạt được trong điều trị tích cực là <130/80mmHg.

V. KẾT LUẬN

Điều tra 232 người bệnh đái tháo đường typ 2, điều trị ngoại trú tại Tung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình, chúng tôi nhận thấy:

- Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là 50,4%; ở nam giới là 52,9% cao hơn so với nữ giới là 46,8%; ở thành thị cao



hơn nông thôn.

- Có 75,0% người bệnh tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương; tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 35,0%.
- Tăng huyết áp độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), tiếp

đến là độ I (40,2%) và thấp nhất là độ III (15,4%).

- Tăng huyết áp có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (41,4%), 60-69 tuổi (26,7%), từ 70 tuổi trở lên chiếm 16,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tạ Văn Bình. Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng, Nhà xuất bản Y học, 2006: 39-63.
2. Hoàng Trung Vinh. Đánh giá tình trạng kiểm soát một số chỉ số ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, *Nxb Y học*, 2007: 333-339.
3. Nguyễn Khoa Diệu Vân. Quan điểm về điều trị tích cực và vai trò của điều trị tích cực đối với các biến chứng mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, *Nxb Y học*, 2007: 460-465.
4. Yusuf S, Serstein H, Hoogwerf B et all. HOPE study investigators. Ramipril and the development of diabetes, *Jama*; 286: 1882-1885
5. UK prospective diabetes study group. Tight blood preeeure control and risk of macrovascular and microvascular complications in typ 2 diabetes: UKPDS 38, *BMJ*, 317: 703-713

-----oOo-----

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN YÊN KHÁNH TỈNH NINH BÌNH NĂM 2015

Ngô Thanh Bình¹, Phạm Anh Hiệp²

TÓM TẮT

Kết quả khảo sát thực trạng khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh tỉnh Ninh Bình năm 2015 cho thấy tất cả bệnh nhân đều được giải thích về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị. Có 36,2% bệnh nhân được nhân viên y tế giới thiệu ra khám và mua thuốc ở ngoài bệnh viện. 89% bệnh nhân hài lòng về chất lượng phục vụ, khám chữa bệnh tại bệnh viện và 93,1% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ trong thời gian khám chữa bệnh tại bệnh viện.

Từ khóa: Khám chữa bệnh, Bệnh viện Yên Khánh.

ABSTRACT:

CUSTOMER SATISFACTION TO HEALTH CARE SERVICES IN GENERAL HOSPITAL OF YENKHAH DISTRICT, NINH BINH PROVINCE

1. Trường Đại học Y - Dược Thái Bình
2. Trung tâm Y tế thành phố Ninh Bình

IN 2015

Survey results in the clinical situation in General hospital of Yen Khanh district, Ninh Binh province in 2015 showed that all patients were explained on their disease conditions and treatments. 36.2% of the patients were recommended to have examination and purchase drugs outside the hospital. 89% of patients satisfied with the quality of service and medical treatment at the hospital and 93.1% of patients satisfied with the service attitude during medical treatment in the hospital.

Keywords: Health care, curative care, Yen Khanh hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc đánh giá chất lượng của nội dung triển khai quản lý chất lượng bệnh viện sẽ theo nhiều tiêu chí. Trong đó

» Ngày nhận bài: 01/06/2017 | » Ngày phản biện: 06/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 13/06/2017

có việc thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận và việc bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên ít nhất là 3 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế. Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh là bệnh viện hạng III trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình. Trong những năm gần đây, bệnh viện đã được sự quan tâm của lãnh đạo Sở Y tế nên cơ sở vật chất của bệnh viện ngày càng được nâng cao hơn, cán bộ bệnh viện được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn ngày càng nhiều. Nhưng tỷ lệ người bệnh đến khám bệnh giảm nhẹ, năm 2013 tỷ lệ khám chữa bệnh giảm một phần do tâm lý của người dân tin tưởng nhiều hơn vào các bệnh viện tuyến trên. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Đánh giá sự hài lòng của khách hàng đến khám chữa bệnh tại địa bàn nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang kết hợp với nghiên cứu hồi cứu.

* *Cỡ mẫu*:

Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho cuộc điều tra xác định một tỷ lệ:

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

Với công thức và các thông số trên, cỡ mẫu được tính là 384. Trên thực tế số bệnh nhân đã nghiên cứu là 390. Trong đó, 190 bệnh nhân đến khám bệnh ngoại trú và 200 bệnh nhân điều trị nội trú.

* *Phương pháp chọn mẫu*

- Đối với bệnh nhân (hoặc người nhà BN) hiện đang điều trị tại bệnh viện từ 02 ngày trở lên: Lập danh sách bệnh nhân theo hồ sơ bệnh án sau đó bốc ngẫu nhiên sao cho đủ cỡ mẫu đã tính để tiến hành điều tra phỏng vấn.

- Đối với bệnh nhân (hoặc người nhà BN) đến khám hàng ngày: Lập danh sách bệnh nhân đến khám hàng ngày theo sổ đăng ký khám bệnh. Trong sổ bệnh nhân đến khám (Dự kiến 200 bệnh nhân đến khám mỗi ngày) để chọn 40 bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu hệ thống với khoảng cách mẫu $k = 200:40 = 5$. Chọn bệnh nhân đầu tiên ngẫu nhiên có số thứ tự nhỏ hơn 10; các BN tiếp theo có số thứ tự là: Số ngẫu nhiên + $(i-1) \times 5$. Các BN sau khi khám xong tại phòng khám sẽ được các điều tra viên tiếp đón và tiến hành phỏng vấn.

**Thời gian nghiên cứu*: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11 năm 2015 đến hết tháng 04 năm 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Lý do bệnh nhân đến bệnh viện

Lý do	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Trạm y tế giới thiệu	59	31,1	69	34,5	128	32,8
Tự biết	68	35,8	83	41,5	151	38,7
Bệnh viện là nơi đăng ký BHYT	62	32,6	46	23,0	108	27,7
Khác	1	0,5	2	1,0	3	0,8

Kết quả bảng trên cho biết lý do bệnh nhân đến bệnh viện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân tự biết bệnh viện là 38,7%; tỷ lệ bệnh nhân đến bệnh viện do trạm y tế giới thiệu

chiếm 32,8%; do Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh là nơi đăng ký khám bảo hiểm y tế chiếm 27,7%.

Bảng 3.2. Ý kiến của người bệnh về NVYT có thái độ thiếu lịch sự hoặc gây phiền hà sách nhiễu (n=390)

Mức độ	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có thường xuyên	2	1,1	4	2,0	6	1,5	> 0,05
Thỉnh thoảng	8	4,2	15	7,5	23	5,9	



Mức độ	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Chưa bao giờ	159	83,7	154	77,0	313	80,3	
Không có ý kiến	21	11,1	27	13,5	48	12,3	

Kết quả bảng trên cho thấy có 80,3% người bệnh cho rằng mình chưa bao giờ bị nhân viên y tế có thái độ thiếu lịch sự hoặc gây phiền hà sách nhiễu; có 12,3% người bệnh không có ý kiến gì về việc này; 5,9% người bệnh

cho rằng mình thỉnh thoảng bị nhân viên y tế có thái độ thiếu lịch sự và 1,5% người bệnh gặp tình huống này ở mức thường xuyên.

Bảng 3.3. Ý kiến của người bệnh về đối tượng có thái độ thiếu lịch sự hoặc gây phiền hà, sách nhiễu (n=29)

Đối tượng	BN khám (n=10)		BN điều trị (n=19)		Tổng (n=29)	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ%
Bác sĩ	2	2/10	2	2/19	4	13,8
Điều dưỡng	3	3/10	9	9/19	12	41,4
Nhân viên đón tiếp	2	2/10	4	4/19	6	20,7
Nhân viên các phòng ban	2	2/10	4	4/19	6	20,7
Nhân viên bảo vệ	1	1/10	0	0	1	3,4

Trong số 29 người bệnh từng bị nhân viên y tế có thái độ thiếu lịch sự hoặc gây phiền hà thì 41,4% từ đối tượng

điều dưỡng; 20,7% từ nhân viên đón tiếp; 20,7% từ nhân viên phòng ban; 13,8% từ bác sĩ.

Bảng 3.4. Ý kiến của người bệnh về NVYT tiếp xúc với những câu nói trống không, thiếu tôn trọng (n=26)

Đối tượng	BN khám (n=14)		BN điều trị (n=12)		Tổng (n=26)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bác sĩ	3	3/14	1	1/12	4	15,4
Điều dưỡng	10	10/14	11	11/12	21	80,8
Khác	1	1/14	0	0	1	3,8

Kết quả bảng trên cho thấy, trong số 26 bệnh nhân (6,7%) từng bị NVYT không tôn trọng, nói trống không thì chủ yếu là phàn nàn về thái độ của điều dưỡng (80,8%);

có 4 người phàn nàn về bác sĩ (15,4%); và 01 nhân viên bảo vệ chiếm 3,8%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh được giải thích về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị bệnh (n=390)

Giải thích tình trạng bệnh và phương pháp điều trị	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có	190	100,0	200	100,0	390	100,0
Không	0	0	0	0	0	0

Kết quả bảng trên cho thấy 100% bệnh nhân đều cho rằng mình đã được nhân viên y tế giải thích về tình trạng

bệnh tật và phương pháp điều trị.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người bệnh được giải thích khi làm các xét nghiệm, siêu âm, chụp X Quang (n=390)

Giải thích khi làm XN, SA, chụp X. quang	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	175	92,1	197	98,5	372	95,4	< 0,05
Không	15	7,9	3	1,5	18	4,6	

Kết quả bảng trên cho thấy 95,4% bệnh nhân cho rằng mình đã được nhân viên y tế giải thích khi làm các xét nghiệm, siêu âm, chụp X Quang; 4,6% bệnh nhân cho rằng mình chưa được giải thích.

Bảng 3.7. Tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn và cách sử dụng thuốc (n=390)

Hướng dẫn chế độ ăn và cách sử dụng thuốc	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	182	95,8	197	98,5	379	97,2	> 0,05
Không	8	4,2	3	1,5	11	2,8	

Kết quả bảng trên cho thấy 97,2% bệnh nhân cho rằng mình đã được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn uống và cách sử dụng thuốc; 2,8% bệnh nhân cho rằng mình chưa được hướng dẫn.

Bảng 3.8. Tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn nội quy, quyền, nghĩa vụ khi nằm điều trị nội trú (n=390)

Hướng dẫn nội quy, quyền và nghĩa vụ	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	187	98,4	198	99,0	385	98,7	> 0,05
Không	3	1,6	2	1,0	5	1,3	

Kết quả bảng trên cho thấy 98,7% bệnh nhân cho rằng mình đã được nhân viên y tế hướng dẫn nội quy, quyền và nghĩa vụ khi nằm điều trị nội trú; 1,3% bệnh nhân cho rằng mình chưa được hướng dẫn.

Bảng 3.9. Tỷ lệ người bệnh được tư vấn về bệnh tật, chế độ chăm sóc trong khi điều trị và sau khi về nhà (n=390)

Tư vấn về bệnh tật, chế độ chăm sóc trong khi điều trị và sau khi về nhà	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	167	87,9	196	98,0	363	93,1	< 0,05
Không	23	12,1	4	2,0	27	6,9	

Kết quả bảng trên cho thấy 93,1% bệnh nhân cho rằng mình đã được nhân viên y tế tư vấn về bệnh tật, chế độ chăm sóc trong khi điều trị và sau khi về nhà; 6,9% bệnh nhân cho rằng mình chưa được tư vấn.

Bảng 3.10. Ý kiến của người bệnh về thời gian chờ đợi để được khám chữa bệnh (n=390)

Ý kiến	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Chấp nhận được	174	91,6	190	95,0	364	93,3	> 0,05
Lâu quá	16	8,4	10	5,0	26	6,7	

Kết quả bảng trên cho thấy 93,3% bệnh nhân cho rằng thời gian chờ đợi để được khám bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh là chấp nhận được; 6,7% bệnh nhân cho rằng mình đã có thời gian chờ đợi lâu.

Bảng 3.11. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng về chất lượng phục vụ, khám chữa bệnh (n=390)

Hài lòng về chất lượng	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	164	86,3	183	91,5	347	89,0	> 0,05
Không	26	13,7	17	8,5	43	11,0	



Kết quả bảng trên cho thấy 89% bệnh nhân hài lòng về chất lượng phục vụ, khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh; 11% bệnh nhân cho rằng mình

không hài lòng về chất lượng phục vụ, khám chữa bệnh tại đây.

Bảng 3.12. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ trong thời gian khám chữa bệnh

Nội dung	BN khám (n=190)		BN điều trị (n=200)		Tổng (n=390)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Hài lòng	175	92,1	188	94,0	363	93,1	> 0,05
Chưa hài lòng	15	7,9	12	6,0	27	6,9	

Kết quả bảng trên cho thấy 93,1% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế trong thời gian khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Yên Khánh; 6,9% bệnh nhân cho rằng mình không hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế tại đây.

IV. BÀN LUẬN

Mỗi người bệnh khi khám đều mong muốn có người quen trong bệnh viện để tránh chờ đợi lâu, được thầy thuốc và nhân viên bệnh viện nhiệt tình. Người ta nhận thấy thiết lập mối quan hệ với thầy thuốc là điều “nên” của nhiều người bệnh.

Tỷ lệ hài lòng chung về khám bệnh, theo dõi, điều trị của người bệnh là 96,6%. Do người bệnh tin tưởng thầy thuốc, thăm khám bệnh hằng ngày và điều trị chu đáo, thái độ “vui vẻ, nhã nhặn, lịch sự” và cách hướng dẫn dặn dò đầy đủ của bác sĩ; Kết quả về thái độ chăm sóc của bác sĩ ở mức độ II tỷ lệ cao là 47,9%, sự có mặt của bác sĩ điều trị là 54%, sự giải thích của bác sĩ là 45%, đặc biệt sự thăm khám bệnh thường xuyên của bác sĩ lại cao nhất ở mức rất tốt 95,4%, đây chính là điểm mạnh của tập thể cán bộ y tế, bác sĩ điều trị nói riêng; Công tác chăm sóc, điều dưỡng. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh đa số ở mức độ II như: Hài lòng 49,4% về thái độ của điều dưỡng; Về sự giải thích của điều dưỡng 59,5%; Về điều dưỡng thực hiện kỹ năng 51,4%; Về phát thuốc đúng thời gian 52,8%; Về hướng dẫn sử dụng thuốc 58%. Về chăm sóc điều dưỡng là một hoạt động quan trọng của công tác điều trị toàn diện, vai trò chăm sóc điều dưỡng rất quan trọng góp phần vào chất lượng chuyên môn, sự an toàn và sự hài lòng của người bệnh, tỷ lệ hài lòng của người bệnh tuy thấp hơn bác sĩ nhưng ở mức cao 91,5%; Công tác phục vụ vệ sinh, ăn uống. Người bệnh hài lòng đa số mức độ II về vệ sinh

ngoại cảnh bệnh viện là 49,4%; Về vệ sinh tại phòng bệnh là 51,5%; Về thái độ của nhân viên làm công tác hộ lý là 50,6%; Về thường xuyên thay quần áo, khăn trải giường là 48%. Nhưng về phục vụ ăn uống thì ý kiến người bệnh hài lòng tỷ lệ thấp ở mức độ III là 38,4%. Tuy nhiên với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trước đây, do điều kiện nghiên cứu, cách tiếp cận bệnh nhân và do nhiều lý do khác mà có thể cao hơn hoặc thấp hơn so với kết quả mà chúng tôi nghiên cứu được. Điều này cũng có thể lý giải được vì ở mỗi loại bệnh viện đa khoa hoặc chuyên khoa khác nhau mà tính chất, đặc thù của công việc cũng khác nhau, cách nhìn nhận của bệnh nhân đối với sự cung ứng dịch vụ cũng như thái độ phục vụ của NVYT cũng khác nhau. Một vấn đề nữa chưa được đề cập đến đó những tác động mang tính khu vực, điều kiện và tình trạng dân trí của người bệnh tới các kết quả nghiên cứu của các đề tài nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Tất cả bệnh nhân đều được giải thích về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị. Còn một số bệnh nhân phản ánh chưa được giải thích khi làm các xét nghiệm và thăm dò chức năng; chưa được hướng dẫn về chế độ ăn và cách dùng thuốc

- Vẫn còn 36,2% bệnh nhân được nhân viên y tế giới thiệu ra khám và mua thuốc ở ngoài bệnh viện.

- 89% bệnh nhân hài lòng về chất lượng phục vụ, khám chữa bệnh tại bệnh viện và 93,1% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ trong thời gian khám chữa bệnh tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ Nội vụ (2008)**, Quyết định số 1354/QĐ-BNV ngày 22 tháng 10 năm 2008 về việc ban hành Quy tắc ứng xử của cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong các cơ quan hành chính, đơn vị sự nghiệp thuộc Bộ Nội vụ.
2. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa khám bệnh của bệnh viện.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 về việc ban hành thí điểm Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.

-----oOo-----

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN C CỦA NGƯỜI THAM GIA ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI TUYẾN HUYỆN, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2016

Đỗ Văn Dung¹, Hoàng Thị Hồng Hạnh²**TÓM TẮT**

Bằng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính dựa trên số liệu nghiên cứu 274 người tham gia điều trị methadone và phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm một số đối tượng liên quan của 4 cơ sở điều trị methadone tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình năm 2016, tác giả cho thấy: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C (HCV) cao hơn ở các nhóm: nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên, nhóm sống không có vợ/chồng, nhóm thất nghiệp, nhóm nghèo, nhóm quan hệ tình dục (QHTD) với các đối tượng không phải vợ/người yêu, đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người, với $p < 0,05$. Đối tượng sử dụng MTTT có xu hướng ở những nhóm có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần. Các nhóm có tỷ lệ hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV đó là: nhóm không đạt về kiến thức và thực hành, nhóm sử dụng ma túy tổng hợp, với $p < 0,05$.

SUMMARY

An analytical cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative research, was based on data from 274 participants in methadone treatment and in-depth interviews, and group discussions

on a number of subjects. Department of methadone treatment at district level in Ninh Binh province in 2016, the author showed that: study subjects (PBP) have higher rates of hepatitis C virus (HCV) infection in groups: age group 30 years and older unmarried group, unemployed group, poor group, sex group with non-spouses/ partners, especially sex workers, with $p < 0,05$. Patients with MTT tended to be in groups with longer MTD with an increased incidence of HCV infection. Groups of high-risk behavior for HCV infection were: those who did not receive knowledge and practice, the group using synthetic drugs, with $p < 0,05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút C (VGVRC) là một trong những nguyên nhân chính của bệnh lý gan trên toàn thế giới. Tần suất nhiễm HCV khác nhau tùy quốc gia - khu vực và phân bố typ gen HCV cũng khác nhau. Diễn tiến tự nhiên của VGVRC rất đa dạng, có thể tiến triển chậm hay nhanh; ngoài yếu tố vi rút, các yếu tố di truyền của bệnh nhân, hoàn cảnh môi trường cũng ảnh hưởng đến diễn tiến tự nhiên của từng cá thể bệnh nhân.

Trên toàn thế giới số người nhiễm HCV ước tính

1. Liên hiệp các Hội Khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình. Email: dungnb62@gmail.com. ĐT: 0916.162.135

2. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình

» Ngày nhận bài: 21/04/2017 | » Ngày phản biện: 05/05/2017 | » Ngày duyệt đăng: 11/05/2017

khoảng 170 triệu (tương đương 3% dân số). Tần suất nhiễm khác nhau tùy quốc gia và vùng lãnh thổ. Việt Nam chưa thấy công bố nào về điều tra một cách hệ thống về dịch tễ học của nhiễm HCV. Những số liệu đã công bố từ các tác giả khác nhau dựa trên các nghiên cứu các đối tượng không mang tính chất đại diện và phần lớn với số lượng hạn chế dẫn đến kết quả là tỷ lệ nhiễm HCV rất khác biệt với nhau từ 0,6% đến 6,1%. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dựa vào nhiều nguồn tài liệu thì tỷ lệ nhiễm HCV của Việt Nam là <6,1%.

Tỉnh Ninh Bình, với dân số khoảng 930.000 người nhưng cũng chưa có một điều tra dịch tễ hoặc nghiên cứu bài bản nào về HCV.

Toàn tỉnh hiện có 1.780 người nghiện chích ma túy được quản lý, ước tính có khoảng 2.500 người trên thực tế. Xét về đặc điểm dịch tễ học VGVRC, đường lây truyền cũng tương tự như HIV nhưng có sự khác nhau về mức độ trong từng đường lây; sự mắc bệnh VGVRC thường âm thầm, khó chẩn đoán và kiểm soát, các phác đồ điều trị và các biện pháp dự phòng chưa thực sự được quan tâm nên tỷ lệ nhiễm HCV có xu hướng gia tăng, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nghiện chích ma túy.

Để xác một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ nhiễm HCV và hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV của người đang tham gia điều trị methadone trong các cơ sở tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình, năm 2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài, nhằm mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ lây nhiễm vi rút viêm gan C của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Độ tuổi, hôn nhân của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Độ tuổi:				
≥30 tuổi	156 (64,7)	85 (35,3)	2,10 (1,00-4,51)	<0,05
<30 tuổi	14 (46,7)	16 (53,3)		
2. Tình trạng hôn nhân:				
Khác	63 (71,6)	25 (28,4)	1,79 (1,03-3,10)	<0,05
Đang có vợ/chồng	107 (58,5)	76 (41,5)		

- ĐTNC ở nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm tuổi dưới 30 tuổi (64,7% và 46,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR = 2,10 (CI95%: 1,03-3,10) và p<0,05.

Đối tượng nghiên cứu:

- Hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân đang điều trị methadone.
- Người bệnh đang điều trị methadone (từ 18 tuổi trở lên).
- Người dân trong cộng đồng, đại diện các tổ chức, ban ngành, đoàn thể tại cộng đồng và của địa bàn nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.
- Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + α: Khoảng tin cậy có thể chấp nhận, α = 5%.
 - + z: Hệ số giới hạn tin cậy (1,96).
 - + p: Tỷ lệ nhiễm HCV của người đang tham gia điều trị methadone tại Trung tâm HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình, năm 2015=76,3%.
 - + d: Độ chính xác mong muốn, d=0,06.
- Tính được n = 195. Thực tế số điều tra là 274.
- Phỏng vấn sâu 04 đối tượng. Thảo luận nhóm: 04 nhóm.
 - Phân tích xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0
 - So sánh tỷ lệ nghiên cứu theo kiểm định χ^2 , T-Test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ lây nhiễm HCV

- Nhóm ĐTNC đang sống chung với vợ/chồng, có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Bảng 3.2. Nghề nghiệp, thu nhập của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Nghề nghiệp trước khi điều trị MTD:				
Thất nghiệp	35 (79,5)	9 (20,5)	2,65 (1,22-5,76)	<0,01
Khác	135 (59,5)	92 (40,5)		
2. Thu nhập bình quân/tháng của hộ gia đình trước khi điều trị MTD:				
Nghèo	123 (68,0)	58 (32,0)	1,94 (1,16-3,26)	<0,01
Không nghèo	47 (52,2)	43 (47,8)		

- Nhóm ĐTNC Thất nghiệp, có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn các nhóm khác (79,5% và 59,5%), với OR=2,65 (CI95%: 1,22-5,76) và p<0,01.

- Nhóm đối tượng nghèo có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (68% và 52,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,01.

Bảng 3.3. Đối tượng quan hệ tình dục trong 12 tháng qua liên quan với nhiễm HCV (n=271)

Yếu tố	Nhiễm HCV		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Với vợ/người yêu:				
Có	140 (60,9)	90 (39,1)	0,57 (0,27-1,20)	>0,05
Không	30 (73,2)	11 (26,8)		
2. Với bạn tình bất chợt:				
Có	29 (70,7)	12 (29,3)	1,53 (0,74-3,14)	>0,05
Không	141 (61,3)	89 (38,7)		
3. Với PNMD:				
Có	73 (71,6)	29 (28,4)	1,87 (1,10-3,17)	<0,01
Không	97 (57,4)	72 (42,6)		
4. Với nhiều người cùng một thời điểm:				
Có	44 (88,0)	6 (12,0)	5,53 (2,26-13,51)	<0,01
Không	126 (57,0)	95 (43,0)		

- Nhóm QHTD với đối tượng là vợ/người yêu thì tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05.

- Các nhóm QHTD với các đối tượng khác đều có tỷ lệ nhiễm HCV cao. Đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người tại một thời điểm có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (88% và 57%), với OR=5,53 (CI95%: 2,26-13,51) và p<0,001.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng ta cũng có thể đặt một dấu "?" cho sự gia tăng tỷ lệ nhiễm HCV của ĐTNC, có phải chăng QHTD với nhiều đối tượng, đặc biệt là với nhiều người cùng một thời điểm mà người ta thường nói là quan hệ "bầy đàn" sau khi sử dụng ma túy đá, thuốc lắc... là một trong những lý do dẫn đến gia tăng tỷ lệ nhiễm HCV?...



Bảng 3.4. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=271):				
Có	29 (65,9)	15 (34,1)	1,18 (0,60-2,32)	>0,05
không	141 (62,1)	86 (37,9)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=226):				
Có	26 (63,4)	15 (36,6)	1,01 (0,50-2,03)	>0,05
Không	117 (63,2)	68 (36,8)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=163):				
Có	25 (80,6)	6 (19,4)	2,62 (1,01-6,83)	>0,05
Không	81 (61,4)	51 (38,6)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (77):				
Có	17 (77,3)	5 (22,7)	2,67 (0,73-7,04)	>0,05
Không	33 (60,0)	22 (40,0)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=34):				
Có	9 (81,8)	2 (18,2)	3,46 (0,61-19,72)	>0,05
Không	13 (56,5)	10 (43,5)		

Bảng 3.4 cho thấy đối tượng sử dụng MTTH có xu hướng ở những nhóm có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối tượng có thời gian điều trị MTD sau 12 tháng, với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Hành vi vi phạm pháp luật của ĐTNC trước điều trị MTD liên quan với nhiễm HCV

Hành vi vi phạm pháp luật	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
Có	104 (68,4)	48 (31,6)	1,74 (1,06-2,86)	<0,05
không	66 (55,5)	53 (44,5)		

Bảng 3.5 cho thấy, nhóm đối tượng có hành vi vi phạm pháp luật có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (68,4% và 55,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=1,74 (CI95%: 1,06-2,86) và $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Kiến thức và thực hành của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV (n=270)

Yếu tố	Dương tính với HCV		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Kiến thức:				
Đạt	67 (58,3)	48 (41,7)	0,73 (0,44-1,19)	>0,05
Không đạt	102 (65,8)	53 (34,2)		
2. Thực hành:				
Đạt	56 (48,3)	60 (51,7)	0,34 (0,20-0,56)	<0,01
Không đạt	113 (73,4)	41 (26,6)		

Bảng 3.6 cho thấy:

- Nhóm đối tượng đạt về kiến thức phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.
- Nhóm đối tượng đạt về thực hành phòng, chống

HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác (48,3% và 73,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $OR = 0,34$ (0,20-0,56) và $p < 0,01$.

3.2. Một số yếu tố liên quan với các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV

Bảng 3.7. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với QHTD nhiều người trong trong 12 tháng qua

Sử dụng MTTH	QHTD với nhiều người		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=274):				
9,42	24 (54,5)	20 (45,5)	0,73 (0,44-1,19)	>0,05
(4,58-19,35)	26 (11,3)	204 (88,7)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=229):				
Có	26 (63,4)	15 (36,6)	18,63 (8,24-42,15)	<0,01
Không	16 (8,5)	172 (91,5)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=165):				
Có	23 (74,2)	8 (25,8)	52,16 (17,24-157,86)	<0,001
Không	7 (5,2)	127 (94,8)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=79):				
Có	15 (68,2)	7 (31,8)	28,39 (7,32-110-14)	<0,001
Không	4 (7,0)	53 (93,0)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	8 (72,7)	3 (27,3)	13,33 (2,42-73,48)	<0,001
Không	4 (16,7)	20 (83,3)		

Bảng 3.7 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ QHTD với nhiều người cùng một thời điểm cao hơn nhóm khác. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Kết quả này cũng được minh chứng thêm

bởi ý kiến của nhóm ĐTNC, khi thảo luận nhóm họ cho hay: "khi sử dụng ma túy đá họ thường đi theo nhóm có nam, có nữ và sau khi phê thuốc thường nảy sinh nhu cầu QHTD và họ sinh hoạt chung mà không sử dụng bao cao su".

Bảng 3.8. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với sử dụng chung BKT trước điều trị MTD

Sử dụng MTTH	Sử dụng chung BKT		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=274):				
Có	24 (54,5)	20 (45,5)	1,29 (0,67-2,46)	>0,05
không	111 (48,3)	119 (51,7)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=229):				
Có	23 (56,1)	18 (43,9)	1,31 (0,66-2,58)	>0,05
Không	93 (49,5)	95 (50,0)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=165):				
Có	20 (64,5)	11 (35,5)	1,66 (0,74-3,74)	>0,05
Không	70 (52,2)	64 (47,8)		



Sử dụng MTTH	Sử dụng chung BKT		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=79):				
Có	14 (63,6)	8 (36,4)	1,94 (0,71-5,35)	>0,05
Không	27 (47,6)	30 (52,6)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	7 (63,6)	4 (36,4)	2,45 (0,56-10,68)	>0,05
Không	10 (41,7)	14 (58,3)		

Bảng 3.8 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ sử dụng chung BKT khi TCMT cao hơn nhóm khác. Tuy nhiên sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với kiến thức

Sử dụng MTTH	Kiến thức		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=273):				
Có	14 (31,8)	30 (68,2)	0,58 (0,29-1,15)	>0,05
không	102 (44,5)	127 (55,5)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=228):				
Có	12 (29,3)	29 (70,7)	0,46 (0,22-0,95)	>0,05
Không	89 (47,6)	98 (52,4)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=164):				
Có	11 (35,5)	20 (64,5)	0,69 (0,31-1,55)	>0,05
Không	59 (44,4)	74 (55,6)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=78):				
Có	5 (22,7)	17 (77,3)	0,37 (0,19-1,13)	>0,05
Không	25 (44,6)	31 (55,4)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	2 (18,2)	9 (81,8)	0,22 (0,04-1,25)	>0,05
Không	12 (50,0)	12 (50,0)		

Bảng 3.9 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ đạt về kiến thức phòng, chống HCV thấp hơn nhóm khác. Tuy nhiên sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với thực hành

Sử dụng MTTH	Thực hành		OR (CI 95%)	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=274):				
Có	11 (25,0)	33 (75,0)	0,38 (0,19-0,80)	<0,01
không	107 (46,5)	123 (53,5)		

Sử dụng MTTH	Thực hành		OR (CI _{95%})	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=229):				
Có	9 (22,0)	32 (78,0)	0,26 (0,12-0,58)	<0,01
Không	97 (51,6)	91 (48,4)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=165):				
Có	7 (22,6)	24 (77,4)	0,20 (0,08-0,49)	<0,01
Không	80 (59,7)	54 (40,3)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=79):				
Có	7 (31,8)	15 (68,2)	0,52 (0,09-0,72)	<0,01
Không	37 (64,9)	20 (35,1)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	2 (18,2)	9 (81,8)	0,09 (0,02-0,54)	<0,01
Không	17 (70,8)	7 (29,2)		

Bảng 3.10 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ đạt về thực hành phòng, chống HCV thấp hơn nhóm khác. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

Bảng 3.11. Kiến thức và thực hành của ĐTNC liên quan với sử dụng chung BKT trước điều trị MTD trong vòng 1 tháng

Yếu tố	Sử dụng chung BKT (n=273)		OR (CI _{95%})	p
	Có, SL (%)	Không, SL (%)		
1. Kiến thức:				
Đạt	51 (44,0)	65 (56,0)	0,70 (0,43-1,33)	>0,05
Không đạt	83 (52,9)	74 (47,1)		
2. Thực hành:				
Đạt	37 (31,6)	80 (68,4)	0,28 (0,17-0,46)	<0,01
Không đạt	98 (62,8)	58 (37,2)		

- Nhóm đạt về kiến thức phòng, chống HCV có tỷ lệ sử dụng chung BKT khi TCMT ở thời điểm trước điều trị MTD trong vòng 1 tháng thấp hơn nhóm khác (44,0% và 52,9%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Nhóm đạt về thực hành phòng, chống HCV có tỷ lệ sử dụng chung BKT khi TCMT ở thời điểm trước điều trị MTD trong vòng 1 tháng thấp hơn nhóm khác (44,0% và 52,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

Tóm lại, khi đánh giá sự liên quan của các nhóm ĐTNC đạt về kiến thức và thực hành với một số hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV, chúng ta thấy có sự liên quan giữa thực hành với các hành vi nguy cơ cao chặt chẽ hơn so với lý thuyết.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 274 người đang tham gia điều trị methadone và các cuộc thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, chúng ta đưa ra một số kết luận sau:

- ĐTNC ở nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm tuổi dưới 30 tuổi; Nhóm sống có vợ/chồng, có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn, với $p < 0,05$; Nhóm không có nghề nghiệp, có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn, với $p < 0,01$; Nhóm nghèo có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn, với $p < 0,01$.

- Các nhóm QHTD với các đối tượng không phải vợ/ người yêu đều có tỷ lệ nhiễm HCV cao, đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người, $p < 0,01$.

- Đối tượng sử dụng MTTH có xu hướng ở những nhóm



có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần.

- Nhóm đối tượng có hành vi vi phạm pháp luật có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác, với $p < 0,05$.

- Nhóm đối tượng đạt về kiến thức phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác, với $p > 0,05$; Nhóm đối tượng đạt về thực hành phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác, với $p < 0,01$.

- Nhóm sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ QHTD với nhiều người cùng một thời điểm cao hơn nhóm khác, với $p < 0,001$.

- Nhóm sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ sử dụng chung BKT khi TCMT cao hơn nhóm khác, với $p > 0,05$.

- Các nhóm sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành phòng, chống HCV thấp hơn nhóm khác (nhóm đạt về thực hành có $p < 0,01$).

- Các nhóm đạt về kiến thức và thực hành phòng, chống HCV có tỷ lệ sử dụng chung BKT khi TCMT ở thời điểm trước điều trị MTD trong vòng 1 tháng đều thấp hơn nhóm khác (nhóm đạt về thực hành có $p < 0,01$).

V. KHUYẾN NGHỊ

4.1. Nâng cao kiến thức và thực hành của ĐTNC

về phòng, chống lây nhiễm HCV và tăng cường truyền thông thay đổi hành vi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ĐTNC còn thiếu kiến thức và thực hành phòng, chống HCV, do vậy đề nghị ngành y tế nói riêng và toàn xã hội nói chung phải xây dựng một kế hoạch chi tiết cho chương trình phòng, chống HCV. Trước mắt là có kế hoạch và chương trình phòng, chống HCV cho đối tượng nghiện chích ma túy.

Đối tượng có nguy cơ cao lây nhiễm HCV phần lớn nằm trong nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV, HBV, do vậy chúng ta cần lồng ghép các hoạt động phòng, chống HCV vào các hoạt động phòng, chống HIV, HBV và luôn phải nhấn mạnh khái niệm HCV. Hầu hết các nghiên cứu gần đây về tỷ lệ lây nhiễm HCV đều thấy có xu hướng ngày càng tăng cao trong các đối tượng đích, do vậy vấn đề nhiễm HCV và hậu quả của nó là khôn lường.

4.2. Hệ thống chính trị các cấp phải vào cuộc mạnh mẽ hơn nữa đối với tệ nạn ma túy nói chung và ma túy tổng hợp nói riêng.

Kết quả nghiên cứu đã góp phần minh chứng rõ nét hơn về hậu quả của vấn đề sử dụng ma túy tổng hợp. Từ kết quả ban đầu trong nghiên cứu, có thể gợi ý cho chúng ta một hướng nghiên cứu sâu hơn để khẳng định hậu quả của những người sử dụng MTTH trong lây nhiễm HCV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 4817/QĐ-BYT, về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C".
2. Hoàng Đình Cảnh (2014), Đánh giá hiệu quả mô hình "Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone" tại thành phố Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh (2009-2011), Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội, Tr. 119-120.
3. Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh (2015), Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đang điều trị các chất dạng thuốc phiện tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình năm 2015, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tháng 01-02/2016, số 27+28, tr. 36-43.
4. Hiệp hội Nghiên cứu bệnh gan châu Âu (EASL) về điều trị viêm gan C (2015), Hướng dẫn điều trị viêm gan C mạn tính.
5. European Association for the Study of the Liver (2011), EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection, *Journal of Hepatology*, 55, pp. 245-264.
6. Javanbakht M., Mirahmadizadeh A., Mashayekhi A., et al. (2014), The Long-Term Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prevention of Hepatitis C Virus Among Illicit Drug Users: A Modeling Study, *Iran Red Crescent Med J.*, 16(2): e13484.

THỰC TRẠNG NHIỄM VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN C CỦA NGƯỜI THAM GIA ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI 4 HUYỆN THUỘC TỈNH NINH BÌNH

Hoàng Thị Hồng Hạnh¹, Đỗ Văn Dung², Lương Xuân Hiến³

TÓM TẮT

Bằng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính dựa trên số liệu nghiên cứu 274 người tham gia điều trị methadone và phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm một số đối tượng liên quan của 4 cơ sở điều trị methadone tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình năm 2016, tác giả cho thấy: tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C (HCV) là 62,7%, số đối tượng biết cả 3 đường lây nhiễm HCV chỉ chiếm 51,1%, kiến thức về dự phòng theo đường máu (81,4%) và đường quan hệ tình dục an toàn (75,5%), các dự phòng khác chiếm tỷ lệ từ 24,5% - 44,5%. Thực hành của đối tượng về phòng, chống lây nhiễm HCV: trong tháng trước điều trị methadone vẫn còn 49,3% dùng chung bơm kim tiêm (BKT), đối tượng sử dụng bao cao su (BCS) thường xuyên khi quan hệ tình dục (QHTD) với phụ nữ mại dâm (PNMD) chiếm tỷ lệ 70,6%, với vợ, bạn tình bất chợt, tỷ lệ từ 23% - 24,6%, đặc biệt khi họ QHTD với nhiều người cùng một thời điểm tỷ lệ sử dụng BCS chỉ chiếm 2,0%.

SUMMARY

An analytical cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative research, was based on data from 274 participants in methadone treatment and in-depth interviews, and group discussions on a number of subjects. Department of methadone treatment in the district of Ninh Binh province in 2016, the author showed that: hepatitis C virus (HCV) infection rate is 62,7%, the subjects know all three routes of HCV infection accounted for only 51,1 %, Knowledge about blood glucose prophylaxis (81,4%) and safe sex (75,5%), other prevention accounted for 24,5% - 44,5%. Practices

of HCV prevention and control: In the past month methadone treatment was still 49,3% sharing needles and syringes (condom users) regularly using sex with sex workers (FSW) accounted for 70,6%, with casual partners, ranging from 23% to 24,6%, especially when they had sex with multiple people at the same time. The condom use rate is only 2.0%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút C (VGVRC) là một trong những nguyên nhân chính của bệnh lý gan trên toàn thế giới. Tần suất nhiễm HCV khác nhau tùy quốc gia - khu vực và phân bố typ gen HCV cũng khác nhau. Diễn tiến tự nhiên của VGVRC rất đa dạng, có thể tiến triển chậm hay nhanh; ngoài yếu tố vi rút, các yếu tố di truyền của bệnh nhân, hoàn cảnh môi trường cũng ảnh hưởng đến diễn tiến tự nhiên của từng cá thể bệnh nhân.

Trên toàn thế giới số người nhiễm HCV ước tính khoảng 170 triệu (tương đương 3% dân số). Tần suất nhiễm khác nhau tùy quốc gia và vùng lãnh thổ. Việt Nam chưa thấy công bố nào về điều tra một cách hệ thống về dịch tễ học của nhiễm HCV. Những số liệu đã công bố từ các tác giả khác nhau dựa trên các nghiên cứu các đối tượng không mang tính chất đại diện và phần lớn với số lượng hạn chế dẫn đến kết quả là tỷ lệ nhiễm HCV rất khác biệt với nhau từ 0,6% đến 6,1%. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dựa vào nhiều nguồn tài liệu thì tỷ lệ nhiễm HCV của Việt Nam là <6,1%.

Tỉnh Ninh Bình, với dân số khoảng 930.000 người nhưng cũng chưa có một điều tra dịch tễ hoặc nghiên cứu bài bản nào về HCV.

Toàn tỉnh hiện có 1.780 người nghiện chích ma túy

1. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình

2. Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật tỉnh Ninh Bình. ĐT: 0916.162.135 - Email: dungnb62@gmail.com

3. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

được quản lý, ước tính có khoảng 2.500 người trên thực tế. Xét về đặc điểm dịch tễ học VGVRC, đường lây truyền cũng tương tự như HIV nhưng có sự khác nhau về mức độ trong từng đường lây; sự mắc bệnh VGVRC thường âm thầm, khó chẩn đoán và kiểm soát, các phác đồ điều trị và các biện pháp dự phòng chưa thực sự được quan tâm nên tỷ lệ nhiễm HCV có xu hướng gia tăng, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nghiện chích ma túy.

Để xác định tỷ lệ lây nhiễm HCV và đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành của người đang tham gia điều trị methadone trong các cơ sở tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình, năm 2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài, nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành về phòng chống lây nhiễm vi rút viêm gan C của người tham gia điều trị methadone tại 4 huyện/thành phố thuộc tỉnh Ninh Bình năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

- Hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân đang điều trị methadone.
- Người bệnh đang điều trị methadone (từ 18 tuổi trở lên).
- Người dân trong cộng đồng, đại diện các tổ chức, ban ngành, đoàn thể tại cộng đồng và của địa bàn nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.
- Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

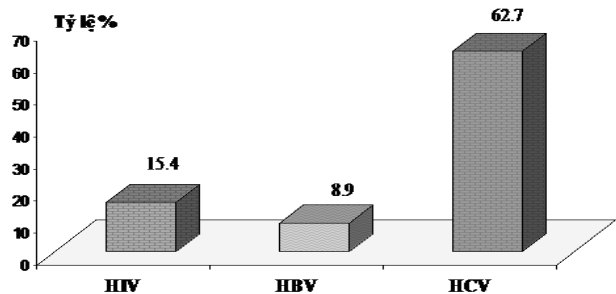
Trong đó:

- + α : Khoảng tin cậy có thể chấp nhận, $\alpha = 5\%$.
 - + z : Hệ số giới hạn tin cậy (1,96).
 - + p : Tỷ lệ nhiễm HCV của người đang tham gia điều trị methadone tại Trung tâm HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình, năm 2015=76,3%.
 - + d : Độ chính xác mong muốn, $d=0,06$.
- Tính được $n = 195$. Thực tế số điều tra là 274.
- Phòng vấn sâu 04 đối tượng. Thảo luận nhóm: 04 nhóm.
 - Phân tích xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0
 - So sánh tỷ lệ nghiên cứu theo kiểm định χ^2 , T-Test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Xác định tỷ lệ nhiễm vi rút HCV của ĐTNC

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm HIV, HBV và HCV của ĐTNC trước điều trị MTD



Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV trong ĐTNC tương đối cao chiếm 62,7%. Trong số đó, tỷ lệ nhiễm HIV (15,4%) và HBV (8,9%) thường ổn định và ở mức thấp. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trong nước và thế giới, theo Hoàng Đình Cảnh (2011) là 56,9% [2], theo Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh (2015) là 76,3% [3], theo Hiệp Hội nghiên cứu bệnh Gan mật châu Âu là 64%-85% [4],[5].

Bảng 3.1. Phân bố ĐTNC nhiễm HCV theo cơ sở điều trị, học vấn, hôn nhân và nghề nghiệp (n=271)

Thời gian	SL (%)	p
1. Theo cơ sở điều trị		
1) Hoa Lư (40)	10 (24,4)	p(1,2)<0,001
p(1,3)<0,001	30 (75,0)	
p(1,4)<0,01	102 (71,3)	
2) Tam Điệp (40)	30 (75,0)	
3) Nho Quan (143)	102 (71,3)	
4) Gia Viễn (47)	28 (59,6)	
2. Theo học vấn		
1) Không biết chữ (3)	2 (66,7)	p>0,05
2) Tiểu học (24)	12 (50,0)	
3) THCS (125)	81 (64,8)	
4) THPT (114)	71 (62,3)	
5) Từ TCCN trở lên (5)	4 (80,0)	
3. Theo tình trạng hôn nhân		
1) Chưa lập gia đình (54)	39 (72,2)	p (1,2)<0,05
2) Có vợ/chồng (183)	107 (58,5)	
3) Ly thân (11)	7 (63,6)	
4) Ly dị (22)	16 (72,7)	
5) Góa (1)	1 (100,0)	

Thời gian	SL (%)	p
4. Theo nghề nghiệp (trước khi tham gia điều trị MTD)		
1) Thất nghiệp (44)	35 (79,5)	p(1,2)<0,01
2) Lao động tự do (138)	76 (55,1)	
3) Nghề nông (23)	16 (69,6)	
4) Kinh doanh/ buôn bán (11)	9 (81,8)	
5) Lái xe (42)	27 (64,3)	
6) Công chức/ viên chức (9)	5 (55,6)	

Bảng 3.1 cho thấy:

- ĐTNC phân theo cơ sở điều trị MTD thì ở Hoa Lư có tỷ lệ nhiễm HCV thấp nhất (24,7%), tỷ lệ này cao nhất ở Tam Điệp (75%) và Nho Quan (71,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

- Nếu phân theo học vấn, thì nhóm đối tượng không biết chữ (66,7%) và nhóm có trình độ từ TCCN trở lên (80%) có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Nếu phân theo tình trạng hôn nhân, ngoài nhóm có vợ/chồng có tỷ lệ nhiễm HCV (58,5%) thấp nhất, còn các nhóm khác thường có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn (từ 63,6% - 100%). Riêng nhóm có vợ/chồng, tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm chưa lập gia đình và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

- Nếu phân theo nghề nghiệp (trước khi điều trị MTD), thì nhóm lao động tự do có tỷ lệ nhiễm HCV (55,1%) thấp nhất; thấp hơn nhóm thất nghiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

Bảng 3.2. Phân bố ĐTNC theo xét nghiệm HCV dương tính mới theo thời gian

Thời gian	SL	Tỷ lệ (%)
Sau điều trị MTD 6 tháng (n=35)	1	2,9
Sau điều trị MTD 12 tháng (n=40)	1	2,5
Sau điều trị MTD 18 tháng (n=8)	0	0
Sau điều trị MTD 24 tháng (n=8)	0	0
Tổng số: n= 91	2	2,2

Bảng 3.8 cho thấy, số đối tượng tham gia điều trị MTD có tỷ lệ rất nhỏ nhiễm HCV trong quá trình điều trị (từ 2,5% - 2,9%). Tỷ lệ này không xuất hiện ở nhóm có thời gian điều trị MTD từ sau 18 tháng trở lên. Theo Hoàng Đình Cảnh tỷ lệ nhiễm HCV sau 12 tháng điều trị tăng 0,5%, thấp hơn so với kết quả tại nghiên cứu này

(2,9%), sau 24 tháng tăng lên 2,4%, cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu (0%) [2].

3.2. Kiến thức của ĐTNC về phòng, chống lây nhiễm HCV

Bảng 3.3. Kiến thức về đường lây, đường không lây HCV (n=274)

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
1. Đường lây truyền HCV:		
Đường máu (là chủ yếu)	222	81,0
QHTD không an toàn	190	69,3
Mẹ sang con	151	55,1
Cả 3 đường trên	140	51,1
2. Đường không lây truyền HCV:		
Mức bọt, nước mắt, nước tiểu	116	42,3
Giao tiếp, tiếp xúc thông thường	177	64,6
Muối, bọt chét đốt	156	56,9

- ĐTNC có kiến thức về đường lây nhiễm HCV chiếm tỷ lệ từ 55,1% - 81%. Số đối tượng biết cả 3 đường lây nhiễm HCV chỉ chiếm 51,1%, nói cách khác đối tượng biết đầy đủ đường lây nhiễm HCV chỉ khoảng một nửa số họ.

- Tỷ lệ đối tượng biết về đường không lây nhiễm HCV chiếm tỷ lệ tương đối thấp, từ 42,3% - 64,6%.

Bảng 3.4. Kiến thức về cách dự phòng lây nhiễm HCV (n=274)

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
1. Chưa có vắc xin phòng lây nhiễm HCV	67	24,5
2. Theo đường máu: không dùng chung BKT, điều trị nghiện ma túy bằng thuốc Methadone...	223	81,4
3. Theo đường tình dục: chung thủy, tình dục an toàn (dùng BCS)...	207	75,5
4. Đường lây từ mẹ sang con: GDSK cho phụ nữ mang thai, sinh con khi mẹ nhiễm HCV, cho con bú; dùng thuốc chống HCV...	112	44,5

Bảng 3.4 cho thấy, kiến thức của ĐTNC về cách dự phòng lây nhiễm HCV cao ở dự phòng theo đường máu (81,4%) và đường quan hệ tình dục an toàn (75,5%). Các dự phòng khác có tỷ lệ hiểu biết thấp hơn, chiếm tỷ lệ từ 24,5% - 44,5%.



Bảng 3.5. Kiến thức về hậu quả của nhiễm HCV (n=274)

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
1. Gây viêm gan cấp	146	53,3
2. Gây viêm gan mạn	139	50,7
3. Bệnh diễn biến trầm lắng, nếu không điều trị có thể dẫn đến xơ gan, ung thư gan	167	60,9

Bảng 3.5 cho thấy, ĐTNC chưa quan tâm nhiều đến diễn biến và hậu quả của vấn đề lây nhiễm HCV. Đối tượng biết về diễn biến và hậu quả của vấn đề lây nhiễm HCV chiếm tỷ lệ tương đối thấp, giao động từ 48,5% - 60,9%.

Hộp 3.1. Một số đánh giá về kiến thức phòng, chống HCV

Qua thảo luận nhóm, những người đang tham gia điều trị methadone cho hay: phần lớn trong số họ không hay biết gì về vi rút viêm gan C, bệnh viêm gan vi rút C (kể cả viêm gan vi rút B). Họ chỉ được thông báo đã mắc viêm gan vi rút C và cũng hầu như không được cung cấp các thông tin, kiến thức về phòng, chống viêm gan C; một số đối tượng có biết chút ít về viêm gan vi rút C nhưng họ cho rằng bệnh này nhẹ hơn nhiều so với HIV/AIDS nên họ cũng không cần quan tâm về nó. Với bệnh HIV/AIDS, đối tượng biết tương đối rõ đường lây, cách phòng chống nhưng khi thiếu ma túy mà họ có nhu cầu sử dụng thì bất chấp và sẵn sàng có các hành vi không an toàn như sử dụng chung bơm kim tiêm.

Theo đánh giá của Trường các cơ sở điều trị methadone, của cơ quan chức năng tại địa phương và cộng đồng: cũng đồng quan điểm là đối tượng không biết và không quan tâm tới bệnh viêm gan vi rút C. Mọi thông tin về vi rút viêm gan C và bệnh viêm gan vi rút C của đối tượng rất mù mờ, họ chỉ biết rõ hơn về bệnh HIV/AIDS mà thôi.

3.3. Thực hành về phòng, chống lây nhiễm HCV

Bảng 3.6. Phân bố ĐTNC sử dụng chung BKT khi TCMT (n=274)

Thời gian	SL	Tỷ lệ (%)
Trước điều trị MTD (n=274)	135	49,3
Sau 6 tháng (n=228)	3	1,3
Sau 12 tháng (n=166)	2	1,2
Sau 18 tháng (n=79)	0	0,0
Sau 24 tháng (n=34)	0	0,0

Bảng 3.6 cho thấy, ĐTNC trong tháng trước điều trị MTD vẫn còn gần một nửa (49,3%) trong số họ dùng chung BKT khi TCMT, nhưng tỷ lệ này giảm nhanh sau

12 tháng điều trị MTD và không còn dùng chung BKT ở các thời điểm tiếp theo.

Bảng 3.7. Phân bố ĐTNC theo đối tượng QHTD 12 tháng qua (n=274)

Đối tượng	SL	Tỷ lệ (%)
Vợ/người yêu	232	84,7
Bạn tình bất chợt	42	15,3
PNMD	103	37,6
QHTD với nhiều người cùng một thời điểm	50	18,2

Bảng 3.7 cho thấy, ĐTNC trong 12 tháng qua họ có QHTD với vợ hoặc người yêu chiếm tỷ lệ cao nhất (84,7%), sau đó là với PNMD chiếm 37,6%, với nhiều người tại một thời điểm chiếm 18,2% và với bạn tình bất chợt chiếm tỷ lệ thấp nhất (15,3%).

Bảng 3.8. Phân bố ĐTNC có sử dụng BCS thường xuyên khi QHTD với các đối tượng trong 12 tháng qua

Đối tượng	SL	Tỷ lệ (%)
Vợ/người yêu (n=230)	53	23,0
Bạn tình bất chợt (n=43)	11	24,6
PNMD (n=102)	72	70,6
QHTD với nhiều người cùng một thời điểm (n=50)	1	2,0

Bảng 3.8 cho thấy, ĐTNC khi QHTD với PNMD thì họ thường sử dụng BCS, tỷ lệ này là cao nhất, chiếm 70,6%. Khi QHTD với vợ, người yêu, bạn tình bất chợt, tỷ lệ sử dụng BCS khoảng 23% - 24,6%. Đặc biệt khi họ QHTD với nhiều người tại một thời điểm thường họ không sử dụng BCS, tỷ lệ sử dụng BCS chỉ chiếm 2,0%.

Bảng 3.9. Phân bố ĐTNC có sử dụng BCS thường xuyên khi QHTD với các đối tượng trong lần gần đây nhất và trong tháng qua

Đối tượng	SL	Tỷ lệ (%)
Lần gần đây nhất:		
Vợ/người yêu (n=226)	65	28,8
Bạn tình bất chợt (n=27)	6	22,2
PNMD (n=62)	44	71,0
QHTD với nhiều người cùng một thời điểm (n=44)	0	0,0
Trong tháng qua:		
Vợ/người yêu (n=206)	54	26,2
Bạn tình bất chợt (n=9)	4	44,4
PNMD (n=37)	26	70,3
QHTD với nhiều người cùng một thời điểm (n=29)	1	3,4

Bảng 3.9 cho thấy, ĐTNC khi QHTD với các đối tượng trong lần gần đây nhất và trong tháng qua, kết quả cũng gần tương tự như trong 12 tháng qua.

Hộp 3.2. Một số đánh giá về thực hành phòng, chống HCV của ĐTNC

Qua thảo luận nhóm của ĐTNC, họ chia sẻ "khi mới sử dụng CDTP thì người nghiện thường có QHTD với PNMD hoặc bạn tình bất chợt, nhưng khi sử dụng lâu năm CDTP thì rất ít khi có nhu cầu QHTD vì chỉ chú ý đến kiếm tiền và ma túy"; "khi họ sử dụng ma túy đá, nhu cầu QHTD thường xuất hiện sau khi sử dụng nên họ thường đi theo nhóm có cả nam và nữ và không sử dụng BCS; quan hệ tình dục tập thể nam và nữ là chính, không có quan hệ đồng tính".

Khi chia sẻ với những người phụ trách tệ nạn xã hội của 2 địa phương nghiên cứu, họ cho rằng "người sử dụng heroin thì ít nghĩ đến vấn đề QHTD, nhưng người sử dụng ma túy đá thì có vẻ thích nói đến vấn đề này, tôi cũng nghe người nghiện nói đến QHTD tập thể sau khi sử dụng ma túy đá nhưng chưa có bằng chứng về việc đó".

Với những người phụ trách cơ sở điều trị MTD và cộng đồng khi chia sẻ về QHTD của ĐTNC, hầu hết họ cũng không nắm rõ những hành vi của ĐTNC, họ chỉ biết rằng khi người nghiện sử dụng ma túy đá thường không làm chủ được bản thân và có xu hướng gia tăng vi phạm pháp luật.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 274 người đang tham gia điều trị methadone và các cuộc thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, chúng ta đưa ra một số kết luận sau:

4.1. Tỷ lệ nhiễm HCV của ĐTNC

- Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV trong ĐTNC tương đối cao chiếm 62,7%. Trong số đó, tỷ lệ nhiễm HIV 15,4% và HBV (8,9%).

- Theo cơ sở điều trị MTD thì ở Hoa Lư có tỷ lệ nhiễm HCV thấp nhất (24,7%), tỷ lệ này cao nhất ở Tam Điệp (75%) và Nho Quan (71,3%).

- Theo học vấn, nhóm không biết chữ 66,7% và nhóm có trình độ từ TCCN trở lên có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn (80%).

- Theo tình trạng hôn nhân, nhóm có vợ/chồng có tỷ lệ nhiễm HCV (58,5%) thấp nhất, các nhóm khác có tỷ lệ nhiễm HCV từ 63,6% - 100%.

- Nếu phân theo nghề nghiệp (trước khi điều trị MTD), thì nhóm lao động tự do có tỷ lệ nhiễm HCV (55,1%) thấp nhất.

- Tỷ lệ nhiễm mới HCV của đối tượng tham gia điều trị MTD có tỷ lệ rất nhỏ trong quá trình điều trị (từ 2,5% - 2,9%).

4.2. Kiến thức của ĐTNC về phòng, chống lây nhiễm HCV

- ĐTNC có kiến thức về đường lây nhiễm HCV chiếm tỷ lệ từ 55,1% - 81%. Số đối tượng biết cả 3 đường lây nhiễm HCV chỉ chiếm 51,1%.

- Tỷ lệ đối tượng biết về đường không lây nhiễm HCV chiếm tỷ lệ tương đối thấp, từ 42,3% - 64,6%.

- Kiến thức về dự phòng theo đường máu (81,4%) và đường quan hệ tình dục an toàn (75,5%). Các dự phòng khác chiếm tỷ lệ từ 24,5% - 44,5%.

4.3. Thực hành của ĐTNC về phòng, chống lây nhiễm HCV

- ĐTNC trong tháng trước điều trị MTD vẫn còn 49,3% dùng chung BKT khi TCMT, nhưng tỷ lệ này giảm nhanh trong quá trình điều trị MTD.

- ĐTNC sử dụng BCS khi QHTD: với PNMD tỷ lệ này là cao nhất, chiếm 70,6%; với vợ, bạn tình bất chợt, tỷ lệ từ 23% - 24,6%. Đặc biệt khi họ QHTD với nhiều người tỷ lệ sử dụng BCS chỉ chiếm 2,0%.

V. KHUYẾN NGHỊ

4.1. Nâng cao kiến thức và thực hành của ĐTNC về phòng, chống lây nhiễm HCV và tăng cường truyền thông thay đổi hành vi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ĐTNC còn thiếu kiến thức và thực hành phòng, chống HCV, do vậy đề nghị ngành y tế nói riêng và toàn xã hội nói chung phải xây dựng một kế hoạch chi tiết cho chương trình phòng, chống HCV. Trước mắt là có kế hoạch và chương trình phòng, chống HCV cho đối tượng nghiện chích ma túy.

Đối tượng có nguy cơ cao lây nhiễm HCV phần lớn nằm trong nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV, HBV, do vậy chúng ta cần lồng ghép các hoạt động phòng, chống HCV vào các hoạt động phòng, chống HIV, HBV và luôn phải nhấn mạnh khái niệm HCV. Hầu hết các nghiên cứu gần đây về tỷ lệ lây nhiễm HCV đều thấy có xu hướng ngày càng tăng cao trong các đối tượng đích, do vậy vấn đề nhiễm HCV và hậu quả của nó là khôn lường.

4.2. Hệ thống chính trị các cấp phải vào cuộc mạnh mẽ hơn nữa đối với tệ nạn ma túy nói chung và ma túy tổng hợp nói riêng.

Kết quả nghiên cứu đã góp phần minh chứng rõ nét hơn về hậu quả của vấn đề sử dụng ma túy tổng hợp. Từ kết quả ban đầu trong nghiên cứu, có thể gợi ý cho chúng ta có một hướng nghiên cứu sâu hơn để khẳng định hậu quả của những người sử dụng MTHH trong lây nhiễm HCV.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 4817/QĐ-BYT, về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C".
2. Hoàng Đình Cảnh (2014), Đánh giá hiệu quả mô hình "Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone" tại thành phố Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh (2009-2011), Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội, Tr. 119-120.
3. Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh (2015), Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đang điều trị các chất dạng thuốc phiện tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình năm 2015, Tạp chí Y học Cộng đồng, tháng 01-02/2016, số 27+28, tr. 36-43.
4. Hiệp hội Nghiên cứu bệnh gan châu Âu (EASL) về điều trị viêm gan C (2015), Hướng dẫn điều trị viêm gan C mạn tính.
5. European Association for the Study of the Liver (2011), EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection, *Journal of Hepatology*, 55, pp. 245-264.
6. Javanbakht M., Mirahmadizadeh A., Mashayekhi A., et al. (2014), The Long-Term Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prevention of Hepatitis C Virus Among Illicit Drug Users: A Modeling Study, *Iran Red Crescent Med J.*, 16(2): e13484.
7. Larios S.E., Masson C.L., Shopshire M.S., et al. (2014), Education and counseling in the methadone treatment setting improves knowledge of viral hepatitis, *J Subst Abuse Treat*, 46(4), pp. 528-531.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN HUYỆN GÒ QUAO, TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2016

Trần Minh Hùng¹, Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Văn Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả nhằm mô tả thực trạng hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên Y tế thôn bản tại huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang năm 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên Y tế thôn bản được tập huấn về phòng chống sốt xuất huyết là 79,2%. Lý do làm nhân viên y tế thôn bản của đối tượng là do yêu thích và tự nguyện đăng ký (85,5%), ở nữ cao hơn ở nam, với tỷ lệ 88% so với 82,5%. Nội dung đối tượng thăm hộ gia đình tuyên truyền chủ yếu là cách phòng bệnh sốt xuất huyết (78,6%), tiếp đến là tác hại của bệnh (59,7%). Khi

phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết, phần lớn nhân viên y tế thôn (83,2%) tư vấn đối tượng tới cơ sở y tế gần nhất để kiểm tra, tiếp đến là nội dung nhận biết và theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh (49,7%).

Từ khóa: Sốt xuất huyết, Kiên Giang, Y tế thôn bản.

ABSTRACT

ACTUAL ACTIVITIES OF VILLAGE HEALTH WORKERSON DENGUEFEVER CONTROL IN GO QUAO DISTRICT, KIEN GIANG PROVINCE 2016

A cross-sectional descriptive study was conducted to

1. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Kiên Giang

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 23/04/2017 | » Ngày phản biện: 28/04/2017 | » Ngày duyệt đăng: 05/05/2017

describe the situation of Dengue fever of village health workers in Go Quao district, Kien Giang province in 2016. The results show that the rate of the village health workers who were trained on Dengue fever prevention was 79.2%. The reasons of the respondents for doing the work of village health workers is that they like that work and they actively involve, that of women is higher than that of men (88% vs, 82.5%). The content of household visits was mainly the prevention of Dengue fever (78.6%), followed by the harm of the disease (59.7%). When a suspected Dengue fever case is detected, most of them advised people to get a health check-up at the nearest health facility (83.2%), followed by and information on how to identify the danger signs of the disease (49.7%).

Keywords: Dengue fever, village health worker.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt xuất huyết do vi rút Dengue được biết đến từ năm 1913 tại miền Bắc và miền Trung Việt Nam, nhưng đến năm 1958 mới có một vụ dịch nhỏ đầu tiên xảy ra tại Hà Nội [1]. Ở Việt Nam, theo thống kê của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế, từ đầu năm 2016 đến tháng 8 năm 2016, cả nước đã có gần 50.000 ca nhiễm sốt xuất huyết tại 48 tỉnh thành, trong đó có 17 trường hợp tử vong. Kiên Giang là một trong 48 tỉnh thành có lưu hành bệnh nhiễm sốt xuất huyết với số ca mắc lớn trong những năm trở lại đây.

Muỗi *Aedes aegypti* là nguyên nhân gây bệnh, sau khi hút máu người bị nhiễm virus có thể truyền bệnh sau thời gian ủ bệnh (3–10 ngày), trong thời kỳ này virus nhân lên trong tuyến nước bọt của muỗi hoặc có thể truyền bệnh ngay cho người khác [2, 3]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới thì sự hợp tác và tham gia của cộng đồng là yếu tố sống còn trong phòng chống sốt xuất huyết. Ở mức độ xã, phường các phương pháp giáo dục bao gồm nhân viên Y tế nói chuyện trong trường học và ở các buổi họp địa phương khác và sử dụng áp phích, sổ tay tuyên truyền [4, 5].

Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản (YTTB) là cánh tay đắc lực của trạm y tế xã, phường để thực hiện các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân trong đó có phòng chống sốt xuất huyết. Trong bối cảnh dịch sốt xuất huyết đang bùng phát trở lại như trên, vai trò tham gia trong công tác phòng chống căn bệnh này của nhân viên YTTB trở nên quan trọng hơn bao giờ hết. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên Y tế thôn bản huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa bàn và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên YTTB đang hoạt động tại các thôn của huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:*

- Không mắc bệnh tâm thần.
- Sống trên địa bàn huyện thời gian ít nhất là 6 tháng.
- Đồng ý tự nguyện tham gia trong nghiên cứu.

2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang.

* *Đặc điểm địa bàn nghiên cứu:*

Gò Quao là huyện vùng sâu của tỉnh Kiên Giang, phần lớn người dân là dân tộc Kinh, tiếp đến là dân tộc Khơ-me còn lại là dân tộc khác. Người dân chủ yếu sản xuất nông nghiệp, ngoài ra còn sống bằng một số nghề như; nuôi trồng thủy sản (tôm, cua, cá) và đánh bắt trên sông...

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 02 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế theo nghiên cứu dịch tễ học mô tả có qua một cuộc điều tra cắt ngang định lượng nhằm mô tả kết quả hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên YTTB.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Điều tra phỏng vấn toàn bộ nhân viên YTTB đang làm việc tại huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang. Trong trường hợp nhân viên YTTB đi vắng vào thời điểm nghiên cứu thì hẹn gặp vào thời điểm khác để tiến hành phỏng vấn.

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp với các đối tượng là nhân viên YTTB bằng bộ công cụ điều tra đã được xây dựng từ trước.

- Trong trường hợp đối tượng đi vắng, phỏng vấn viên phải hẹn gia đình quay lại để phỏng vấn nếu đối tượng không đi xa, nếu quay lại lần thứ 3 vẫn không gặp thì phải phỏng vấn thêm đối tượng.

- Nếu đối tượng từ chối hợp tác trả lời thì điều tra viên chuyển sang đối tượng khác để phỏng vấn.

2.2.4. Xử lý số liệu

Tiến hành xử lý thô trước khi nhập số liệu vào máy tính, loại bỏ các bộ phiếu phỏng vấn không đạt yêu cầu. Nhập số liệu vào máy tính 2 lần và phân tích, xử lý số liệu theo chương trình SPSS 15.0.

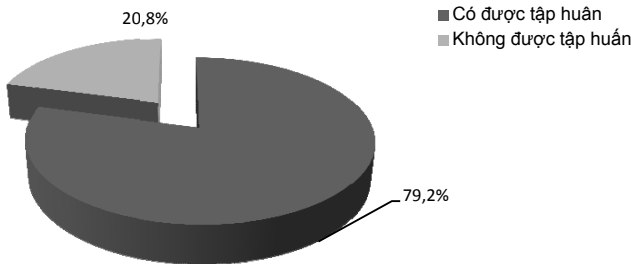
Các thông số thống kê, tính toán trong nghiên cứu: Các thông số được thể hiện dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần



trăm, trình bày qua bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 3.1. Nhân viên YTTB được được tập huấn về phòng chống bệnh sốt xuất huyết trong vòng 1 năm trở lại đây (n=303)



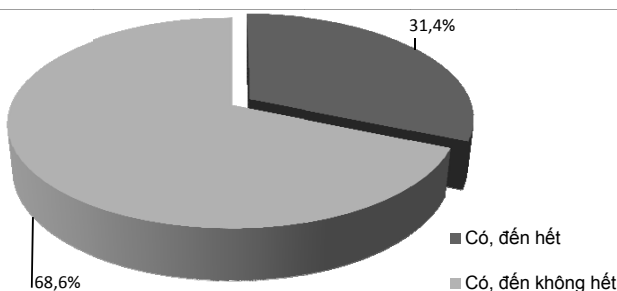
Biểu đồ 3.1 cho thấy trong 303 đối tượng nghiên cứu thì tỷ lệ nhân viên YTTB được tập huấn về phòng chống sốt xuất huyết, cao gấp 3 lần so nhân viên không được tập huấn, với tỷ lệ tương ứng là 79,2% so với 20,8%.

Bảng 3.1. Lý do làm nhân viên YTTB của đối tượng, chia theo giới tính

Thông tin	Nam (n=166)		Nữ (n=137)		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Do yêu thích và tự nguyện đăng ký	146	88,0	113	82,5	259	85,5
Làm thêm để cải thiện thu nhập	21	12,7	34	24,8	55	18,2
Do người quen giới thiệu	10	6,0	7	5,1	17	5,6

Bảng 3.1 cho thấy lý do làm nhân viên YTTB của đối tượng là do yêu thích và tự nguyện đăng ký (85,5%), ở nữ cao hơn ở nam, với tỷ lệ 88% so với 82,5%, tiếp đến là làm thêm để cải thiện thu nhập (18,2%), ở nữ cao hơn ở nam, cụ thể là 24,8% so với 12,7%.

Biểu đồ 3.2. Nhân viên YTTB có đến thăm hộ gia đình để tuyên truyền sốt xuất huyết trong năm qua (n=303)



Theo biểu đồ 3.2, trong 303 đối tượng nghiên cứu, không có nhân viên YTTB nào là không đến thăm hộ gia đình để tuyên truyền sốt xuất huyết, nhưng tỷ lệ nhân viên YTTB có đến thăm hộ gia đình và đến hết là 31,4%, tỷ lệ nhân viên YTTB có đến nhưng không đến hết chiếm tỷ lệ cao hơn là 68,6%.

Bảng 3.2. Nội dung tư vấn khi thăm hộ gia đình

Thông tin	Số lượng (n=303)	Tỷ lệ (%)
Tác hại của bệnh sốt xuất huyết	181	59,7
Đường lây truyền sốt xuất huyết	161	53,1
Cách phòng bệnh sốt xuất huyết	238	78,6
Ứng xử khi mắc bệnh	73	24,1
Khai báo về bệnh	11	3,6
Khác	0	0

Bảng 3.2 cho thấy cách phòng bệnh sốt xuất huyết là nội dung tư vấn khi thăm các hộ gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,6%, sau đó đến tác hại của bệnh 59,7% và thấp nhất là khai báo về bệnh với 3,6%.

Bảng 3.3. Nội dung tư vấn khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết

Thông tin	Số lượng (n=303)	Tỷ lệ (%)
Tư vấn đến cơ sở y tế gần nhất để kiểm tra	248	83,2
Nhận biết để theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh	148	49,7
Khác	0	0
Không tư vấn gì	5	1,7

Theo kết quả trong bảng 3.3, khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết, phần lớn nhân viên y tế thông báo (83,2%) tư vấn đối tượng tới cơ sở y tế gần nhất để kiểm tra, nhận biết để theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh (49,7%).

Bảng 3.4. Sự hài lòng của đối tượng với công việc, chia theo giới

Thông tin	Nam (n=166)		Nữ (n=137)		Tổng (n=303)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất hài lòng	58	34,9	43	31,4	101	33,3
Khá hài lòng	55	33,1	58	42,3	113	37,3

Thông tin	Nam (n=166)		Nữ (n=137)		Tổng (n =303)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	42	25,3	29	21,2	71	23,4
Không hài lòng	11	6,6	7	5,1	18	5,9
Tổng	166	100	137	100	303	100

Số liệu trong bảng 3.4 cho thấy: Trong tổng số 303 đối tượng nghiên cứu, nhìn chung phần lớn các nhân viên YTTB hài lòng và khá hài lòng với công việc của mình (33,3% và 37,3% theo thứ tự).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 303 đối tượng nghiên cứu thì tỷ lệ nhân viên YTTB được tập huấn về phòng chống sốt xuất huyết cao gấp 3 lần so với nhân viên không được tập huấn, cụ thể là 79,2% so với 20,8%. Điều này cho thấy công tác triển khai phòng chống bệnh sốt xuất huyết trên địa bàn đã được quan tâm và nhu cầu đào tạo về phòng chống sốt xuất huyết của nhân viên YTTB rất cao. Công tác tập huấn về phòng chống sốt xuất huyết cho nhân viên YTTB có vai trò rất quan trọng trong việc đẩy lùi căn bệnh này tuy nhiên vẫn còn 20,8% nhân viên YTTB chưa được tập huấn. Vì vậy cần có các chính sách, chế độ phù hợp, thích đáng hơn nữa nhằm động viên, khuyến khích người làm công tác y tế nói chung và nhân viên YTTB nói chung tham gia tập huấn phòng chống sốt xuất huyết.

Trong số các đối tượng nghiên cứu, không có nhân viên YTTB nào là không đến thăm hộ gia đình để tuyên truyền sốt xuất huyết, nhưng tỷ lệ nhân viên YTTB có đến thăm hộ gia đình và đến hết là 31,4%, tỷ lệ nhân viên YTTB có đến nhưng không đến hết chiếm tỷ lệ cao hơn là 68,6%. Qua tỷ lệ trên ta thấy rằng nhân viên YTTB đã nhận thức được tầm quan trọng việc đến thăm hộ gia đình để tuyên truyền sốt xuất huyết tuy nhiên nguồn nhân lực này còn thiếu, nguồn kinh phí cho công tác này còn hạn chế và việc đến thăm hộ gia đình rất tốn thời gian do đó mà vẫn còn 68,6% nhân viên YTTB có đến nhưng chưa đến hết các hộ gia đình để tuyên truyền về sốt xuất huyết.

Nghiên cứu về nội dung tư vấn khi thăm hộ gia đình chúng tôi thấy rằng cách phòng bệnh sốt xuất huyết là nội dung tư vấn khi thăm các hộ gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,6%, sau đó đến tác hại của bệnh 59,7% và thấp nhất là khai báo về bệnh với tỷ lệ 3,6%. Trên thực tế thì cách phòng bệnh là một nội dung rất quan trọng trong công tác phòng chống sốt xuất huyết và đây

cũng là nội dung được người dân quan tâm nhất. Sốt xuất huyết là bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng bệnh do đó mà cách phòng bệnh là nội dung được ưu tiên hàng đầu trong công tác truyền thông phòng chống sốt xuất huyết cũng như công tác dập tắt dịch khi có dịch xảy ra. Các công việc đơn giản như ngủ trong màn/mùng kể cả ban ngày để phòng chống muỗi đốt, thu gom, hủy các vật dụng phế thải trong nhà và xung quanh nhà như chai, lọ, mảnh chai, mảnh lu vỡ, ống bơ, vỏ dừa, lốp/vỏ xe cũ, hốc tre, bẹ lá... dọn vệ sinh môi trường... nhưng mang lại hiệu quả rất cao trong phòng chống bệnh sốt xuất huyết.

Khi hỏi về nội dung tư vấn khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết, chúng tôi thấy rằng tư vấn đến cơ sở y tế kiểm tra là nội dung tư vấn khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết là cao nhất chiếm 83,2% và thấp nhất là đối tượng không tư vấn gì với tỷ lệ 1,7%. Tỷ lệ tư vấn đến cơ sở y tế kiểm tra tuy chiếm tỷ lệ cao nhất nhưng vẫn chưa đạt mong đợi, cần tăng cường tập huấn về xử trí khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết cho nhân viên YTTB để tăng tỷ lệ người nghi ngờ bệnh đến khám tại cơ sở y tế để tăng cường phát hiện bệnh và dập tắt dịch trước khi nó xảy ra và lan rộng. Vẫn còn 1,7% nhân viên YTTB không tư vấn gì khi phát hiện một trường hợp nghi sốt xuất huyết, tỷ lệ này tuy nhỏ nhưng rất đáng quan tâm, khắc phục.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhân viên YTTB được tập huấn về phòng chống sốt xuất huyết cao gấp 3 lần so với nhân viên không được tập huấn, cụ thể là 79,2% so với 20,8%.

- Lý do làm nhân viên YTTB của đối tượng là do yêu thích và tự nguyện đăng ký (85,5%), ở nữ cao hơn ở nam, với tỷ lệ tương ứng là 88,0% so với 82,5%.

- Toàn bộ nhân viên YTTB đều thăm hộ gia đình để tuyên truyền sốt xuất huyết trong đó 31,4% nhân viên YTTB có đến thăm tất cả các hộ gia đình, 68,6% nhân viên YTTB có đến nhưng không đến hết.

- Cách phòng bệnh sốt xuất huyết là nội dung tư vấn chủ yếu khi nhân viên YTTB thăm các hộ gia đình, chiếm tỷ 78,6%.

- Khi có ca nghi ngờ sốt xuất huyết, đại đa số (83,2%) nhân viên YTTB tư vấn cho đối tượng đến cơ sở y tế để kiểm tra.

- Phần lớn các nhân viên YTTB bày tỏ mức độ hài lòng và khá hài lòng với công việc của mình đang đảm nhiệm (33,3% và 37,3% theo thứ tự).



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế, (2006), Sổ tay hướng dẫn hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết ở cộng đồng, Nhà xuất bản Y học.
2. Cục y tế dự phòng, Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2011, Trang 47- 48.
3. Hoàng Thủy Nguyên, (1975), Virut học tập II, Nhà xuất bản Y học.
4. Tổ chức Y tế thế giới, (2001), Hướng dẫn giám sát và phòng chống sốt xuất huyết, Nhà xuất bản Y học.
5. Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương, (2002), “Hướng dẫn giám sát dengue và phòng chống véc-tơ”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

-----oOo-----

MÔ TẢ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ THÔNG QUA CÁC CHỈ SỐ ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG TẠI MỘT SỐ PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ HIV/AIDS, TẠI HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2013-2015

Lê Thị Hương¹, Lưu Minh Châu², Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm mô tả chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại 4 phòng khám ngoại trú (PKNT) trên địa bàn Hà Nội gồm: Bệnh viện (BV) Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa quận Hà Đông, Trung tâm Y tế (TTYT) quận Hoàng Mai và Trung tâm Y tế huyện Đông Anh.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua thu thập số liệu tại hồ sơ bệnh án ngoại trú của bệnh nhân tại 4 cơ sở y tế (CSYT). Nghiên cứu này sử dụng 10 chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS được ban hành tại Quyết định số 471/QĐ-BYT ngày 14/2/2014 của Bộ Y tế để đánh giá chất lượng dịch vụ của một số phòng khám ngoại trú trên địa bàn Hà Nội

Kết quả: Trên 73% bệnh nhân mới đăng ký điều trị được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày; Trung bình 82,3% bệnh nhân chưa điều trị ARV đến tái khám định kỳ; Dưới 50% tỷ lệ bệnh nhân mới đăng ký điều trị được kê đơn dự phòng INH khi đủ tiêu chuẩn; Trên 90% bệnh nhân ARV đến tái khám đúng hẹn trong lần khám gần nhất; Trên 98% bệnh nhân được đánh giá tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần nhất; Trung bình 69% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được bắt

đầu điều trị trong vòng 15 ngày với thời gian chờ điều trị trung bình giảm từ 26,9 ngày (2013) xuống còn 18,6 ngày (2015); Trung bình kết quả CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị tăng từ 193 tế bào/mm³ (2013) lên 242 tế bào/mm³ (2015); 77,4% bệnh nhân được kê đơn dự phòng Cotrimoxazole khi đủ tiêu chuẩn trong lần khám gần nhất; Xấp xỉ 100% bệnh nhân được sàng lọc Lao trong lần khám gần nhất; 91,8% bệnh nhân được làm xét nghiệm CD4 ít nhất 1 lần trong 6 tháng.

Kết luận: Chất lượng PKNT phản ánh từ người cung cấp dịch vụ ngày càng tăng thể hiện qua việc chỉ số đo lường việc thực hành của PKNT ngày càng tăng và tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được điều trị ARV ngày càng được rút ngắn. Thời gian bệnh nhân từ khi đủ tiêu chuẩn điều trị đến khi được nhận thuốc ARV ngày càng được rút ngắn. Bệnh nhân được điều trị với ngưỡng CD4 < 100 ngày càng giảm và giá trị trung bình CD4 lúc bắt đầu điều trị của bệnh nhân ngày càng cao.

Từ khóa: Điều trị ARV, bệnh nhân HIV/AIDS, sự hài lòng, chất lượng dịch vụ.

DESCRIPTION QUALITY OF SERVICE BY

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

2. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam. Email: minhchautdp@yahoo.com.vn

» Ngày nhận bài: 13/05/2017 | » Ngày phản biện: 19/05/2017 | » Ngày duyệt đăng: 26/05/2017

QUALITY INDICATORS IN OPCS IN HANOI, PERIOD 2013-2015

SUMMARY

Purpose: the study aimed to describe quality of care and treatment services in 4 outpatient clinics (OPCs) in Hanoi, consists of: Bach Mai hospital, Ha Dong Hospital, Hoang Mai Prevention medicine central and Dong Anh Prevention medicine central.

Method: Study design is cross sectional and data collection from logbook, medical record in 4 health care facilities. This study used 10 core indicators for performance measurement of quality service issued by Decision of Ministry of Health no 471/QĐ-BYT date 14 Feb 2014 to assessment quality of care and treatment services in OPCs in Hanoi.

Results: More than 73% of patients who newly registered at the OPC in last 6 months are tested for CD4 within 15 days of enrolment; Average 82.3% pre-ARV patients who visit the OPC regularly; Under 50% of patients who are prescribed for INH when eligible; More than 90% ARV patients visiting the OPC for medication pick-up according to scheduled appointment in the last visit; 98% ARV patients who are assessed for medication adherence in the last visit; Average 69% patients were initiated ART within 15 days after qualification with the waiting time from 26,9 (2013) days reduce to 18,6 days (2015); Average CD4 level when initiating ARV treatment increase from 193 cell/mm³ up to 242 cell/mm³; 77% of qualified HIV patients are prescribed for Cotrimoxazole for the last visit; 100% patients are screened for TB in the last medical visit; 91,8% patients are tested CD 4 at least 1 in last 6 months.

Conclusion: The quality of treatment services in OPCs look at provider services increase day by day. The performance measurement of OPCs increase and propotion of patient were initiated ART within 15 days after qualification is improved and shorter. CD4<100 cells/mm³ when initiating ARV treatment decreased and median CD4 when initiating ARV treatment increased.

Keywords: ARV treatment , HIV/AIDS patients, satisfaction, quality of service.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thuốc kháng HIV (ARV) bắt đầu tại Việt Nam từ 2005 và được triển khai mở rộng rất nhanh chóng. Tính đến hết năm 2014, toàn quốc hiện có 312 cơ sở điều trị bằng thuốc ARV (PKNT), trong đó 5 PKNT thuộc tuyến trung ương, 3 PKNT thuộc Bệnh viện Quân

đội, tuyến tỉnh có 101 PKNT và tuyến huyện có 201 PKNT. Chương trình điều trị ARV còn được triển khai tại các trại giam và các trung tâm 06. Việc nhanh chóng mở rộng chương trình điều trị ARV đã đáp ứng nhu cầu điều trị lớn của người bệnh HIV/AIDS. Tuy nhiên, khi độ bao phủ chương trình tăng lên cũng làm gia tăng mối quan tâm về chất lượng dịch vụ và hiệu quả của việc điều trị ARV.

Từ năm 2011, Cục Phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế phối hợp với các đơn vị trong nước và các tổ chức quốc tế triển khai chương trình Cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS (HIVQUAL) với mục tiêu cung cấp dịch vụ điều trị có chất lượng và tuân theo hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán và điều trị cho người nhiễm HIV. Một trong những cấu phần của HIVQUAL là thực hiện đo lường chất lượng dịch vụ đang được cung cấp tại các PKNT.

Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS được thực hiện. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng chất lượng dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô tả chất lượng dịch vụ thông qua các chỉ số đo lường chất lượng tại một số phòng khám ngoại trú HIV tại Hà Nội giai đoạn 2013-2015"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS hiện đang đăng ký khám và điều trị ARV và các đặc điểm về dịch vụ y tế tại 4 PKNT: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa Hà Đông, Trung tâm Y tế huyện Đông Anh và Trung tâm Y tế quận Hoàng Mai.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên đang được theo dõi, quản lý và điều trị HIV/AIDS tại các PKNT

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh án của những bệnh nhân đã bỏ trị, tử vong trên 1 năm kể từ thời điểm nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới hướng dẫn cho thu thập số liệu cải thiện chất lượng. Số liệu được thu thập dựa trên công cụ (phiếu thu thập thông tin từ bệnh án ngoại trú) đã được thiết kế sẵn để đảm bảo thu thập được 10 chỉ số đo lường chất lượng.

Số liệu được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm HIVQUAL của Cục Phòng, chống HIV/AIDS và phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.



III. KẾT QUẢ

3.1. Các chỉ số trước điều trị ARV

Bảng 1. Kết quả nhóm chỉ số trước điều trị ARV của qua các giai đoạn đánh giá

PKNT	2011	2012		2013		2014	2015
	GĐ 1	GĐ 2	GĐ 3	GĐ 4	GĐ 5	GĐ 6	GĐ 7
Chỉ số 1. Tỷ lệ bệnh nhân mới đăng ký điều trị được xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	35,3%	78,9%	100 %
BVĐK Hà Đông	-	-	80,0%	36,0%	76,2%	87,5%	78,6%
TTYT Hoàng Mai	73,1%	78,6%	83,3%	85,2%	92,9%	-	73,1%
TTYT Đông Anh	0%	76,2%	95,4%	100%	100%	100%	100%
Chỉ số 2. Tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị ARV đến tái khám định kỳ							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	35,7%	72,4%	100%
BVĐK Hà Đông	-	-	81,6%	62,5%	70,6%	86,4%	61,0%
TTYT Hoàng Mai	54,3%	43,2%	73,3%	47,2%	80,0%	73,1%	68,2%
TTYT Đông Anh	58,6%	85,7%	34,1%	37,8%	68,7%	96,4%	100%
Chỉ số 3. Tỷ lệ bệnh nhân mới đăng ký điều trị được kê đơn dự phòng INH							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	0%	43,7%	39,1%
BVĐK Hà Đông	-	-	-	-	0%	12,5%	40,0%
TTYT Hoàng Mai	-	-	-	-	0%	-	0%
TTYT Đông Anh	-	-	-	-	0%	0%	44,8%

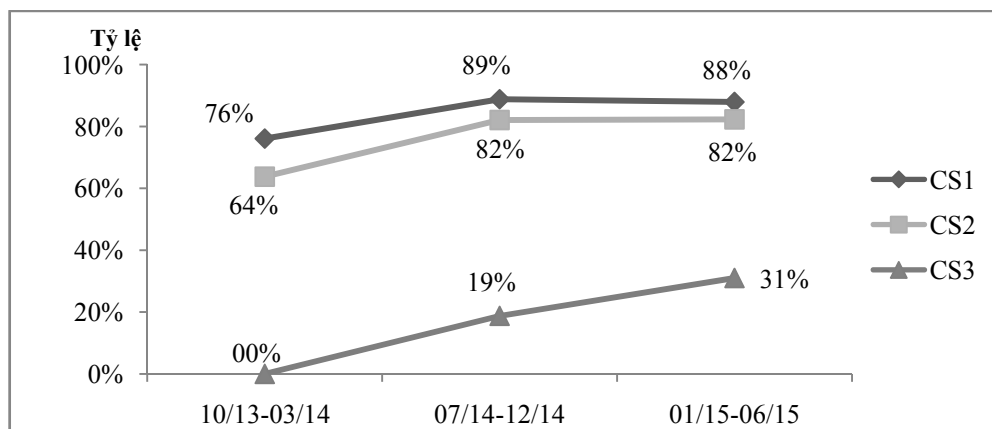
Các PKNT đã thực hiện tốt hướng dẫn quốc gia khi thực hiện xét nghiệm sớm CD4 cho bệnh nhân trong vòng 15 ngày. TTYT Đông Anh thực hiện tốt nhất chỉ số này khi 3 lần thực hiện đo lường chỉ số đều đạt 100%. Bệnh viện Bạch Mai thực hiện cải tiến chỉ số ngày một tốt hơn. TTYT Hoàng Mai trong giai đoạn từ 1/7/2014-31/12/2014 chưa có bệnh nhân mới đăng ký hoặc bệnh nhân đã được làm xét nghiệm từ nơi khác nên chỉ số này không đo lường được.

Vấn đề bệnh nhân chưa ARV tái khám định kỳ ở Bệnh viện Bạch Mai và TTYT Đông Anh thực hiện tốt, giai

đoạn 1/10/2013-31/3/2014 chỉ số này đều dưới 70%, tuy nhiên đến giai đoạn 1/1/2015-30/6/2015 chỉ số đạt 100%. TTYT Hoàng Mai chỉ số này ngày càng giảm.

Hầu hết các PKNT tỷ lệ bệnh nhân mới đăng ký điều trị được kê đơn dự phòng INH thấp. Giai đoạn 1/10/2013-31/3/2014 tất cả các phòng khám đều chưa thực hiện việc kê đơn INH cho bệnh nhân. Giai đoạn sau các phòng khám đã thực hiện việc kê đơn cho bệnh nhân. TTYT Hoàng Mai thực hiện chỉ số này thấp nhất trong số các phòng khám còn lại.

Biểu đồ 1. Trung bình chỉ số nhóm trước điều trị ARV qua 3 giai đoạn đánh giá.



Khi tính trung bình các chỉ số trước điều trị ARV qua các giai đoạn đánh giá để xem xét sự thay đổi nhận thấy các chỉ số nhóm trước điều trị ARV đều được cải thiện qua các giai đoạn đánh giá, trong đó chỉ số 3 có sự cải thiện nhanh nhất từ 0% lên 31%, tuy nhiên chỉ số này vẫn thấp nhất so với 2 chỉ số còn lại. Chỉ số 1 luôn đạt tỷ lệ cao nhất

so với 2 chỉ số còn lại qua các giai đoạn đánh giá.

3.2. Nhóm chỉ số về điều trị ARV

Chỉ số 4, 5, 6 tỷ lệ bệnh nhân điều trị ARV tái khám đúng hẹn và tuân thủ điều trị trong lần khám gần nhất và tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày.

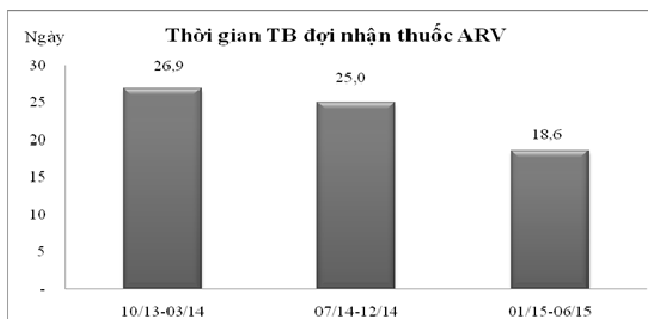
Bảng 2. Kết quả các chỉ số 4, 5, 6 của các PKNT qua các giai đoạn đánh giá.

PKNT	2011	2012		2013		2014	2015
	GD 1	GD 2	GD 3	GD 4	GD 5	GD 6	GD 7
Tái khám đúng hẹn							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	92,4%	86,0%	95,7%
BVĐK Hà Đông	-	-	91,2%	71,0%	87,5%	85,2%	93,0%
TTYT Hoàng Mai	90,3%	91,5%	46,9%	94,2%	95,9%	93,9%	90,6%
TTYT Đông Anh	99,2%	97,8%	95,7%	98,6%	96,4%	100%	99,3%
Tuân thủ điều trị							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	98,1%	100%	100%
BVĐK Hà Đông	-	-	92,6%	97,1%	91,7%	99,4%	98,4%
TTYT Hoàng Mai	98,4%	97,4%	100%	98,6%	100%	99,1%	99,1%
TTYT Đông Anh	98,5%	100%	99,2%	98,5%	100%	100%	100%
Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày.							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	52,6%	77,8%	92,3%
BVĐK Hà Đông	-	-	-	-	37,0%	54,3%	56,2%
TTYT Hoàng Mai	-	-	-	-	6,2%	33,3%	35,0%
TTYT Đông Anh	-	-	-	-	88,9%	87,5%	92,6%

Về tái khám đúng hẹn và tuân thủ điều trị: Các PKNT thực hiện chỉ số tương đối tốt đều đạt lần lượt trên 85% và 90%. TTYT Đông Anh thực hiện 02 chỉ số này tốt nhất (100%).

Về đưa bệnh nhân vào điều trị sớm trong vòng 15 ngày khi đủ tiêu chuẩn: PKNT Bạch Mai và TTYT Đông Anh thực hiện tốt nhất (92%). PKNT Hoàng Mai có kết quả thấp so với các phòng khám khác nhưng cũng có sự cải thiện từ 6,25% lên 35%.

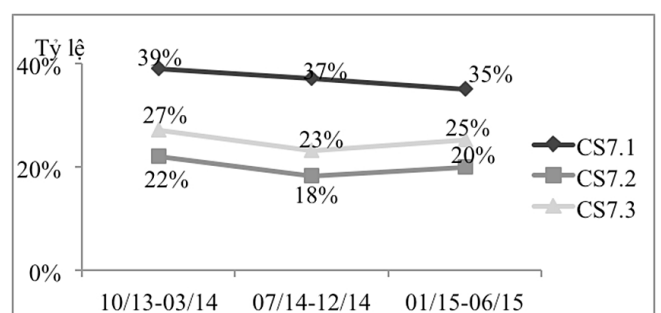
Biểu đồ 2. Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị đến khi bệnh nhân được nhận thuốc ARV



Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị đến khi bệnh nhân được nhận thuốc ARV ngày càng giảm theo thời gian. Giai đoạn từ 1/10/2013 - 31/3/2014 thời gian trung bình là gần 27 ngày (26,9) kể từ khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đến khi bệnh nhân được nhận thuốc ARV thì trong giai đoạn 01/01/2015-31/06/2015 chỉ còn hơn 18 ngày (18,6).

Chỉ số 7. Kết quả CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị.

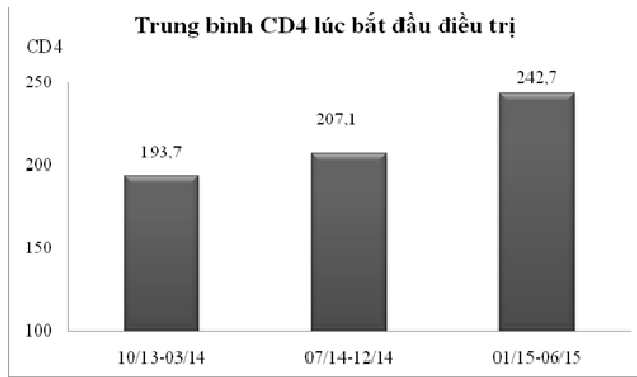
Biểu đồ 3. Trung bình chỉ số CD4 lúc bắt đầu điều trị qua 3 giai đoạn đánh giá.



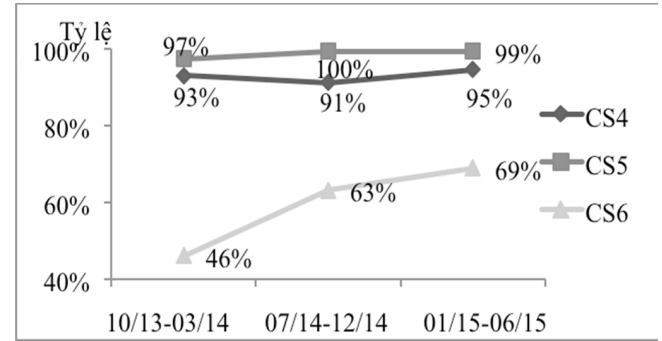
Tại 3 giai đoạn cuối, bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV với ngưỡng CD4 dưới 100 tế bào/mm³ vẫn chiếm tỷ lệ cao tại 4 phòng khám qua các giai đoạn thu thập dữ liệu. Khi tính chung tỷ lệ giữa các phòng khám, trên 35% bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV với ngưỡng tế bào thấp, mặc dù chỉ số này đang được cải thiện qua từng giai đoạn từ 39% xuống 35%. Khi tính chỉ số bệnh nhân điều trị ARV với ngưỡng CD4 >350 nhận thấy, tỷ lệ bệnh nhân điều trị không dựa vào số lượng tế bào CD4 mà dựa vào giai đoạn lâm sàng dao động từ 0% - 47,9%, tỷ lệ trung bình từ 11,5% - 21,3%.

Nghiên cứu phân tích trung bình giá trị CD4 của bệnh nhân tại 4 PKNT khi bắt đầu điều trị ARV cho thấy giá trị trung bình CD4 của bệnh nhân có sự cải thiện.

Biểu đồ 4. Trung bình kết quả CD4 lúc bắt đầu điều trị ARV của bệnh nhân



Biểu đồ 5. Trung bình chỉ số nhóm đang điều trị qua 3 giai đoạn đánh giá.



Tại 3 giai đoạn cuối, chỉ số 6 có sự cải thiện nhanh nhất từ 46,2% lên 69,0%, tuy nhiên chỉ số này vẫn thấp nhất so với 2 chỉ số còn lại. Chỉ số 6 các phòng khám phải thực hiện cải thiện để đảm bảo khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phải được nhận thuốc ARV trong vòng 15 ngày. Chỉ số 5 luôn cao nhất trong các giai đoạn đo lường.

3.3. Nhóm chỉ số chung cho nhóm trước điều trị ARV và đang điều trị ARV

Bảng 3. Kết quả chỉ số 8, 9, 10 của các PKNT qua các giai đoạn

PKNT	2011	2012		2013		2014	2015
	GD 1	GD 2	GD 3	GD 4	GD 5	GD 6	GD 7
Chỉ số 8. Kê đơn CTX							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	63,9%	81,1%	64,8%
BVĐK Hà Đông	-	-	90,2%	92,6%	84,2%	90,4%	55,1%
TTYT Hoàng Mai	49,6%	75,5%	68,6%	88,5%	25,0%	86,5%	91,4%
TTYT Đông Anh	56,5%	81,3%	88,1%	97,0%	100%	100%	98,4%
Chỉ số 9. Sàng lọc Lao							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	86,4%	96,0%	100%
BVĐK Hà Đông	-	-	93,0%	86,6%	81,6%	92,7%	100%
TTYT Hoàng Mai	91,9%	98,8%	98,2%	98,3%	100%	100%	99,9%
TTYT Đông Anh	4,1%	97,8%	99,4%	100%	100%	100%	100%
Chỉ số 10. Xét nghiệm CD4 ít nhất 1 lần trong 6 tháng							
BV Bạch Mai	-	-	-	-	48,5%	88,6%	100%
BVĐK Hà Đông	-	-	64,9%	68,5%	79,3%	79,9%	92,2%
TTYT Hoàng Mai	75,0%	68,4%	81,5%	88,1%	87,4%	92,2%	80,4%
TTYT Đông Anh	79,3%	75,2%	66,1%	81,4%	93,5%	93,3%	94,7%

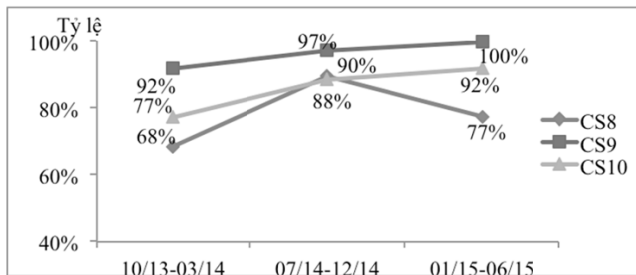
Tại 3 giai đoạn cuối, Phòng khám TTYT Đông Anh thực hiện kê đơn dự phòng Cotrimoxazole cho bệnh nhân tốt nhất, phòng khám TTYT Hoàng Mai thực hiện cải thiện chỉ số tăng nhanh sau mỗi giai đoạn thu thập (từ 25% giai đoạn 01/10/2013-31/3/2014 lên 91% giai đoạn 01/01/2015-30/6/2015).

Theo quy định của Bộ Y tế, mỗi lần bệnh nhân đến khám và nhận thuốc ARV bác sỹ thực hiện sàng lọc lao bằng 4 câu hỏi về triệu chứng: Ho, sốt, sụt cân, vã mồ hôi đêm. Các phòng khám ngoại trú thực hiện tốt sàng lọc lao cho bệnh nhân qua các giai đoạn thu thập dữ liệu. TTYT Đông Anh thực hiện tốt nhất đạt 100%. Các phòng khám khác đạt trên 80%.

Về thực hiện xét nghiệm CD4 thường quy, TTYT Đông Anh thực hiện chỉ số này tốt nhất (các giai đoạn đều đạt trên 90%). PKNT Bạch Mai thực hiện cải thiện chỉ số này tốt nhất, chỉ số tăng sau mỗi giai đoạn thu thập (từ 48,53% lên 100%). PKNT Hoàng Mai chỉ số này thay đổi qua các giai đoạn, cao nhất tại 01/07/2014 - 31/12/2014 (92,2%).

Khi tính trung bình các chỉ số điều trị ARV qua các giai đoạn đánh giá để xem xét sự thay đổi nhận thấy:

Biểu đồ 6. Trung bình chỉ số chung qua 3 giai đoạn đánh giá.



Chỉ số 9 luôn có tỷ lệ cao nhất so với 2 chỉ số còn lại giữa các giai đoạn đánh giá, trung bình đều đạt trên 90%. Chỉ số 10 có sự cải thiện nhanh nhất từ 77,2% lên 91,8%. Chỉ số 9 và chỉ số 10 có sự cải thiện qua 3 giai đoạn đánh giá. Chỉ số 8 có sự thay đổi giữa các giai đoạn cải thiện, nhìn chung có sự tăng lên so với giai đoạn đánh giá ban đầu.

IV. BÀN LUẬN

Vấn đề tái khám (chỉ số 2 và 4) phụ thuộc vào bệnh nhân có đến tái khám hay không. Để thực hiện cải thiện các chỉ số này PKNT cần tư vấn và nhắc nhở bệnh nhân đến đúng hẹn, những lợi ích của việc điều trị theo hẹn tại mỗi lần tái khám của bệnh nhân. Các PKNT cần sắp xếp lịch khám của bệnh nhân theo nhóm, mỗi nhóm có một ngày khám nhất định trong tuần hoặc trong tháng tùy thuộc PKNT đang quản lý nhiều hay ít bệnh nhân. Cuối

ngày khám cần rà soát xem những bệnh nhân nào chưa tái khám để có thể liên lạc hoặc nhờ các bệnh nhân khác trong nhóm liên hệ để tái khám. Với những bệnh nhân đi làm xa hoặc bệnh nhân đã điều trị ổn định PKNT có thể cân nhắc đến việc cấp thuốc cho bệnh nhân 2 tháng/lần. Với bệnh nhân chưa điều trị ARV, đây là nhóm bệnh nhân dễ mất dấu do họ không nhận được các dịch vụ y tế trong mỗi lần tái khám và thời gian hẹn tái khám thường dài (trong vòng 3 tháng).

Vấn đề xét nghiệm CD4 phụ thuộc rất nhiều vào việc bác sỹ có nhớ chỉ định xét nghiệm CD4 cho bệnh nhân hay không. Định kỳ vào những ngày cố định trong tháng PKNT sẽ hẹn những nhóm bệnh nhân đến thời gian làm xét nghiệm CD4. Ngoài ra thiếu sinh phẩm xét nghiệm CD4 cũng là nguyên nhân để bệnh nhân không được xét nghiệm định kỳ. Nếu việc dự trữ sinh phẩm không tốt có thể xảy ra tình trạng thiếu sinh phẩm phục vụ xét nghiệm cho bệnh nhân. Ngoài ra máy xét nghiệm CD4 bị hỏng cũng dẫn đến việc tình trạng bệnh nhân không được XN thường quy. Việc cải thiện nhóm chỉ số này không chỉ phụ thuộc vào cán bộ của PKNT mà cần có sự phối hợp của bộ phận xét nghiệm, bộ phận dự trữ và quan trọng nhất là bệnh nhân phải đến tái khám theo lịch của bác sỹ. Điều này được thể hiện rõ nhất tại PKNT Bạch Mai, khi PKNT thực hiện cải tiến chất lượng chỉ số 1 (giai đoạn 01/10/2013-31/3/2014) thì chỉ số 10 cũng được cải thiện theo. Việc cải thiện này còn được PKNT duy trì qua các vòng đánh giá, bằng chứng là giai đoạn 01/01/2015-30/6/2015 chỉ số 1 và chỉ số 10 đều đạt 100%.

Vấn đề kê đơn dự phòng INH và Cotrimoxazole khi đủ tiêu chuẩn (chỉ số 3 và 8): Phụ thuộc vào việc bác sỹ có nhớ kê đơn cho bệnh nhân khi họ đủ tiêu chuẩn để điều trị CTX hoặc INH hay không. Hiện nay nhiều PKNT thực hiện cải thiện những chỉ số này bằng biện pháp in giấy để bàn "Kê đơn CTX cho bệnh nhân" hoặc "Kê đơn INH cho bệnh nhân". Ngoài ra khi đo lường nhóm chỉ số này chúng tôi không ghi nhận việc bệnh nhân có dị ứng với CTX hoặc INH trong phần mềm HIVQUAL. Thực tế khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị CTX hoặc INH nhưng bệnh nhân dị ứng với những thuốc này, bác sỹ sẽ không thực hiện việc kê đơn cho bệnh nhân. Khi phân tích tìm nguyên nhân, nhân viên PKNT có thể đưa ra lý do này để giải thích việc chỉ số của họ thấp. Việc cung ứng thuốc CTX hoặc INH đôi khi không được liên tục, vẫn còn tình trạng không có những thuốc này trong kho nên bác sỹ cũng không kê đơn cho bệnh nhân. Như vậy thực hiện cải thiện chỉ số này chủ yếu là việc làm thế nào để bác sỹ nhớ kê đơn cho bệnh nhân khi họ đủ tiêu chuẩn điều trị CTX



hoặc INH.

Đánh giá tuân thủ và sàng lọc lao: Đây là nhóm chỉ số chỉ phụ thuộc vào việc ghi chép hồ sơ bệnh án của bác sỹ. Nếu bác sỹ ghi chép đầy đủ theo hướng dẫn quốc gia thì việc cải thiện chỉ số này chắc chắn thành công. Để hỗ trợ cho bác sỹ trong quá trình ghi chép hồ sơ hầu hết các điều dưỡng hoặc nhân viên hành chính của PKNT đóng dấu sàng lọc lao hoặc tuân thủ điều trị vào bệnh án, trong quá trình khám cho bệnh nhân bác sỹ chỉ cần đánh dấu vào ô đã in sẵn tương ứng với tình trạng của bệnh nhân.

Đưa bệnh nhân vào điều trị ARV trong 15 ngày kể từ ngày đủ tiêu chuẩn là chỉ số mà tất cả PKNT phải thực hiện lựa chọn để thực hiện cải tiến chất lượng. Hầu hết các PKNT thực hiện chỉ số này bằng những biện pháp rút ngắn quy trình từ khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị đến khi bệnh nhân nhận thuốc ARV. Khi bệnh nhân mắc bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh nhân đang điều trị lao tiến triển PKNT ưu tiên việc điều trị nhiễm trùng cơ hội và lao trước sau đó mới điều trị ARV. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ số của các PKNT đều được cải thiện đây là minh chứng rõ nhất cho hiệu quả của việc thay đổi quy trình đưa bệnh nhân vào điều trị ARV.

CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị: Là chỉ số hầu hết các PKNT không lựa chọn để thực hiện cải tiến chất lượng vì khi phân tích tìm nguyên nhân thì tất cả các nguyên nhân làm chỉ số chưa tốt do các yếu tố bên ngoài, không xuất phát từ PKNT. Để thực hiện cải thiện chỉ số này PKNT phải có những biện pháp để làm thế nào để khi bệnh nhân vừa đủ tiêu chuẩn về mặt vi rút học phải đến PKNT để được nhận thuốc ARV. Vì những lý do khác nhau như: Bệnh nhân sợ bị kỳ thị, bệnh nhân khó tiếp cận với PKNT hoặc bệnh nhân không biết mình

nhiễm HIV, chỉ khi sức khỏe suy kiệt mới phát hiện ra và đến PKNT trong tình trạng CD4 thấp. Làm thế nào để giảm kỳ thị, làm thế nào để bệnh nhân biết được lợi ích và hiệu quả của điều trị sớm và làm thế nào để tìm được đến bệnh nhân là những vấn đề cần sự vào cuộc của ban ngành, nhất là công tác truyền thông. Hiện nay chúng tôi nhận thấy chưa có PKNT nào trên toàn quốc thực hiện cải tiến chất lượng chỉ số này. Tuy nhiên chỉ số này vẫn có sự cải thiện vì khi thực hiện cải thiện các chỉ số khác thì cũng kéo theo sự cải thiện của chỉ số 7, bên cạnh đó nguyên nhân quan trọng để chỉ số này có sự cải thiện là hướng dẫn quốc gia có sự thay đổi khi mở rộng tiêu chuẩn điều trị, bệnh nhân có ngưỡng CD4 cao hơn cũng dần được nhận thuốc ARV.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng PKNT phản ánh từ người cung cấp dịch vụ ngày càng tăng thể hiện qua việc chỉ số đo lường việc thực hành của PKNT ngày càng tăng và tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được điều trị ARV ngày càng được rút ngắn. Thời gian bệnh nhân từ khi đủ tiêu chuẩn điều trị đến khi được nhận thuốc ARV ngày càng được rút ngắn. Bệnh nhân được điều trị với ngưỡng CD4<100 ngày càng giảm và giá trị trung bình CD4 lúc bắt đầu điều trị của bệnh nhân ngày càng cao.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các PKNT nên duy trì việc đo lường định kỳ các chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS. Căn cứ vào kết quả các chỉ số, các PKNT sẽ có căn cứ rõ ràng trong việc xây dựng kế hoạch và thực hiện cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chính phủ (2012), *Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*.
2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*.
3. Cục phòng, chống HIV/AIDS (2014), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2014 và kế hoạch trọng tâm năm 2015*.
4. WHO (2013), *The use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV infection*.
5. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV*.
6. Bộ Y tế (2015), *Thông tư quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương*.
7. Phan Chí Anh; Nguyễn Thu Hà; Nguyễn Huệ Minh (2013), *Nghiên cứu các mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Kinh tế và Kinh doanh, Tập 29 (Số 1 (2013) 11-22)*.
8. Phạm Trí Dũng (2010), *Khái niệm và nguyên tắc của marketing, Marketing bệnh viện, 1-10*.
9. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế 2012*.
10. Lori DiPrete Brown, et al (1992), *Quality Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*.

SỰ THAM GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS CỦA CÁN BỘ CHIẾN SĨ BỘ ĐỘI BIÊN PHÒNG Ở KHU VỰC BIÊN GIỚI THỪA THIÊN HUẾ 2016

Lưu Minh Châu², Lê Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự tham gia phòng chống HIV/AIDS của cán bộ chiến sĩ bộ đội biên phòng khu vực biên giới Thừa Thiên Huế 2016.

Phương pháp: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân với 420 cán bộ, chiến sĩ bộ đội biên phòng khu vực biên giới Thừa Thiên Huế từ 01/01 – 30/10 năm 2016.

Kết quả: 80,7% đối tượng được nghe thông tin về HIV từ 2007 – 2010, 69,5% đã từng tham gia buổi truyền thông hoặc hội thi về HIV. Có tới 41,4 % chưa từng được tập huấn về HIV/AIDS. 87,6% có tuyên truyền vận động nhân dân tham gia phòng chống HIV. Có 38,8% đối tượng từng hỗ trợ giúp đỡ người nhiễm hoặc hướng dẫn người dân tiếp cận dịch vụ HIV/AIDS. Khi gặp các vấn đề liên quan HIV/AIDS 62,4% tham khảo ý kiến cán bộ y tế xã, huyện, 57,1% hỏi cán bộ y tế đơn vị.

Kết luận: Vận động nhân dân tham gia PC HIV/AIDS: 87.6%. Tham gia truyền thông lồng ghép PC HIV/AIDS: 70%. Thăm hộ gia đình để nắm tình hình PC HIV/AIDS: 46.4%. Tỷ lệ tham gia các buổi tuyên truyền, tổ chức truyền thông hay hội thi về HIV/AIDS là cao, thể hiện sự nỗ lực lớn trong sự tham gia phòng chống HIV/AIDS tại địa phương.

Từ khóa: Phòng chống HIV, hoạt động lồng ghép, HIV/AIDS.

PARTICIPATION IN HIV / AIDS PREVENTION OF THE OFFICIALS OF THE OFFICIAL BORDER GUARD OFFICERS AND SOLDIERS AT BORDER AREA OF THUA THIEN HUE PROVINCE 2016

SUMMARY

Objective: Assess the participation of HIV/AIDS prevention of the official border guard officers in border areas of Thua Thien Hue 2016.

Method: A cross-sectional described research using a

set of personal interview questionnaires with 420 Border guard officers and soldiers of Thua Thien Hue border area from January 1 to October 30, 2016.

Result: 80.7% of people who heard about HIV from 2007 to 2010, 69.5% had participated in HIV communication or contest. Up to 41.4% had never been trained in HIV/AIDS. 87.6% have advocated for people to participate in HIV prevention. There were 38.8% of the respondents who provided support to people living with HIV/AIDS. When encountering HIV/AIDS related issues, 62.4% consult with district and commune health staff, 57.1% ask health staff in the unit.

Conclusion: Mobilize people to participate in HIV/AIDS prevention: 87.6%. Participation in HIV/AIDS mainstreaming communication: 70%. Household visit to see HIV/AIDS situation: 46.4%. The rate of participation in HIV/AIDS propaganda, media organizations and competitions is high, reflecting great efforts in the local participation in HIV/AIDS prevention.

Key words: HIV prevention, mainstreaming, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng chống HIV/AIDS hiện nay là vấn đề của toàn xã hội, cần có sự chung tay hợp sức của nhiều ban ngành và kết quả đạt được còn phụ thuộc nhiều vào những nỗ lực của cả những cá nhân, trong đó sự phối hợp của các cán bộ, chiến sĩ bộ đội góp phần quan trọng tại các khu vực còn nhiều khó khăn và nhạy cảm như khu vực biên giới. Thêm vào đó, Bộ Y tế ban hành Báo cáo số 145/BC-BYT nêu rõ các phương hướng trọng tâm trong năm 2016 tiến tới đẩy lùi, khống chế HIV/AIDS tại Việt Nam [1].

Để thực hiện tốt các nhiệm vụ mới đề ra, phục vụ công tác xây dựng kế hoạch cụ thể tại địa phương, việc đánh giá tình hình hiện tại là rất quan trọng, vì vậy chúng tôi thực

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS

2. Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam. Email: minhchauytdp@yahoo.com.vn

» Ngày nhận bài: 13/05/2017 | » Ngày phản biện: 19/05/2017 | » Ngày duyệt đăng: 26/05/2017

hiện nghiên cứu: "Sự tham gia phòng chống HIV/AIDS của cán bộ, chiến sĩ bộ đội biên phòng ở khu vực biên giới tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2016".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những cán bộ, chiến sĩ Bộ đội Biên phòng tỉnh Thừa Thiên Huế gồm 12 đơn vị: Phong Hải, Cửa khẩu cảng Thuận An, Vinh Xuân, Vinh Hiền, Chân Mây, Lăng Cô, Cửa khẩu Hồng Vân, Nhâm, A Đốt, Hương Nguyên, Hải Đội I, Hải Đội II.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống với cỡ mẫu là 420, thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân.

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5, phân tích thống kê mô tả (số lượng, tỷ lệ %).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=420)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 29	181	43.1
	30 - 39	135	32.1
	40 - 49	94	22.4
	50 - 59	10	2.4
Giới tính	Nam	420	100
	Nữ	0	0.0
Dân tộc	Kinh	367	87.4
	Thiểu số	53	12.6
Nơi ở	Miền biển	248	59.0
	Miền núi	157	37.4
	Đồng bằng	7	1.7
	Thành phố, thị trấn	8	1.9
Trình độ học vấn	Đại học, cao đẳng	194	46.2
	Cấp 3	200	47.6
	Dưới cấp 3	26	6.2
Hiện tại anh (chị) là?	Cán bộ	306	72.9
	Chiến sĩ	114	27.1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	160	38.1
	Có vợ/chồng	258	61.4
	Ly dị	2	0.5
	Khác	0	0.0

Bảng 1 mô tả độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: Đối

tượng được khảo sát chủ yếu có tuổi đời khá trẻ nhóm 18 – 29 tuổi : 43.1%; nhóm 30 - 39 tuổi: 32.1%. Về giới tính của đối tượng tham gia nghiên cứu là: Nam 100% và không có nữ. Dân tộc Kinh 87.4% và thiểu số là 12.6%. Nơi ở của nhóm đối tượng chủ yếu thuộc điều kiện đặc biệt, khá tương đồng với điều kiện của khu vực biên giới tỉnh: Miền biển 59%; miền núi 37.4%; đồng bằng 1.7%; thành phố, thị trấn 1.9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đây là những yếu tố thuận lợi khi lực lượng nay tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người dân ở vùng sâu, vùng xa, biên giới nói chung và phòng, chống HIV/AIDS nói riêng; cùng với các chương trình truyền thông khác tại cộng đồng, các cán bộ, chiến sĩ này sẽ được cung cấp các kỹ năng cần thiết để có thể nhận biết đúng đắn về HIV/AIDS, có ý thức và biết cách bảo vệ mình và cộng đồng trước HIV/AIDS; đồng thời góp phần thực hiện triển khai tốt Quy chế phối hợp số 140/QC-BCHBĐBP - SYT ngày 25/01/2013 giữa Sở Y tế và Bộ chỉ huy Bộ đội Biên phòng Thừa Thiên Huế trong việc triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở khu vực biên giới giai đoạn 2012 - 2015 và những năm tiếp theo góp phần nâng cao nhận thức và ngăn chặn sự lây nhiễm HIV cho bộ đội và người dân thuộc địa bàn quản lý của Bộ đội Biên phòng tỉnh Thừa Thiên Huế [2].

Cơ cấu về trình độ học vấn của nhóm đối tượng: Đại học, cao đẳng: 46.2%; cấp 3: 47.6%; cấp 2: 6.2%. Đa phần đối tượng được khảo sát thuộc nhóm cán bộ chiếm 72.9%. Về tình trạng hôn nhân, 61,4% đã có gia đình, 38,1% còn độc thân.

2. Sự tham gia cán bộ, chiến sĩ Bộ đội Biên phòng ở khu vực biên giới tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2016

Bảng 2: Sự tham gia của cán bộ, chiến sĩ bộ đội biên phòng trong công tác phòng chống HIV/AIDS

Đặc điểm		Số lượng (n=420)	Tỷ lệ (%)
Anh (chị) có tham dự một buổi truyền thông, hội thi về HIV/AIDS?	Có	292	69.5
	Không	128	30.5
Số lần anh chị được tập huấn chuyên đề về HIV/AIDS	Chưa	174	41.4
	1 – 2 lần	161	38.4
	≥ 3 lần	85	20.2

Đặc điểm		Số lượng (n=420)	Tỷ lệ (%)
Trong đó, những nội dung về HIV/AIDS mà anh chị đã được tập huấn?	Kiến thức cơ bản	223	90.7
	Luật PC HIV/AIDS	156	63.4
	Kỳ thi phân biệt	115	46.7

Bảng 2 cho thấy: Đối tượng nghiên cứu có tham dự tổ chức truyền thông, hội thi về HIV/AIDS (69.5%); Các thành viên này được tập huấn chuyên đề về HIV/AIDS: từ 1 - 3 lần: 58.6% và chưa được tập huấn lần nào là 41.4%. Những nội dung về HIV/AIDS mà đối tượng nghiên cứu đã được tập huấn: Kiến thức cơ bản (90.7%); truyền thông chống kỳ thị phân biệt đối xử (46.7%) và được phổ biến Luật Phòng, chống HIV/AIDS (63.4%). Đây là nỗ lực rất lớn mà cán bộ, chiến sĩ các đơn vị Đoàn Biên phòng tỉnh Thừa Thiên Huế lồng ghép các nội dung phòng, chống HIV/AIDS vào các hoạt động dân vận, chăm sóc sức khỏe cho bộ đội và nhân dân tại khu vực biên giới, hải đảo và miền núi, vùng sâu, vùng xa, nhằm thực hiện trách nhiệm theo Quy chế phối hợp số: 140/QC- BCHBĐBP - SYT ngày 25 tháng 01 năm 2013 giữa Sở Y tế và Bộ chỉ huy Bộ đội Biên phòng Thừa Thiên Huế trong việc triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở khu vực biên giới giai đoạn 2012 - 2015 và những năm tiếp theo ở địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế [2].

Bảng 3: Sự hỗ trợ của cán bộ, chiến sĩ bộ đội biên phòng trong công tác phòng chống HIV/AIDS

Đặc điểm		Số lượng (n=420)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tại địa phương phụ trách là	Không có	318	75.7
	Có ít	76	18.1
	Trung bình	15	3.6
	Nhiều	11	2.6
Anh chị có tuyên truyền, vận động nhân dân tham gia phong trào toàn dân phòng, chống HIV/AIDS	Có	368	87.6
	Không	52	12.4
Anh chị đã tham gia buổi truyền thông lồng ghép về HIV/AIDS lần nào chưa?	1 lần	128	30.5
	2 - 5 lần	138	32.9
	Trên 5 lần	28	6.7
	Chưa	126	30.0

Đặc điểm		Số lượng (n=420)	Tỷ lệ (%)
Anh chị có hỗ trợ người nhiễm hoặc hướng dẫn người dân tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh, xét nghiệm HIV tự nguyện	1 - 5 lần	142	33.8
	Trên 5 lần	21	5.0
	Chưa	257	61.2
Anh chị có về tại hộ gia đình để nắm tình hình PC HIV/AIDS của người dân	Có	195	46.4
	Không	225	53.6
Khi gặp vấn đề liên quan đến HIV/AIDS, anh (chị) có thể hỏi những ai để hỗ trợ?	CBYT xã/huyện	262	62.4
	Cán bộ ban ngành liên quan	113	26.9
	Cán bộ y tế đơn vị	240	57.1
	Người hiểu biết hơn mình	102	24.3

Bảng 3 cho thấy: Đối tượng nghiên cứu biết người nhiễm HIV/AIDS tại địa phương 21.6% và cho rằng tình trạng phân biệt đối xử với người nhiễm HIV: Không có: 75.7%; có ít 18.1%; có trung bình: 3.6%; có nhiều là: 2.7%. Kết quả này tương tự ở một số nghiên cứu khác trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế, phản ánh được vấn đề quản lý, chăm sóc hỗ trợ người nhiễm ở một số địa phương ngày càng được chú trọng; tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm đã được chú ý nhiều ở một số địa phương khi người nhiễm ngày càng được bộc lộ ở địa phương [3].

Trong thực hiện nhiệm vụ vận động quần chúng, có cán bộ, chiến sĩ Bộ đội Biên phòng đã có tuyên truyền, vận động nhân dân tham gia phong trào toàn dân phòng, chống HIV/AIDS: 87.6%; tham gia buổi truyền thông lồng ghép HIV/AIDS: 70%; tỷ lệ về tại hộ gia đình để nắm tình hình PC HIV/AIDS của người dân: 46.4%; Cán bộ, chiến sĩ Bộ đội Biên phòng có hỗ trợ giúp đỡ người nhiễm, hướng dẫn người dân tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh, xét nghiệm HIV tự nguyện từ 1 - 5 lần: 33.8%; trên 5 lần: 6.7% và chưa lần nào là 61.2%. Khi gặp những vấn đề liên quan đến HIV/AIDS các thành viên này đã tham khảo ý kiến hoặc đã hỏi cán bộ y tế xã, huyện: 62.4%, cán bộ y tế đơn vị: 57.1%, người hiểu biết hơn mình là 24.3%.

Điều đáng ghi nhận và trân trọng ở đây, đó là cán bộ, chiến sĩ Bộ đội Biên phòng đã nỗ lực cùng cố và tiếp tục



xây dựng mới các Tổ vận động quần chúng tham gia các hoạt động dân vận, chăm sóc sức khoẻ cho bộ đội và nhân dân tại khu vực biên giới, hải đảo và miền núi, vùng sâu, vùng xa. Bên cạnh đó, còn có giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ dự phòng chăm sóc điều trị HIV/AIDS, và nội dung quan trọng khác là tuyên truyền vận động nhân dân chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Các hoạt động kể trên đã trở thành nền tảng, cơ sở để Thừa Thiên Huế tiếp tục nhân rộng, xây dựng và triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở khu vực biên giới những năm tiếp theo ở địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế nhằm đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phòng chống đại dịch HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư; góp phần ngăn chặn, không để đại dịch này tiếp tục lây nhiễm trong cộng đồng [4].

IV. KẾT LUẬN

Việc thực hiện hỗ trợ quá trình phòng chống HIV/AIDS của các cán bộ, chiến sĩ bộ đội biên phòng khu vực biên giới tỉnh Thừa Thiên Huế là tương đối tốt. Tuy rằng những công việc tham gia không mang tính chuyên môn nhưng nhóm này hỗ trợ rất lớn trong việc tuyên truyền thông tin, phổ cập kiến thức cho người dân; hướng dẫn, giúp đỡ người dân tự nguyện xét nghiệm HIV và nắm bắt tình hình bệnh nhân ở địa phương. Các đơn vị tương tự, nếu cũng có thể tổ chức hoạt động hiệu quả thì sẽ tạo nên mạng lưới phòng chống HIV liên ngành, tạo hiệu quả lớn trong công tác đẩy lùi HIV/AIDS ngay cả ở những khu vực nhạy cảm như vùng biên giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2016), Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm 2016.
2. Bộ chỉ huy Bộ đội Biên phòng – Sở Y tế, Qui chế phối hợp số: 140/QC- BCHBĐBP - SYT ngày 25 tháng 01 năm 2013 giữa Sở Y tế và Bộ chỉ huy Bộ đội Biên phòng Thừa Thiên Huế trong việc triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở khu vực biên giới giai đoạn 2012 - 2015 và những năm tiếp theo.
3. Đoàn Chí Hiền, Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thừa Thiên Huế, Đánh giá sự tham gia của thành viên nhóm nòng cốt phong trào “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư” tỉnh Thừa Thiên Huế - Năm 2015.
4. Chương trình hành động phòng, chống HIV/AIDS trong Quân đội đến năm 2020 và tầm nhìn 2030. Tham khảo tại: <http://www.qdnd.vn/qdndsite/vi-vn/61/43/chi-dao-nghiep-vu/chuong-trinh-hanh-dong-phong-chong-hiv-aids-trong-quan-doi-den-nam-2020-va-tam-nhin-2030/223493.html>.

-----oOo-----

THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN TRONG QUÁ TRÌNH TRIỂN KHAI CÁC QUY ĐỊNH CẤM QUẢNG CÁO VÀ KHUYẾN MẠI RƯỢU BIA TẠI VIỆT NAM

Trần Khánh Long¹, Lê Thị Thanh Hương¹, Trần Thị Vân Anh¹, Hà Anh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu thuận lợi và khó khăn trong quá trình triển khai các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam.

Đối tượng, phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp tổng quan tài liệu các văn bản pháp luật

về quảng cáo và khuyến mại thuốc lá tại Việt Nam, phỏng vấn sâu các cán bộ thanh tra trong lĩnh vực quảng cáo, khuyến mại rượu bia và các chủ cửa hàng kinh doanh rượu bia tại 3 thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Bên cạnh những thuận lợi như hành lang pháp

1. Trường Đại học Y tế công cộng. Tác giả: Trần Khánh Long - Điện thoại: 098 5864 929 - Email: tkl@huph.edu.vn
2. Bộ Y tế

» Ngày nhận bài: 28/03/2017 | » Ngày phản biện: 20/04/2017 | » Ngày duyệt đăng: 04/05/2017

lý và sự hiểu biết của các cán bộ thanh tra đối với các quy định, việc thực thi các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại Việt Nam vẫn còn gặp nhiều khó khăn do các văn bản luật chưa thống nhất; các chủ cửa hàng chưa có nhận thức đúng về các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu và các hình thức lách luật của công ty rượu bia ngày càng đa dạng và tinh vi cũng như sự bùng nổ của thời đại công nghệ thông tin khiến cho việc quản lý quảng cáo rượu bia trên các trang thông tin điện tử gặp khó khăn.

Kết luận: Việc thực thi các quy định liên quan đến quảng cáo, khuyến mại rượu bia 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.

Từ khóa: Quảng cáo, khuyến mại, rượu, bia, thuận lợi, khó khăn, Việt Nam.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES IN IMPLEMENTING THE BAN ON ALCOHOL ADVERTISING AND PROMOTION IN VIETNAM

ABSTRACT

Objective: To learn about advantages and disadvantages in implementing the ban on alcohol advertising and promotion in Vietnam

Subject and method: A cross-sectional study, combining literature review of the ban on alcohol advertising and promotion in Vietnam, in-depth interviews of inspectors working in the field of alcohol advertising and promotion and points of sale owners in Ha Noi, Da Nang, Ho Chi Minh City.

Results: In addition to the advantages such as the legal framework and understanding of the inspectors to the regulation, the implementation of regulations on alcohol advertising and promotion in Vietnam is still facing many difficulties due to the inconsistent legal document, poor awareness of the points of sale owners, tactics of alcohol industry and the explosion of information technology which makes more difficulties for the management of alcohol advertising on the websites.

Conclusion: The implementation of the ban on alcohol advertising and promotion in Vietnam is still limited by causes from the law, community and the law enforcement officers.

Keyword: Advertising, promotion, alcohol, beer, advantage, disadvantage, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, mức tiêu thụ rượu bia tại Việt Nam đang có xu hướng tăng dần qua

các năm, cụ thể, 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 [16]. Xem xét đến các yếu tố làm tăng mức tiêu thụ rượu bia, nhiều nghiên cứu cho rằng quảng cáo là yếu tố quan trọng có ảnh hưởng đến sự gia tăng tiêu thụ rượu bia trong cộng đồng, đặc biệt là giới trẻ. Một nghiên cứu của Gallet (2007) đã tìm thấy mối liên quan đáng kể giữa quảng cáo rượu và hành vi uống rượu [13]. Nghiên cứu của Fisher và cộng sự (2007) cũng tìm thấy mối liên quan giữa việc sở hữu các vật phẩm khuyến mại có gắn nhãn hiệu rượu với việc bắt đầu uống rượu sau đó [12]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy, việc cấm toàn diện tất cả các hình thức quảng cáo và khuyến mại rượu bia là một cách hiệu quả để giảm việc sử dụng rượu bia ở thanh thiếu niên.

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. Theo kết quả nghiên cứu từ dự án “Cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chính sách kiểm soát rượu bia ở Việt Nam” được thực hiện bởi trường Đại học Y tế Công cộng năm 2015, có 29,4% điểm bán lẻ có hoạt động quảng cáo rượu vi phạm Luật Quảng cáo khi quảng cáo cho rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên [7]. Những kết quả ban đầu này cho thấy việc thực thi các quy định hiện hành liên quan đến cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam còn hạn chế. Trên cơ sở đó, nghiên cứu được tiến hành để tìm hiểu một số thuận lợi và khó khăn trong triển khai các quy định hiện hành về cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia, từ đó cung cấp và bằng chứng và các khuyến nghị để tăng cường hiệu quả của việc thực thi các quy định này tại Việt Nam. Bài báo được trình bày với mục tiêu tìm hiểu thuận lợi và khó khăn trong quá trình triển khai các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Các văn bản pháp quy hiện hành liên quan đến quy định cấm quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại Việt Nam
- Các cán bộ thanh tra tại các sở/ngành liên quan: Sở Công thương, Chi cục Quản lý thị trường, Sở Văn hóa, thể thao và Du lịch tại 3 thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và TP. Hồ Chí Minh.

- Chủ cửa hàng kinh doanh mặt hàng rượu bia

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2015 đến tháng



9/2015.

- *Địa điểm:* Hà Nội, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp tổng quan tài liệu và phỏng vấn sâu định tính.

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- 9 cuộc phỏng vấn sâu và 3 cuộc thảo luận nhóm với các thanh tra tại các sở/ngành tại 3 thành phố Hà Nội, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh.

- 15 cuộc phỏng vấn sâu chủ cửa hàng kinh doanh mặt hàng rượu bia.

5. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng hướng dẫn phỏng vấn sâu để tìm hiểu các thuận lợi và khó khăn trong việc thực thi các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại 3 thành phố trong nghiên cứu.

6. Phân tích số liệu

- Các văn bản pháp quy hiện hành có liên quan đến các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia được tìm hiểu và tóm tắt bằng excel theo từng chủ đề.

- Các bảng phỏng vấn sâu được gỡ băng và sử dụng ma trận định tính để phân tích.

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

1. Các văn bản pháp quy hiện hành liên quan đến quy định cấm quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại Việt Nam

Về quảng cáo, Khoản 4, Điều 109, **Luật Thương mại 2005** đã quy định về các quảng cáo thương mại bị cấm: “Quảng cáo rượu có độ cồn từ 30 độ trở lên và các sản phẩm, hàng hóa chưa được phép lưu thông, dịch vụ chưa được phép cung ứng trên thị trường Việt Nam tại thời điểm quảng cáo” [5]. Năm 2012, Quốc hội cũng đã ban hành **Luật quảng cáo 2012** trong đó quy định về sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ cấm quảng cáo: “Rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên” (Khoản 3, Điều 7). Như vậy, không phải tất cả các loại rượu đều bị cấm quảng cáo [6].

Về khuyến mại, Điều 100, **Luật Thương mại 2005** đã quy định các hành vi bị cấm trong khuyến mại: Khuyến mại hoặc sử dụng rượu, bia để khuyến mại cho người dưới 18 tuổi (Khoản 3, Điều 100); 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) [5]. Ngoài ra, theo Điều 22, **Nghị định 94/2012/NĐ-CP** về sản xuất, kinh doanh

rượu đã quy định: Quảng cáo, khuyến mại sản phẩm rượu trái quy định của pháp luật (Khoản 14) và dùng sản phẩm rượu làm giải thưởng cho các cuộc thi, trừ các cuộc thi về sản phẩm rượu (Khoản 16) là các hành vi vi phạm quy định của pháp luật về sản xuất, kinh doanh rượu [2].

Các hành vi vi phạm các quy định về quảng cáo và khuyến mại rượu đều phải chịu xử lý của pháp luật. **Nghị định 158/2013/NĐ-CP** về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực văn hóa, thể thao, du lịch và quảng cáo đã quy định mức phạt cho hành vi quảng cáo rượu trái pháp luật: “Phạt tiền từ 40.000.000 đồng đến 50.000.000 đồng đối với hành vi Quảng cáo rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên” (Điều 50) [3]. Theo khoản 4, Điều 48, **Nghị định 185/2013/NĐ-CP** quy định xử phạt vi phạm hành chính trong hoạt động thương mại, sản xuất, buôn bán hàng giả, hàng cấm và bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng: “Phạt tiền từ 30.000.000 đồng đến 50.000.000 đồng đối với một trong các hành vi: Khuyến mại rượu, bia hoặc sử dụng rượu, bia để khuyến mại cho người dưới 18 tuổi (Điểm c); Khuyến mại rượu có độ cồn từ 30 độ trở lên hoặc sử dụng thuốc lá, rượu có độ cồn từ 30 độ trở lên để khuyến mại dưới mọi hình thức (Điểm d) [4]. Ngoài mức phạt tiền trên đây, cơ quan chức năng còn có thể áp dụng các biện pháp bảo đảm việc xử lý vi phạm hành chính như tạm giữ tang vật vi phạm hành chính. Nếu tái phạm, cơ sở kinh doanh có thể bị rút giấy phép kinh doanh.

Như vậy có thể thấy rằng hiện nay, pháp luật nước ta đã có nhiều văn bản quy định tương đối chặt chẽ, đầy đủ về quảng cáo rượu và các biện pháp xử lý đối với hành vi quảng cáo rượu trái pháp luật. Tuy nhiên, hiện nay Việt Nam vẫn chưa có văn bản pháp luật nào quy định cụ thể cho các sản phẩm bia và rượu có nồng độ cồn dưới 15 độ, do vậy tình trạng quảng cáo, khuyến mại các sản phẩm này hiện nay diễn ra rất tràn lan và khó kiểm soát.

2. Thuận lợi và khó khăn trong quá trình thực thi các quy định liên quan đến cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam.

2.1. Thuận lợi

Đối với việc thực thi các quy định về cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam, thuận lợi đầu tiên cần được nhắc đến là sự đầy đủ về các văn bản pháp quy liên quan. Như đã được đề cập ở trên, Việt Nam có một hành lang pháp lý gồm đầy đủ các luật, thông tư và văn bản dưới luật đề cập đến các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu bia. Từ định nghĩa về quảng cáo, loại hình quảng cáo cũng như các thông tư dưới luật hướng dẫn về xử phạt các vi phạm.

Điểm thuận lợi tiếp theo cần được đề cập đến là các

cán bộ thanh tra thực hiện công tác đều nắm rõ các quy định hiện hành về quảng cáo và khuyến mại rượu bia. Các thanh tra là những người trực tiếp thanh kiểm tra việc thực hiện các quy định cấm tại những địa bàn họ phụ trách. Chẳng hạn thanh tra văn hóa sẽ phụ trách việc kiểm tra các vi phạm về quảng cáo ở ngoài trời, các băng rôn, khẩu hiệu, ô dù, các nhà hàng, khách sạn, vũ trường, quán bar ... Thanh tra thông tin truyền thông sẽ chịu trách nhiệm đối với mảng vi phạm trên các ấn phẩm (báo viết, báo hình, báo tiếng, báo điện tử). Thanh tra công thương phụ trách các hoạt động về thương mại, khuyến mại. Do vậy, họ là những đối tượng nắm chắc các văn bản quy phạm pháp luật liên quan tới lĩnh vực mình phụ trách, cũng như các hướng dẫn, các nghị định xử phạt vi phạm và mức phạt đối với từng loại hình vi phạm.

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy, các cán bộ thanh tra đều nắm rõ các văn bản pháp luật hiện hành về quảng cáo, khuyến mại rượu và các văn bản quy định các chế tài xử phạt có liên quan. Các cán bộ này đều nhận thấy luật pháp và các khung pháp lý để xử phạt các hành vi vi phạm trong quảng cáo rượu hiện nay khá đầy đủ tuy nhiên vẫn chưa thật sự toàn diện do chưa đề cập đến các nội dung về quảng cáo, khuyến mại các sản phẩm bia.

“Theo tôi hiện nay luật về quảng cáo, khuyến mại rượu như vậy là đầy đủ rồi, chế tài xử phạt đủ sức nặng, tuy nhiên cái vấn đề về quảng cáo bia vẫn chưa có được nhắc tới nên tình trạng này hiện nay rất là bất cập” (PVS, VH TT ĐN).

“Luật của mình hiện nay mới có quy định về rượu chứ bia là chưa thấy có, anh nghĩ mình cũng nên giới hạn lại cái vấn đề này, nhất là mấy cái quảng cáo, tài trợ bia cho các cái sự kiện rồi kể cả việc thuê các cô gái để tiếp thị rượu trong các cái quán bar là cũng phải giới hạn lại” (PVS, CT HCM).

2.2. Khó khăn

Khó khăn cần được kể đến trong quá trình thực thi các quy định liên quan đến cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam là các bất cập trong hệ thống văn bản pháp quy. Đầu tiên là việc các văn bản pháp quy trong lĩnh vực này chưa được nhất quán. Theo Luật Thương mại 2005, quy định nồng độ này là trên 30 độ [5]. Tuy nhiên, luật Quảng cáo lại quy định các loại rượu có nồng độ từ 15 độ trở lên không được phép quảng cáo [6]. Ngoài ra, trong Nghị định số 59/2006/NĐ-CP quy định chi tiết Luật Thương mại, rượu các loại lại là mặt hàng thuộc nhóm danh mục hàng hóa hạn chế kinh doanh [1]. Nếu xét theo Luật Thương mại 2005, các mặt hàng mà Nhà nước hạn chế kinh doanh (ở đây là rượu các loại) cũng bị nghiêm cấm quảng cáo. Như vậy, chỉ xét riêng trong Luật Thương mại đã nhận thấy có sự mâu thuẫn trong các quy định cấm

quảng cáo rượu khi mà cả rượu có nồng độ cồn từ 30 độ trở lên và rượu các loại đều bị cấm quảng cáo. Như vậy, có thể thấy rằng chưa có sự thống nhất giữa các văn bản quy định, dẫn đến tình trạng khó áp dụng trong thực tế. Ngoài ra, sự thiếu thống nhất trong quy định cấm quảng cáo, khuyến mại trong các văn pháp luật hiện hành cũng là khoảng trống khiến cho nhiều doanh nghiệp lợi dụng để vi phạm.

“Luật hiện nay về lĩnh vực quảng cáo rượu bia nó chưa thống nhất lắm. Bên Luật Quảng cáo thì cấm quảng cáo rượu từ 15 độ trở lên, bên anh Luật Thương mại 2005 đến thời điểm này vẫn còn hiệu lực thì lại cấm rượu từ 30 độ trở lên nên nhiều khi gây khó khăn cho tụi chị trong quá trình thanh kiểm tra” (PVS TTTT HCM).

“Hiện đang vướng giữa luật và nghị định, luật thì cấm rượu trên 30 độ, nghị định 59 thì rượu các loại mà luật thì cao hơn Nghị định. Luật chưa thống nhất cho nên sẽ gây khó cho công tác quản lý, thứ 2 là gây khó cho doanh nghiệp, họ có thể lợi dụng cái điểm này để mà lách luật” (PVS, CT HN).

Bên cạnh sự chưa nhất quán, một điểm bất cập nữa cần kể đến trong các văn bản pháp quy hiện hành là việc pháp luật vẫn cho phép quảng cáo bia và rượu có nồng độ dưới 15 độ. Về các sản phẩm rượu có nồng độ cồn dưới 15 độ, Thông tư 43/2003/TT-BVHTT đã quy định “Các loại rượu có độ cồn từ 15 độ trở xuống chỉ được quảng cáo trên báo in, báo điện tử, Đài phát thanh, Đài truyền hình, mạng thông tin máy tính như các hàng hoá khác quảng cáo trên phương tiện đó”, tuy nhiên Thông tư này đã hết hiệu lực từ năm 2013 và hiện nay chưa có thông tư để thay thế, do vậy các sản phẩm rượu dưới 15 độ vẫn sẽ được quảng cáo, tiếp thị như hàng hóa, dịch vụ bình thường, không hạn chế về đối tượng tiếp cận.

“Chị nghĩ là phải xem xét lại cái vấn đề quảng cáo rượu dưới 15 độ, cần phải xiết chặt hơn chứ giờ người ta quảng cáo nhiều quá, nhất là mấy cái cửa hàng tạp hóa ấy, mấy cái chỗ đó là quảng cáo nhiều mình không có kiểm tra hết được” (PVS, TTTT HCM).

Pháp luật hiện nay còn thiếu các quy định về kiểm soát đối với bia. Từ thực tế trên, nhiều cán bộ thanh tra đưa ra đề xuất nên ban hành các quy định cụ thể để hạn chế tình trạng quảng cáo, khuyến mại tràn lan như hiện nay.

“Mình nghĩ có một cái hạn chế là trên thực tế, người dân tiêu thụ bia còn nhiều hơn rượu mà tác hại của bia cũng không kém rượu là bao vậy mà pháp luật của mình cũng đâu có cấm đâu nên vẫn được quảng cáo, khuyến mại rầm rộ đó thôi, thiết nghĩ cũng phải có một số cái quy định nào đó để hạn chế bớt tình trạng này” (PVS, CT HCM).



Bên cạnh những khó khăn liên quan đến mảng các văn bản pháp quy, nghiên cứu đồng thời cũng chỉ ra những điểm khó khăn còn tồn tại ở các thanh tra thực thi các quy định này. Nghiên cứu cho thấy nhận thức của các cán bộ thanh tra về việc trưng bày sản phẩm rượu tại điểm bán còn chưa đúng. Nhiều cán bộ thanh tra cho rằng trưng bày không phải là quảng cáo và có thể cho phép các cửa hàng, đại lý kinh doanh rượu trưng bày sản phẩm của họ như các sản phẩm thông thường với mục đích kinh doanh.

“Người ta cấm quảng cáo nhưng người ta cho phép quảng cáo trong ranh giới địa phận của người ta miễn sao là anh đứng ở ngoài anh không nghe, không nhìn, không thấy, theo tôi cảm thấy thì bây giờ người ta bán sản phẩm ấy người ta phải có sản phẩm để trưng bày còn cái ấy có nhằm mục đích quảng cáo hay không là tùy cái góc độ mình nhìn nhận chứ bán hàng cất sản phẩm vào trong tủ thì còn bán cho ai nữa” (PVS, VHTT ĐN).

Ngoài lý do từ phía cán bộ thanh tra, việc thực thi quy định còn gặp khó khăn từ phía các chủ cửa hàng bán rượu, bia. Kết quả nghiên cứu cho thấy các chủ cửa hàng còn chưa nắm rõ các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu bia. Qua phỏng vấn các đối tượng là chủ các cơ sở kinh doanh rượu bia cho thấy, người dân vẫn chưa nắm rõ các quy định cấm quảng cáo, khuyến mại rượu, đặc biệt là các quy định về loại rượu được phép quảng cáo hay các mức xử phạt đối với các trường hợp vi phạm. Đa số các chủ cửa hàng kinh doanh tạp hóa được phỏng vấn đều không biết tới các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu do rượu không phải là mặt hàng kinh doanh chính của họ nên mức độ quan tâm đối với loại sản phẩm này không nhiều.

“H: Chị đã từng nghe về các quy định cấm quảng cáo, khuyến mại rượu bia chưa ạ?”

Đ: Cái này thì... chưa nghe bao giờ, chỉ có biết về cái gì mà không bán rượu sau 10h tối với không bán cho trẻ em thôi” (PVS, CH 2).

Một số cơ sở kinh doanh còn nghĩ rằng, cấm quảng cáo dưới mọi hình thức là không được quảng cáo hàng nơi công cộng, còn trong nhà là thuộc không gian riêng, được tự do trưng bày sản phẩm để bán hàng. Một số người khác lại cho rằng, quảng cáo tức là phải có phát tờ rơi, tranh ảnh, có xuất hiện trên tivi còn việc bày bán tại cửa hàng chỉ là kinh doanh bình thường, không phải quảng cáo.

“Cấm quảng cáo thì là chỉ cấm mấy cái biển quảng cáo ở ngoài đường hay công cộng thôi chứ trong nhà là không gian riêng rồi thì phải được bán hàng chứ” (PVS, CH 1).

Một trong những khó khăn được các chủ cửa hàng đề cập đến nhiều nhất là tâm lý e ngại việc hạn chế trưng bày sẽ dẫn tới giảm doanh số bán hàng của các chủ hộ kinh

doanh rượu bia và ảnh hưởng trực tiếp đến thu nhập và kinh doanh của họ.

“Rượu, bia thì cũng là hàng hóa cả, người ta bán được thì mình cũng bán được, chứ giờ tôi bán hàng mà bảo tôi cất hàng vào tủ, vào kho, không cho người khác nhìn thấy thì còn bán cho ai nữa, ai mà biết tôi bán cái gì” (PVS, CH 3).

Việc thực thi các quy định liên quan đến cấm quảng cáo rượu bia tại Việt Nam còn gặp phải sức cản rất lớn từ các doanh nghiệp sản xuất rượu bia, cả ở nội địa và hàng ngoại nhập. Do không được quảng bá trên truyền thông đại chúng nên các loại rượu mạnh có những hình thức quảng cáo và tiếp thị rất đặc thù. Các nhãn hàng đều tập trung vào các hoạt động nhằm phát triển thị trường phân phối, thúc đẩy bán lẻ, tiêu dùng ví dụ như quảng cáo tại điểm bán (bar, vũ trường, showroom), trưng bày sản phẩm, tiếp thị trực tiếp, khuyến mại cho hệ thống đại lý và bán lẻ,... Trong siêu thị, rượu cũng là gian hàng được chăm chút nhiều nhất, được trưng bày sao cho đẹp mắt, sang trọng để thu hút người tiêu dùng. Đây là những chiến lược cơ bản và chủ chốt để quảng bá sản phẩm của tất cả các nhãn rượu tại Việt Nam.

Trong nhiều năm trở lại đây, đặc biệt là các dịp lễ tết, nhiều cửa hàng, đại lý rượu ngoại hay một số các siêu thị tại các thành phố lớn vẫn bày bán tràn lan các hộp rượu có đính kèm theo sản phẩm khuyến mại là ly thủy tinh, dụng cụ mở rượu hoặc các sản phẩm khác. Một bộ sản phẩm/hộp rượu này thường có giá cao hơn so với giá của chai rượu trong bộ sản phẩm. Theo Điều 92 của Luật Thương mại, hình thức “tặng hàng hoá cho khách hàng, cung ứng dịch vụ không thu tiền” mới được coi là khuyến mại [5]. Như vậy, các công ty rượu đã tận dụng kẽ hở ở việc “không thu tiền” này để lách các quy định hiện hành về khuyến mại rượu bằng việc tăng giá của bộ sản phẩm rượu có đính kèm các phụ kiện cao hơn so với giá của chai rượu bình thường để chứng minh rằng việc tặng hàng hóa này là có thêm tiền, không phải tặng miễn phí. Thực tế trên gây ra nhiều khó khăn cho các cán bộ thanh tra thị trường khi phải xác định việc “tặng kèm có thu tiền” này có được coi là một hình thức khuyến mại hay không.

“H: Theo anh, việc đính kèm các phụ kiện như cốc uống rượu, mở rượu vào các bộ sản phẩm có được coi là khuyến mại không? Nếu mà bộ sản phẩm đó có giá cao hơn chai rượu bình thường?”

Đ: Như thế này, mua chai rượu đơn giá rẻ hơn hộp chai rượu có cốc tặng kèm. Đó là thực tế. Về mặt hình thức người ta nghĩ rằng cái giá đó đắt hơn đã nằm trong cái cốc, nghĩa là người ta mua cả bộ như thế. Còn về mặt bản chất thì mình khó chứng minh đó là hàng khuyến mại.

Nếu như chai rượu không có cốc và chai rượu có cốc mà giá bằng nhau thì lúc đó cái cốc nó nằm ở đâu? Trên thực tế đó là họ lách luật nhưng thực sự là khó kiểm soát. Ví dụ như cái chai không cốc người ta bán 405.000đ cái chai có cốc họ bán 430.000đ thì mình ngầm hiểu cái cốc trị giá là 25.000đ, theo luật thì có phải là khuyến mại đâu, là người ta bán cả bộ mà” (PVS, QLTT HN).

Ngoài ra, một khó khăn khác cũng được đề cập đến trong quá trình phỏng vấn sâu các cán bộ thanh tra của ngành thông tin truyền thông là việc khó kiểm soát các trang web quảng cáo rượu mạnh có tên miền nước ngoài và sự bùng nổ của các mạng xã hội với số lượng người sử dụng lớn như Facebook hiện nay đóng góp phần lớn vào việc quảng bá, tiếp thị sản phẩm rượu bia tới người tiêu dùng.

“Bây giờ việc đăng ký tên miền nó rất là dễ dàng, tự cá nhân họ đăng ký cũng được, nhiều trường hợp mà mình muốn tìm lại thông tin người đăng ký còn không chính xác vì người ta đăng ký hộ, số điện thoại giả hoặc địa chỉ ma nên khi đi xác minh gặp rất nhiều khó khăn” (PVS, TTTT ĐN).

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam hệ thống lại các văn bản pháp quy liên quan đến quy định cấm quảng cáo, khuyến mại rượu bia và chỉ ra những điểm thuận lợi cũng như khó khăn trong quá trình triển khai và thực thi Luật. Kết quả nghiên cứu cho thấy hành lang pháp lý về các quy định liên quan đến quảng cáo, khuyến mại rượu bia ở Việt Nam đã tồn tại và tương đối đầy đủ bao gồm luật, nghị định, các văn bản dưới luật và các thông tư xử phạt hành chính vi phạm. Cũng tương tự như ở các quốc gia khác trên thế giới, như ở Úc, Anh, New-zealand và Canada, rượu bia có nồng độ cồn lớn được cấm toàn diện về quảng cáo trên các phương tiện thông tin đại chúng, với các loại rượu bia có nồng độ thấp, việc quảng cáo cũng bị hạn chế ở gần mức M, MA và AV (những mức chỉ thị chỉ dành cho đối tượng trưởng thành trên các kênh thông tin) [14].

Khác với quốc gia phát triển trên thế giới với hệ thống luật pháp có tính đồng nhất cao [10] kết quả nghiên cứu cho thấy các quy định hiện hành tại Việt Nam còn có sự chông chéo và chưa nhất quán. Tuy nhiên, các khía cạnh khác về những bất cập trong quá trình thực thi các quy định cấm này tìm thấy những điểm tương đồng với các quốc gia khác trên thế giới. Ngay cả ở những nước phát triển như Canada hay ở Anh, việc các chủ cửa hàng chưa có đầy đủ kiến thức liên quan đến các quy định cũng làm hạn chế rất nhiều hiệu quả của việc thực thi [9]. Các khó khăn khi phải đối mặt với các chiêu trò của các cơ sở sản

xuất rượu bia trong thời đại bùng nổ về công nghệ thông tin, đặc biệt là trên các trang trực tuyến như facebook, Instagram, twitter... tương tự như kết quả nghiên cứu tại Việt Nam được đề cập trong nhiều nghiên cứu khác ở các nước. Đặc biệt là các hình thức sử dụng trang nguồn nằm ngoài sự kiểm soát của hệ thống quốc gia [9], [11], [15].

Một điểm tương đồng nữa được nhận thấy trong nghiên cứu so sánh với mặt bằng thế giới nói chung là việc thiếu các quy định liên quan đến quảng cáo và khuyến mại bia. Các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành chỉ bước đầu chú trọng đến giảm thiểu tác hại của lạm dụng rượu, chưa đề cập đúng mức đến tác hại của lạm dụng bia. Nhiều quy định hạn chế quảng cáo, khuyến mại rượu được ban hành, tuy nhiên hiện chưa có bất cứ quy định nào hạn chế quảng cáo đối với sản phẩm bia. Do vậy, các hoạt động quảng cáo và khuyến mại bia hiện nay diễn ra rầm rộ, tràn lan tại nhiều điểm bán mà vẫn chưa có quy định nào hạn chế.

Các khuyến nghị từ kết quả của nghiên cứu đồng nhất với nhiều nghiên cứu tổng quan trên tạp chí danh tiếng Lancet trong việc đưa ra nhận định rằng “cấm hoàn toàn việc quảng cáo, khuyến mại rượu là phương pháp ít chi phí nhưng đem lại hiệu quả cao nhất đối với công cuộc kiểm soát rượu” [8].

Bên cạnh những kết quả có ý nghĩa khoa học thực tiễn cao, nghiên cứu còn có hạn chế vì là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam thực hiện tìm hiểu các khó khăn trong triển khai thực thi quy định liên quan đến cấm quảng cáo và khuyến mại rượu bia, nghiên cứu không có điều kiện tham khảo các kết quả khác để thực hiện việc bàn luận và so sánh sát với thực tế Việt Nam.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu chỉ ra những quy định hiện hành liên quan đến cấm quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại Việt Nam. Bên cạnh những thuận lợi như hành lang pháp lý và sự hiểu biết của các cán bộ thanh tra đối với các quy định, việc thực thi các quy định về quảng cáo, khuyến mại rượu bia tại Việt Nam vẫn còn gặp nhiều khó khăn do các văn bản luật chưa thống nhất; các chủ cửa hàng chưa có nhận thức đúng về các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu và các hình thức lách luật của công ty rượu bia ngày càng đa dạng và tinh vi cũng như sự bùng nổ của thời đại công nghệ thông tin khiến cho việc quản lý quảng cáo rượu bia trên các trang thông tin điện tử gặp khó khăn.

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.



- Kiểm soát chặt chẽ và ban hành bổ sung một số văn bản pháp luật quy định cụ thể về hoạt động quảng cáo, tiếp thị, khuyến mại và tài trợ đối với rượu, bia và rượu có nồng độ cồn dưới 15 độ.

- Nghiên cứu hoàn thiện và bổ sung thêm các văn bản hướng dẫn việc thực thi cũng như hướng dẫn xử phạt các trường hợp vi phạm các quy định cấm quảng cáo và

khuyến mại rượu, bia: Văn bản cần quy định rõ các hình thức quảng cáo vi phạm (trong nhà, ngoài nhà) hay các hình thức vi phạm mới. Các văn bản hướng dẫn xử phạt tận gốc các trường hợp các công ty rượu/bia cố tình lách luật, vi phạm.

- Nâng cao nhận thức cho các chủ điểm bán lẻ rượu, bia về các quy định cấm quảng cáo và khuyến mại rượu/bia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tài liệu tiếng Việt

1. Chính phủ (2006). Nghị định 59/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 6 năm 2006 quy định chi tiết Luật Thương mại về hàng hóa, dịch vụ cấm kinh doanh, hạn chế kinh doanh và kinh doanh có điều kiện
2. Chính phủ (2012), Nghị định 94/2012/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2012 về sản xuất, kinh doanh rượu
3. Chính phủ (2013), Nghị định 158/2013/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2013 Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực Văn hóa, Thể thao, Du lịch và Quảng cáo
4. Chính phủ (2013), Nghị định 185/2013/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2013 quy định xử phạt vi phạm hành chính trong hoạt động thương mại, sản xuất, buôn bán hàng giả, hàng cấm và bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng
5. Quốc hội (2005), Luật Thương mại số 36/2005/QH11 ngày 14 tháng 6 năm 2005
6. Quốc hội (2012), Luật Quảng cáo số 16/2012/QH13 ngày 21 tháng 6 năm 2012
7. Trường Đại học Y tế Công cộng (2015). Thực trạng vi phạm quy định về quảng cáo và khuyến mại rượu bia tại Việt Nam năm 2015. Báo cáo kết quả nghiên cứu của dự án “Cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chính sách kiểm soát rượu bia ở Việt Nam”

Tài liệu tiếng Anh

8. Anderson, P et al. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol, *Lancet*, 373: 2234–46.
9. Alcohol Concern (2014). Alcohol advertising regulation that balances commercial and public interest.
10. Australian National Preventive Health Agency (2014). Alcohol advertising: the effectiveness of current regulatory codes in addressing community concern.
11. Advertising Standards Agency (2017). Self-regulation of non-broadcast advertising. Truy cập ngày 1/3/2017 tại trang web <https://www.asa.org.uk/about-asa-and-cap/about-regulation/self-regulation-and-co-regulation.html>.
12. 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.
13. Gallet CA (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2):121–135.
14. Sandra C. Jones, Ross Gordon, Regulation of alcohol advertising: Policy options for Australia, 2013 Evidence Base, (2), 1-37.
15. Winpenny E et al. (2012). Assessment of young people’s exposure to alcohol marketing in audiovisual and online media. RAND Europe.
16. WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG Y TẾ TRƯỜNG HỌC TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC, TRUNG HỌC CƠ SỞ, TỈNH HÀ NAM NĂM 2013

Dương Văn Tú¹, Nguyễn Đăng Tuệ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhân lực, trang thiết bị và các hoạt động y tế trường học tại một số trường tiểu học và trung học cơ sở, tỉnh Hà Nam năm 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Cán bộ y tế từ 26 đến 40 tuổi, nữ chiếm 79,1%, nam 20,9%; làm kiêm nhiệm, giáo viên 76,1%, kế toán 23,9%. Có 63,8% có phòng y tế riêng biệt, 92,8% trường học có truyền thông giáo dục sức khỏe trong đó truyền thông qua các bài giảng trực tiếp chiếm 76,8%, khoảng 69,6% số trường truyền thông về phòng chống dịch bệnh. Hơn 91,3% số trường học có học sinh tham gia đóng bảo hiểm y tế. **Bàn luận:** Hà Nam tham gia đóng bảo hiểm y tế khá cao, cũng phù hợp với kết quả của tổ chức Plan tại Việt Nam năm 2004 khi tiến hành điều tra ở Phú Thọ, Bắc Giang và Quảng Trị [5].

Từ khóa: Thực trạng, hoạt động, y tế trường học.

ABSTRACT

Objective: Description of human resources, equipment and school health activities in some primary and secondary schools, HaNam Province 2013. **Method:** The study was conducted according to a descriptive method based on a cross-sectional survey of some elementary schools. **Results:** from 26 to 40 years, women accounted for 79,1%, men 20,9%; Part-time teachers, 76,1% teachers, accounting 23,9%. There were 63,8% having separate health rooms, 92.8% of schools had health education communications, of which 76.8% directly communicated through lectures, 69,6% About disease prevention. More than 91,3% of schools have students participating in health insurance. **Conclusions:** Ha Nam's participation in health insurance is quite high, also in line with the results of Plan Vietnam in 2004 when conducting surveys in Phu Tho, Bac Giang and Quang Tri.

Keywords: Status, activity, school health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho học sinh luôn là mối quan tâm hàng đầu của toàn xã hội. Hiện nay, Việt Nam có trên 36.000 trường học thuộc các cấp học khác nhau, học sinh nước ta chiếm từ trên 25% tới 30% dân số [1], thuộc lứa tuổi trẻ tương lai của đất nước, vì thế sức khỏe của học sinh hôm nay chính là sức khỏe của dân tộc mai sau. Trường học là ngôi nhà chung của học sinh, hằng ngày các em dành nhiều thời gian học tập, rèn luyện vui chơi, giải trí ở đó [2,3]. Hiện nay chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về thực trạng điều kiện vệ sinh trường học và hoạt động y tế trường học tại tỉnh Hà Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng hoạt động y tế trường học tại một số trường tiểu học, trung học cơ sở, tỉnh Hà Nam năm 2013” với mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng nhân lực, trang thiết bị và các hoạt động y tế trường học tại một số trường tiểu học và trung học cơ sở, tỉnh Hà Nam năm 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại một số trường tiểu học và trường trung học cơ sở thuộc 6 huyện/thành phố, tỉnh Hà Nam.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Trường tiểu học.
- Trường trung học cơ sở.
- Phòng Y tế tại trường tại các trường được chọn.
- Cán bộ Y tế trường học tại các trường được chọn.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 10 năm 2013.

1. Trung Tâm Y tế dự phòng Tỉnh Hà Nam. Email: nhasianhtu@gmail.com

2. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

» Ngày nhận bài: 31/03/2017 | » Ngày phản biện: 07/04/2017 | » Ngày duyệt đăng: 01/06/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu:

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu.

2.2.2.1. Cỡ mẫu:

- Cỡ mẫu cho điều tra tại các trường được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng theo số trung bình của quần thể nghiên cứu [6]:

$$n = Z^2 \frac{\delta^2}{d^2 (1-\alpha/2)}$$

Trong đó:

n là số mẫu cần điều tra

δ là độ lệch chuẩn của các chỉ số ước lượng cho quần thể, trong nghiên cứu này $\delta = 0,30$.

$Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị tương ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

D là độ chính xác tuyệt đối của quần thể, trong nghiên cứu này $d = 0,08$.

Thay vào công thức chúng tôi tính được $n = 55$.

Trên thực tế chúng tôi tiến hành điều tra tại 69 trường học, đáp ứng đủ cỡ mẫu mong muốn.

2.2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:

+ Từ danh sách các trường chúng tôi tiến hành chọn ngẫu nhiên bằng cách bốc thăm để được đủ số trường đưa vào nghiên cứu.

2.3. Các kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

2.4. Các chỉ số nghiên cứu và phương pháp đánh giá.

Dựa vào các tiêu chuẩn của Bộ Y tế

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epi-Data 3.1, các số liệu được phân tích dựa vào chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

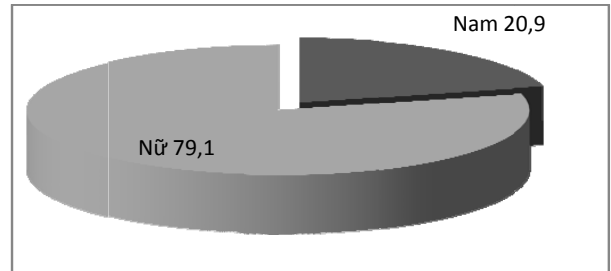
3.1. Thực trạng cán bộ y tế trường học và hoạt động y tế trường học

Bảng 3.1. Độ tuổi cán bộ y tế trường học

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 25	1	1,5
26 – 30	24	35,8
31 – 35	15	22,4
36 – 40	18	26,9
Trên 40	9	13,4

Nhận xét: Tuổi trung bình làm công tác y tế trường học Từ 24 đến 47 tuổi 33 ± 5 .

Biểu đồ 3.1. Thực trạng giới tính của cán bộ y tế trường học.



Biểu đồ 3.1 cán bộ làm công tác y tế trường học là nữ 79,1%, là nam 20,9%.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung cán bộ y tế trường học.

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Chức danh chính của cán bộ kiêm nhiệm	Giáo viên	51	76,1
	Kế toán	16	23,9
Tập huấn về y tế trường học	Có	4	6,0
	Không	63	94,0
Sự hài lòng	Hài lòng	20	29,9
	Không hài lòng	21	31,3
	Không trả lời	26	38,8

Nhận xét: Chức danh chính của cán bộ y tế trường học chủ yếu là kiêm

Bảng 3.3. Đặc điểm phòng y tế và trang thiết bị y tế trường học.

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Phòng y tế riêng biệt	Có	44	63,8
	Không	25	36,2
Diện tích Phòng y tế	> 12 m ²	20	29,0
	≤ 12 m ²	49	71,0
Số mục trang thiết bị	Dưới 10 mục	39	56,5
	10 – 47 mục	30	43,5

Nhận xét: Các trường đã có phòng y tế riêng.

Bảng 3.4. Đặc điểm theo mục trang thiết bị y tế trường học.

Mục trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Huyết áp, ống nghe	52	75,4
Nhiệt kế	47	68,1
Cân thể lực	30	43,5

Mục trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Thước đo chiều dài	8	11,6
Đèn khám	0	0
Bộ nẹp cố định gãy xương	41	59,4
Bàn để dụng cụ y tế	7	10,1
Tủ thuốc	42	60,9
Bàn làm việc	6	8,1
Tủ đựng tài liệu	41	59,4
Sổ khám bệnh, hồ sơ quản lý học sinh	10	14,5
Máy vi tính	0	0
Thùng rác y tế	46	66,7

Nhận xét: Các mục trang thiết bị y tế trong trường học được trang bị tương đối đầy đủ.

Bảng 3.5. Hoạt động truyền thông y tế trường học

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoạt động truyền thông	Có	64	92,8
	Không	5	7,2
Hình thức truyền thông	Bài giảng	53	76,8
	Bài giảng ngoại khóa	51	73,9

Nhận xét: Thực trạng hoạt động truyền thông y tế trường học tốt.

Bảng 3.6. Nội dung truyền thông y tế trường học

Nội dung truyền thông	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Phổ biến văn bản pháp luật	1	1,4
Công tác vệ sinh	65	94,2
Xử trí cấp cứu ban đầu	6	8,7
Phòng chống dịch bệnh	48	69,6
Vệ sinh an toàn thực phẩm	14	20,3
Phòng chống tật khúc xạ	11	15,9
Nha học đường	10	14,5
Phòng chống gù vẹo	13	18,8

Nhận xét: Thực trạng hoạt động truyền thông y tế trường học về nội dung tương đối phong phú đầy đủ.

Bảng 3.7. Hoạt động tham gia bảo hiểm y tế trường học

Tỷ lệ học sinh tham gia BHYT (%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
100	23	33,3
90 - 100	40	58,0
80 - 90	6	8,7

Nhận xét: Thực trạng hoạt động tham gia bảo hiểm y tế tương đối cao.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành tại 6 huyện/thành phố kết quả cho thấy cán bộ làm công tác y tế trường học, trong đó ở độ tuổi từ 26 đến 30 tuổi chiếm 35,8%, ở độ tuổi từ 36 đến 40 tuổi chiếm 26,9%, ở độ tuổi từ 31 đến 35 tuổi chiếm 22,4%, độ tuổi trên 40 chiếm 13,4%, với độ tuổi ≤ 25 chiếm 1,5%. Biểu đồ 3.5 cho thấy cán bộ làm công tác y tế trường học là nữ chiếm 79,1%, là nam chiếm 20,9%. Đặc điểm chung cán bộ y tế trường học, cán bộ kiêm nhiệm y tế trường học là giáo viên chiếm 76,1%, là kế toán chiếm 23,9%. Cán bộ y tế được tập huấn về y tế trường học chỉ có 6,0%. Về sự hài lòng về công việc của cán bộ y tế trường học chiếm 29,9%, không hài lòng 31,3% và không trả lời là 38,8%.

Đặc điểm phòng y tế và trang thiết bị y tế trường học, có 63,8% các trường có phòng y tế riêng biệt, diện tích phòng y tế trên 12m² chỉ chiếm 29,0%; số mục trang thiết bị trong phòng y tế có dưới 10 mục chiếm 56,5%. Các mục trang thiết bị y tế trong trường học, cụ thể tỷ lệ phòng y tế tại trường có huyết áp, ống nghe chiếm 75,4%; có nhiệt kế y học là 68,1%, có tủ đựng thuốc là 60,9%; có thùng đựng rác y tế là 66,7%; có tủ đựng tài liệu 59,4%; có bộ nẹp cố định gãy xương là 59,4%; có cân thể lực chiếm 43,5%; có sổ khám bệnh, hồ sơ quản lý sức khỏe học sinh là 14,5%; có thước đo chiều dài là 11,6%; có bàn để dụng cụ y tế là 10,1%; có bàn làm việc chiếm 8,1%; không phòng nào có đèn khám và máy vi tính.

Hoạt động truyền thông y tế trường học, cụ thể có 92,8% trường học có thực hiện hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trong đó truyền thông qua các bài giảng trực tiếp chiếm 76,8%, truyền thông qua bài giảng ngoại khóa chiếm 73,9%. Nội dung truyền thông y tế trường học và cho thấy: có 1,4% số trường phổ biến các văn bản pháp luật về y tế trường học; 94,2% số trường tuyên truyền về công tác vệ sinh; 8,7% số trường truyền thông về xử trí cấp cứu ban đầu và các bệnh thông thường; 69,6% số trường truyền thông về phòng chống dịch bệnh; 20,3% số trường truyền thông về vệ sinh an toàn thực phẩm; 15,9% số trường truyền thông về phòng chống tật khúc xạ; 14,5% số trường truyền thông về nhà học đường; 18,8% số trường truyền thông về phòng chống gù vẹo cột sống.

Về thực trạng học sinh tham gia bảo hiểm y tế: 58,0% số trường học có từ 90% đến 100% học sinh tham gia; 33,3% số trường học có 100% học sinh tham gia, chỉ có



8,7% trường học có từ 80% đến 90% học sinh tham gia. Điều này cho thấy tỷ lệ học sinh tại các trường trung học và trung học cơ sở tại tỉnh Hà Nam tham gia đóng bảo hiểm y tế khá cao. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của tổ chức Plan tại Việt Nam năm 2004 khi tiến hành điều tra ở Phú Thọ, Bắc Giang và Quảng Trị [5].

V. KẾT LUẬN

Thực trạng các hoạt động y tế trường học.

- Có 67/69 trường có cán bộ làm công tác y tế trường học chiếm 97,1%. 100% cán bộ y tế trường học là kiêm

nhiệm. Cán bộ y tế được tập huấn về y tế trường học chỉ có 6,0%. Tỷ lệ trường học có thực hiện hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe chiếm 92,8%.

- Các trường có phòng y tế riêng biệt chiếm 63,8%, diện tích phòng y tế trên 12 m² chiếm 29,0%; số trường có dưới 10 danh mục thiết bị y tế là 56,5%. Tỷ lệ trường có phòng y tế với thiết bị y tế đầy đủ theo danh mục chỉ chiếm 75%.

- Phần lớn học sinh tham gia Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, trường học có 100% học sinh tham gia Bảo hiểm y tế chỉ chiếm 33,3%, tỷ lệ trường học có dưới 90% học sinh tham gia Bảo hiểm y tế chiếm trên 65%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế, *Tài liệu hướng dẫn kỹ thuật vệ sinh trường học*, Nhà xuất bản Lao động 2011.
2. Trần Văn Dân (2008), *Môi trường học tập và bệnh học đường ở học sinh*, Tạp chí Y học Dự phòng, tr. 67 – 70.
3. Vũ Quang Dũng và CS (2005), *Nghiên cứu thực trạng vệ sinh ở hai trường Trung học cơ sở Thái Nguyên*, Báo cáo khoa học tóm tắt tại hội nghị Quốc tế Y học lao động và Vệ sinh môi trường lần thứ III năm 2008.
4. Trung tâm thông tin quản lý giáo dục – Bộ Giáo dục và đào tạo (1999), *Số liệu thống kê giáo dục năm học 1998 - 1999*, tr. 24 – 28.
5. Trường Đại học Y Hà Nội (2004), *Sức khỏe lứa tuổi*, Nhà xuất bản Y học, tr. 155 - 173.
- Trường Đại học Y Thái Bình (1999), *Dịch tễ và thống kê ứng dụng trong nghiên cứu khoa học*, Nhà xuất bản Y học.

-----oO-----

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CỦA ĐỘI NGŨ CỘNG TÁC VIÊN DÂN SỐ TẠI THÀNH PHỐ VIỆT TRÌ, TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2016

Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Văn Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ nhằm mô tả thực trạng hoạt động của 316 cộng tác viên dân số trên địa bàn nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu: Hình thức truyền thông của cộng tác viên dân số thôn/bản đang áp dụng chiếm tỷ lệ cao nhất là lồng ghép với cuộc họp thôn, các hội của thôn (55,4%) và thăm hộ gia đình (50%). Cộng tác viên dân số gặp khó khăn nhất trong việc quản lý số liệu (53,8%).

Về hình thức truyền thông thay đổi hành vi, tỷ lệ đối tượng thực hiện 2-3 lần mỗi tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,4%). Trong tiếp thị biện pháp tránh thai trong năm trước thời điểm nghiên cứu, biện pháp sử dụng bao cao su chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nội thành và ngoại thành (99,5% và 91,5% theo thứ tự). Có tới 68,4% đối tượng nhận thấy có sự hạn chế về phối hợp ban ngành trong thực hiện công việc.

Từ khóa: Cộng tác viên dân số, hoạt động, Phú Thọ.

1. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Phú Thọ
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 22/05/2017 | » Ngày phản biện: 01/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 07/06/2017

ABSTRACT**ACTUAL SITUATION OF POPULATION COLLABORATORS OF IN VIET TRI CITY, PHU THO PROVINCE IN 2016**

The cross-sectional study was conducted in Viet Tri City, Phu Tho Province to describe the actual situation of 316 population collaborators. Results: The most commonly used form of communication by population collaborators is the integration communication into meeting of villages, village unions (55.4%) and household visits (50%). The most difficult work of population collaborators is data management (53.8%). For behavior change communication, the rate of those who performed 2-3 times every month accounted for the highest rate (67.4%). In contraceptive marketing done in the previous year by collaborators, condom marketing was mentioned with the highest rate of the respondents in both urban and suburban areas (99.5% and 91.5% respectively). Up to 68.4% of the respondents reported that there was a limited coordination of sectors when doing professional work.

Keywords: Population collaborators, activities, Phu Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổng cục DS-KHHGD, năm 2013 Việt Nam có chỉ tiêu mức giảm sinh đạt 0,1%; tỷ số giới tính khi sinh là 112,6 trẻ trai/100 trẻ gái. Bên cạnh những thuận lợi, công tác Dân số - KHHGD còn nhiều khó khăn. Tổ chức bộ máy, cán bộ làm công tác Dân số - KHHGD tại địa phương tuy đã được củng cố và từng bước hoàn thiện song còn hạn chế. Chế độ, chính sách cho đội ngũ cộng tác viên (CTV) Dân số còn chưa tương xứng với công sức của họ nên đội ngũ này thường xuyên biến động, ảnh hưởng đến việc triển khai công tác Dân số - KHHGD. Cơ sở vật chất, trang thiết bị và chất lượng đội ngũ cán bộ của các cơ sở y tế địa phương tuy đã được nâng cấp và bổ sung kiến thức nhưng vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu cung cấp dịch vụ KHHGD chất lượng cao [1]... Thực tế minh chứng là các phụ nữ nghèo có tình trạng chung về SKSS không được tốt, và việc họ sinh con sớm hay sinh con ngoài ý muốn lại dẫn họ tới sự đói nghèo [2]. Đầu tư cho dịch vụ KHHGD cùng với sự phát triển của các biện pháp tránh thai (BPTT) ở trên thế giới trong nửa cuối của thế kỷ 20 đã tạo ra sự gia tăng áp dụng các BPTT một cách mạnh mẽ ở nhiều nước [4], [6]. Trong những năm 1960, chỉ có dưới 10% số phụ nữ có chồng sử dụng các BPTT, nhưng con số này trong năm 2003 đã tăng lên tới 60% [5]. Người ta thấy rằng việc giới thiệu và hướng dẫn các cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp

tránh hiện đại có vai trò thực sự quan trọng trong lĩnh vực kế hoạch hóa gia đình (KHHGD)[3]. Trong các hoạt động trên, CTV dân số giữ vai trò hết sức quan trọng. Để góp phần có căn cứ khoa học đề ra các giải pháp nâng cao năng lực cho đội ngũ cộng tác viên dân số, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động của đội ngũ cộng tác viên dân số tại thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Đối tượng nghiên cứu là đội ngũ cộng tác viên DS-KHHGD thôn, bản tại các xã thuộc thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm 2016.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn cộng tác viên DS-KHHGD thôn, bản:*

- Là những cộng tác viên DS-KHHGD thôn, bản đã công tác ở vị trí hiện trong thời gian ít nhất là 3 tháng.
- Là những người tự nguyện tham gia vào nghiên cứu

2.2. Địa bàn nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại toàn bộ các xã, phường, của thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ.

2.3. Thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2016 đến tháng 5/2017.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu có thiết kế cắt ngang mô tả.

* *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

Cỡ mẫu cán bộ chuyên trách dân số Dân số xã được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

Z_{1- α /2}: độ tin cậy 95% (Z_{1- α /2}= 1,96)

P: Tỷ lệ CTV dân số có năng lực tốt trong thực hiện công tác DS - KHHGD (p=0,5 để có cỡ mẫu tối thiểu cần chọn lớn nhất).

d: Sai số tuyệt đối lựa chọn (d=0,07).

n=316 đối tượng

* *Phương pháp thu thập thông tin*

Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp cán bộ cộng tác viên dân số với bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước.

* *Phương pháp phân tích số liệu*

Số liệu nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0



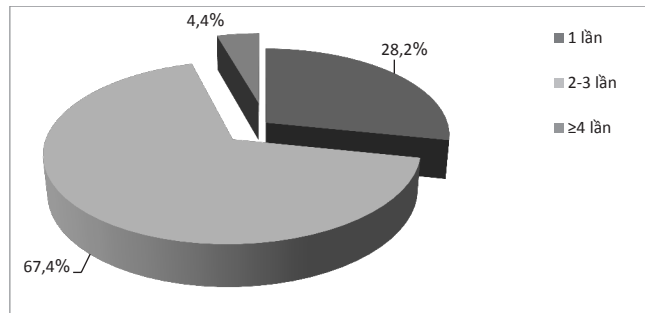
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Hình thức truyền thông của cộng tác viên dân số thôn/bản đang áp dụng

Hình thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thăm hộ gia đình	158	50
Lồng ghép cuộc họp thôn, các hội	175	55,4
Thảo luận nhóm	6	1,9

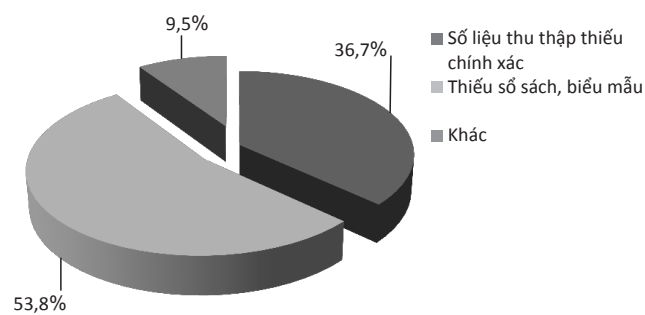
Số liệu từ bảng trên cho thấy hình thức truyền thông của cộng tác viên dân số thôn/bản đang áp dụng chiếm tỷ lệ cao nhất là lồng ghép cuộc họp thôn, các hội của thôn với 55,4%; thăm hộ gia đình chiếm 50% và thấp nhất là thảo luận nhóm là 1,9%.

Biểu đồ 3.2. Số lần truyền thông của cộng tác viên dân số thôn/bản (n=316)



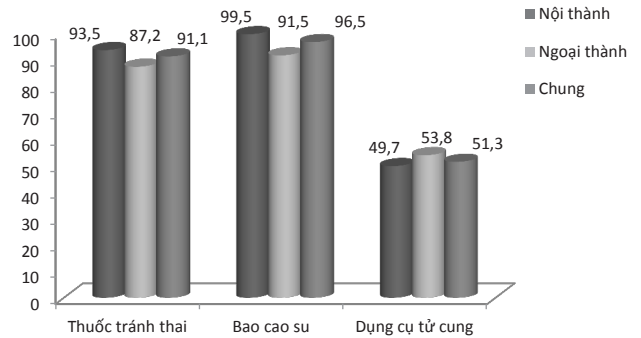
Biểu đồ 3.2 cho thấy, trong 316 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng truyền thông từ 2 đến 3 lần chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,4%, thấp nhất là bốn lần trở lên với 4,4% và không ai là không truyền thông lần nào.

Biểu đồ 3.3. Khó khăn CTVDSD gặp phải trong quản lý số liệu (n=316)



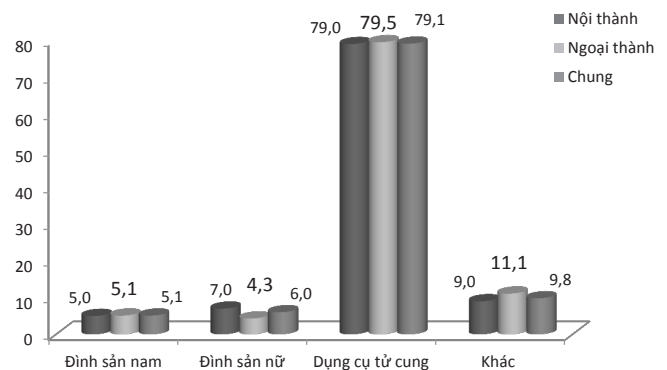
Đa phân đối tượng nghiên cứu gặp khó khăn trong quản lý số liệu về thiếu sổ sách, biểu mẫu chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,8%, tỷ lệ đối tượng gặp khó khăn về số liệu thu thập chính xác là 36,7%, và thấp nhất là những khó khăn khác với 9,5%.

Biểu đồ 3.4. Các BPTT tiếp thị trong năm trước của cán bộ CTVD Dân số (n=316)



Biểu đồ trên cho thấy các BPTT tiếp thị trong năm trước của cán bộ CTVD Dân số chiếm tỷ lệ cao. Trong đó biện pháp sử dụng bao cao su chiếm tỷ lệ nhất ở cả nội thành và ngoại thành (99,5% và 91,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Biểu đồ 3.5. Theo dõi BPTT lâm sàng trong năm trước của CTVD Dân số (n=316)



Theo kết quả trình bày trong biểu đồ trên, tỷ lệ sử dụng dụng cụ tử cung trong năm trước chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nội thành và ngoại thành (79% và 79,5%), thấp nhất là BPTT đình sản nam ở nội thành là 5% và ngoại thành là 5,1%.

Bảng 3.6. Nhận xét về phối hợp Ban ngành

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trên mức mong muốn	8	2,5
Như mong muốn	92	29,1
Còn hạn chế cần tăng cường thêm	216	68,4
Tổng	316	100

Qua bảng trên ta thấy trong 316 đối tượng nghiên cứu, chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,4% đối tượng nhận thấy còn hạn chế về phối hợp Ban ngành cần tăng cường thêm. Chỉ 2,5% tỷ lệ đối tượng cảm thấy sự phối hợp Ban ngành là

trên mức mong muốn.

IV. BÀN LUẬN

Một trong những yếu tố quan trọng góp phần làm nên thành công của công DS-KHHGD trong thời gian qua chính là hoạt động hiệu quả của cộng tác viên (CTV) dân số và chăm sóc sức khỏe cộng đồng ở các địa bàn phường, xã. Vai trò của đội ngũ CTV dân số không chỉ là cung cấp cho đối tượng những kiến thức cơ bản cần thiết về dân số mà còn theo dõi, giúp đỡ các đối tượng chuyển đổi hành vi, lựa chọn và áp dụng một biện pháp tránh thai phù hợp, khám và chữa trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kỹ năng phòng chống HIV/AIDS, phòng chống dịch bệnh.... Hình thức truyền thông của CTV dân số áp dụng nhiều nhất đó là lồng ghép vào các cuộc họp thôn, các hội của thôn (55,4%) và thăm hộ gia đình (50%). Tỷ lệ CTV dân số truyền thông từ 2-3 lần khá cao (67,4%). Đây là những hình thức truyền thông phù hợp, gắn gũi với cộng đồng.

Các CTV dân số góp phần quan trọng trong việc thu thập và cung cấp những số liệu tin cậy cập nhật về DS-KHHGD, chăm sóc sức khỏe sinh sản ở cơ sở, giúp chính quyền nắm được tình hình dân số ở các xã, phường, mức độ biến động dân số của từng địa bàn. Các chỉ tiêu DS - KHHGD có triển khai đạt hay không, phần lớn phụ thuộc vào hiệu quả làm việc của đội ngũ CTV dân số. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với các biện pháp tránh thai tiếp thị trong năm trước của cán bộ CTV Dân số, biện pháp sử dụng bao cao su chiếm tỷ lệ nhất ở cả nội thành và ngoại thành (99,5% và 91,5% theo thứ tự). BPTT lâm sàng được theo dõi trong năm trước thời điểm điều tra của CTV dân số chủ yếu là dụng cụ tử cung, chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nội thành và ngoại thành (79% và 79,5% theo thứ tự). Thấp nhất là biện pháp đình sản nam: Ở nội thành là 5% và ngoại thành là 5,1%.

Khi được hỏi về những khó khăn trong quá trình hoạt động của mình, đa phần các CTV cho rằng họ gặp khó khăn và trở ngại trong việc quản lý số liệu và việc số liệu thu được

còn thiếu chính xác (chiếm 53,8% và 36,7% theo thứ tự). Từ những khó khăn trên có thể xác định các hoạt động tạo điều kiện cho đội ngũ này được tham gia những lớp tập huấn, bồi dưỡng nhằm xây dựng đội ngũ CTV dân số ở cơ sở có năng lực, lòng nhiệt tình trong công tác. Để có một mạng lưới CTV dân số cơ sở đáp ứng yêu cầu, nhiệm vụ trong giai đoạn hiện nay, phải có sự phối hợp và hỗ trợ của các Ban ngành đoàn thể của địa phương. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 68,4% đối tượng nhận thấy hiện có sự hạn chế về phối hợp ban ngành tại địa phương. Chỉ 2,5% tỷ lệ đối tượng cảm thấy sự phối hợp ban ngành là trên mức mong muốn. Khi không có sự phối hợp giữa các ban ngành thì CTV dân số sẽ gặp không ít khó khăn trong hoạt động của mình cũng nói riêng và xã hội hóa công tác y tế nói chung.

Tóm lại, với vai trò là “cầu nối” để người dân tiếp cận với các chủ trương, chính sách của Đảng, nhà nước về DS - KHHGD, đội ngũ CTV dân số đã và đang góp phần thay đổi nhận thức của người dân trong việc xây dựng quy mô gia đình ít con, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc, hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 316 CTV dân số tại thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm 2016 chúng tôi đưa ra được một số kết luận sau:

- Hình thức truyền thông của cộng tác viên dân số thôn/bản đang áp dụng chiếm tỷ lệ cao nhất là lồng ghép cuộc họp thôn, các hội của thôn (55,4%) và thăm hộ gia đình (50%).
- Đối tượng gặp khó khăn nhất trong quản lý số liệu (53,8%). Về hình thức truyền thông thay đổi hành vi, tỷ lệ đối tượng thực hiện truyền thông từ 2-3 lần mỗi tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,4%).
- Trong tiếp thị các BPTT trong năm trước của cán bộ CTV Dân số thì biện pháp sử dụng bao cao su được tiếp thị với tỷ lệ cao nhất ở cả nội thành và ngoại thành (99,5% và 91,5%).
- Công tác phối hợp các ban ngành tại địa phương còn chưa được như mong muốn: Có đến 68,4% đối tượng nhận thấy có sự hạn chế về phối hợp ban ngành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Đức Mạnh (2013), "Công tác xã hội với chương trình DS-KHHGD và bảo vệ trẻ em hiện nay tại cơ sở", Dân số và Phát triển, 11(152)
2. Greene M.E., Merrick T., (2005), "Poverty reduction: does reproductive health matter, HNP Discussion paper", The World Bank, Washington DC.
3. Marston C. (2003), "Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence", Int Fam Plan Perspect, 29
4. Population Reference Bureau (2004), "Transitions in world population", Popul Bull, 59
5. Population Reference Bureau (2006), "World population data sheet", Washington DC.
6. United Nations. (2004). World contraceptive use 2003: United Nations, New York.



KHẢO SÁT THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG & MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHỮNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI ĐỊA BÀN THỊ XÃ THỦ DẦU MỘT NĂM 2011

Phạm Ngọc Thủy¹, Văn Quang Tân², Võ Thị Kim Anh³

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Loãng xương là một bệnh đứng thứ hai sau bệnh tim mạch ở người cao tuổi và cũng là bệnh dễ đe dọa đến tính mạng của họ. Ngày nay, bệnh loãng xương đang có xu hướng gia tăng ở khắp toàn cầu, trong số đó người cao tuổi và đặc biệt là phụ nữ chiếm tỷ lệ cao nhất (cứ 3 phụ nữ cao tuổi thì có 1 người bị loãng xương). Loãng xương là một bệnh ngày càng tăng vì số người lớn tuổi ngày càng nhiều. Người bị loãng xương có nguy cơ gãy xương, dễ bị tàn phế và tử vong trong khi đó bệnh lại có thể phòng ngừa, truy tìm và điều trị được. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát thực trạng loãng xương và một số yếu tố có liên quan ở những người cao tuổi của thị xã Thủ Dầu Một. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương chung của những người từ 50 tuổi trở lên là 24,26%. Tỷ lệ xương bình thường là 18,68% thiếu xương là 31,8%. Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới là 18,4%, nam giới là 5,85%. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh chiếm 16,5%(119). **Kết luận:** Loãng xương hiện đang là vấn đề mang tính toàn cầu, rất cần được quan tâm để góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, nâng cao tuổi thọ cho người có tuổi và giảm bớt các chi phí về y tế xã hội. Do vậy, việc phát hiện sớm và điều trị ngay từ đầu rất có ý nghĩa để phòng bệnh loãng xương và ngăn ngừa gãy xương.

ABSTRACT

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF OSTEOPOROSIS AMONG THE ELDERLY AT THU DAU MOT CITY, BINH DUONG PROVINCE, IN 2011

Background: Osteoporosis is a disease second only to cardiovascular disease in elderly patients and is easy to threaten their lives. Today, osteoporosis is a rising trend across the globe, among them the elderly and especially

women occupy the highest rate (every three elderly women there is a person with osteoporosis). Osteoporosis is a disease due to the increasing number of elderly is increasing. The risk of osteoporosis fractures, disabled and vulnerable to death while preventable diseases, tracing and treatment. **Objective:** Survey the current status of osteoporosis and some related factors in the elderly of the town of Thu Dau Mot. **Method:** Cross-sectional study **Results:** The rate for the honorable osteoporosis from 50 years of age is 24.26%. Normal bone ratio was 18.68% osteopenia was 31.8%. The rate of bone loss in women is 18.4%, 5.85% for men. The rate of osteoporosis in postmenopausal women accounted for 16.5% (119). **Conclusion:** Osteoporosis is a global problem, it should be of interest to improve the quality of life, improve life for older people and reduce the costs of social health. Therefore, early detection and early treatment means a lot to prevent osteoporosis and prevent fractures.

Keywords: Osteoporosis, Osteopenia, fractures, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Loãng xương là một bệnh dịch thầm lặng, đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu và là gánh nặng trên ngân sách y tế ở mỗi quốc gia. Theo Hiệp hội loãng xương Quốc tế, ước tính hiện nay có khoảng 200 triệu người bị loãng xương. Ngày nay, với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật, sự tiến bộ vượt bậc của y học, đã làm không ngừng gia tăng tuổi thọ của con người. Bên cạnh đó, sự thay đổi lối sống theo kiểu đô thị, sự gia tăng các bệnh lý chuyển hóa và thoái hóa, đang làm cho tỷ lệ các bệnh liên quan đến tuổi ngày càng gia tăng. Nếu như chúng ta đang cho tuổi già là một thách thức của nhân loại, thì loãng xương đang là một trong nhiều thách thức cho con người trong thế kỷ 21 này.

Theo số liệu của Viện Dinh dưỡng, ở Việt Nam, bệnh

- 1. Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Bình Dương
- 2. Bệnh viện Đa khoa Bình Dương
- 3. Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

» Ngày nhận bài: 01/02/2017 | » Ngày phản biện: 15/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 01/05/2017

loãng xương ảnh hưởng tới 1/3 phụ nữ và 1/8 đàn ông trên 50 tuổi. Việt Nam hiện có khoảng trên sáu triệu người trên 60 tuổi, nghĩa là có khoảng một triệu người cao tuổi có nguy cơ gãy xương do loãng xương cao. Cũng theo số liệu của Viện Dinh dưỡng, khẩu phần ăn của người Việt Nam hiện nay chưa đáp ứng được nhu cầu hạn chế loãng xương. Nhiều tài liệu nghiên cứu khoa học gần đây cho thấy loãng xương là một trong những bệnh lý thường gặp ở số đông những người có tuổi.

Tỷ lệ loãng xương liên quan đến tuổi và đặc biệt trong thời kỳ hậu mãn kinh. Những người trên 45 tuổi do sự mất dần đi khối lượng xương theo tuổi, ở nữ có sự thiếu hụt estrogen nên loãng xương xảy ra rất nhanh. Thị xã Thủ Dầu Một với dân số đang trên đà phát triển đô thị hóa, việc nghiên cứu dịch tễ học loãng xương trên địa bàn đối với người cao tuổi là cần thiết và do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “Thực trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thị xã Thủ Dầu Một” với mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi tại Thị xã Thủ Dầu Một;
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở những người cao tuổi sống ở địa bàn nghiên cứu.

TỔNG QUAN Y VẤN:

Khi còn trẻ, tốc độ tạo xương lớn hơn tốc độ huy động chất khoáng từ xương. Sự tạo xương thường đạt tới đỉnh điểm ở khoảng 30 tuổi. Sau thời kỳ này quá trình phân hủy cấu trúc xương cũ diễn ra mạnh hơn quá trình tạo mô xương làm mất dần cấu trúc xương. Giai đoạn đầu của thời kỳ mãn kinh, phụ nữ bị mất dần một lượng tổ chức xương nhất định hàng năm như sau: Xương xốp: mất khoảng 1%/năm, xương chắc: khoảng 0.5%/ năm. Các yếu tố ảnh hưởng đến duy trì tạo xương: Yếu tố di truyền: Quyết định khoảng 75% thời điểm đạt tỷ lệ tạo xương cao nhất. Các gene mã hóa cho tổng hợp thụ quan với vitamin D (vitamin D receptor) và thụ quan đối với estrogen (estrogen receptor) ảnh hưởng đến thời điểm đạt mức độ hình thành xương lớn nhất. Vận động và tập thể thao, thói quen ăn uống (khẩu phần ăn), giới tính: Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam giới. Do mãn kinh, tốc độ mất xương ở phụ nữ lớn hơn ở nam giới rất nhiều. Tuy nhiên nam giới cũng vẫn có thể bị mắc (tỷ lệ bệnh nhân loãng xương là nam giới chiếm 20%). Người da trắng và người châu Á có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Một số quá trình bệnh lý khác có ảnh hưởng đến loãng xương như rối loạn tiêu hóa, bệnh tuyến nội tiết. Một số nguyên nhân gây nên như: Suy

giảm hormone sinh dục gặp ở phụ nữ tuổi mãn kinh; do chế độ ăn không cung cấp đủ canxi hoặc cơ thể không hấp thu được canxi như ăn uống kiêng cử kéo dài, chế độ ăn nghèo nàn, kém chất lượng; do mắc 1 trong các bệnh hoặc yếu tố nguy cơ: bệnh tuyến thượng thận, cường giáp trạng, suy thận mạn tính, bệnh yếu liệt chi hoặc do chấn thương phải 1. Kém phát triển thể chất từ khi còn nhỏ, đặc biệt là Còi xương, Suy dinh dưỡng, chế độ ăn thiếu Protid, thiếu Calci, thiếu vitamin D hoặc cơ thể không hấp thu được vitamin D...

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh loãng xương:

Chuẩn đoán tiêu chuẩn	Tiêu chuẩn
Bình thường (Normal)	Chỉ số T cao hơn - 1 (T > -1)
Thiếu xương (Osteopenia)	Chỉ số T thấp nhưng cao hơn -2,5 (tức -2,5 < T ≤ 1)
Loãng xương (Osteoporosis)	Chỉ số T thấp hơn hay bằng - 2,5 (T ≤ -2.5)
Loãng xương nghiêm trọng (Severe osteoporosis)	Loãng xương + tiền sử gãy xương gần đây

Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới 1994

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

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

2. Đối tượng nghiên cứu:

- *Dân số mục tiêu:* Tất cả người cao tuổi đến khám tại Trung tâm Chăm sóc SKSS

- *Dân số nghiên cứu:* Người cao tuổi thuộc địa bàn thị xã Thủ Dầu Một đến khám và đo mật độ xương tại Trung tâm Chăm sóc SKSS tháng 10 năm 2011.

3. Tiêu chuẩn nhận vào: Tất cả người cao tuổi đến khám, đo mật độ xương và đồng ý phỏng vấn vào nhóm nghiên cứu.

4. Tiêu chuẩn loại trừ: Đang bệnh cấp tính nặng, không đồng ý phỏng vấn hoặc phỏng vấn không đầy đủ.

5. Phương pháp tiến hành:

Thu thập dữ liệu:

+ Nhóm nghiên cứu đã được tập huấn sẽ thu thập dữ liệu qua bảng phỏng vấn (đính kèm).

+ Bệnh nhân được đo mật độ xương bằng máy ACCUDEXA của Mỹ theo đúng qui trình hướng dẫn (đo ở xương ngón tay giữa) và ghi nhận kết quả.

+ Bệnh nhân nhận kết quả và được hướng dẫn đến bộ phận tư vấn điều trị.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0, Epidata, Thống kê R với các phép kiểm Chi bình phương, phép



kiểm Anova cho các số trung bình (mật độ xương, tuổi có kinh, mãn kinh, chiều cao, cân nặng, BMI)

6. Y đức: Nghiên cứu này thực hiện trên tinh thần tôn trọng các đối tượng tham gia nghiên cứu. Việc đo mật độ xương được xem là một xét nghiệm không gây tổn thương cho người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Kết quả nhận vào: 717 trường hợp

1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi:

Nhóm tuổi	SL	Tỷ lệ (%)
50- 59	147	20,5
60 - 69	311	43,37
70 - 79	212	29,56
≥ 80	47	6,55
TỔNG:	717	100%

Nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,37%.

2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới:

Giới	SL	Tỷ lệ (%)
Nam	219	30,54
Nữ	498	69,45
TỔNG:	717	100%

Nam chiếm tỷ lệ 30,54%, nữ chiếm 69,45%.

3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phường:

Địa chỉ	SL	Tỷ lệ (%)
Hiệp An	71	9,9
Phú Hòa	49	6,83
Phú Cường	68	9,48
Phú Lợi	61	8,50
Phú Thọ	42	5,85
Phú Mỹ	39	5,43
Định Hòa	46	6,41
Hiệp Thành	52	7,25
Tân An	71	9,9
Hòa Phú	27	3,76
Tương Bình Hiệp	55	7,67
Chánh Nghĩa	29	4,04

Địa chỉ	SL	Tỷ lệ (%)
Phú Tân	66	9,2
Chánh Mỹ	41	5,71
TỔNG:	717	100%

4. Phân bố theo nghề nghiệp:

Nghề nghiệp	SL	Tỷ lệ (%)
Nông dân	134	18,68
Buôn bán	88	12,27
Nội trợ	131	18,27
Công nhân viên	66	9,20
Khác	298	41,56
TỔNG:	717	100 %

5/ Phân bố theo kinh tế gia đình:

Kinh tế gia đình	SL	Tỷ lệ (%)
Có dư	62	8,64
Đủ sống	487	67,92
Khó khăn	168	23,43
TỔNG:	717	100%

Trường hợp khó khăn chiếm tỷ lệ đến 23,43%.

6. Trình độ học vấn:

Trình độ học vấn	SL	Tỷ lệ (%)
Mù chữ	68	9,48
Biết đọc, viết	120	16,73
Tiểu học	244	34,03
TH cơ sở	142	19,8
TH phổ thông	118	16,45
Đại học	25	3,48
TỔNG:	717	100%

7. Tình trạng mật độ xương:

Kết quả BMD	SL	Tỷ lệ (%)
High BMD (MĐX cao)	181	25,24
Normol (Bình thường)	134	18,68
Osteopenia(Giảm xương)	228	31,8
Osteoporosis (Loãng xương)	174	24,26
TỔNG CỘNG:	717	100.0

Tỷ lệ loãng xương chiếm 24,26%, mật độ xương bình thường là 18,68%.

8. Phân bố sự liên quan giữa trung bình T- score với nhóm tuổi, giới tính, địa dư:

a) Theo nhóm tuổi:

Tuổi	High BMD (MĐX cao)	Normol (Bình thường)	Osteopenia (Giảm xương)	Osteoporosis (Loãng xương)
50 - 59	51	34	42	20
60 - 69	72	65	104	70
70 - 79	46	33	69	64
≥80	12	02	13	20
TỔNG:	181(25,24%)	134 (18,68%)	228 (31,8%)	174 (24,26%)

Nhóm tuổi từ 60 – 69 có tỷ lệ loãng xương cao nhất 9,76%, thấp nhất là nhóm tuổi từ 50 -59 tuổi.

b) Theo nam giới:

Chỉ số	SL	Tỷ lệ (%)
High BMD (MĐX cao)	62	8,64
Normol (Bình thường)	51	7,11
Osteopenia(Giảm xương)	64	8,92
Osteoporosis (Loãng xương)	42	5,85

Theo nữ giới:

Chỉ số	SL	Tỷ lệ (%)
High BMD (MĐX cao)	119	16,6
Normol (Bình thường)	83	11,57
Osteopenia(Giảm xương)	164	22,87
Osteoporosis (Loãng xương)	132	18,4

Nam giới có tỷ lệ loãng xương là 5,85% , nữ chiếm 18,4%.

d) Phân bố liên quan bệnh loãng xương theo phường:

Phường	Bình thường		Loãng xương		Tỷ lệ LX/thị xã
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	
Hiệp An	10	14,08	16	22,53	9,2
Phú Hòa	10	20,40	11	22,44	6,32
Phú Cường	15	22,05	18	26,47	10,34
Phú Lợi	13	21,3	16	26,22	9,2
Phú Thọ	05	11,9	16	38,1	9,2
Phú Mỹ	06	15,38	09	23,07	5,17
Định Hòa	09	19,56	15	32,6	8,62
Hiệp Thành	05	9,60	12	23,07	6,89
Tân An	13	18,3	12	16,9	6,89
Hòa Phú	05	18,5	08	29,62	4,6
Tương Bình Hiệp	14	25,45	12	21,80	6,89
Chánh Nghĩa	05	17,24	06	20,68	3,44
Phú Tân	14	21,21	15	22,72	8,62
Chánh Mỹ	10	24,39	08	19,5	4,6
Tổng cộng:	134	18,68%	174	24,26%	100%

Phường Phú Thọ có tỷ lệ loãng xương cao 38,1%, xã Tân An thấp nhất với tỷ lệ 16,9%.

IV. BÀN LUẬN – KẾT LUẬN:

Nghiên cứu 717 đối tượng là người cao tuổi tại địa bàn thị xã Thủ Dầu Một, Bình Dương, chúng tôi rút ra được kết luận sau:

1. Tỷ lệ loãng xương:

Tỷ lệ loãng xương chung của những người từ 50 tuổi trở lên là **24,26%**.

Tỷ lệ xương bình thường là **18,68%** thiếu xương là **31,8%**.

Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới là **18,4%** và nam giới là **5,85%**.



Tỷ lệ loãng xương theo nhóm tuổi

- Từ 50 đến 59 loãng xương chiếm tỷ lệ **2,78%**;
 - Từ 60 đến 69 loãng xương chiếm tỷ lệ **9,76%**;
 - Từ 70 đến 79 loãng xương chiếm tỷ lệ **8,92%**;
 - Từ 80 trở lên loãng xương chiếm tỷ lệ **2,78%**.
- Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh chiếm **16,5%** (119).

2. Các yếu tố liên quan đến loãng xương:

Tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng cao. Loãng xương liên quan địa dư: Vùng đang đô thị hóa tỷ lệ loãng xương cao, vùng kinh tế phát triển, dân trí cao tỷ lệ loãng xương thấp. Kinh tế gia đình có liên quan loãng xương, gia đình có hoàn cảnh kinh tế khó khăn tỷ lệ loãng xương cao hơn không khó khăn. Chiều cao, cân

nặng, BMI càng thấp thì tỷ lệ loãng xương cao lớn. Béo phì là yếu tố nguy cơ và giảm chiều cao có liên quan loãng xương. Có kinh muộn, mãn kinh sớm là yếu tố nguy cơ mắc bệnh loãng xương.

Sinh đẻ nhiều là yếu tố nguy cơ mắc bệnh loãng xương. Thói quen uống sữa, tập thể dục thể thao thường xuyên tránh nguy cơ bị loãng xương. Mật độ xương người có thói quen uống sữa, thể dục thể thao cao hơn ở người có thói quen này.

Thói quen uống cà phê, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ mắc bệnh loãng xương. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa loãng xương với liệu pháp sử dụng hormone thay thế ở phụ nữ mãn kinh tại địa bàn nghiên cứu. Yếu tố lao động nặng không liên quan đến loãng xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tiếng Việt:

1. Mai Thị Công Danh, Phạm Việt Thanh, Lê Văn Điền, Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2008), “Nghiên cứu bệnh-chứng về các yếu tố nguy cơ của loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh”, Kỷ yếu các báo cáo khoa học chuyên đề Tầm nhìn châu Á về loãng xương, Tp. Hồ Chí Minh, tr.63-64.
2. Lưu Ngọc Giang (2003), Khảo sát tình trạng loãng xương của phụ nữ mãn kinh ở TP. Mỹ Tho bằng phương pháp đo mật độ khoáng của xương, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Tiến Lý (2003), “Khảo sát tình trạng gãy xương ở người cao tuổi và phụ nữ sau mãn kinh”, Tạp chí Y học, tr.128-130.

Tiếng Anh

4. Hisoi Takayuki (2008), “Genetics of osteoporosis in Asian”, Second strong bone Asian conference Asian insights into osteoporosis, Ho Chi Minh city, pp.40.
5. Koh Leonard (2008), “Osteoporosis: Identification of high risk individuals”, Second strong bone Asia insights into osteoporosis, Ho Chi Minh city, pp. 18-19.

THỰC TRẠNG VẬN CHUYỂN AN TOÀN Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VẬN CHUYỂN CẤP CỨU BỆNH NHI TỪ Y TẾ TUYẾN XÃ, TUYẾN HUYỆN ĐẾN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI, NĂM 2016

Đỗ Mạnh Hùng¹, Lê Thanh Hải¹, Phạm Ngọc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng vận chuyển an toàn ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái 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: Nghiên cứu cho thấy vận chuyển không an toàn 48,96%; vận chuyển an toàn 51,04%, một số nguy cơ không an toàn trong vận chuyển cấp cứu nhi như sau:

- Đặc điểm nhân khẩu học: Nhóm ≤ 1 tuổi so >1 tuổi OR = 4,77 (95%CI 1,91-11,95), $p < 0,001$; nhóm sơ sinh so với nhóm >1 tháng tuổi OR = 5,57 (95%CI 1,13-27,31), $p = 0,026$.

- Nhóm tiền sử đẻ non so với nhóm bình thường OR=9,85 (95%CI 1,18-82,14), $p = 0,0145$.

- Các yếu tố trước vận chuyển: Nhóm chuyển viện do bệnh nặng so với ý kiến của gia đình, OR=3,32 (95%CI 1,23-8,94); khoảng cách >30 km so với <30 km, OR=3,14 (95%CI 1,35-7,30), $p = 0,0069$; không được ổn định trước vận chuyển so với ổn định trước vận chuyển OR= 4,13 (95%CI 1,36-12,51), $p = 0,0088$.

Từ khóa: Vận chuyển an toàn, tiền sử đẻ non, trước vận chuyển.

ABSTRACT

REALITY OF SAFE PATIENT TRANSPORT IN REFERRAL CASES TRANSPORTED FROM COMMUNE AND DISTRICT MEDICAL CENTERS TO YEN BAI GENERAL HOSPITAL IN 2016

Objective: Evaluate safe patient transport in cases that are transported from commune medical centers and district hospital to Yen Bai general hospital from December 2015 to May 2016.

Method: A cross-sectional study was performed on 96

cases of patient transport.

Result: The result shows that unsafe patient transport in 48,96%; safe transport 51,04%, some risks of unsafe transport as below:

- Demographic features: Group ≤ 1 year old vs group > 1 year old OR=4,77 (95%CI 1,91-11,95), $p < 0,001$; neonate vs infants above 1 month old OR=5,57 (95%CI 1,13-27,31), $p = 0,026$.

- Premature group vs normal group OR = 9,85 (95%CI 1,18-82,14), $p = 0,0145$.

- Factors before transport: Transport due to severity vs transport due to parents' desire, OR=3,32 (95%CI 1,23-8,94); distance > 30 km vs <30 km, OR=3,14 (95%CI 1,35-7,30), $p = 0,0069$; unstable condition vs stable condition OR=4,13 (95%CI 1,36-12,51), $p = 0,0088$.

Keywords: Safe patient transport, premature, before transport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn 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][2][3]. Theo Lê Thanh Hải, hầu hết các trường hợp vận chuyển cấp cứu là không an toàn: không liên hệ trước khi chuyển, cán bộ y tế vận chuyển còn thiếu về số lượng, kiến thức thực hành cấp cứu nhi khoa thiếu, trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương chưa đầy đủ, còn để bệnh nhân tử vong trên đường vận chuyển và đến khoa cấp cứu trong tình trạng các dấu hiệu sống không ổn định [3].

Theo Hoàng Trọng Kim và cộng sự kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Nhi đồng I, 72,2% chuyển viện an toàn (không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra lúc chuyển viện); 27,8% chuyển viện không an toàn [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương của Lê Bá Tuần và cộng sự (2015) cũng cho thấy tỷ lệ vận chuyển không an toàn là 34,6%. [1] Vận chuyển không an toàn là yếu tố nguy cơ gây ra các trường hợp tử

1. Bệnh viện Nhi Trung ương. Tác giả: Đỗ Mạnh Hùng. ĐT: 0913.304.075 - Email: hungdm.nip@gmail.com

» Ngày nhận bài: 10/02/2017 | » Ngày phản biện: 23/03/2017 | » Ngày duyệt đăng: 10/05/2017

vong trong 24 giờ đầu nhập viện và các trường hợp biến chứng theo các nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Nhi Đồng I [1][2].

Yên Bái là tỉnh cách thủ đô Hà Nội khoảng 150km, là tỉnh miền núi nên khoảng cách từ trạm y tế xã đến các bệnh viện tuyến huyện và lên bệnh viện tuyến tỉnh khá xa do đó hệ thống y tế còn gặp nhiều khó khăn, quá trình vận chuyển cấp cứu gặp nhiều rủi ro do quãng đường xa. Yên Bái là tỉnh nghèo, trang thiết bị, nhân lực trong vận chuyển cấp cứu nhi còn hạn chế, do vậy quá trình vận chuyển có thể xảy ra các biến cố có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng bệnh nhân. Nhằm tìm hiểu thực trạng tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu, qua đó tìm ra các đề xuất can thiệp hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng vận chuyển an toàn ở các trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2016”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG 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: Là bác sỹ, điều dưỡng viên, hoặc nữ hộ sinh; Có giấy tờ hợp lệ chứng minh là vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu từ các các cơ 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

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

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 chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013 [1].

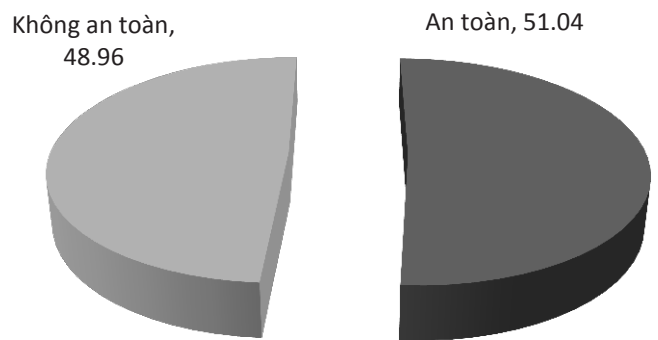
Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z).

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

Biểu 1. Tỷ lệ an toàn của vận chuyển cấp cứu



Kết quả nghiên cứu có 47 trường hợp vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 48,96%, số vận chuyển an toàn là 49 bệnh nhi chiếm 51,04%.

Bảng 1. Tính an toàn vận chuyển cấp cứu theo đặc điểm nhân khẩu học

Phân loại		An toàn vận chuyển				p	OR (95%CI)
		Không		An toàn			
		SL	TL	SL	TL		
Tuổi	≤ 1 tuổi	38	80,85	23	46,94	<0,001	4,77 (1,91-11,95)
	> 1 tuổi	9	19,15	26	53,06		
Sơ sinh	Có	9	19,15	2	4,08	0,026*	5,57 (1,13-27,31)
	Không	38	80,85	47	95,92		
Giới tính	Nam	32	68,09	26	53,06	0,1324	1,89 (0,82-4,33)
	Nữ	15	31,91	23	46,94		
Dân tộc	Khác	11	23,40	6	12,24	0,1522	2,19 (0,74-6,51)
	Kinh	36	76,60	43	87,76		
TỔNG		47	100,00	49	100,00		

(Kiểm định Fisher's exact)

Kết quả nghiên cứu cho thấy các đặc điểm tuổi, trẻ sơ sinh, trẻ có tiền sử đẻ non, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với an toàn trong vận chuyển cấp cứu ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Tính an toàn vận chuyển cấp cứu theo tiền sử bệnh nhi

Phân loại		An toàn vận chuyển				p	OR (95%CI)
		Không		An toàn			
		SL	TL	SL	TL		
Tiền sử đẻ non	Có	8	17,02	1	2,04	0,0145*	9,85 (1,18-82,14)
	Không	39	82,98	48	97,96		
Nhẹ cân sau sinh	Có	6	12,77	2	4,08	0,1547*	3,44 (0,66-17,98)
	Không	41	87,23	47	95,92		
TỔNG		47	100,00	49	100,00		

(Kiểm định Fisher's exact)

Như vậy tiền sử đẻ non có ảnh hưởng đến tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu nhi ($p < 0,05$), trong khi nhẹ cân sau sinh không ảnh hưởng đến quá trình vận chuyển cấp cứu nhi ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tính an toàn vận chuyển cấp cứu theo yếu tố trước vận chuyển

Phân loại		An toàn vận chuyển				p	OR (95%CI)
		Không		An toàn			
		SL	TL	SL	TL		
Lý do chuyển tuyến	Bệnh nặng	40	85,11	31	63,27	0,0148	9,85 (1,18-82,14)
	Ý kiến GD	7	14,89	18	36,73		
Khoảng cách vận chuyển	>30km	33	70,21	21	42,86	0,0069	3,44 (0,66-17,98)
	< 30km	14	29,79	28	57,14		
Ổn định trước vận chuyển	Không	15	31,91	5	10,20	0,0088	4,13 (1,36-12,51)
	Có	32	68,09	44	89,80		
TỔNG		47	100	49	100		

(Kiểm định Fisher's exact)

Kết quả nghiên cứu cho thấy lý do chuyển tuyến, khoảng cách vận chuyển, và sự ổn định trước vận chuyển ảnh hưởng đến an toàn trong vận chuyển cấp cứu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ vận chuyển không an toàn

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 48,96%, số vận chuyển an toàn chiếm 51,04%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Bá Tuấn ở các trường hợp cấp cứu nhi khoa từ tuyến dưới lên BV Nhi Trung ương, trong đó vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 34,6%, số vận chuyển an toàn chiếm 65,4% [1]. Mặc dù vậy, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim và cộng sự [2] tại Bệnh viện Nhi đồng I đối với các trường hợp chuyển tuyến cấp cứu trên 701

bệnh nhi từ tháng 3.2001 đến tháng 2.2004 cho thấy có 506 trường hợp chiếm 72,2% chuyển viện an toàn (không phải cấp cứu khẩn cấp khi nhập viện hoặc không có biến cố xảy ra lúc chuyển viện), có 195 trường hợp chiếm 27,8% chuyển viện không an toàn.

Theo Lê Thanh Hải và cộng sự [3] đánh giá 2 đợt, đợt 1 tháng 11/2007-3/2008, đợt 2 từ tháng 8/2009- 1/2010 đã đưa ra nhận định là hầu hết các trường hợp vận chuyển từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu BV Nhi Trung ương là không an toàn: Không liên hệ trước khi chuyển, cán bộ y tế vận chuyển còn thiếu về số lượng, kiến thức thực hành cấp cứu nhi khoa thiếu, trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương chưa đầy đủ, còn để bệnh nhân tử vong trên đường vận chuyển và đến khoa cấp cứu trong tình trạng các dấu hiệu sống không ổn định.

Thực tế vận chuyển cấp cứu không an toàn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nhân lực vận chuyển, trang thiết bị



và tình trạng sức khỏe của bệnh nhi. Trong khi đó, hầu hết các bệnh nhi khi chuyển tuyến là những bệnh nhi mà các bệnh viện tuyến dưới không có đủ trang thiết bị, kỹ thuật điều trị hoặc người thân của bệnh nhi không tin tưởng. Đặc biệt là tỉnh Yên Bái là tỉnh còn nghèo, đây là tỉnh có nhiều nơi ở vùng sâu, vùng xa, đi lại khó khăn. Nhất là đối với một số đồng bào dân tộc thiểu số trên các địa bàn như huyện Mù Căng Trãi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cần có sự giảm thiểu tỷ lệ vận chuyển không an toàn.

Ảnh hưởng đặc điểm BN đến tính an toàn VCCC:

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố tuổi, trẻ sơ sinh tiền sử đẻ non có ảnh hưởng đến vận chuyển an toàn trong cấp cứu ($p < 0,001$). Trong đó trẻ dưới 1 tuổi nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 4,77 lần so với trẻ trên 1 tuổi (95%CI 1,91-11,95), trẻ sơ sinh có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 5,57 lần so với trẻ trên 1 tháng tuổi (95%CI 1,13-27,31), tiền sử đẻ non có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 9,85 (1,18-82,14). Mặc dù vậy các yếu tố giới tính, dân tộc nhẹ cân sau sinh không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với VCCC không an toàn ở bệnh nhi.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh với Lê Bá Tuấn ở các trường hợp cấp cứu đến Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy yếu tố thuộc về đặc điểm cá nhân của trẻ ảnh hưởng đến vận chuyển không an toàn là tuổi, trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh, địa dư ($p < 0,05$). Các yếu tố giới tính, tiền sử đẻ non không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu bệnh nhi [1].

Cũng theo Lê Bá Tuấn nguy cơ vận chuyển chuyển tuyến không an toàn từ dưới 1 tuổi (tỷ lệ 39,5%) cao gấp 1,80 lần trẻ trên 1 tuổi (tỷ lệ 25,7%); nguy cơ chuyển tuyến không an toàn ở nhóm trẻ sơ sinh (tỷ lệ 84,1%) cao gấp 13,14 lần trẻ không phải là sơ sinh (tỷ lệ 28,7%); Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm trẻ có tiền sử nhẹ cân sau sinh (tỷ lệ 56,3%) cao gấp 2,63 lần nhóm trẻ không nhẹ cân sau sinh [1].

Tương tự nghiên cứu về chuyển tuyến cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng I của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự 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 là 20,5%; OR = 2.14, $p < 0,001$ [2].

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy để tăng tỷ lệ vận chuyển an toàn, giảm tỷ lệ vận chuyển không an toàn thì cần thiết trong việc can thiệp đặc biệt là các nhóm đối tượng dưới 1 tuổi đặc biệt là trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh.

Để trẻ sơ sinh có sức khỏe tốt, giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong thì cần phải can thiệp trước, trong và sau sinh, mặt

khác cần đảm bảo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại tuyến y tế cơ sở, đầu tư các khoa sản tuyến tỉnh. Các đơn vị cần cứu cần có các trang thiết bị như máy ủ ấm, lồng ấp, các thiết bị hỗ trợ hô hấp, dịch truyền phù hợp với trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi.

Ảnh hưởng yếu tố trước vận chuyển đến an toàn VCCC:

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lý do chuyển tuyến, khoảng cách vận chuyển, và sự ổn định trước vận chuyển ảnh hưởng đến an toàn trong VCCC ($p < 0,05$). Nguy cơ vận chuyển do bệnh nhân nặng cao gấp 3,32 lần so với ý kiến gia đình (95%CI 1,23-8,94), nguy cơ vận chuyển không an toàn với khoảng cách từ trên 30km cao gấp 3,14 lần so với dưới 30km (95%CI 1,35-7,30); bệnh nhi không được ổn định trước vận chuyển có nguy cơ vận chuyển không an toàn cao gấp 4,13 lần bệnh nhi được ổn định trước vận chuyển (95%CI 1,36-12,51).

Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Lê Bá Tuấn nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm trẻ thời gian vận chuyển từ 3 giờ trở lên (tỷ lệ 43,1%) cao gấp 1,76 lần nhóm trẻ thời gian vận chuyển dưới 3 giờ (tỷ lệ 30,1%); Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm trẻ không được ổn định trước khi chuyển (tỷ lệ 80,6%) cao gấp 16,43 lần nhóm trẻ ổn định trước khi vận chuyển [1].

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với 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 là 20,5%; OR = 2.14, $p < 0,001$. Chuyển viện không an toàn ở các tỉnh ngoại thành Tp. Hồ Chí Minh chiếm 30,3%; nội thành chiếm 21,6%; OR = 1,57, $p = 0,01$; chuyển viện không an toàn do vượt quá khả năng CSYT chiếm 29,6% so với tỷ lệ không an toàn do gia đình xin chuyển chiếm 2,17%, OR = 1,52, $p = 0,03$. Vận chuyển bệnh an toàn nhân ở nhóm bệnh nhân không ổn định là 77,4% so với nhóm bệnh nhân ổn định là 12,2%; OR = 24,6; $p < 0,001$ [2].

Như vậy, khi vận chuyển cấp cứu cần quan tâm đến khoảng cách vận chuyển, tình trạng bệnh nhi và cần ổn định bệnh nhi trước vận chuyển. Điều đó sẽ góp phần giảm thiểu tình trạng thiếu an toàn khi vận chuyển và giảm tử vong ở trẻ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 trường hợp vận chuyển cấp cứu bệnh nhi từ y tế tuyến xã, tuyến huyện đến Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vận chuyển không an toàn 48,96%; vận chuyển an toàn 51,04%, các yếu tố là nguy cơ vận chuyển không

an toàn bao gồm: Độ tuổi đặc biệt là trẻ sơ sinh, tiền sử đẻ non, lý do vận chuyển, khoảng cách vận chuyển, sự ổn định các chỉ số sinh tồn quá trình vận chuyển.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần thiết can thiệp

nâng cao sức khỏe cho nhóm trẻ đẻ non, trẻ sơ sinh. Khi trẻ phải cấp cứu chuyển tuyến, cần hết lưu ý đến độ tuổi đặc biệt là trẻ sơ sinh, trẻ có tiền sử trẻ, cần ổn định sức khỏe trước khi vận chuyển.

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. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí YHSTH, tr.116-121.
3. **Lê Thanh Hải và cộng sự** (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.
4. **Acosta, C.D and et al** (2010), Characteristics of pediatric trauma transfers to a level I trauma center: implications for developing a regionalized pediatric trauma system in California, *Acad Emerg Med*, 17(12), pp.1364-73.
5. **Braman, S.S. and et al** (1987), Complications of intrahospital transport in critically ill patients, *Ann Intern Med*, 107(4), pp.469-73.
6. **Cabrera, A.G. and et al** (2011), Interhospital transport of children requiring extracorporeal membrane oxygenation support for cardiac dysfunction, *Congenit Heart Dis*, 6(3), pp.202-8
7. **Chen, P., A.J. Macnab and C. Sun** (2005), Effect of transport team interventions on stabilization time in neonatal and pediatric interfacility transports, *Air Med J*, 24(6), pp.244-7
8. **Duke and T.** (2003), Transport of seriously ill children: A neglected global issue, *Intensive care Med*, 39, pp.1414-1416

-----oOo-----

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG CÔNG NHÂN NGÀNH XÂY DỰNG DÂN DỤNG NĂM 2012

Trần Như Phong¹, Đâu Xuân Cảnh², Nguyễn Thị Bạch Tuyết¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Người lao động ngành xây dựng dân dụng có điều kiện lao động chưa tốt tuy nhiên những nghiên cứu và tổng kết về nhóm này còn chưa đầy đủ.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện lao động ngành xây dựng dân dụng năm 2012.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phỏng vấn bộ câu hỏi định lượng 712 người lao động; phỏng vấn sâu 69 cán bộ quản lý; điều tra sổ sách, hồ sơ sức khỏe của người lao động

trong 23 cơ sở sản xuất vật liệu xây dựng và công trình thi công xây lắp trên 6 tỉnh và thành phố.

Kết quả: Số các cơ sở thực hiện việc đo và lập hồ sơ môi trường lao động không cao: 39,1% năm 2009, 2010 và 52,2% năm 2011. Điều kiện lao động gò bó có số người lao động bị tai nạn lao động cao gấp 2,9 lần người lao động không làm việc trong điều kiện gò bó bị tai nạn lao động. Người lao động phải làm việc trong điều kiện lao động căng thẳng (24,5%), làm ca kíp (44,8%) và công việc khác (24,8%). Tỷ lệ người lao động làm việc trong

1. Trường Đại học Đại Nam

2. Học viện Y học cổ truyền Việt Nam. Email: xuancanhvh@gmail.com

» Ngày nhận bài: 25/05/2017

» Ngày phản biện: 01/06/2017

» Ngày duyệt đăng: 08/06/2017

điều kiện gò bó (16,2%), đơn điệu (22,1%) và phải làm thêm giờ (36,4%) ở các cơ sở thi công xây lắp cao hơn so với cơ sở sản xuất vật liệu xây dựng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Điều kiện lao động công nhân xây dựng dân dụng.

CURRENT STATUS OF WORKING CONDITIONS OF WORKERS IN CIVILIAN CONSTRUCTION 2012 SUMMARY

Background: Workers in civilian construction had not good working conditions, however the research on this group has not enough.

Objective: Describe the status of civil construction in 2012.

Methods: This study analyzed horizontally. Using the quantitative questionnaire to interview 712 employees; 69 managers in-depth interviews; Investigating the documents and health records of workers in 23 structure of material establishments and works construction in 6 provinces.

Results: The number of establishments performed the measurement and establishment of labor environment is not high: 39.1% in 2009, 2010 and 52.2% in 2011. The number of labor accidents with labor force in stressful working conditions was 2.9 times higher than workers who do not work in this conditions. Workers have to work in stressful working conditions (24.5%), shift workers (44.8%), and other jobs (24.8%). The ratio of workers working in stressful conditions (16.2%), monotonous (22.1%) and overtime (36.4%) in construction establishments was higher than it in structure of material establishment ($p < 0.05$).

Key words: Working conditions of civil construction workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xây dựng dân dụng-một ngành kỹ thuật lâu đời, chuyên nghiệp của xây dựng, bao gồm nhà ở (nhà chung cư, nhà

riêng lẻ) và các công trình công cộng (công trình văn hóa, công trình giáo dục, công trình y tế) đã có đóng góp đáng kể vào những thành tựu rất quan trọng, góp phần vào sự tăng trưởng kinh tế và ổn định chính trị của đất nước [1].

Ngành xây dựng dân dụng gặp phải một số khó khăn như: Hầu hết lực lượng lao động là lao động phổ thông chưa có trình độ chuyên môn về xây dựng; cơ sở vật chất kỹ thuật, nguyên vật liệu còn thô sơ, lạc hậu. Đồng thời với điều kiện lao động đặc thù, khó khăn, phức tạp, nguy hiểm và độc hại, người lao động phải làm việc ngoài trời, trên cao, dưới sâu, sản phẩm đa dạng, địa bàn lao động luôn thay đổi [2]. Đó là những nguyên nhân gây ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe người lao động, đặc biệt là gây tai nạn trong lao động và bệnh nghề nghiệp cho người lao động, ảnh hưởng đến năng suất, hiệu quả lao động.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 712 người lao động trong ngành xây dựng dân dụng; 69 cán bộ quản lý; sổ sách, hồ sơ sức khỏe của công nhân ngành xây dựng dân dụng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: 23 cơ sở sản xuất vật liệu xây dựng (SX VLXD) và công trình thi công xây lắp của 6 tỉnh/thành phố: Hà Nam, Thanh Hóa, thành phố Đà Nẵng, Quảng Ngãi, thành phố Hồ Chí Minh và Đồng Nai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng: 712 người lao động tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cho một quần thể; Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính là 69 cuộc phỏng vấn sâu cán bộ quản lý các cơ sở xây dựng.

Thời gian nghiên cứu: Bắt đầu từ 10/2012 đến 8/2013.

Phân tích và xử lý số liệu: *Số liệu định lượng:* Được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0; *Số liệu định tính:* Bảng ghi âm được giải ra bản Word và phân tích theo chủ đề.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thực trạng điều kiện lao động của ngành xây dựng dân dụng

Ngành nghề sản xuất		Số cơ sở	Đo môi trường lao động (MTLD)		
			Năm 2009	Năm 2010	Năm 2011
Sản xuất vật liệu xây dựng	Sản xuất đá	4	3 (75,0%)	3 (75,0%)	3 (75,0%)
	Sản xuất xi măng	5	3 (60,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)
	Sản xuất gạch ngói	7	3 (42,8%)	3 (42,8%)	4 (57,1%)
Thi công xây lắp (TCXL)		7	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tổng số		23	9 (39,1%)	9(39,1%)	12(52,2%)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu thực tế tại 23 cơ sở trong 3 năm thấy tỷ lệ cơ sở có đo MTLĐ chiếm 39,1 - 52,2%, trong đó năm 2011 đạt tỷ lệ cao nhất. Đặc biệt 100% các cơ sở thi công xây lắp không đo MTLĐ trong

suốt 3 năm 2009 - 2011. Khi chúng tôi phỏng vấn sâu các nhà lãnh đạo cơ sở về lý do không đo MTLĐ thì hầu như đều nhận được câu trả lời mang tính chất biện hộ tương tự nhau.

Hộp 1. Lý do không đo MTLĐ của các cơ sở ngành xây dựng

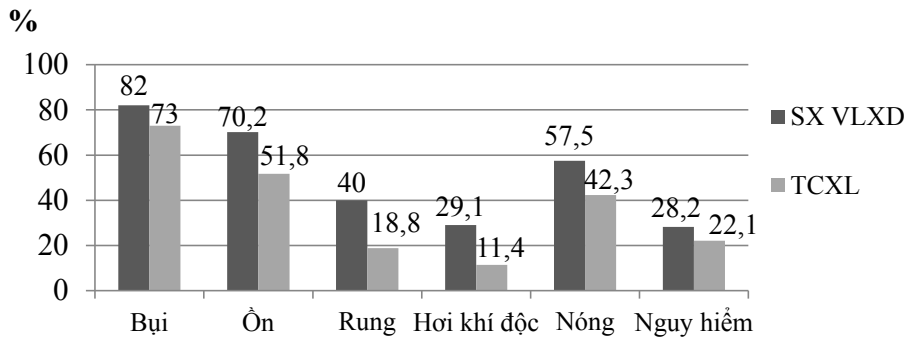
“Ở đây môi trường có yếu tố độc hại nhưng không thường xuyên, chỉ có tính chất tức thời, công nhân không thường xuyên tiếp xúc nên không cần thiết phải đo MTLĐ”.

LMH – Chỉ huy trưởng 1 công trình xây dựng khách sạn ở miền Trung.

Qua hộp 1 cho thấy lãnh đạo các công trình xây dựng dân dụng đều có nhận định môi trường lao động của doanh

nh nghiệp có các yếu tố độc hại, tuy nhiên tất cả (7/7) cơ sở thi công xây lắp đều không đo MTLĐ.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ công nhân tiếp xúc với các yếu tố độc hại theo ngành nghề



Nhận xét: Nhìn chung tỷ lệ người lao động tiếp xúc với yếu tố độc hại cao nhất là bụi (78,7%), tiếng ồn (63,2%), nóng 51,7%; các yếu tố khác có tỷ lệ thấp hơn như rung 31,9%, nguy hiểm 25,8%, hơi khí độc 22,3%, trong đó

người lao động ngành sản xuất vật liệu xây dựng có tỷ lệ tiếp xúc cao hơn với các yếu tố so với người lao động xây lắp trong các công trình xây dựng, đặc biệt là bụi (tương ứng 82,0% và 73,2%).

Hộp 2. Gánh nặng và mức độ căng thẳng của công việc

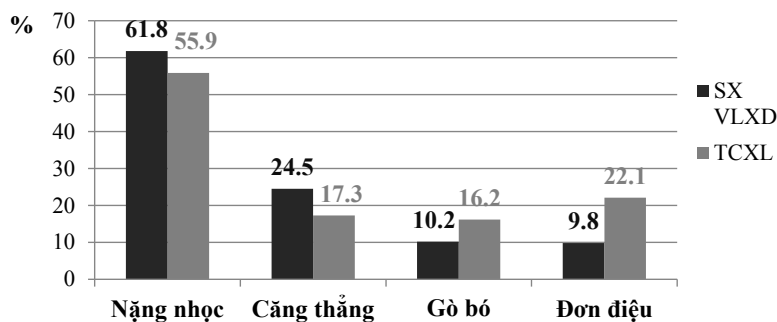
“Ở đây chủ yếu là làm việc chân tay nên nhiều khi phải mang vác nên cũng nặng nhọc, còn căng thẳng thì khi phải chạy tiến độ mới phải làm tăng ca cho kịp... Khi hoàn thành phía ngoài công trình cũng phải đứng trên cao để lao động nên những anh em mới làm cũng lo lắng căng thẳng nhưng sau đó quen dần.”

NCT - Trưởng ban Giám sát 1 công trình xây dựng ở miền Trung.

Hộp 2 cho thấy gánh nặng lãnh đạo các cơ sở đều nhận thức được công việc mà người lao động của họ làm khá là vất vả nhưng do áp lực kinh tế nên cả lãnh đạo và người

lao động phải chấp nhận. Điều này cho thấy rất nhiều người lao động rất chú quan cho sức khỏe của họ, chỉ khi nào ốm quá nặng họ mới nghỉ việc đi khám bệnh.

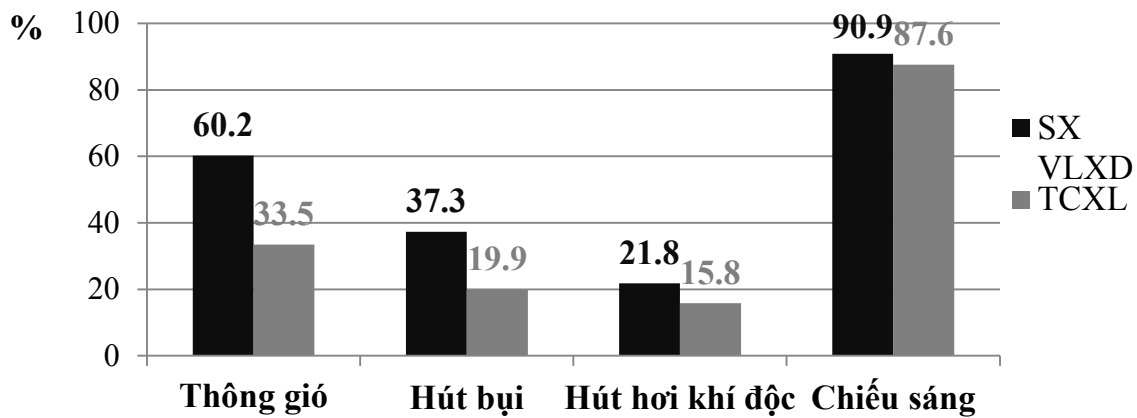
Biểu đồ 2. Tỷ lệ người lao động làm việc trong các điều kiện khác nhau theo ngành nghề



Nhận xét: Tỷ lệ người lao động làm việc trong điều kiện lao động nặng nhọc chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 60%, tiếp đến lao động căng thẳng 21,8%, trong đó người lao động sản xuất VLXD có tỷ lệ nặng nhọc và căng thẳng

cao hơn so với người lao động xây lắp. Các yếu tố căng thẳng khác như gò bó, đơn điệu chiếm 12,5-14,4%, trong đó người lao động xây lắp chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt ($p < 0,05-0,001$) so với người lao động sản xuất VLXD.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ người lao động làm việc trong điều kiện có trang thiết bị xử lý môi trường



Nhận xét:

Người lao động làm việc trong các điều kiện có các thiết bị kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là chiếu sáng 87,6%, hệ thống thông gió 50%, hệ thống hút bụi 30,6% và thấp nhất là hệ thống hút hơi khí độc hại khoảng 20%, trong đó ngành SX VLXD có tỷ lệ các trang bị kỹ thuật trên cao hơn rõ rệt so với ngành thi công xây lắp ($p < 0,05-0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Môi trường lao động tại các cơ sở xây dựng

Các cơ sở có tỷ lệ mẫu đo MTLĐ vượt tiêu chuẩn cho phép (TCCP) khá cao, năm 2011 hầu hết các chỉ tiêu có tỷ lệ mẫu đo vượt TCCP thấp hơn so với 2 năm trước. Các mẫu đo vi khí hậu đều vượt TCCP với tỷ lệ trung bình như sau: Nhiệt độ 0,5-1,5%, độ ẩm 8,7-33,3% và tốc độ gió 25-38,7%. Do điều kiện đặc thù của ngành, những công nhân sản xuất vật liệu xây dựng thường xuyên phải tiếp xúc với vi khí hậu khô nóng, đặc biệt là ở các lò nung. Ngược lại, những kho chứa xi măng lại là nơi có độ ẩm cao do được che kín, không có máy móc sinh nhiệt và ít thông khí. Ngoài ra, những công nhân làm tại các vị trí khai thác nguyên liệu và công nhân xây lắp phải chịu ảnh hưởng xấu của thời tiết, khí hậu khi làm việc ngoài trời, trên cao, tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời. Đặc biệt, Việt Nam là một nước nhiệt đới gió mùa, vào mùa nóng nhiệt độ ngoài trời có khi lên tới 42°C-45°C, còn vào những ngày mưa tuy nhiệt độ thấp hơn nhưng độ ẩm không khí cao lại gây cản trở cho việc điều hòa thân nhiệt. Với tốc độ gió lớn thổi trực tiếp khi công nhân thi công xây lắp làm việc trên cao, xung quanh trống trải, đôi khi

khó giữ thăng bằng, không an toàn.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước, như: nghiên cứu của Đào Phú Cường và cộng sự về môi trường làm việc tại một số cơ sở cơ khí vừa và nhỏ ở Nam Định (2008) với kết quả 79,1% mẫu độ ẩm, 43,6% mẫu nhiệt độ không đạt TCCP [4]; Nghiên cứu của Lê Thị Thu Hằng và cộng sự (2010) về MTLĐ và tình hình sức khỏe công nhân nhà máy xi măng Bút Sơn-Hà Nam, yếu tố độ ẩm của phân xưởng lò vượt quá TCCP ở mức 86,67% [3].

So với các nghiên cứu ngoài nước thì kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của Hossein K và cộng sự (2010), về ảnh hưởng của bụi xi măng lên chức năng hô hấp của công nhân tại một nhà máy xi măng ở Iran, cho thấy: Tỷ lệ mẫu bụi vượt quá TCCP tại phân xưởng lò nung là 100%, phân xưởng đóng bao 100%, phân xưởng nghiền xi măng 90%, phân xưởng nghiền nguyên liệu thô 60% [5].

Về tiếng ồn trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ trung bình mẫu tiếng ồn vượt TCCP khá cao 21,2-39,4%. Công trường xây dựng và các cơ sở sản xuất vật liệu xây dựng là nơi tập trung các loại máy móc thiết bị phục vụ cho công tác thi công, sản xuất (như máy khoan đá, trộn bê tông). Do đó nguyên nhân gây ồn là từ các thiết bị máy móc, chất gây nổ để phá đá, dỡ công trình cũ, gây ồn cục bộ và phát tán ra môi trường xung quanh. Điều này gây ảnh hưởng đến sức khỏe công nhân, có thể gây ra tổn thương thính giác, điếc nghề nghiệp. Sau khi tìm hiểu, chúng tôi được biết mức độ ồn ở bộ phận khoan, sàng là cao nhất.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả kiểm tra MTLĐ của một số tác giả Trần Thị Ngọc Lan, Nguyễn

Thị Hồng Tú và Bệnh viện xây dựng 2012 tiến hành, có 20,9-30,4% mẫu đo vượt TCCP [6], [7]. So với kết quả của Hà Lan Phương và cộng sự (2007) nghiên cứu thực trạng và yếu tố nguy cơ bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn, với cường độ tiếng ồn trong môi trường lao động của cả 5 cơ sở nghiên cứu đều vượt TCCP từ 1 – 40dBA, chiếm tỷ lệ 24,1 – 85,6% thì kết quả của chúng tôi thấp hơn [8].

4.2. Người lao động làm việc trong các điều kiện khác nhau theo ngành nghề

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ người lao động làm việc trong điều kiện lao động nặng nhọc chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đến lao động căng thẳng, trong đó người lao động sản xuất VLXD có tỷ lệ nặng nhọc và căng thẳng cao hơn so với người lao động xây lắp. Điều này chúng tôi đã tìm hiểu và được biết như sau:

Tại các cơ sở Sản xuất VLXD, những người công nhân cho biết khi nhu cầu VLXD tăng cao họ thường xuyên phải làm việc căng thẳng, nặng nhọc, phải làm gấp để kịp đơn hàng. Nhiều người cố gắng làm thông 2 ca để có thêm thu nhập nên khá vất vả và vì cường độ lao động cao, lại phải thường xuyên tiếp xúc với nóng, bụi và tiếng ồn.

Tư thế lao động gò bó, đơn điệu cộng thêm sự nặng nhọc, căng thẳng trong công việc khiến cho công nhân ở cả 2 ngành SX VLXD và Thi công xây lắp cảm thấy mệt mỏi, đau nhức cơ gây giảm năng suất lao động, ảnh hưởng tới sức khỏe và nghiêm trọng hơn có thể gây ra tai nạn lao động. Bởi vậy, chúng tôi thấy cần xem xét lại vấn đề môi trường và điều kiện lao động; cần có chế độ làm việc, nghỉ ngơi tại chỗ hợp lý cho công nhân.

4.3. Người lao động làm việc trong điều kiện có trang thiết bị xử lý môi trường khác nhau theo ngành nghề

Tỷ lệ công nhân làm việc trong điều kiện có hệ thống thiết bị chiếu sáng là cao nhất 87,6%, sau đó là có hệ thống thông gió, hệ thống hút bụi và thấp nhất là hệ thống hút hơi khí độc. Tỷ lệ công nhân SX VLXD làm việc trong điều kiện có các thiết bị kỹ thuật trên cao hơn rõ rệt so với ngành thi công xây lắp ($p < 0,05-0,001$). Sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc thù của từng khu vực sản xuất, thi công, mà có các trang thiết bị vệ sinh lao động phù hợp. Công trình xây dựng khi thi công dưới hầm tối thì luôn luôn phải có hệ thống chiếu sáng và quạt thông gió thì công nhân mới làm việc được (hai công trình xây dựng cao tầng tại Đà Nẵng có từ 2-3 tầng hầm).

V. KẾT LUẬN

- Số các cơ sở thực hiện việc đo và lập hồ sơ MTLĐ không cao: 39,1% năm 2009, 2010 và 52,2% năm 2012.

- Môi trường lao động của các cơ sở SX VLXD và TCXL có tốt hơn theo thời gian (2009-2011). Mẫu đo bụi, ồn có tỷ lệ số mẫu vượt TCCP từ 21,2- 43,2%, nhưng năm 2011 giảm hơn so với 2 năm trước.

- Tại các cơ sở SX VLXD người lao động phải làm việc trong điều kiện lao động căng thẳng (24,5%), làm ca kíp (44,8%) và công việc khác (24,8%) cao hơn so với các cơ sở TCXL ($p < 0,05$). Ngược lại tỷ lệ người lao động làm việc trong điều kiện gò bó (16,2%), đơn điệu (22,1%) và phải làm thêm giờ (36,4%) ở các cơ sở TCXL lại cao hơn so với cơ sở SX VLXD ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bách khoa toàn thư mở Bảo hộ lao động, Wikipedia, truy cập ngày-31/10/2012.
2. Nghị định Chính Phủ (16/12/2004), Phụ lục 1 - Nghị định 209/2004/NĐ-CP.
3. Lê Thị Thu Hằng (2010), Môi trường lao động và tình hình sức khỏe công nhân nhà máy xi măng Bút Sơn Hà Nam, Khóa luận tốt nghiệp BS Đa khoa, ĐH Y HN.
4. Đào Phú Cường, Tạ Tuyết Bình và Nguyễn Bích Diệp (21-23/10/2008), NC môi trường làm việc tại một số cơ sở cơ khí vừa và nhỏ ở Nam Định, Báo cáo tóm tắt hội nghị KH QT YHLĐ-VSMT lần III và hội nghị KH YHLĐ toàn quốc lần VII Viện Y học lao động và vệ sinh môi trường.
5. Hossein Kakooei (2010), The Effect of Cement Dust on the Lung Function in a Cement Factory in Iran, International Journal of Occupational Hegieene.
6. Trần Thị Ngọc Lan và CS (2012), “Thực trạng sử dụng amiăng và bệnh liên quan đến amiăng ở Việt Nam”, Hội nghị khoa học quốc tế lần thứ 8 về YHLĐ và VSMT, Hà Nội 11/2012.
7. Nguyễn Thị Hồng Tú, Nguyễn Thị Liên Hương, Trần Ngọc Lan (2009), Development of basic occupational health services and prevention of occupational diseases in Vietnam, Global Conference on Occupational Health and safety. Cape town, South Africa.
8. Hà Lan Phương (2007), “Điều tra thực trạng và yếu tố nguy cơ bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 5, tập 821, trang 58-60.



THỰC TRẠNG VỆ SINH TẠI 3 BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN HUYỆN TỈNH HẢI DƯƠNG, NĂM 2017

Nguyễn Thanh Hà¹, Hồng Quang Thống², Nguyễn Thị Hương³

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực trạng vệ sinh môi trường tại 3 bệnh viện tuyến huyện, tỉnh Hải Dương, tháng 5/2017. Kết quả cho thấy: Các bệnh viện chưa tuân thủ việc giám sát chất lượng nước ăn uống, sinh hoạt, thau rửa bể chứa nước định kỳ. Vệ sinh bệnh viện chưa đạt yêu cầu: Thiếu khu vệ sinh cho nhân viên y tế, bệnh nhân; 100% khu vệ sinh không có biển chỉ dẫn, hướng dẫn rửa tay; không có bồn rửa tay, xà phòng, gương soi và không có sẵn giấy vệ sinh, thùng đựng rác. Tỷ lệ khu vệ sinh có sàn không đọng nước, trơn trượt, rêu mốc đạt 78,1%; Tỷ lệ khu vệ sinh sạch, không có mùi hôi đạt 59,4%. Các bệnh viện cần quan tâm hơn và bố trí đủ trang bị, phương tiện đảm bảo vệ sinh môi trường trong bệnh viện.

Từ khóa: Cung cấp nước sạch, vệ sinh, bệnh viện.

SUMMARY

STATUS OF HYGIENE IN THREE DISTRICT HOSPITALS IN HAI DUONG PROVINCE, 2017

Status of environmental sanitation in three district hospitals in Hai Duong province, May 2017. The results showed that hospitals did not comply with the monitoring of drinking water quality. Periodically carry out cleaning of the water tank. The hygiene conditions in hospitals are not satisfactory: lack of toilets for medical staff and patients; 100% of toilets have no signboards, instructions for hand washing; There are no sinks, soaps, mirrors and no toilet paper or trash available. The percentage of toilets with dry floors, non-slip or mossy was 78.1%; The rate of clean toilets, no odor reached 59.4%. Hospitals should pay more attention and arrange enough equipment and facilities to ensure hygiene requirements.

Keywords: Clean water supply, Sanitation, Hygien in hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO): Cung cấp nước

sạch, vệ sinh môi trường (WASH) là những thành phần thiết yếu của việc cung cấp dịch vụ y tế cơ bản tại các cơ sở y tế. Việc cải thiện điều kiện WASH có thể hạn chế nhiễm trùng và lây lan dịch bệnh, bảo vệ nhân viên y tế (NVYT) và người bệnh, có khả năng giảm ít nhất 9,1% gánh nặng bệnh tật và 6,3% các trường hợp tử vong [6], [7]. Tuy nhiên, việc triển khai WASH tại các cơ sở y tế chưa được quan tâm đúng mức. Khảo sát trên 66101 cơ sở y tế từ 54 quốc gia có mức thu nhập thấp và trung bình trong giai đoạn 1998 – 2014 cho kết quả: Khoảng 38% cơ sở y tế không có sự cải thiện về nguồn nước, 19% không cải thiện về vệ sinh môi trường (nhà tiêu hoặc nhà vệ sinh) và 35% không có nước và xà phòng để rửa tay [7]. Tại Việt Nam, có rất ít số liệu về thực hiện WASH tại bệnh viện. Một kết quả khảo sát tại 32 cơ sở y tế năm 2015 cho thấy các bệnh viện chưa có đủ nhà tiêu cho nhu cầu sử dụng của cả NVYT, bệnh nhân (BN). Nhà tiêu chưa được cung cấp đủ giấy vệ sinh và có mùi hôi [1]. Để góp phần tăng cường chất lượng dịch vụ y tế, ngày 15/07/2016, BHYT đã ban hành quyết định số 3638/QĐ-BYT về Kế hoạch triển khai cơ sở y tế “Xanh – Sạch – Đẹp”, trong đó trọng tâm là các tiêu chí về WASH. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá thực trạng triển khai nội dung WASH theo quyết định số 3638/QĐ-BYT tại một số bệnh viện tuyến huyện, góp phần cung cấp thêm số liệu, triển khai các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 03 – 5/2017 tại 3 bệnh viện đa khoa huyện: Cẩm Giàng, Ninh Giang và Kinh Môn, tỉnh Hải Dương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ quản lý, nhân viên vệ sinh, khu vệ sinh, điều kiện trang thiết bị vệ sinh tại các khoa, phòng thuộc các Bệnh viện đa khoa huyện (BVĐK).

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 11 khoa/phòng của các bệnh viện, gồm: 08 Khoa lâm sàng (Nội, Ngoại, Sản, Nhi,

1. Cục quản lý Môi trường y tế, BHYT. ĐT: 04.3227.2853. Email: haytdpvn@gmail.com

2. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Trường CD Dược TW Hải Dương

» Ngày nhận bài: 01/06/2017 | » Ngày phản biện: 06/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 13/06/2017

Truyền nhiễm, Y học cổ truyền, Phục hồi chức năng, Khoa khám bệnh), 02 khoa cận lâm sàng (khoa Xét nghiệm và khoa Dược) và 01 Phòng chức năng.

2.4. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

Nội dung thu thập: Tần suất thau rửa bể nước (lần/năm); Tần suất giám sát chất lượng nước ăn uống/sinh hoạt (lần/năm); Các tiêu chí sạch của khu vệ sinh bệnh viện.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá chất lượng và tần suất giám sát chất lượng nước ăn uống/sinh hoạt theo QCVN 01:2009/BYT về chất lượng nước ăn uống; Đánh giá các tiêu chí sạch của khu vệ sinh bệnh viện theo Quyết định 3638/QĐ-BYT về việc phê duyệt kế hoạch triển khai cơ sở y tế “Xanh-Sạch-Đẹp” và Quyết định 6573/QĐ-BYT

về việc ban hành hướng dẫn triển khai cơ sở y tế (CSYT) xanh, sạch, đẹp.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Quan sát và sử dụng bảng kiểm được thiết kế sẵn.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê trong y sinh học.

III. KẾT QUẢ

Qua khảo sát: 3/3 bệnh viện chưa thực hiện xét nghiệm chất lượng nguồn nước cấp định kỳ.

Hệ thống bể chứa nước của 3 bệnh viện được thau rửa từ 6 tháng -12 tháng/lần.

Bảng 1: Tỷ lệ các khoa, phòng có nhà vệ sinh đạt chỉ tiêu

Tình trạng nhà vệ sinh	BVĐK Cẩm Giàng (n=10)	BVĐK Ninh Giang (n=11)	BVĐK Kinh Môn (n=11)	Chung (n=32)
Có NVS cho BN và NVYT riêng biệt	0,0*	0,0*	0,0*	0,0*
Có phòng riêng cho nam, nữ và có gắn biển	60,0	100**	64,0	73,3
Nhà vệ sinh sạch, không có mùi hôi	80,0	72,7	27,0	59,4
Sàn không đọng nước, trơn trượt, rêu mốc	100,0	100,0	36,0	78,1
Có sẵn giấy vệ sinh, thùng đựng chất thải	0,0	0,0	0,0	0,0
Có nhân viên dọn NVS và giám sát	100,0	100,0	100,0	100,0

Chú thích: “”: Chỉ tính khoa có bệnh nhân; NVS: Nhà vệ sinh ; NVYT: Nhân viên y tế*

Các BVĐK đều có nhân viên dọn NVS và nhân viên giám sát ở 100% số khoa/phòng.

Tiêu chí khu vệ sinh có phòng riêng cho nam và nữ và có gắn biển đạt 73,3%, trong đó BVĐK Ninh Giang chiếm tỷ lệ cao nhất với 100%, tiếp đến là BV Kinh Môn 64%, thấp nhất là BVĐK Cẩm Giàng 50%. Tuy nhiên, BVĐK Cẩm Giàng có tỷ lệ số khu vệ sinh sạch, không có mùi hôi cao nhất 80%, tiếp đến là BVĐK Ninh Giang 72,7%, thấp nhất là BVĐK Kinh Môn với 27% (Tỷ lệ khu vệ sinh sạch sẽ, không có mùi hôi của cả 3 BV là 59,4%).

Các tiêu chí: Có khu vệ sinh riêng cho người bệnh và nhân viên y tế; Có sẵn giấy vệ sinh, thùng đựng chất thải không có BV nào thực hiện đầy đủ với tỷ lệ 0%.

Kết quả điều tra cho thấy: Các bệnh viện đều chưa trang bị đủ các điều kiện cần thiết cho vệ sinh bàn tay

(bồn rửa tay, xà phòng, gương và biển chỉ dẫn, hướng dẫn rửa tay).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tại 03 bệnh viện chưa đảm bảo tần suất giám sát chất lượng nước ăn uống và thau rửa bể chứa nước. Việc thường xuyên thau rửa cũng như xét nghiệm nguồn nước định kỳ là vô cùng quan trọng giúp cho cơ sở y tế kịp thời phát hiện và xử lý trường hợp nguồn nước chưa đảm bảo chất lượng. Theo báo cáo khảo sát nước sạch và vệ sinh tại các cơ sở y tế (2015) cũng cho thấy tần suất thau rửa bể chứa của các bệnh viện 1 lần/năm chỉ đạt 75% [1].

Số lượng thiết bị vệ sinh và điều kiện khu vệ sinh có vai trò quan trọng, quyết định đến các hành vi vệ sinh cá nhân và ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát nhiễm



khuẩn bệnh viện. Do đó thiết kế xây dựng bệnh viện đã có qui định về xây dựng khu vệ sinh tại các khoa, phòng (TCXDVN 365:2007 – bệnh viện đa khoa – hướng dẫn thiết kế). Bộ Y tế cũng đã ban hành Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03/12/2013, trong đó có quy định đánh giá chất lượng nhà vệ sinh và tại Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 15/7/2016 về việc phê duyệt Kế hoạch triển khai cơ sở y tế “Xanh-Sạch-Đẹp” thì vấn đề nhà vệ sinh tiếp tục khẳng định vai trò quan trọng tại bệnh viện. Đối với bệnh viện xây mới hoặc được nâng cấp đều phải đáp ứng tiêu chuẩn trên. Tuy nhiên, những bệnh viện được xây dựng đã lâu thì chưa đáp ứng được. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả ba bệnh viện đều không có đủ khu vệ sinh, bao gồm nhà vệ sinh cho NVYT, BN và không cung cấp đủ giấy vệ sinh, thùng đựng rác. Đồng thời tỷ lệ nhà vệ sinh có sàn không đọng nước, không trơn trượt hoặc rêu, mốc chỉ đạt 78,1%. Kết quả này cũng tương tự như Báo cáo khảo sát nước sạch và vệ sinh tại các cơ sở y tế năm 2015 [1]. Đây không chỉ là vấn đề riêng của y tế Việt Nam, báo cáo của WHO/UNICEF cũng cho thấy có hơn 1/5 các bệnh viện không có đủ nhà vệ sinh cho BN và nhân viên y tế.

Tỷ lệ khu vệ sinh sạch, không có mùi hôi ở các đối tượng nghiên cứu là 59,4%. Kết quả này thấp hơn số liệu báo cáo năm 2015 với tỷ lệ là 72,1% [1]. Mùi hôi do rất nhiều yếu tố, nó tùy thuộc vào số lượng bệnh nhân đến khám, chữa bệnh, mức độ giám sát và thực hiện vệ sinh của nhân viên dọn nhà vệ sinh cũng như ý thức của chính bệnh nhân, người nhà bệnh nhân hay chất lượng công trình vệ sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% các khoa phòng của cả 3 BV đều có nhân viên dọn nhà vệ sinh và giám sát. Trong khi đó kết quả khảo sát năm 2015 chỉ đạt 11,1% ở tuyến huyện, 33,3% ở tuyến tỉnh và 50% ở tuyến trung ương [1]. Như vậy, đây là một kết quả rất đáng khích lệ, mặc dù hiệu quả còn chưa đạt yêu cầu nhưng bước đầu các bệnh viện đã phân công nhân viên và thực hiện giám sát khu vệ sinh.

Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản, hiệu quả trong việc dự phòng, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện [4], [5]. Một trong các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tuân thủ vệ sinh bàn tay là phương tiện vệ sinh (bồn rửa tay, xà phòng) [2], [3]. Tuy vậy sau 9 tháng triển khai Quyết định 3638/QĐ-BYT, tại các địa điểm nghiên cứu phương tiện và điều kiện cần thiết để vệ sinh tay còn thiếu nhiều. Số liệu nghiên cứu chỉ ra rằng các khu vệ sinh tại BVĐK huyện đều không đủ bồn rửa

tay, xà phòng và hướng dẫn rửa tay. Một báo cáo của WHO/UNICEF cũng cho thấy có hơn 1/3 các cơ sở y tế không có xà phòng rửa tay [7]. Kết quả điều tra khảo sát nước sạch và vệ sinh môi trường năm 2015, tỷ lệ các BV tuyến Trung ương có đủ xà phòng rửa tay cho NVYT là cao nhất (100%), thấp nhất là ở trạm y tế xã (69,0%). So với NVYT, buồng vệ sinh của bệnh nhân có xà phòng rửa tay thấp hơn nhiều, trung bình chỉ đạt 50% [1]. Điều này cho thấy rõ ràng là vệ sinh bàn tay của BN và NVYT còn chưa được quan tâm đúng mức ở tuyến cơ sở. Theo báo cáo của Cục Quản lý khám chữa bệnh (Bộ Y tế), trong số 251 BV đã được chấm điểm theo chỉ chất lượng bệnh viện có hơn 50% BV buồng vệ sinh có bồn rửa tay nước sạch, thường xuyên có xà phòng, khăn lau tay. Như vậy điều kiện cần thiết cho vệ sinh bàn tay là vấn đề cần được quan tâm hơn nữa nhằm tăng cường chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế, giảm thiểu nhiễm khuẩn, nhất là tại các bệnh viện tuyến huyện.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Các bệnh viện được nghiên cứu đã bố trí được nhân vệ sinh và giám sát nhà vệ sinh, tuy nhiên chưa thực hiện giám sát chất lượng nguồn nước ăn uống định kỳ. Số lượng khu vệ sinh và điều kiện, phương tiện vệ sinh tay không đạt theo qui định. 100% khu vệ sinh không có biển chỉ dẫn, hướng dẫn rửa tay; 100% không có bồn rửa tay, xà phòng, gương soi; 100% không có sẵn giấy vệ sinh, thùng đựng rác và 100% không có buồng vệ sinh riêng biệt cho bệnh nhân được mở cửa thường xuyên. Tỷ lệ khu vệ sinh có sàn không đọng nước, trơn trượt, rêu mốc đạt 78,1% (BVĐK Cẩm giàng 100%; BVĐK Ninh Giang 100% và BVĐK Kinh Môn 36%); Tỷ lệ khu vệ sinh sạch sẽ không có mùi hôi đạt 59,4% (BVĐK Cẩm giàng 80%; BVĐK Ninh Giang 72,7% và BVĐK Kinh Môn 27%)..

Các bệnh viện cần quan tâm hơn và bố trí đủ trang bị, phương tiện đảm bảo vệ sinh môi trường và thực hiện theo các tiêu chí tại Quyết định 3638/QĐ-BYT về triển khai cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp góp phần kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Quản lý môi trường y tế, Viện sức khỏe nghề nghiệp và môi trường (2015), Báo cáo khảo sát nước sạch và vệ sinh tại các cơ sở y tế.
2. Nguyễn Việt Hùng (2008), Vệ sinh bàn tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, Tạp chí Y học Lâm sàng, số 6, tr.4-13.
3. Kretzer, E.K. and Larson, E.L (1998). Behavioral interventions to improve infection control practices. Am J Infect Control; 26(3): 245–253
4. Pittet, D., Allegranzi, B (2006), Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. Lancet Infect Dis, Vol 6, No. 10, p641–652.
5. Pittet, D. and Boyce, J (2001). Hand hygiene during patient care: pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infect Dis. Volume 1, Special Issue, p9–20.
6. Prüss-Üstün A, Bos R, Gore F, Bartram J (2008), Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. World Health Organization, Geneva.
7. World Health Organization and UNICEF (2015). Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle income countries and way forward. Geneva.

-----oOo-----

CHIẾT XUẤT TINH DẦU VÀ ĐỊNH LƯỢNG EUGENOL TRONG TINH DẦU HƯƠNG NHU TRẮNG (ESSENTIA OCIMI GRATISSIMI)

Nguyễn Thị Hương¹

TÓM TẮT

Đã tiến hành chiết xuất được tinh dầu từ cây Hương nhu trắng và lựa chọn được thời gian chiết xuất 4 giờ để đạt được hàm lượng tinh dầu tối ưu và đã định lượng eugenol trong tinh dầu Hương nhu trắng đạt hàm lượng 62.6% (g/ml); từ đó đã xây dựng được bài thực hành cho sinh viên hệ Cao đẳng.

Từ khóa: Eugenol, Cao đẳng Dược Hải Dương, Hương nhu trắng.

SUMMARY

EXTRACT THE ESSENTIAL OIL AND QUANTIFY EUGENOL IN ESSENTIA OCIMI GRATISSIMI

Nowadays, education system in general and Hai Duong Central College of Pharmacy as well in particular has a great concern about innovative of teaching for improving

training quality. To help students enhance practical skill that meet the market requirement, our study group extracted the essential oil from *Ocimum gratissimum* L and the extraction was determined to be carried out in 4 hours to get the optimum amount of essential oil. The amount of eugenol quantified in *Essentia Ocimi gratissimi* was 62.6% (g/ml); and practice exercises have been created since then.

Key words: Eugenol, Hai Duong Central college of Pharmacy, *Ocimum gratissimum* L.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hương nhu trắng là một nguyên liệu quan trọng để chiết xuất tinh dầu với ưu điểm dễ kiếm, rẻ tiền. Thành phần chính trong tinh dầu Hương nhu là eugenol – một chất quan trọng được sử dụng làm chất sát khuẩn trong

1. Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương - Email: huongcdd@gmail.com

» Ngày nhận bài: 01/06/2017 | » Ngày phản biện: 06/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 13/06/2017

nha khoa và làm nguyên liệu để tổng hợp vanilin.

Để giúp sinh viên tiếp cận được với các kiến thức thực tế nghề nghiệp và để nâng cao hiệu quả sử dụng thiết bị cũng như tận dụng nguồn dược liệu có sẵn của trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương chúng tôi đã tiến hành chiết xuất tinh dầu và định lượng eugenol trong tinh dầu Hương nhu trắng (*Essentia Ocimi gratissimi*) để xây dựng được bài thực hành cho sinh viên hệ Cao đẳng.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp chiết xuất tinh dầu từ Hương nhu trắng [1]

Mẫu hương nhu trắng được thu vào buổi sáng trong ngày có nắng ở vườn Thực vật – Dược liệu, trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương. Tách lấy tinh dầu từ cây Hương nhu trắng bằng phương pháp cất kéo hơi nước sử dụng bộ định lượng tinh dầu Scilabware. Trong khi đó có khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết xuất tới hàm lượng tinh dầu bằng cách sử dụng 150 gam nguyên liệu (toàn cây hương nhu trắng chỉ bỏ rễ) và theo dõi lượng tinh dầu cất ra lần lượt trong thời gian 2 giờ, 3 giờ, 4 giờ, 5 giờ và 6 giờ.

2.2. Phương pháp định lượng eugenol trong tinh dầu hương nhu trắng đã chiết xuất [4]

* **Nguyên tắc:** Eugenol là 1 phenol. Phương pháp định lượng tinh dầu có cấu trúc Phenol thông dụng nhất dựa trên nguyên tắc: phenol tác dụng với kiềm, tạo sản phẩm phenolat: $\text{ArOH} + \text{NaOH} \rightarrow \text{ArONa} + \text{H}_2\text{O}$

* **Tiến hành:** Hòa tan 5ml Tinh dầu trong 10ml n-hexane, sau đó lắc đều với 10ml NaOH 2M (sử dụng máy khuấy từ) trong 15 phút. Chuyển hỗn hợp (lúc này đang có 2 pha: Pha nước và pha dầu) vào bình gạn. Gạn lấy pha nước. Pha hữu cơ thì chiết thêm 2 lần với NaOH 2M (5ml/lần x 2 lần). Gộp dịch chiết nước (pha H₂O) của 3 lần, rồi acid hóa bằng dung dịch HCl 15% đến dư. Sau đó lắc hỗn hợp với CH₂Cl₂ (3x5ml) (lâm 3 lần, mỗi lần 5ml CH₂Cl₂). Tách lấy pha hữu cơ, làm khan bằng Na₂SO₄khan, rồi đem đun cách thủy (mục đích làm bay hơi hết CH₂Cl₂, CH₂Cl₂ sôi ở 40 độ C) thu được Eugenol tinh khiết. Cân khối lượng Eugenol còn lại từ đó tính được hàm lượng eugenol (g/ml) trong tinh dầu hương nhu trắng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chiết xuất tinh dầu từ Hương nhu trắng

Khi khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết xuất tới hàm lượng tinh dầu kết quả cho thấy hàm lượng tinh dầu trong hương nhu trắng theo thời gian chiết xuất thu được trình bày trong bảng 3.1

Bảng 3.1. Hàm lượng tinh dầu trong hương nhu trắng theo thời gian chiết xuất

Nguyên liệu (g)	150g	150g	150g	150g	150g
Thời gian chiết xuất (h)	2h	3h	4h	5h	6h
Khối lượng tinh dầu (g)	0.11	0.15	0.39	0.41	0.41
Hàm lượng tinh dầu (%) g/g	0.07	0.10	0.26	0.27	0.27

Nhận xét: Dựa vào bảng 3.1 ta thấy ta thấy với cùng khối lượng nguyên liệu 150 gam, thời gian chiết xuất thay đổi thì hàm lượng tinh dầu tăng dần theo thời gian chiết xuất: Hàm lượng tại thời điểm chiết xuất 2 giờ là 0.07%, đến thời điểm 3 giờ tăng lên là 0.10%; đến thời điểm 4 giờ tăng lên là 0.26%. Sau đó đến thời điểm chiết xuất là 5 giờ và 6 giờ thì hàm lượng tinh dầu không thay đổi nữa là 0.27% và không tăng nhiều so với tại thời điểm 4 giờ. Khi so sánh với tài liệu [3] cho thấy kết quả là tương đương nhau. Do đó chúng tôi lựa chọn thời gian chiết xuất là 4 giờ để xây dựng bài thực hành cho sinh viên.

3.2. Định lượng eugenol trong tinh dầu hương nhu trắng đã chiết xuất

Kết quả định lượng eugenol trong tinh dầu Hương nhu trắng đã chiết xuất thu được được trình bày trong bảng 3.2:

Bảng 3.2. Hàm lượng tinh dầu trong hương nhu trắng theo thời gian chiết xuất

Lần làm thí nghiệm	1	2	3	Hàm lượng trung bình
Thể tích tinh dầu Hương nhu trắng (ml)	5 ml	5 ml	5 ml	
Khối lượng eugenol (g)	3.13	3.14	3.12	
Hàm lượng eugenol (%) (g/ml)	62.6	62.8	62.4	62.6

Phương pháp định lượng eugenol đề tài sử dụng có ưu điểm là có thể định lượng chính xác eugenol, thiết bị đơn giản, sẵn có trong phòng thí nghiệm; nhưng có nhược điểm là phải tiến hành qua nhiều bước. Tuy nhiên chúng tôi vẫn lựa chọn phương pháp này vì mặc dù phải thực hiện qua nhiều bước nhưng có thể định lượng chính xác eugenol và giúp sinh viên được tiếp cận, làm quen với việc sử dụng nhiều máy móc, giúp rèn luyện kỹ năng cho sinh viên.

Kết quả định lượng cho thấy hàm lượng eugenol trung bình trong tinh dầu hương nhu trắng đã chiết xuất qua 3 lần làm thí nghiệm là 62.6% (g/ml). Kết quả này cũng đáp ứng được tiêu chuẩn trong Dược điển Việt Nam IV qui định hàm lượng eugenol trong tinh dầu Hương nhu phải

đạt ít nhất 60% [2].

Kết quả này cũng cho thấy phương pháp đã lựa chọn là phù hợp và có thể sử dụng để xây dựng bài thực hành cho sinh viên.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã đạt được những kết quả như sau: Đã chiết xuất được tinh dầu từ cây Hương nhu trắng thu hái tại vườn Thực vật – Dược liệu của nhà trường. Khảo sát được ảnh hưởng của thời gian chiết xuất tới hàm lượng tinh dầu và kết quả cho thấy với thời gian chiết xuất là 4 giờ thì hàm lượng tinh dầu tối ưu; nghiên cứu cũng

đã định lượng được eugenol trong tinh dầu hương nhu trắng đã chiết xuất được. Kết quả cho thấy hàm lượng eugenol trung bình qua 3 lần định lượng đạt 62.6% (g/ml). Từ đó lựa chọn thời gian chiết xuất tinh dầu là 4 giờ và phương pháp định lượng eugenol trong tinh dầu hương nhu trắng đã sử dụng để xây dựng bài thực hành cho sinh viên Cao đẳng. Qua bài thực hành sẽ giúp sinh viên có thể tiếp cận được với nghiên cứu khoa học cũng như làm quen, tăng hiệu quả sử dụng trang thiết bị, máy móc của nhà trường, giúp rèn luyện kỹ năng cho sinh viên, để đào tạo của nhà trường ngày càng gắn liền với thực tế nghề nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Dược liệu, Trường Đại học Dược Hà Nội, Giáo trình thực tập Dược liệu, 2013.
2. Bộ Y tế, Hội đồng Dược điển, Dược điển Việt Nam IV.
3. Lê Thị Thanh Xuân, “Chiết xuất tinh dầu Hương nhu từ cây Hương nhu trắng. Tách và làm giàu methyleugenol từ tinh dầu hương nhu trắng”
4. Budi Arifin*, Dumas Flis Tang, and Suminar Setiati Achmadi “Transformation of eugenol and safrole into hydroxychavicol”, Indones. J. Chem., 2015, 15 (1), 77 – 85.



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>