

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR12. TÌM HIỂU KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI CÁC CƠ SỞ CÔNG LẬP TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

TR29. CÁC KHOẢN CHI CHO KHÁM CHỮA BỆNH NỘI TRÚ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THEO GIAI ĐOẠN BỆNH TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2013-2015

TR47. THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG CHỐNG ĐUỐI NƯỚC CỦA TRẺ 10 - 15 TUỔI TẠI PHƯỜNG NGHI HẢI, THỊ XÃ CỬA LÒ, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

TR67. KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ VỀ BẠO LỰC GIỚI CỦA SINH VIÊN CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NAM NĂM 2016



Số: 40 tháng 9+10/2017



MỤC LỤC

Thực trạng sử dụng rượu bia ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25 - 64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh

1

Nguyễn Đỗ Nguyên, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập,
Trần Thiện Thuận, Nguyễn Văn Cường

Thực trạng thực hiện quy định về quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk, năm 2017

6

Nguyễn Như Hạnh, Nguyễn Huy Nga, Phùng Xuân Sơn

Tìm hiểu kiến thức, thực hành của cán bộ y tế Y học Cổ truyền tại các cơ sở công lập tại thành phố Đà Nẵng

12

Phạm Thị Ngọc Linh, Đậu Xuân Cảnh,

Thực trạng tuân thủ điều trị duy trì methadone trong nhóm bệnh nhân nhiễm và không nhiễm HIV tại Tuyên Quang

17

Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Xuân Bách, Trần Đình Thơ

Nghiên cứu xây dựng chứng nội chuẩn sử dụng trong kĩ thuật multiplex pcr chẩn đoán neisseria meningitidis từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng

23

Lê Hải Yến, Phạm Thị Kim Nhung, Cao Thị Minh Ngọc,
Dương Tuấn Linh, Vũ Văn Nghiệp, Trần Thị Thu Hà

Các khoản chi cho khám chữa bệnh nội trú bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo giai đoạn bệnh tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai năm 2013-2015

29

Đào Quỳnh Hương, Phạm Huy Tuấn Kiệt

Một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type II điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình

33

Mai Thị Thúy Hằng, Lương Xuân Hiến, Nguyễn Thị Hương

Thực trạng sử dụng kháng sinh nhóm betalactam ở bệnh nhân suy thận, tại Khoa thận Nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 6/2016-12/2016

38

Nguyễn Thị Hương, Phạm Thúy Hằng, Phạm Thị Hương Trà

Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu, năm 2017

41

Nguyễn Như Nga, Lê Thị Thanh Hương, Đỗ Thành Hưng

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

TỔNG BIÊN TẬP

Đào Văn Dũng

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

Nguyễn Kim Phượng (Trưởng ban)
Nguyễn Văn Chuyên

BAN TRỊ SỰ

Trần Thị Bích Hạnh (Trưởng ban)
Nguyễn Thị Thúy

TRÌNH BÀY

Lâm Thảo

TÒA SOẠN

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

IN TẠI

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa
Giá: 60.000 đồng

MỤC LỤC

Thực trạng kiến thức về phòng chống đuối nước của trẻ 10 - 15 tuổi tại phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An năm 2017 và một số yếu tố liên quan	47
Nguyễn Thị Minh Phượng, Mai Xuân Thu, Phạm Việt Cường	
Hiệu quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức phòng chống các bệnh truyền nhiễm nguy cơ cao ở phạm nhân trong trại giam Vinh Quang, 2017	53
Nguyễn Sỹ Thanh, Phạm Quang Cử, Phạm Văn Thao	
Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng truyền thông giáo dục sức khỏe và các ấn phẩm/tài liệu truyền thông có hiệu quả về phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã thuộc huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang	59
Vũ Văn Huấn, Nguyễn Thị Hiền, Đặng Bích Thủy	
Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên	63
Nguyễn Văn Quỳnh, Trịnh Thị Thu Trang	
Kiến thức và thái độ về bạo lực giới của sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2016	67
Nguyễn Mạnh Cường, Đặng Bích Thủy, Lương Xuân Hiến	
Thực trạng áp lực tâm lí của học sinh, sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016	71
Nguyễn Thanh Phương, Nguyễn Văn Lành	
Sự hài lòng của người bệnh điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và sản sóc da Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2017	75
Phạm Trí Dũng, Hoàng Văn Khoan, Nguyễn Văn Thường	
Mức độ hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại ba xã huyện Tiên Hải năm 2016	80
Trần Duy Huân, Ngô Thị Nhu, Bùi Minh Tiến	
Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam thực hành tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2016	84
Trần Quốc Hiệp, Nguyễn Quốc Tiến	
Thực trạng và một số yếu tố liên quan ý định bỏ thuốc lá ở nam giới từ 18 tuổi trở lên tại huyện Thanh Trì - Hà Nội năm 2017	89
Vũ Thị Kim Ngân, Phạm Ngọc Châu	

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG RƯỢU BIA Ở ĐỒNG BÀO DÂN TỘC KHMER TỪ 25 - 64 TUỔI TẠI TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Đỗ Nguyên¹, Nguyễn Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Tập¹, Trần Thiện Thuận¹, Nguyễn Văn Cường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1200 đối tượng đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015 về thực trạng sử dụng rượu bia. Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp, đo huyết áp, các chỉ số nhân trắc và xét nghiệm sinh hóa máu. **Kết quả:** Tỷ lệ lạm dụng rượu bia của người Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh là 14,8%, trong đó nam giới là 97,2%, ở nữ là 2,8%. Tỷ lệ sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua 55,9%. Tỷ lệ người dân lạm dụng rượu bia cao nhất ở nhóm 35-44 tuổi 31,5%, học vấn dưới cấp 1 45,5% và làm nghề nông 92,1%. Mọi liên quan lạm dụng rượu bia với giới tính thể hiện ở học vấn và nghề nghiệp. Người lạm dụng rượu bia có nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 1,5 lần so với những người còn lại. Do đó, cần có những biện pháp hữu hiệu giúp đồng bào Khmer hạn chế hành vi lạm dụng rượu bia, góp phần bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Từ khóa: Lạm dụng rượu bia, đồng bào dân tộc Khmer.

ABSTRACT

REAL SITUATION OF USING ALCOHOL IN ETHNIC MINORITY KHMER FROM 25-64 YEARS IN TRA VINH PROVINCE

Cross-sectional descriptive study on 1200 subjects from the Khmer ethnic people 25 to 64 years in Tra Vinh province in 2015 on the status of use of alcohol. Data collection by the interview questions directly, blood pressure, anthropometric indices and blood biochemical tests. **Results:** The rate of alcohol abuse from 25-64 years old Khmer in Tra Vinh province is 14.8%, which is 97.2% male, 2.8% female. The rate of alcohol use in the past 12 months, 55.9%. The proportion of people alcohol abuse was highest among 35-44 years old 31.5%, education 45.5% under Tier 1 and

92.1% work in agriculture. The relationship with alcohol abuse in gender expression and career education. Who abuse alcohol are at risk of high blood pressure increased 1.5 times compared to the rest. Therefore, the need for effective measures to help ethnic Khmer limiting alcohol abusive behavior, contribute to protecting public health.

Keywords: Alcohol abuse, Khmer ethnicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), gánh nặng bệnh tật và tử vong mà rượu bia đem tới rất đáng lo ngại. Năm 2012, những vấn đề sức khỏe do sử dụng rượu bia khiến khoảng 3,3 triệu người chết, chiếm 5,9% tổng số ca tử vong toàn cầu, trong đó tỷ lệ tử vong tính theo nam cao hơn (7,6%) so với nữ giới (4,0%) [1]. Mức tiêu thụ bia của Việt Nam hiện đang đứng đầu Đông Nam Á, đứng thứ 3 châu Á, chỉ sau Nhật Bản và Trung Quốc. Lượng rượu bia 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 [2]. Trung bình 1 ngày, người uống rượu bia tiêu thụ khoảng 37,7 gam cồn nguyên chất, tổng mức tiêu thụ bia tăng từ 2,8 tỷ lít năm 2012 lên hơn 3 tỷ lít năm 2013.

Hiện nay vẫn chưa có một khảo sát đầy đủ tìm hiểu thực trạng sử dụng rượu bia tại tỉnh Trà Vinh, nhất là trên đối tượng đồng bào dân tộc thiểu số. Nhằm có cơ sở khoa học đánh giá sự ảnh hưởng của rượu bia đến sức khỏe, nghiên cứu thực hiện trên đối tượng đồng bào Khmer là cộng đồng có mức độ lễ hội thường xuyên, tần suất sử dụng rượu bia cao. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ sử dụng rượu bia và lạm dụng rượu bia phân bố theo các đặc điểm dân số, sức khỏe ở đồng bào Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh.

1. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Tác giả Nguyễn Thanh Bình. Điện thoại: 0907.868.999 Email: bsbinh360@gmail.com

2. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi, xác định dựa vào giấy khai sinh, giấy chứng minh nhân dân hoặc hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú từ 1 năm trở lên. Tiêu chí loại ra là phụ nữ mang thai, người bị gù vẹo cột sống, dị tật ở chân.

Địa điểm nghiên cứu: 30 xã thuộc tỉnh Trà Vinh.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07/2015 – 10/2015

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

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 với độ tin cậy 95%.

p: Tỷ lệ ước lượng, chọn p = 0,19 là tỷ lệ lạm dụng rượu theo điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh mạn tính ở Campuchia năm 2010 [3].

d = 0,03: Là sai số lựa chọn. Vì sử dụng chọn mẫu cụm nên để tăng độ chính xác, cỡ mẫu được tăng lên với hệ số thiết kế DE = 1,5.

Áp dụng công thức trên, tính được n=985.

Cỡ mẫu thực tế được chọn là n=1.200 người.

Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên hệ thống – phân tầng, theo danh sách thống kê dân số trong xã; Trong đó, gồm có 8 nhóm nam nữ từ độ tuổi 25 – 34; 35 – 44; 45 – 54; 55-64, chọn 15 người mỗi nhóm tuổi, giới tính ở mỗi xã.

Thu thập dữ kiện.

Đo huyết áp bằng máy điện tử Microlife BP 3BM1-3 được chuẩn hóa trước khi sử dụng. Xét nghiệm lipid máu bằng máy ly tâm và máy sinh hóa tự động AU 680. Đường huyết được thực hiện test nhanh bằng máy CERA-CHEK 1070. Tiếp theo, đối tượng được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa từ bộ câu hỏi về các bước điều tra bệnh không lây của Tổ chức Y tế thế giới.

1.3. Định nghĩa biến

Những biến số nền: Giới tính, nhóm tuổi; trình độ học vấn (chưa xong cấp 1, cấp 1, cấp 2, cấp 3 trở lên); nghề nghiệp, là việc làm chính trong 12 tháng trở lại, gồm công nhân viên nhà nước, nông dân, nghề khác.

Uống rượu bia trong 12 tháng qua là khi có uống rượu, bia với bất kì lượng nào trong 12 tháng qua hoặc chưa từng sử dụng rượu, bia.

Tần suất sử dụng rượu bia: Tần suất sử dụng rượu bia theo thời gian trong vòng 12 tháng qua, với mỗi lần

uống ít nhất một ly chuẩn.

Lạm dụng rượu bia: Uống ≥ 5 ly chuẩn (đối với nam), ≥ 4 ly chuẩn (đối với nữ) vào bất kỳ ngày nào trong tuần (01 đơn vị chuẩn tương đương 10g ethanol tương đương 330ml bia, 30ml rượu mạnh, 120ml rượu vang).

Tăng huyết áp: Theo tiêu chí của nghiên cứu tại Việt Nam là người có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp hoặc tiền sử được thầy thuốc chẩn đoán tăng huyết áp.

Rối loạn lipid máu: Có rối loạn chuyển hóa bất kỳ một trong các thành phần:

- Tăng Cholesterol toàn phần (>200 mg/dL)
- Tăng LDL-Cholesterol (>160 mg/dL)
- Tăng Triglyceride (>150 mg/dL)
- Giảm HDL-Cholesterol (<40 mg/dL)

Béo phì: Chia theo chuẩn dành riêng cho người châu Á (IDI&WPRO): Béo phì khi BMI từ 25 trở lên.

Đường huyết: Tiêu chuẩn chẩn đoán của TCYTTC về bệnh đái tháo đường là khi glucose huyết tương ≥ 7.0 mmol/l (126mg/dl).

1.4. Xử lý số liệu

Phần mềm Exel 2016, EpiData 3.1; Phân tích và xử lý số liệu sử dụng phần mềm Stata 13. Kiểm định χ^2 , tỷ số chênh OR với khoảng tin cậy 95%;

1.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được thực hiện sau khi có sự đồng ý của các cơ sở y tế và chính quyền các cấp ở địa phương và đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin và tôn trọng sự tự nguyện tham gia của đối tượng. Ngoài việc thu thập thông tin nghiên cứu, đối tượng tham gia được khám bệnh, xét nghiệm và cấp thuốc miễn phí. Đã thông qua Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dân số xã hội đồng bào dân tộc Khmer

Mẫu nghiên cứu có 1200 đồng bào Khmer trong độ tuổi từ 25- 64 tuổi, tỷ lệ đối tượng phân bố đồng đều theo giới tính và nhóm tuổi. Nghiên cứu cho tỷ lệ người làm nông 77,7%, 60,0% học vấn dưới tiểu học. Tỷ lệ cao 77,5% đồng bào dân tộc Khmer có thu nhập dưới 4.300.000 VNĐ/tháng.

3.2 Tình hình sử dụng rượu bia ở đồng bào dân tộc Khmer

Bảng 1. Liên quan tình hình sử dụng rượu bia với giới tính (n=1200)

Biến số		Chung		Nam		Nữ		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua	Không	671	55,9	151	25,2	520	86,7	<0,05
	Có	529	44,1	449	74,8	80	13,3	
Tần suất sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua	≥5 ngày/tuần	60	11,3	53	11,8	7	8,7	<0,05
	1-4 ngày/tuần	115	21,7	111	24,7	4	5,0	
	1-3 ngày/tháng	198	37,4	185	41,2	13	16,3	
	Ít hơn 1 lần/tháng	156	29,6	100	22,3	56	70,0	
Lạm dụng rượu bia	Không	1022	85,2	427	71,2	595	99,2	<0,05
	Có	178	14,8	173	28,8	5	0,8	
Tổng		1200	100	600	100	600	100	

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân có uống rượu bia trong 12 tháng là 55,9%. Tỷ lệ có sử dụng rượu bia ở nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong những người có sử dụng rượu bia 12 tháng qua, tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia từ 1-3 ngày mỗi tháng là cao nhất với 37,4%.

Có 70,0% nữ giới sử dụng rượu bia với tần suất hơn 1

lần/tháng.

Tỷ lệ lạm dụng rượu bia là 14,8%. Tỷ lệ nam giới lạm dụng rượu bia cao hơn so với nữ giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3 Tình hình lạm dụng rượu bia ở đồng bào dân tộc Khmer

Bảng 3. Liên quan lạm dụng rượu bia với giới tính theo đặc điểm dân số xã hội (n=1200)

Đặc điểm	Chung			Nam			Nữ		
	LDRB	%	p	LDRB	%	p	LDRB	%	p
Nhóm tuổi									
25-34	49	27,5	>0,05	48	27,7	<0,05	1	20,0	>0,05
35-44	56	31,5		55	31,8		1	20,0	
45-54	35	19,7		35	20,3		0	0	
55-64	38	21,3		35	20,2		3	60,0	
Trình độ học vấn									
Dưới cấp 1	81	45,5	<0,05	79	45,7	>0,05	2	40,0	>0,05
Cấp 1	57	32,0		55	31,8		2	40,0	
Cấp 2	29	16,3		28	16,2		1	20,0	
Cấp 3 trở lên	11	6,2		11	6,3		0	0	
Nghề nghiệp									
CNVNN	6	3,4	<0,05	6	3,5	>0,05	0	0	>0,05
Nông dân	164	92,1		161	93,1		3	60,0	
Nghề khác	8	4,5		66	3,44		2	40,0	
Tổng	178	100		173	100		5	100	

Nghề khác: Làm thuê, công nhân, nội trợ, sinh viên.

Tỷ lệ người dân lạm dụng rượu bia cao nhất ở nhóm 35-44 tuổi 31,5%, học vấn dưới cấp 1 45,55% và làm nghề nông 92,1%. Trong số 178 người có lạm dụng rượu bia, tỷ

lệ nam lạm dụng rượu bia 97,2% cao hơn nhiều so với nữ 2,8%. Mỗi liên quan lạm dụng rượu bia với giới tính thể hiện ở học vấn và nghề nghiệp với $p < 0,05$.

Ở nhóm nam, tỷ lệ lạm dụng rượu cao nhất ở nhóm 35-



44 tuổi là 31,8%, học vấn dưới cấp 1 45,7% và nghề nông 93,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê lạm dụng rượu bia với nhóm tuổi $p < 0,05$. Ở nhóm nữ, tỷ lệ lạm dụng rượu bia thấp 2,8%.

3.4 Liên quan lạm dụng rượu bia với tình hình sức khoẻ đồng bào dân tộc Khmer

Bảng 4. Liên quan lạm dụng rượu bia với sức khoẻ (n=1200)

Biến số	LDRB		Không		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Thừa cân, béo phì						
Bình thường	154	15,5	842	84,5	1 0,7 (0,4-1,2)	>0,05
Béo phì	24	11,8	180	88,2		
THA						
Không	103	12,9	695	87,1	1 1,5 (1,1-2,2)	<0,05
Có	75	18,7	327	81,3		
RLLM						
Không	89	15,0	508	85,0	1 0,9 (0,7-1,4)	>0,05
Có	89	14,7	514	85,2		
ĐTĐ						
Không	14,6	936	85,4		1 1,2 (0,7-2,1)	>0,05
Có	17,3	86	82,7			

Người lạm dụng rượu bia có nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 1,5 lần so với người không lạm dụng rượu bia, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số xã hội đồng bào dân tộc Khmer

Mẫu nghiên cứu có 1200 đồng bào Khmer trong độ tuổi từ 25- 64 tuổi, tỷ lệ đối tượng phân bố đồng đều theo giới tính và nhóm tuổi. Tuổi trung bình của đồng bào dân tộc Khmer trong nghiên cứu là $44,4 \pm 11,3$ tuổi. Nghiên cứu cho tỷ lệ người làm nông 77,7%, 60,0% học vấn dưới tiểu học. Tỷ lệ cao 77,5% đồng bào dân tộc Khmer có thu nhập dưới 4.300.000VNĐ/tháng.

4.2. Tình hình sử dụng rượu bia ở đồng bào dân tộc Khmer

Qua nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng có uống rượu bia trong 12 tháng qua là 55,9%, cao hơn so với nghiên cứu về tăng huyết áp tại Ninh Thuận của Trần Văn Hương (44%) [4], trong khi đó trên đối tượng người Chăm tại Ninh Thuận tỷ lệ uống rượu bia trong 12 tháng qua là 40% [5].

Tỷ lệ sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua ở nam giới là 74,8%, cao hơn so với nữ giới, tuy nhiên vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu về sử dụng rượu bia tại Nghệ An của Cao Trường Sinh (98,2%) [6]. Trong nhiều nghiên cứu khác, nam giới sử dụng rượu bia luôn cao hơn tỷ lệ ở nữ giới. Điều này cho thấy công tác hạn chế sử dụng rượu bia cần tập trung nhiều vào đối tượng nam giới.

Thống kê tần suất trong những người Khmer có sử dụng rượu trong 12 tháng qua cho thấy tỷ lệ sử dụng hằng tuần ≥ 5 ngày mỗi tuần là 11,33%. So sánh với người Chăm ở Ninh Thuận thì tỷ lệ sử dụng rượu bia trên 5 ngày/tuần chỉ có 3,7% [5]. Tần suất sử dụng rượu bia của người Khmer cao hơn nhiều so với dân tộc khác.

4.3 Tình hình lạm dụng rượu bia ở đồng bào dân tộc Khmer

Trong tổng số 1200 đối tượng người Khmer, tỷ lệ lạm dụng rượu bia ghi nhận được là 14,8%. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu tại huyện Cầu Ngang, Trà Vinh của Cao Mỹ Phượng trên cộng đồng gồm người Kinh và người Khmer cho tỷ lệ 17,7% [7]. So với các nhóm dân tộc khác

cũng cho tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao hơn trong nghiên cứu, trong nghiên cứu trên người dân tộc Thái tại huyện Điện Biên cho tỷ lệ lạm dụng rượu bia là 24,3% [8], còn trên đối tượng người Chăm tại Ninh Thuận lên đến 38,8% [5].

Phân bố theo giới tính, nam giới lạm dụng rượu bia nhiều hơn nữ giới. Chỉ có 5 đối tượng nữ giới có lạm dụng rượu bia, do đó hầu hết tỷ lệ giữa dân số chung và nam giới nói riêng đều có sự tương đồng.

Phân bố theo các nhóm tuổi, tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao nhất là ở các nhóm tuổi 35-44 tuổi với 31,5%, riêng ở nhóm nam là 31,8%, với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Nghiên cứu trên người Thái nhận định nhóm tuổi cao thì tỷ lệ lạm dụng rượu bia thấp [8]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ lạm dụng rượu bia có mối liên quan với nhóm tuổi tuy nhiên không có tính chất xu hướng. Tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao ở hai nhóm tuổi 25-34 và 35-44 hơn so với hai nhóm còn lại do tần suất lễ hội của đồng bào Khmer diễn ra quanh năm kéo theo tần suất lạm dụng rượu cao hơn độ tuổi trẻ.

Tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao nhất là ở nhóm nông dân là 92,1%, trong khi đó công nhân viên nhà nước là 3,4%. Tính chất nghề nghiệp cũng ảnh hưởng đến sử dụng rượu

bia với mức $p < 0,05$.

Tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao nhất ở nhóm dưới cấp 1 là 45,7%. Khác với nghiên cứu trên người Thái cho thấy học vấn càng cao thì tỷ lệ lạm dụng rượu bia càng cao [8]. Đồng bào Khmer có tỷ lệ cao học vấn dưới tiểu học 60,0%, kèm theo lễ hội diễn ra quanh năm, tính chất công việc làm nông cao và sự hiểu biết thấp do đó tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao.

4.4. Liên quan lạm dụng rượu bia với tình hình sức khỏe đồng bào dân tộc Khmer

Sử dụng rượu quá mức làm tăng huyết áp, những người lạm dụng rượu bia có tỷ lệ tăng huyết áp gấp 1,5 lần ($p < 0,05$) so với những người còn lại. Mối liên quan thực sự tăng huyết áp và rượu bia ở người Khmer do ảnh hưởng các lễ hội văn hóa đặc trưng kéo dài thường xuyên tại đây.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lạm dụng rượu bia ở người Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh tuy thấp hơn nhiều địa phương khác, nhưng nguy cơ của lạm dụng rượu bia vẫn ảnh hưởng tới sức khỏe của cộng đồng, nam giới có tỷ lệ lạm dụng rượu bia cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. World Organization Health (2014). Global status report on alcohol and health.
2. Bộ Y tế (2015). Việt Nam: Quốc gia tiêu thụ bia đứng thứ 3 châu Á.
3. Cambodia Ministry of Health (2010) Prevalence of non-Communicable Disease Risk Factors in Cambodia. STEPS Survey Country Report.
4. Trần Văn Hương (2012). Tỷ lệ tăng huyết áp và những hành vi nguy cơ ở người 25-64 tuổi tại huyện Ninh Hải, tỉnh Ninh Thuận năm 2012. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 6 (18).
5. Đồng Thị Thủy Tiên (2015). Tỷ lệ tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người dân tộc Chăm trong độ tuổi 25-64 tại tỉnh Ninh Thuận, năm 2015. Luận văn cử nhân Y tế công cộng, Đại học Y dược TP.HCM.
6. Cao Trường Sinh (2014). Thực trạng sử dụng rượu bia ở nam giới trong độ tuổi lao động từ 15-60 tuổi tại xã Tây Thành, huyện Yên Thành, Tỉnh Nghệ An. *Tạp chí Y học Thực hành*, 993, tr.5-8.
7. Cao Mỹ Phượng (2012). Nghiên cứu kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống tiền đái tháo đường-đái tháo đường tít 2 tại huyện Cầu Ngang tỉnh Trà Vinh. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Huế.
8. Trần Thị Thanh Hương (2014). Tương quan giữa nguy cơ bệnh không lây nhiễm với một số yếu tố xã hội ở người dân tộc Thái tại huyện Điện Biên năm 2014. *Tạp chí Y học Thực hành*, 922, tr.74-77.



THỰC TRẠNG THỰC HIỆN QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH ĐẮK LẮK, NĂM 2017

Nguyễn Như Hạnh¹, Nguyễn Huy Nga², Phùng Xuân Sơn³

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang nhằm đánh giá công tác quản lý chất thải rắn y tế (CTRYT) tại 60 trạm y tế (TYT) trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk, năm 2017. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ TYT có đủ túi đựng chất thải, thùng đựng đều đạt trên 50%. Tuy nhiên, không có trạm nào có túi đựng có ký hiệu thông báo về loại rác thải tương ứng và bảng hướng dẫn phân loại chất thải vào đúng các túi thùng. Việc phân loại đúng chất thải lây nhiễm (CTLN) sắc nhọn, CTLN không sắc nhọn, chất thải y tế (CTYT) thông thường tại các TYT lần lượt là 100%, 69,6%, 80%. Phần lớn các trạm chưa có thùng thu gom. Có 60% các trạm thu gom lẫn lộn các loại chất thải. Tất cả các trạm đều có nơi tạm giữ chất thải tuy nhiên không đúng quy chế. Việc xử lý chất thải, nếu có thực hiện tại trạm, phần lớn là đốt trong lò thủ công. Tỷ lệ nhân viên có kiến thức đạt về phân loại chất thải rắn y tế, kiến thức về thu gom, kiến thức lưu giữ của NVYT lần lượt là 60,2%, 50,8% và 20,7%.

Từ khóa: Quản lý chất thải rắn y tế, chất thải rắn y tế, trạm y tế, Đắk Lắk

ABSTRACT:

THE IMPLEMENTATION OF REGULATION ON MANAGEMENT OF MEDICAL SOLID WASTE IN COMMUNE HEALTH CENTERS IN DAK LAK PROVINCE, 2017

A cross-sectional study was undertaken to assess the management of solid waste at 60 commune health centers in Dak Lak province, 2017. Results of the study showed that the prevalence of the CHC with sufficient bags and containers was over 50%. However, there was none of the CHC having bags with symbols for certain kinds of

wastes and the instructions for sorting medical solid wastes into correct bags and containers. The proportions of correct segregation of infectious sharp wastes, infectious non-sharp wastes and general non-recyclable wastes in studied CHCs were 100%, 69.6%, 80% respectively. Almost all CHCs had no appropriate storage containers. Consequently, 60% of CHCs mixed all types of medical solid wastes into one containers. All of the CHCs had a place for temporary storage of medical solid wastes but none of them followed the guideline. Medical solid waste treatment, if had occurred, was conducted in manually operated incinerators. Proportion of health workers with appropriate knowledge of medical solid waste classification, collection and storage accounted for 60.2%, 50.8%, 20.7% respectively.

Key words: Medical solid wastes, medical solid waste management, commune health centers, Dak Lak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê của Cục Quản lý môi trường Y tế, năm 2015, cả nước có 13.674 cơ sở y tế, trong đó có 1.253 bệnh viện; 1.037 cơ sở thuộc hệ dự phòng; 100 cơ sở đào tạo; 180 cơ sở sản xuất thuốc và 11.104 trạm y tế xã. Chi tính riêng khối bệnh viện, mỗi ngày phát thải khoảng 450 tấn chất thải rắn, trong đó có khoảng 47 tấn chất thải rắn y tế nguy hại. Tổng lượng nước thải y tế từ các bệnh viện khoảng 125.000 m³/ngày đêm [1]. Bên cạnh các chất thải y tế lây nhiễm, gây nguy cơ mắc các dịch bệnh truyền nhiễm, các CSYT còn phát sinh các chất thải nguy hại (CTNH) khác như dược phẩm quá hạn, chất thải phóng xạ, chất thải gây độc tế bào và các hóa chất độc hại khác như chì, cadimi, thủy ngân, dioxin/furan, các dung

1. Trung tâm Dân số - KHHGD TP Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk.

Tác giả: Nguyễn Như Hạnh. Email: hanhkhvnsyt@gmail.com

2. Cục quản lý môi trường Bộ Y tế

3. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 05/08/2017 | » Ngày phản biện: 09/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 12/08/2017

môi chứa clo [2].

Cho đến nay, việc thực hiện phân loại, thu gom, xử lý CTRYT theo Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT (gọi tắt là Thông tư 58) ở nhiều CSYT còn chưa đạt yêu cầu theo quy định về quản lý chất thải y tế. Trong đó, CTR tại các CSYT chủ yếu được xử lý bằng phương pháp đốt. Tuy nhiên do đa số các lò đốt chưa có hệ thống xử lý khí thải, nhiều lò đốt đã cũ hỏng nên có nguy cơ làm phát sinh các chất độc hại ra môi trường, trong đó có các chất ô nhiễm hữu cơ khó phân huỷ như Dioxin và Furan [3].

Đắk Lắk có 184 trạm y tế xã, phường, thị trấn thuộc 14 huyện/thị xã/thành phố trong toàn tỉnh, các TYT hiện tại đã được đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng, đầu tư trang thiết bị cơ bản thiết yếu để phục vụ cho hoạt động khám, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Tuy nhiên, qua báo cáo kết quả kiểm tra, thẩm định các TYT đạt chuẩn quốc gia năm 2016, công tác quản lý chất thải y tế của các TYT hầu hết đều chưa được quan tâm và chưa triển khai thực hiện đúng các quy định về bảo vệ môi trường. Hiện tại, chưa có nghiên cứu khoa học nào về thực trạng quản lý chất thải rắn của trạm y tế trên địa bàn tỉnh [3].

Do vậy, nghiên cứu “Thực trạng thực hiện quy định về quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng, tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk, năm 2017” được thực hiện với các mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng thực hiện quy định về quản lý chất thải rắn y tế, 2) Đánh giá kiến thức nhân viên y tế tại các trạm y tế về QLCTRYT.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị quản lý chất thải gồm: Dụng cụ phân loại, thu gom, phương tiện vận chuyển, khu vực lưu giữ xử lý chất thải y tế.

- Sổ sách thống kê số liệu về quản lý chất thải và hồ sơ, thủ tục pháp lý liên quan;

- Các cán bộ y tế của trạm y tế xã (gồm lãnh đạo và nhân viên);

- Cán bộ trung tâm y tế

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cán bộ y tế đang trong thời gian nghỉ thai sản, đi học.

- Cán bộ y tế nghỉ phép tại thời điểm phát vấn

- Cán bộ y tế từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 9 năm 2017.

- Địa điểm: Tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn trên

địa bàn tỉnh Đắk Lắk.

2.3. Thiết kế nghiên cứu.

Thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng (quan sát kết hợp phỏng vấn theo bảng kiểm, phát vấn).

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chia 15 huyện/thị xã/TP làm 3 nhóm (theo điều kiện kinh tế - xã hội); căn cứ theo Quyết định số 582/QĐ-TTg, ngày 28/4/2017 của Thủ tướng Chính phủ, phê duyệt danh sách xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016-2020.

Ở mỗi nhóm chọn ngẫu nhiên 20 TYT, được 60 xã, phường, thị trấn

Cỡ mẫu của Mục tiêu 1: Chọn toàn bộ 60 trạm y tế trong tỉnh Đắk Lắk (60 mẫu).

Cỡ mẫu của Mục tiêu 2: Kiến thức của nhân viên y tế:

Chọn toàn bộ nhân viên của 60 TYT được chọn ở trên để phát vấn bằng phiếu tự điền. Thực tế, toàn bộ số nhân viên có mặt và đồng ý tham gia nghiên cứu là 372 mẫu.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Loại bỏ phiếu không phù hợp.

- Mã hoá phiếu điều tra, thu thập vào máy vi tính.

- Sử dụng phần mềm Epidata và phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu.

- Dùng thống kê mô tả để xác định tỷ lệ TYT thực hiện công tác QLCTRYT đạt theo Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT của Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên và Môi trường và kiến thức đúng của cán bộ y tế.

- Dùng thống kê phân tích khi bình phương để xem xét sự khác biệt về kiến thức đạt của cán bộ y tế giữa 3 nhóm.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo các quy định của Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế Công cộng (Quyết định số 93/QĐ-YTCC, ngày 06/02/2017 của Hiệu trưởng Trường Đại học Y tế Công cộng, về việc công nhận cán bộ hướng dẫn luận văn thạc sỹ Y tế công cộng (niên khóa 2015-2017).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng phân loại, thu gom, lưu giữ và xử lý CTRYT.

3.1.1. Phân loại chất thải rắn y tế

Bảng 1: Phân loại chất thải rắn y tế tại nơi phát sinh

Nội dung	Chung	Nhóm 1 (n=20)	Nhóm 2 (n=20)	Nhóm 3 (n=20)	Tổng (N=60)
Phân loại đúng CTLN sắc nhọn	Tần số	20	20	20	60
	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Phân loại đúng CTLN không sắc nhọn	Tần số	15 (16)	11 (15)	6 (15)	32 (46)
	%	93,7	73,3	40,0	69,6
Phân loại đúng chất thải thông thường (không tái chế)	Tần số	16	18	14	48
	%	80,0	90,0	70,0	80,0

Kết quả: Bảng 1 cho thấy 100% các TYT đều thực hiện phân loại ngay tại nguồn. Tỷ lệ TYT phân loại đúng CTYT thông thường đạt trên 70%. Riêng đối với việc phân loại đúng CTLN không sắc nhọn, số TYT có phát sinh CTLN

không sắc nhọn lần lượt là 16 trạm nhóm 1, 15 trạm nhóm 2, 15 trạm nhóm 3, trong đó nhóm 2 và nhóm 3 đều có tỷ lệ đạt thấp hơn (73,3% và 40%) so với nhóm 1 (93,7%).

3.1.2. Thực trạng thu gom

Bảng 2: Thu gom chất thải rắn y tế

Nội dung	Chung	Nhóm 1 (n=20)	Nhóm 2 (n=20)	Nhóm 3 (n=20)	Tổng (N=60)
CTLN được thu gom riêng	Tần số	9	9	6	24
	%	45,0	45,0	30,0	40,0
Túi đựng CTLN được buộc kín	Tần số	17	10	5	32
	%	85,0	50,0	25,0	53,33
Chất thải y tế thông thường (không tái chế) được thu gom riêng	Tần số	17	14	11	42
	%	85,0	70,0	55,0	70,0

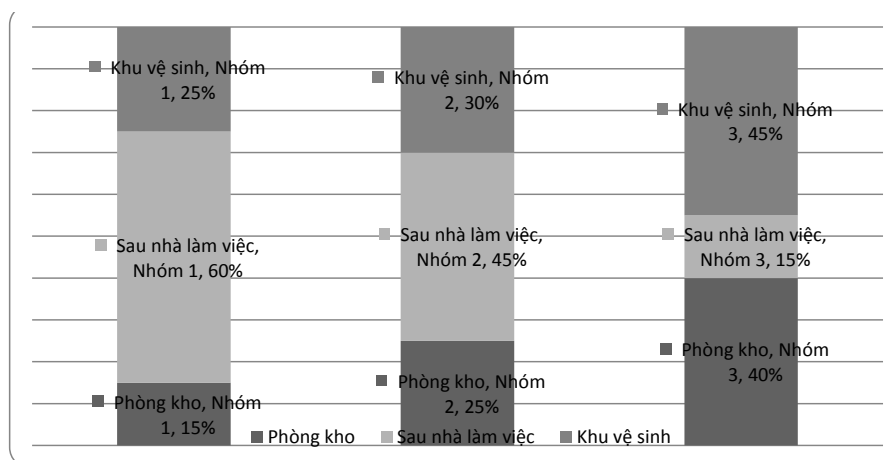
Kết quả Bảng 2 cho thấy có 9/20 TYT thuộc nhóm 1 và nhóm 2 thu gom riêng CTLN nhóm 3 có 6/20 TYT. Phần lớn các TYT thuộc nhóm 1 đều có túi đựng CTLN được buộc kín: 17/20 TYT, nhóm 2 là 10/20 TYT và nhóm 3 thấp nhất: 5/20 TYT. Tỷ lệ các TYT thuộc 3 nhóm thu gom riêng CTYT thông thường đều đạt trên 50%.

3.1.3. Lưu giữ chất thải rắn

TYT có dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTYT nguy hại tại

khu lưu giữ chất thải đạt yêu cầu rất thấp. Chỉ có 2/20 TYT thuộc nhóm 1 là đạt yêu cầu, nhóm 2 là 1/20 TYT, riêng nhóm 3 không có TYT nào đạt yêu cầu. Có 55% các TYT thuộc nhóm 1 thực hiện lưu giữ riêng CTYT nguy hại và chất thải thông thường, nhóm 2 là 35% và nhóm 3 là 6%. Trên 50% các TYT thuộc nhóm 1 và nhóm 2 đều lưu giữ chất thải đúng theo thời gian quy định, riêng nhóm 3 chỉ đạt 25% (5/20 TYT).

Biểu đồ: Nơi tạm giữ các loại CTYT nếu không có khu vực lưu giữ riêng



Biểu đồ trên cho thấy không có TYT nào có khu vực lưu giữ riêng mà đều tạm giữ ở: phòng kho, sau nhà làm việc, khu vệ sinh. Trong đó, nhóm 1 và 2 phần lớn là tạm giữ ở sau nhà làm việc (chiếm tỷ lệ 60% và 45%), nhóm

3 chủ yếu tạm giữ tại phòng kho và khu vệ sinh (chiếm tỷ lệ 40% và 45%).

3.1.4. Xử lý chất thải rắn

Bảng 3: Tỷ lệ TYT thực hiện các biện pháp xử lý CTRYT

Loại CTRYT	Phương pháp xử lý	Chung	Nhóm 1 (n=20)	Nhóm 2 (n=20)	Nhóm 3 (n=20)	Tổng (N=60)
CTRYT lây nhiễm	Đốt trong lò đốt thủ công	Tần số	15	14	15	44
		%	75,0	60,0	75,0	73,3
	Chôn lấp hợp vệ sinh	Tần số	2	4	4	10
		%	10,0	20,0	20,0	16,7
	Đốt trong hố xi măng	Tần số	3	2	1	6
		%	15,0	10,0	5,0	10,0
CTRYT sắc nhọn	Đốt bằng lò thủ công	Tần số	0 (0)	1 (1)	2 (2)	3 (3)
		%	0	100,0	100,0	100,0
	Chôn lấp hợp vệ sinh	Tần số	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
CTRYT thông thường	Đốt trong lò đốt thủ công	Tần số	3 (5)	6 (7)	8 (11)	17 (23)
		%	60,0	85,7	72,7	73,9
	Chôn lấp hợp vệ sinh	Tần số	2 (5)	1 (7)	3 (11)	6 (23)
		%	40,0	14,3	27,2	26,1

Kết quả Bảng 3 cho thấy, đối với CTRYT lây nhiễm, chủ yếu các TYT thực hiện đốt trong lò thủ công, tỷ lệ trên 50% tại các TYT thuộc 3 nhóm, tiếp theo là xử lý bằng chôn lấp hợp vệ sinh và cuối cùng là đốt trong hố xi măng. Đối với CTRYT sắc nhọn, các TYT thực hiện xử

lý tại TYT đều đốt bằng lò thủ công (3/3 TYT). Phần lớn việc thực hiện xử lý CTRYT thông thường cũng đều là đốt trong lò thủ công.

3.2. Kiến thức của cán bộ y tế các TYT về QLCTRYT

Bảng 4 : Tỷ lệ đạt kiến thức về phân loại CTRYT

Nội dung đánh giá	Nhóm 1 (n=127)		Nhóm 2 (n=124)		Nhóm 3 (n=121)		Tổng (n=372)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt kiến thức phân loại CTRYT	91	75,6	71	57,3	62	51,2	224	60,2
$\chi^2 = 16,98; p < 0,01$								

Theo kết quả Bảng 4, tỷ lệ đạt kiến thức phân loại CTRYT ở nhóm 1 cao nhất là 75,6%, nhóm 2 là 57,3%

và nhóm 3 là 51,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 5: Tỷ lệ đạt kiến thức về thu gom CTRYT của đối tượng nghiên cứu

Nội dung đánh giá	Nhóm 1 (n=127)		Nhóm 2 (n=124)		Nhóm 3 (n=121)		Tổng (n=372)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt kiến thức thu gom	67	52,8	64	51,6	58	47,9	189	50,8
$\chi^2 = 0,625, p = 0,73$								



Kết quả Bảng 5 cho thấy tỷ lệ đạt kiến thức thu gom ở 3 nhóm: cao nhất ở nhóm 1 (52,8%) và thấp nhất ở nhóm 3 (47,9%). Sự khác biệt về tỷ lệ đạt kiến thức thu gom không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6: Tỷ lệ đạt kiến thức về lưu giữ CTRYT của đối tượng nghiên cứu

Nội dung đánh giá	Nhóm 1 (n=127)		Nhóm 2 (n=124)		Nhóm 3 (n=121)		Tổng (n=372)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt kiến thức lưu giữ	27	21,3	24	19,4	26	21,5	77	20,7
$\chi^2 = 0,207, p = 0,902$								

Kết quả Bảng 6 cho thấy, tỷ lệ đạt kiến thức lưu giữ giữa 3 nhóm lần lượt là 21,3%, 19,4%, 21,5% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Về phân loại chất thải rắn: Có 100% các TYT thực hiện phân loại ngay tại nguồn. Kết quả này trùng hợp với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan ở các TYT thuộc huyện Gia Lâm và cao hơn kết quả nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn ở thành phố Việt Trì là 60,9% [4]. Có 66,67% số TYT có bố trí vị trí để đặt các bao bì, dụng cụ phân loại CTRYT tại nơi phát sinh. Các TYT đều không có bảng hướng dẫn phân loại CTRYT, kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông tại Đồng Tháp với 58,3% trạm y tế có Bảng hướng dẫn [5]. Việc phân loại đúng CTLN sắc nhọn tại đạt 100%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông thực hiện tại Đồng Tháp và nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn thực hiện tại Việt Trì. Có 69,6% TYT phân loại đúng CTLN không sắc nhọn, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông (83,3%). Tỷ lệ phân loại đúng CTRYT thông thường là 80%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu tại Đồng Tháp của Nguyễn Bá Tông [5].

Về thu gom chất thải rắn y tế: Có 40% số TYT thực hiện thu gom riêng CTLN. Tỷ lệ các trạm thu gom riêng chất thải y tế thông thường không tái chế được thu gom riêng là 70%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông: Có 50% TYT thu gom lẫn lộn chất thải và nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan: Có 47,7% TYT thu gom không đạt [6]; việc thực hiện thu gom riêng chất thải y tế thông thường (không tái chế) có kết quả tốt hơn do đây là loại chất thải thường phát sinh tại trạm, NVYT cũng có ý thức và kiến thức thu gom loại chất thải này dễ dàng hơn [5].

Về tần suất thu gom CTLN đúng quy định: Ở nhóm 1 và 2, tần suất thu gom trung bình là trên 4 lần/tháng; các TYT thuộc khu vực nhóm 3, tần suất chỉ là 1,5 lần/tháng và thường không có phương tiện vận chuyển chuyên dụng.

Nguyên nhân do lượng chất thải tại trạm không nhiều nên nhân viên chuyên trách chờ khi nào thấy đầy túi mới vận chuyển đi một lượt. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan cho thấy, có tới 63,6% TYT trên địa bàn huyện Gia Lâm vận chuyển trong ngày [6]; tại các TYT trên địa bàn Việt Trì theo kết quả nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn, con số này là 87% [4].

Về lưu giữ chất thải: Tất cả TYT được khảo sát đều không có khu vực lưu giữ CTRYT riêng mà tạm giữ ở các khu vực như phòng kho, sau nhà làm việc và khu vệ sinh. Kết quả này trùng khớp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông tại tỉnh Đồng Tháp [5].

Về xử lý chất thải rắn y tế: 100% TYT xử lý chất thải lây nhiễm tại chỗ và chủ yếu dùng phương pháp thiêu đốt thủ công của trạm, tỷ lệ là 73,3%. Đối với các CTRYT lây nhiễm sắc nhọn chủ yếu là kim tiêm, có 95% số TYT chuyển về bệnh viện xử lý, chỉ có 5% số TYT xử lý tại chỗ. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn tại các trạm y tế tại thành phố Việt Trì chất thải lây nhiễm không sắc nhọn và chất thải sắc nhọn là 69,6%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan chất thải lây nhiễm là 90,9% và cao hơn kết quả về chất thải sắc nhọn là 86,4%. Phương pháp chôn lấp cũng có 10/60 TYT áp dụng để xử lý CTLN và 6/23 TYT xử lý tại chỗ CTRYT thông thường.

Thông tin về đối tượng phỏng vấn về tìm hiểu kiến thức: Số đối tượng trong nghiên cứu là 280 nữ chiếm tỷ lệ 75,3 % cao hơn so với nam 24,7%. Nguồn nhân lực trẻ dưới 30 tuổi chiếm 22,8% và từ 31 - 45 tuổi là 50,3%. Trong đó thời gian công tác dưới 10 năm chiếm đa số; Điều dưỡng, Hộ sinh và Y sĩ chiếm tỷ lệ gần 70%.

Tỷ lệ đạt kiến thức về phân loại CTRYT trong các nhóm khá cao, đặc biệt là ở NVYT tại các TYT thuộc nhóm 1 (75,6%), nhóm 2 là 57,3% và nhóm 3 là 51,2%. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông đạt 41,9% [5].

Về kiến thức thu gom CTRYT: Biết về tần suất thu gom CTRYT trong ngày của NVYT có tỷ lệ: nhóm 1 đạt

79,5%, nhóm 2 đạt 62,1% và nhóm 3 đạt 56,2%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông đạt 90,6%. Có 46,5% cán bộ tại trạm thuộc nhóm 1 có kiến thức đạt về loại chất thải thu gom riêng, tỷ lệ này tại nhóm 2 và nhóm 3 lần lượt là 30,6% và 42,9%, kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn (đạt 75,4%) [4], [5]. Tỷ lệ đạt kiến thức về vị trí đặt thùng thu gom và vấn đề xử lý sơ bộ chất thải trước khi thu gom từ 45% - 55%. Nhìn chung, tỷ lệ đạt kiến thức về thu gom trong nghiên cứu ở mức trung bình, trong đó nhóm 1 đạt 52,8%, nhóm 2 là 51,6% và nhóm 3 là 47,9%; kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông tại Đồng Tháp (41,9%) [5].

Kiến thức của NVYT về lưu giữ CTRYT: Biết về thời gian lưu giữ CTRYT trong cơ sở y tế có tỷ lệ từ 19 % đến 22% trong 3 nhóm. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan là 76,2 % và nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông là 63,2%. Biết về cách thức lưu giữ ở nhóm 1 là 46,5%, nhóm 2 là 42,7% và nhóm 3 là 35,5%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Đồng Tháp của Nguyễn Bá Tông là 93,2%. Đạt kiến thức chung về lưu giữ CTRYT từ 19% - 21%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông (94,9%) [5].

KẾT LUẬN

1. Thực trạng triển khai công tác quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế theo Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT:

Các TYT thực hiện phân loại ngay tại nguồn đạt tỷ lệ 100%. Tỷ lệ TYT có đủ túi đựng chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường lần lượt là 60% và 70%. Có 34/60 TYT có đủ thùng đựng chất thải y tế lây nhiễm, 37/60 TYT đủ thùng đựng chất thải y tế thông thường. Tất cả 60 trạm đều có đủ thùng đựng chất thải sắc nhọn. Có 40/60 trạm có bố trí vị trí để đặt các bao bì, dụng cụ phân loại chất thải y tế tại nơi phát sinh, tuy nhiên không có trạm nào có bảng

hướng dẫn phân loại chất thải. Việc phân loại đúng CTLN sắc nhọn tại các TYT đạt 100%. Có 69,6% TYT phân loại đúng CTLN không sắc nhọn; tỷ lệ phân loại đúng chất thải thông thường là 80%. Phần lớn các trạm chưa có thùng thu gom, do đó có tới 60% các trạm thu gom lẫn lộn các loại chất thải. Các trạm đều có nơi tạm giữ chất thải tuy nhiên không đúng quy chế, có 32/60 trạm lưu giữ đúng thời gian quy định. Việc xử lý chất thải, nếu có thực hiện tại trạm, phần lớn là đốt trong lò thủ công.

2. Kiến thức của cán bộ nhân viên y tế về QLCTRYT tại các trạm y tế trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk:

Tỷ lệ nhân viên có kiến thức đạt về phân loại chất thải rắn y tế ở các nhóm vùng kinh tế 1, 2 và 3 lần lượt là 75,6%, 57,3% và 51,2%. Sự khác biệt về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê. Kiến thức về thu gom đạt cao nhất ở các TYT thuộc nhóm 1 (52,8%) và thấp nhất ở nhóm 3 (47,9%). Tỷ lệ đạt kiến thức lưu giữ của nhân viên y tế tại TYT thuộc 3 nhóm dao động từ 19 - 20%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Bộ Y tế cần ban hành các hướng dẫn thực hiện quản lý chất thải rắn y tế phù hợp với mô hình hoạt động của trạm y tế xã.

2. Sở Y tế, TTYT huyện thường xuyên tập huấn, đào tạo về QLCTYT cho nhân viên y tế tuyến cơ sở. Tăng cường truyền thông, nâng cao nhận thức của cán bộ các cấp chính quyền, các ban ngành đoàn thể và người dân trong việc QLCTYT.

3. TTYT dự phòng tỉnh Đắk Lắk rà soát, đánh giá hiệu quả của các lò đốt chất thải rắn y tế tại các trạm y tế, tham mưu cho Sở Y tế để quy hoạch các cụm xử lý chất thải y tế trên địa bàn.

4. Các TTYT bổ trang bị đầy đủ dụng cụ thu gom, lưu chứa CTRYT và hướng dẫn các TYT thực hiện đúng quy định.

5. Các trạm y tế phải thường xuyên kiểm tra, đôn đốc đơn vị thực hiện đúng các quy định về QLCTRYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Quản lý môi trường y tế. Xử lý chất thải y tế vẫn là gánh nặng cho ngân sách bệnh viện, 2015. Truy cập ngày 10/01/2017, tại trang web: <http://vihema.gov.vn/xu-ly-chat-thai-y-te-van-la-ganh-nang-cho-ngan-sach-benh-vien.html>.
2. Quốc hội (2014), Luật Bảo vệ môi trường (số 55/2014/QH13), chủ biên.
3. Sở Y tế Đắk Lắk (2015), Tổng hợp báo cáo công tác quản lý chất thải y tế năm 2014, Đắk Lắk.
4. Đinh Quang Tuấn (2011), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và kiến thức, thực hành của cán bộ các trạm y tế trên địa bàn thành phố Việt Trì, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Nguyễn Bá Tông (2015), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế thuộc huyện Châu Thành, tỉnh Đồng Tháp.



Tháp năm 2015, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

6. Trần Thị Ngọc Lan (2013), Thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế và xác định một số yếu tố ảnh hưởng tại các trạm y tế thuộc huyện Gia Lâm được triển khai năm 2013 http://yhtn.vn/thuc-trang-quan-ly-chat-thai-ran-y-te-tai-cac-tram-y-te-thuoc-huyen-gia-lam-nam-2013_t4718.aspx.

7. Hồ Thị Nga (2013), Thực trạng QLCTRYT và một số yếu tố liên quan tại BV đa khoa Gia Lộc, tỉnh Hải Dương năm 2013, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

8. Nguyễn Huy Nga (2004), Bảo vệ môi trường trong các cơ sở y tế, NXB Y học, Hà Nội.

9. Huỳnh Thị Phúc (2013), Đánh giá hiện trạng và đề xuất giải pháp quản lý chất thải rắn y tế trên địa bàn tỉnh Quảng Nam, Luận văn thạc sĩ Kỹ thuật, Đại học Đà Nẵng.

-----oOo-----

TÌM HIỂU KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI CÁC CƠ SỞ CÔNG LẬP TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Phạm Thị Ngọc Linh¹, Đâu Xuân Cảnh²

TÓM TẮT:

Qua điều tra dịch tễ học mô tả cắt ngang 106 cán bộ y tế tại các cơ sở YHCT công lập ở các bệnh viện trung tâm thành phố và quận/huyện của thành phố Đà Nẵng cho thấy kiến thức và thực hành về YHCT như sau:

Về kiến thức: Tỷ lệ đạt loại A về chỉ định bài thuốc cổ phương 60,37%; chưa đạt yêu cầu 21,69%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 17,18% và 40,47% ở trung tâm y tế quận/ huyện. Về chỉ định công thức huyết điều trị đạt loại A khá cao 69,81% và chưa đạt 13,20% , trong đó ở các bệnh viện thành phố là 6,25% và 23,80% ở trung tâm y tế quận/ huyện.

Về thực hành: Về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A tại các bệnh viện 64,15%; không đạt là 16,03%, trong đó ở thành phố là 9,38% và huyện là 26,19% . Mức độ về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A của CBYT YHCT làm việc ở thành phố cao hơn huyện (78,13% so với 42,85%). Tỷ lệ đạt loại A thực hành châm cứu là 68,86%; xoa bóp là 57,54%. Vẫn còn chưa đạt trong thực hành châm cứu là 15,09%; xoa bóp là 24,52%. Kỹ năng xoa bóp châm cứu CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện.

Từ khóa: Y học cổ truyền, Đà Nẵng, kiến thức, thực hành.

SUMMARY:

THE KNOWLEDGE AND PRACTICE ON TRADITIONAL MEDICINE OF HEALTH WORKERS IN PUBLIC HEALTH FACILITIES IN THE CENTRAL HOSPITALS AND DISTRICTS OF DA NANG CITY

Through the survey of 106 health workers in public health facilities in the central hospitals and districts of Da Nang city, the knowledge and practice on traditional medicine is as follows:

About knowledge: Grade A rating on prescription regimen 60.37%; Not satisfied 21.69%, including 17.18% in city hospitals and 40.47% in district health centers. Regarding acupuncturists, the level of treatment acupuncture has reached a high level of 69.81%, and has not reached 13.20%, of which in city hospitals is 6.25% and 23.80% district health centers.

About practice: Regarding principles of traditional medicine treatment achieved Class A in hospitals of 64.15%;

1. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Tác giả Đâu Xuân Cảnh: Email: xuancanhvh@gmail.com

» Ngày nhận bài: 04/08/2017 | » Ngày phản biện: 10/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 15/08/2017

Not reaching 16.03%, of which the city is 9.38% and the district is 26.19%. The level of principle of traditional medicine treatment reached Class A of traditional health workers working in the city higher than that of the district (78.13% compared to 42.85%). The rate of attaining grade A acupuncture practice is 68.86%; Massage is 57.54%. Still not achieved in acupuncture practice is 15.09%; Massage is 24.52%. Acupunctural massage acupuncture for traditional health workforce A is higher in the city than the district.

Key words: Traditional medicine, Da Nang city, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các cán bộ y tế (CBYT) có ảnh hưởng lớn đến nhận thức của người dân qua quá trình điều trị. Nguồn nhân lực CBYT về Y học cổ truyền (YHCT) là yếu tố quan trọng tác động đến ý thức sử dụng YHCT trong công tác khám và chữa bệnh[5]. Sự thiếu hụt về nguồn nhân lực YHCT cũng ảnh hưởng tới mức độ sử dụng YHCT của khách hàng. Vì vậy cần có những đánh giá nhu cầu đào tạo cán bộ, triển khai các loại hình đào tạo nhằm nâng cao chất lượng thầy thuốc về kiến thức và kỹ năng thực hành. Nên chúng ta phải tìm hiểu đánh giá hiện trạng kiến thức, thực hành chuyên môn của đội ngũ CBYT YHCT, qua đó đánh giá được những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của các CBYT.

Địa hình thành phố Đà Nẵng vừa có đồng bằng duyên hải, vừa có đồi núi. Vùng núi cao và dốc tập trung ở phía tây và tây bắc, từ đây có nhiều dãy núi chạy dài ra biển, một số đồi thấp xen kẽ vùng đồng bằng ven biển hẹp. Đà Nẵng hiện là một trong 15 đô thị loại 1 đồng thời là một trong 5 thành phố trực thuộc Trung ương ở Việt Nam, có vị trí trọng yếu cả về kinh tế - xã hội và quốc phòng - an ninh; là đầu mối giao thông quan trọng về đường bộ, đường sắt, đường biển và đường hàng không, cửa ngõ chính ra biển Đông của các tỉnh miền Trung, Tây Nguyên và các nước tiểu vùng Mê Kông. Đà Nẵng hiện nay có tám quận, huyện với tổng diện tích là 1285,4 km². Theo kết quả điều tra năm 2011, dân số thành phố là 951.700 người, nhưng chưa có nghiên cứu nào về kiến thức, kỹ năng thực hành YHCT của CBYT YHCT tại các cơ sở công lập tại thành phố Đà Nẵng, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu tìm hiểu kiến thức, kỹ năng YHCT của cán bộ y tế YHCT tại các cơ sở công lập tại thành phố Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ các cán bộ, nhân viên y tế trực tiếp tham gia khám chữa bệnh bằng YHCT tại các cơ sở y tế công lập được chọn (từ tuyến thành phố đến quận/huyện) thành phố Đà Nẵng.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện năm 2014.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Đề tài được thực hiện thu thập số liệu bằng bộ phiếu thu thập thông tin nhằm khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành nguồn nhân lực y học cổ truyền tại các CSYT công lập trên địa bàn thành phố Đà Nẵng (theo quy định chức năng nhiệm vụ của cán bộ chuyên ngành YHCT do Bộ Y tế ban hành).

- Chỉ số nghiên cứu

* *Mô tả các chỉ số kiến thức về YHCT:* Các nguyên tắc điều trị theo YHCT; chỉ định bài thuốc cổ phương; các vị thuốc cổ phương; các vị thuốc nghiệm phương; chế phẩm thuốc YHCT; huyệt vị trong điều trị bằng phương pháp không dùng thuốc.

* *Tiêu chuẩn phân loại kiến thức và kỹ năng thực hành*

Phân loại kiến thức và kỹ năng thực hành làm 3 loại theo thang điểm 10:

Điểm	Mức độ
7-10	A (khá,tốt)
5-<7	B (trung bình)
0-<5	C (yếu)

* *Cách cho điểm để phân loại đối với y, bác sỹ YHCT*

Trong nghiên cứu này chúng tôi xây dựng tiêu chuẩn để phân loại kiến thức và kỹ năng thực hành của Y, bác sỹ YHCT tuyển cơ sở dựa theo bài giảng YHCT [2], bài giảng bệnh học Nội khoa, danh mục thuốc thiết yếu về YHCT của Bộ Y tế và một số đề tài nghiên cứu về YHCT. Tiêu chuẩn phân loại được đánh giá theo thang điểm 10 và được chia làm 3 loại như sau:

Loại A: Khá, giỏi

Loại B: Trung bình

Loại C: Yếu

Để phân loại kiến thức về thuốc YHCT dạng chế phẩm chúng tôi yêu cầu các đối tượng được điều tra phải nêu 2 chế phẩm dùng điều trị 5 chứng bệnh thường gặp, mỗi bệnh kê đúng và đủ ít nhất 3 loại chế phẩm cho một bệnh thì được 2 điểm (tùy theo số lượng của các chế phẩm thuốc mà có đánh giá cụ thể theo điểm từ 1,4- 2 điểm). Mỗi bệnh kê được một hoặc 2 chế phẩm thì chỉ đạt từ 1-1,2 điểm. Sau đó cộng chung tổng của 5 điểm để đánh giá phân loại.

Để phân loại kỹ năng châm cứu chúng tôi yêu cầu các



đối tượng hoàn thành 5 bước của quá trình chăm với mỗi bước mô tả đúng và đủ được tối đa 2 điểm (Tùy theo kết quả mô tả của từng bước mà có cách cho điểm phù hợp). Sau đó sẽ cộng tổng điểm của 5 bước để đánh giá phân loại kỹ năng chăm cứu.

Kỹ năng thực hành xoa bóp: Chấm điểm qua 10 bước thực hiện kỹ năng xoa bóp theo bảng kiểm. Mỗi bước thực hiện đúng, đủ, thành thạo được 1 điểm, làm đúng ở mức đạt yêu cầu được 0,5 điểm, làm không đúng/không làm được 0 điểm.

Cách cho điểm và đánh giá phân loại của kiến thức và

kỹ năng thực hành YHCT khác, chúng tôi cũng sử dụng phương pháp tương tự như trên.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng chương trình Epidata 3.1. Tất cả các phiếu đều được vào máy tính hai lần, sau đó sử dụng chương trình kiểm tra phát hiện và sửa những sai số do nhập số liệu. Các thông số được tính toán và trình bày bằng các bảng, biểu đồ bao gồm: số lượng, giá trị %, giá trị p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân loại mức độ kiến thức về các nguyên tắc điều trị YHCT

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	50	78,13	18	42,85	68	64,15	<0,05
Loại B	8	12,5	13	30,95	21	19,81	<0,05
Loại C	6	9,38	11	26,19	17	16,03	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 64,15%; tiếp đến đạt loại B là 19,81 %; thấp nhất đạt loại C 16,03%. So sánh mức độ kiến thức về các nguyên tắc điều trị YHCT giữa CBYT

YHCT thành phố và huyện: thấy CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (78,13% so với 42,85%) và đạt loại B, C thấp hơn (12,53 % so với 30,95% và 9,38% so với 26,19%). Sự khác biệt có ý nghĩa p<0,05.

Bảng 3.2. Phân loại mức độ kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	47	73,43	17	40,47	64	60,37	<0,05
Loại B	9	14,06	10	23,80	19	17,9	<0,05
Loại C	8	12,5	15	35,71	23	21,69	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.2. cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 60,37%; tiếp đến đạt loại C là 21,69%; thấp nhất đạt loại B là 17,9%. So sánh mức độ kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương giữa CBYT YHCT thành phố và huyện: thấy CBYT YHCT đạt loại

A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (73,43% so với 40,47%) và đạt loại B, C thấp hơn (14,06% so với 23,80% và 12,5% so với 35,71%). Sự khác biệt có ý nghĩa p<0,05. CBYT tại thành phố có kiến thức chỉ định bài thuốc cổ phương đạt loại A chiếm tỷ lệ cao 73,43%. Quận huyện có CBYT có kiến thức đạt loại C cao nhất có tỷ lệ 35,71%.

Bảng 3.3. Phân loại mức độ kiến thức về các vị thuốc nghiệm phương

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	45	70,31	15	35,71	60	56,66	<0,05
Loại B	8	12,5	10	23,80	18	16,98	<0,05
Loại C	11	17,18	17	40,47	28	26,41	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về các vị thuốc nghiệm phương đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 56,66%; tiếp đến đạt loại C là 26,41%; thấp nhất đạt loại B là 16,98%. So sánh mức độ kiến thức về các vị thuốc nghiệm phương giữa CBYT YHCT thành

phố và huyện: Thấy CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (70,31% so với 35,71%) và đạt loại B, C thấp hơn (12,5 % so với 23,80% và 17,18% so với 40,47%). Sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Phân loại mức độ kiến thức về các huyết vị

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	53	82,81	21	50,0	74	69,81	<0,05
Loại B	7	10,93	11	26,19	18	16,98	<0,05
Loại C	4	6,25	10	23,80	14	13,20	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về các huyết vị đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 69,81%; tiếp đến đạt loại B là 16,98%; thấp nhất đạt loại C là 13,20%. So sánh mức độ kiến thức về các huyết vị giữa CBYT YHCT thành phố và huyện: thấy CBYT

YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (82,81% so với 50,0%) và đạt loại B, C thấp hơn (10,93% so với 26,19% và 6,25% so với 23,80%). Sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Phân loại mức độ Kỹ năng châm cứu

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	50	78,12	23	54,76	73	68,86	<0,05
Loại B	8	12,5	9	21,42	17	16,03	<0,05
Loại C	6	9,37	10	23,80	16	15,09	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về Kỹ năng châm cứu đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 68,86%; tiếp đến đạt loại B là 16,03%; thấp nhất đạt loại C là 15,09%. So sánh mức độ kiến thức về Kỹ năng châm cứu giữa CBYT YHCT thành phố và

huyện: thấy CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (78,12% so với 54,76%), và đạt loại B, C thấp hơn (12,5% so với 21,42% và 9,37% so với 23,80%). Sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Phân loại mức độ Kỹ năng xoa bóp

Kết quả	Thành phố		Quận huyện		Tổng chung		p
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%	
Loại A	43	67,18	18	42,85	61	57,54	<0,05
Loại B	8	12,5	11	26,19	19	17,92	<0,05
Loại C	13	20,31	13	30,95	26	24,52	<0,05
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: CBYT YHCT mức độ kiến thức về Kỹ năng xoa bóp đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 57,54%; tiếp đến đạt loại C là 24,52%; thấp nhất đạt loại B là 17,92%. So sánh mức độ kiến thức về Kỹ năng xoa bóp giữa CBYT YHCT thành phố và huyện: thấy CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (67,18% so với 42,85%) và đạt loại B, C thấp

hơn (12,5% so với 26,19% và 20,31% so với 30,95%). Sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

* Về kiến thức về dùng bài thuốc cổ phương: Bài thuốc cổ phương là những bài thuốc có kinh nghiệm điều trị tốt, được người xưa truyền lại. Kê đơn thuốc theo cách luận



trị dung cổ phương gia giảm thể hiện tính chất biện chứng luận trị của YHCT, tiếp thu kinh nghiệm của người xưa một cách hiệu quả. Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ cán bộ nêu đúng chỉ định của bài thuốc cổ phương trong bài khá cao. Trong đó đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 60,37%; đạt loại B là 17,9%. Qua đây cho thấy kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương ở các tuyến là khá tốt. Tuy nhiên vẫn có 21,69%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 12,5% và 35,71% ở trung tâm y tế quận huyện chưa đạt yêu cầu. Và mức độ kiến thức về chỉ định bài thuốc cổ phương của CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn ở huyện (73,43% so với 40,47%) (kết quả bảng 3.2.). Qua thực tế hồi cứu hồ sơ bệnh án chúng tôi thấy hầu hết các thầy thuốc thường thích kê đơn theo đối pháp lập phương bởi tư duy dùng thuốc theo đối pháp lập phương có phần dễ dàng hơn, không đòi hỏi thầy thuốc phải nhớ quá nhiều vị thuốc. Mặc dù YHCT có nhiều phương pháp kê đơn, nhưng cách kê đơn theo cổ phương vẫn được coi trọng, đó là một sự kết hợp hoàn hảo được truyền từ kinh nghiệm của người xưa, được tổng kết và ghi chép lưu truyền trong các sách YHCT kinh điển. Sự thiếu hụt mảng kiến thức này sẽ làm mất đi tính đặc thù YHCT.

Về kiến thức về vị thuốc có trong bài thuốc nghiệm phương: Nghiệm phương là cách cho thuốc theo kinh nghiệm của dân gian có hiệu quả. Đây là kho kiến thức quý báu để chúng ta vận dụng và kiểm chứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 56,66% đạt loại A. Chúng tôi kiến thức về các vị thuốc trong bài nghiệm phương của các CBYT cũng khá phổ biến. Tuy nhiên vẫn còn 26,41%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 17,18% và 40,47% ở trung tâm y tế quận/huyện còn kém (kết quả bảng 3.3).

Về kiến thức về chỉ định công thức huyết điều trị: Để phù hợp với thực tiễn chúng tôi lựa chọn 5 chứng bệnh hay gặp trên lâm sàng tại các tuyến cơ sở y tế thành phố Đà Nẵng để đánh giá chọn công thức huyết của CBYT. Kết quả cho thấy kiến thức CBYT trong lĩnh vực này ở các bệnh viện chuyên khoa YHCT chiếm tỷ lệ đạt loại A khá cao 69,81%. Tuy nhiên vẫn còn 13,20%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 6,25% và 23,80% ở trung tâm y tế quận/huyện còn kém (kết quả bảng 3.4).

** Thực hành về kê đơn:*

Khác với YHHĐ, YHCT khám, chẩn đoán và điều trị theo một quy trình chuẩn gồm các bước thu thập triệu chứng thông qua tứ chẩn (vọng, văn, vấn, thiết), chẩn đoán bệnh theo bát cương, lập pháp điều trị, chọn phương thuốc, huyết... Tất cả quy trình này đảm bảo chính xác và có tính logic cao hơn. Trong đó kê đơn là kết quả cuối

cùng của quá trình tư duy lập luận của thầy thuốc YHCT. Tính logic cũng thể hiện trong đơn thuốc so với chẩn đoán điều trị của thầy thuốc YHCT. Việc lượng giá kỹ năng này chủ yếu đánh giá tính logic giữa các khâu trong quá trình khám bệnh, chẩn đoán điều trị của thầy thuốc YHCT. Qua hồi cứu hồ sơ bệnh án và phỏng vấn CBYT tại các bệnh viện và trung tâm y tế của 106 CBYT, kết quả cho thấy tỷ lệ mức độ kiến thức về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A tại các bệnh viện chiếm cao nhất 64,15%; tiếp đến đạt loại B là 19,81%; thấp nhất đạt loại C 16,03%. So sánh mức độ kiến thức về các nguyên tắc điều trị YHCT giữa CBYT YHCT thành phố và huyện: thấy CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện (78,13% so với 42,85%) và đạt loại B, C thấp hơn (12,53% so với 30,95% và 9,38% so với 26,19%). Sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$ (kết quả nghiên cứu bảng 1). Điều đó cho thấy nhiều bệnh án, lập luận chẩn đoán và phương pháp điều trị chưa đảm bảo tính chính xác, pháp điều trị chưa phù hợp với chẩn đoán bất cương. Điều này có thể khắc phục nếu công tác đào tạo bổ sung kỹ năng thực hành quy trình, khám, chẩn đoán và điều trị được thực hiện thường xuyên trong khoa phòng và giữa các bệnh viện

** Thực hành châm cứu:*

Kết quả đánh giá thực hiện thủ thuật châm cứu theo bảng kiểm của 106 CBYT YHCT cho thấy có 68,86% số đối tượng đạt loại A, 16,03% loại B, 15,09% loại C. Từ thực tế cho thấy CBYT thực hiện gần như đầy đủ các bước trong quá trình châm cứu, nhưng hầu hết các cán bộ bỏ qua thủ thuật bổ tả, tìm cảm giác đắc khí, thông báo cho bệnh nhân hoàn tất thủ tục, vì có lẽ số lượng bệnh nhân đông kết hợp với thiếu nguồn nhân lực nên việc chú ý thực hiện đầy đủ và chính xác của các bước kỹ thuật còn hạn chế.

** Thực hành về xoa bóp:*

Kết quả đánh giá thủ thuật xoa bóp theo bảng kiểm của 106 đối tượng nghiên cứu trình bày cho thấy có 57,54% đạt loại A, loại B 17,92%, loại C 24,52%. Qua tìm hiểu chúng tôi thấy 1 vấn đề là hầu hết thực hành xoa bóp chỉ tiến hành ở một số cơ sở y tế tại các bệnh viện thành phố và một số trung tâm y tế quận huyện. Số lượng bệnh nhân đông, nhân lực không đáp ứng được đầy đủ vì vậy việc thực hành xoa bóp bị hạn chế và chưa đảm bảo chất lượng trong các cơ sở y tế công lập.

Đánh giá chung về mức độ thực hành YHCT của CBYT thành phố Đà Nẵng thông qua lượng điểm trung bình các kỹ năng thực hành cho thấy kỹ năng kê đơn kém nhất, cao nhất là kỹ năng thực hành châm cứu. Do vậy trong chương trình đào tạo can thiệp sau này của ngành y tế thành phố Đà Nẵng cần quan tâm đến cải thiện toàn

diện các kỹ năng thực hành cho CBYT tham gia cung cấp dịch vụ YHCT trong đó chú trọng đến kỹ năng kê đơn.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra 106 cán bộ y tế tại các cơ sở YHCT công lập ở các bệnh viện trung tâm thành phố và quận/huyện của thành phố Đà Nẵng cho thấy kiến thức và thực hành về YHCT như sau:

Về kiến thức: Tỷ lệ đạt loại A2 về chỉ định bài thuốc cổ phương 60,37%; chưa đạt yêu cầu 21,69%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 17,18% và 40,47% ở trung tâm y tế quận/huyện. Về vị thuốc có trong bài thuốc nghiệm phương có tới 56,66% đạt loại A và chưa đạt yêu cầu 26,41%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 17,18% và

40,47% ở trung tâm y tế quận/ huyện. Về chỉ định công thức huyết điều trị đạt loại A khá cao 69,81% và chưa đạt 13,20%, trong đó ở các bệnh viện thành phố là 6,25% và 23,80% ở trung tâm Y tế quận/huyện.

Về thực hành: Về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A tại các bệnh viện 64,15%; không đạt là 16,03%, trong đó ở thành phố là 9,38% và huyện là 26,19%. Mức độ về các nguyên tắc điều trị YHCT đạt loại A của CBYT YHCT làm việc ở thành phố cao hơn huyện (78,13% so với 42,85%). Tỷ lệ đạt loại A thực hành châm cứu là 68,86%; xoa bóp là 57,54%. Vẫn còn chưa đạt trong thực hành châm cứu là 15,09%; xoa bóp là 24,52%. Kỹ năng xoa bóp châm cứu CBYT YHCT đạt loại A làm việc ở thành phố cao hơn huyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Thành phố Đà Nẵng (2012), Quyết định số 3176/QĐ-UBND ngày 24/4/2012 của UBND.
2. Trường Đại học Y Hà Nội (2011), khoa Y học cổ truyền, Bài giảng Y học cổ truyền.
3. Thủ tướng Chính phủ (2003), Quyết định số 2166/2003/QĐ-TTg ngày 30/11/2010 về việc phê duyệt Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược học cổ truyền đến năm 2020.
4. Thủ tướng chính phủ (2003), Quyết định số 222/2003/QĐ-TTg ngày 03/11/2003 về việc phê duyệt chính sách Quốc gia về YHCT đến năm 2010.
5. Viện Y học cổ truyền Việt Nam, Trung tâm thông tin Y học cổ truyền của WHO (1993), tuyên bố Senegan, số 3 tr16-17.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ METHADONE TRONG NHÓM BỆNH NHÂN NHIỄM VÀ KHÔNG NHIỄM HIV TẠI TUYÊN QUANG

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Trần Xuân Bách², Trần Đình Thơ³

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 241 bệnh nhân đang điều trị Methadone nhằm mô tả thực trạng tuân thủ điều trị tại hai phòng điều trị Methadone tỉnh Tuyên Quang năm 2016 và xác định một số yếu tố liên quan. Kết

quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều tuân thủ điều trị trong vòng 4 ngày (90,6%) nhưng số đối tượng trả lời chưa bao giờ quên uống thuốc chỉ chiếm gần một nửa (48,6%). Theo tiêu chí, có 34,4% tuân thủ điều trị. Những người được người nhà nhắc nhở và bạn

1. Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

2. Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội. Email: bach.khcn@gmail.com

3. Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 01/06/2017 | » Ngày phản biện: 15/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 22/06/2017

bè hỗ trợ có khả năng đạt tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm đối tượng khác. Không có mối quan hệ giữa tình trạng mắc HIV và tuân thủ điều trị. Kết quả cho thấy việc điều trị methadone cần có sự tham gia của gia đình và sự hỗ trợ từ bạn bè của bệnh nhân nhằm đảm bảo sự tuân thủ điều trị và đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: Tuân thủ, methadone, điều trị.

ABSTRACT: MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH HIV SERO-POSITIVE AND-NEGATIVE IN TUYEN QUANG PROVINCE

A cross-sectional study was conducted with 241 patients receiving methadone maintenance treatment (MMT), which aimed to explore the medication adherence and finds associated factors in two MMT in Tuyen Quang province in 2016. The results show that almost patients adhered medication in the last four days (90,6%); however, the proportion of patients reporting not ever forget drinking drug was only 48.6%. One third of patients were adhere the medication (34.4%). People who were reminded by families and had support from friends were more likely to adhere the treatment compared to others. None of association between HIV status and adherence was found. The results suggest that methadone treatment requires the participation of family and the support from friends of patients in order to ensure the medication adherence and the high effectiveness of treatment.

Keywords: Adherence, methadone, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng Methadone là một trong những phương pháp điều trị bằng thuốc cho những người lệ thuộc CDTP, đặc biệt là bạch phiện (Heroin). Điều trị nghiện CDTP giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lý, xã hội, lao động và tái hòa nhập cộng đồng [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cho thấy, điều trị thay thế nghiện CDTP bằng Methadone là một phương pháp “tiêu chuẩn vàng” đối với người nghiện Heroin, giúp người nghiện dần từ bỏ Heroin, phục hồi sức khỏe và các chức năng xã hội [2], từ đó làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV [3, 4]. Để có thể đạt được hiệu quả điều trị mong muốn, tuân thủ điều trị thay thế CDTP bằng Methadone là yếu tố tiên quyết, bởi thực tế cho thấy khi bệnh nhân không tuân thủ điều trị, không đến uống thuốc hàng ngày sẽ có nguy cơ tái sử dụng lại CDTP và tham gia vào các hoạt động phạm pháp [5].

Tuyên Quang bắt đầu triển khai cơ sở điều trị thay thế CDTP bằng Methadone đầu tiên vào tháng 12 năm 2013.

Tính tới năm 2016, trên toàn tỉnh có 3 cơ sở điều trị tại thành phố Tuyên Quang, huyện Sơn Dương và huyện Yên Sơn với hơn 300 bệnh nhân đang được điều trị. Việc đánh giá mức độ không tuân thủ điều trị Methadone, đặc biệt giữa nhóm bệnh nhân có HIV và nhóm bệnh nhân không có HIV, sau một thời gian triển khai hoạt động trên địa bàn là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng và định hướng cho các nhà lập kế hoạch tại Tuyên Quang. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng giúp các cơ sở cung cấp dịch vụ có những điều chỉnh kịp thời nhằm tăng tính tuân thủ của bệnh nhân và từ đó tăng cường hiệu quả điều trị. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: “Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone giữa hai nhóm bệnh nhân có HIV và không có HIV”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 cơ sở điều trị thay thế bằng Methadone ở tỉnh Tuyên Quang là MMT thành phố Tuyên Quang và MMT huyện Sơn Dương từ tháng 5/2016 đến 6/2017.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đang điều trị Methadone tại 2 cơ sở điều trị Methadone nêu trên năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh án:

- Trên 18 tuổi.
- Đang điều trị tại 1 trong 2 cơ sở MMT tại Tuyên Quang bao gồm: MMT TP Tuyên Quang, MMT Sơn Dương.

• Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu
- Không đủ điều kiện sức khỏe, năng lực nhận thức để trả lời câu hỏi.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cơ mẫu và cách chọn mẫu

Bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân trên 18 tuổi đang điều trị tại 2 cơ sở MMT thành phố Tuyên Quang và MMT huyện Sơn Dương đều được chọn vào nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu. Tổng cộng có 241 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Thông tin được thu thập bao gồm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (về tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, nghề nghiệp, thu nhập hộ gia đình); tình trạng sức khỏe của bệnh nhân (chất lượng

cuộc sống - đo bằng thang đo EQ-5D-5L, và tình trạng nhiễm HIV/AIDS); một số hành vi nguy cơ (sử dụng rượu, thuốc lá, ma túy); điều trị và tiếp cận dịch vụ MMT (thời gian dùng thuốc, khoảng cách tới cơ sở uống thuốc, thời gian tới cơ sở lấy thuốc). Tuân thủ MMT được đánh giá bằng các câu hỏi.

- + Số ngày không đi uống thuốc trong 4 ngày gần đây.
- + Tình trạng quên thuốc vào cuối tuần vừa rồi (Có/ không).
- + Lần cuối cùng quên thuốc là khi nào (không quên hoặc thời điểm quên).

Đối tượng được đánh giá là có tuân thủ điều trị nếu câu trả lời là không với tất cả các câu hỏi trên [6] và không tuân thủ điều trị nếu câu trả lời là có với 1 trong 3 câu hỏi trên.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng Epidata 3.1, xử lý và phân tích số liệu bằng STATA 12.0. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để miêu tả các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu. Kiểm định khi bình phương, Student-t và ANOVA được sử dụng để so sánh sự khác biệt của các tỉ lệ hoặc giá trị trung bình. Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị được xác định bằng mô hình hồi quy logistic đa biến với biến thực trạng không tuân thủ

điều trị (có/không). Cách tiếp cận lựa chọn từng bước lũy tiến (stepwise forward model) dựa trên tỉ lệ log-likelihood, đưa vào các biến dự báo có giá trị $p < 0,2$ được áp dụng. Giá trị $p < 0,05$ xác định ngưỡng ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Trước khi thu thập thông tin, đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và lợi ích nghiên cứu. Việc tham gia của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới các hoạt động điều trị cho đối tượng nghiên cứu tại cơ sở điều trị. Mọi thông tin về cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi từ 30 - 49 tuổi; người từ 18 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong số những người tham gia nghiên cứu. Tất cả đối tượng nghiên cứu đều là nam giới (100%). Có 53,0% số đối tượng nghiên cứu có trình độ THPT trở lên. Tỷ lệ đã kết hôn chiếm 62,3%; và ly hôn là 14,8%. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm đối tượng là 25,5%.

Bảng 1: Đặc điểm điều trị thay thế CDTP bằng Methadone của đối tượng

Điều trị Methadone	Không có HIV		Có HIV		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Thời gian điều trị (tháng)	14,9	8,8	16,8	8,3	15,3	8,7	0,12
Quãng đường tới cơ sở lấy thuốc (km)	5,0	9,0	5,1	5,8	5,0	8,2	0,26
Thời gian đi tới cơ sở lấy thuốc (phút)	10,0	10,6	11,3	10,3	10,2	10,5	0,13
Tổng	64	100	42	100	106	100	

Bảng 1 cho thấy, thời gian điều trị Methadone trung bình ở các đối tượng nghiên cứu là $15,3 \pm 8,7$. Quãng đường tới cơ sở lấy thuốc trung bình là $5,0 \pm 8,2$ km và các đối

tượng mất trung bình khoảng $10,2 \pm 10,5$ phút để đến cơ sở lấy thuốc. Không có sự khác biệt về các đặc điểm này giữa nhóm bệnh nhân có HIV và không có HIV ($p < 0,05$).

Bảng 2: Thực trạng không tuân thủ điều trị thay thế CDTP bằng Methadone

Đặc điểm	Không có HIV		Có HIV		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Quên trong 4 ngày trước							
1 ngày	13	7,6	2	3,4	15	6,4	0,27
2 ngày	6	3,5	0	0,0	6	2,6	
3-4 ngày	1	0,6	0	0,0	1	0,4	
Không quên	151	88,3	57	96,6	213	90,6	
Có quên cuối tuần trước							
Lần cuối quên thuốc	9	5,3	2	3,4	11	4,8	0,59
Trong vòng 1 tuần							
Trong vòng 1 tuần	12	9,1	2	5,3	14	8,0	0,58

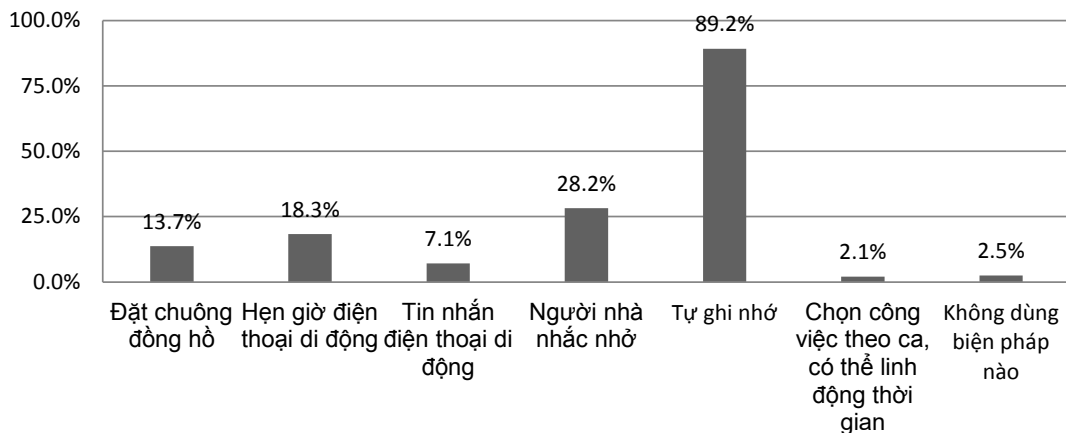


Đặc điểm	Không có HIV		Có HIV		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Cách 1 tuần – 1 tháng	16	12,1	6	15,8	23	13,1	
Cách 1 tháng – < 3 tháng	12	9,1	1	2,6	14	8,0	
3 tháng trước	30	22,7	8	21,1	39	22,3	
Không bao giờ quên	62	47,0	21	55,3	85	48,6	
Có tuân thủ điều trị	60	34,9	21	35,6	83	34,4	0,92

Bảng 2 cho thấy, trong vòng 4 ngày, đa số đối tượng nghiên cứu đều tuân thủ điều trị (90,6%); các đối tượng quên trong 1 ngày, 2 ngày, 4 ngày chiếm tỷ lệ rất nhỏ và không có đối tượng nào quên uống trong vòng 3 ngày. Trong vòng một tuần, tỷ lệ đối tượng quên không uống thuốc cuối tuần trước là 4,7% và không có sự khác biệt về tình trạng hôn nhân giữa đối tượng nghiên cứu tại hai địa

điểm. Về lần cuối cùng đối tượng quên thuốc, gần một nửa đối tượng chưa bao giờ quên uống thuốc (48,6%), thấp nhất là các đối tượng quên uống thuốc lần cuối trong vòng 1 tuần (8,0%) và cách 1-3 tháng (8,0%). Không có sự khác biệt về các đặc điểm này giữa nhóm bệnh nhân có HIV và không có HIV ($p < 0,05$).

Biểu đồ 1. Các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị được sử dụng của đối tượng nghiên cứu



Tự ghi nhớ là biện pháp được nhiều bệnh nhân áp dụng nhất (89,2%), tiếp đến là người nhà nhắc nhở (28,2%). Chỉ

có 0,8% bệnh nhân nhờ bạn bè hoặc nhân viên hỗ trợ đến nhà nhắc nhở.

Bảng 4: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và một số yếu tố

Yếu tố	Odds ratio	p	95%CI	
Trình độ học vấn (so với < THPT)				
>= THPT	1,39	0,14	0,90	2,14
Nghề nghiệp (so với thất nghiệp)				
Tự do	0,38	0,18	0,09	1,58
Nghề nghiệp ổn định	0,31	0,11	0,07	1,30
Thu nhập hộ gia đình (so với nghèo nhất)				
Nghèo	0,41	0,07	0,16	1,09
Trung bình	0,26	0,01	0,10	0,71
Giàu nhất	0,46	0,14	0,16	1,28
Cơ sở điều trị (so với TP Tuyên Quang)				
Sơn Dương	0,38	0,04	0,15	0,98
Thời gian điều trị MMT (tháng)	0,98	0,40	0,94	1,02

Yếu tố	Odds ratio	p	95%CI	
Quãng đường đến cơ sở	1,12	0,07	0,99	1,27
Thời gian đến cơ sở	0,95	0,18	0,88	1,02
Khó khăn trong việc hàng ngày (Có so với Không)	3,89	0,048	1,03	14,68
Đau đớn/khó chịu (Có so với Không)	0,20	0,02	0,05	0,76
Hẹn giờ bằng điện thoại di động (Có so với Không)	0,32	0,03	0,12	0,88
Người nhà nhắc nhở (Có so với Không)	2,83	0,01	1,28	6,26
Bạn bè hỗ trợ (Có so với Không)	2,29	0,02	1,13	4,65

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy, những người gặp khó khăn trong việc hàng ngày, được người nhà nhắc nhở và bạn bè hỗ trợ có khả năng đạt tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm đối tượng khác. Trong khi đó, nhóm bệnh nhân có đặc điểm thu nhập hộ gia đình ở mức trung bình, điều trị ở cơ sở Sơn Dương, có vấn đề đau đớn/khó chịu và hẹn giờ bằng điện thoại di động có khả năng không tuân thủ điều trị cao hơn so với bệnh nhân khác. Không có mối liên quan giữa tình trạng mắc HIV với tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nhóm bệnh nhân điều trị Methadone là 34,4% cao hơn so với nghiên cứu của Cao X.B và cộng sự tiến hành trên 8 cơ sở MMT ở Trung Quốc đã báo cáo kết quả 20,4% bệnh nhân tuân thủ điều trị và có 79,6% bệnh nhân bỏ liều điều trị [7]. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Roux P và cộng sự khi nhóm tác giả công bố kết quả là 35,2% số bệnh nhân vẫn tuân thủ chặt chẽ việc điều trị thay thế CDTP bằng Methadone [8]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Dương Châu Giang về tuân thủ điều trị của bệnh nhân MMT tại Đà Nẵng năm 2015 cho tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị là 73,4% [9]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu trong nước và trên thế giới so với kết quả của chúng tôi có thể là do cách định nghĩa về tuân thủ điều trị cũng như việc quy ước thời gian, số lần bỏ liều giữa mỗi nghiên cứu là khác nhau. Như nghiên cứu của tác giả Roux P tại Pháp là xem xét sự tuân thủ trong vòng 12 tháng, trong khi đó tác giả Nguyễn Dương Châu Giang nghiên cứu tại Đà Nẵng thì chỉ đánh giá việc tuân thủ điều trị trong vòng 3 tháng [8], [9]. Thực tế là nhiều nghiên cứu đã cho thấy với thời gian kéo dài điều trị khác nhau thì tỷ lệ không tuân thủ điều trị cũng thay đổi. Báo cáo của Bộ Y tế về kết quả điều trị thay thế CDTP bằng Methadone năm 2011 trình bày kết quả nghiên cứu trên 1.000 bệnh nhân ở 06 cơ sở điều trị (CSĐT) tại thành phố Hải Phòng và thành phố HCM, cho tỷ lệ tuân thủ điều trị và không bỏ liều nào là 92,5% trong 6 tháng điều trị đầu tiên, chỉ số này sau 12

tháng và 24 tháng lần lượt là 93,2% và 96%. Tỷ lệ bỏ điều trị giảm dần theo thời gian và thấp hơn nhiều so với các quốc gia khác trên thế giới [10].

Nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa không tuân thủ điều trị điều trị thay thế CDTP bằng Methadone và yếu tố sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè. Kết quả nghiên cứu nêu ra các đối tượng không được bạn bè hoặc người nhà hỗ trợ có khả năng không tuân thủ điều trị thay thế bằng Methadone cao hơn so với nhóm được sự hỗ trợ từ bạn bè. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng lạm dụng ma túy là một vấn đề phức tạp và được liên kết mật thiết với gia đình: Như khi một thành viên của gia đình sử dụng ma túy, thì ảnh hưởng xấu đến toàn bộ cả gia đình. Ngược lại, tầm quan trọng của sự hỗ trợ từ phía gia đình đối với người bệnh đã được chứng minh trong các nghiên cứu khác liên quan đến phòng chống và điều trị ma túy. Một nghiên cứu trong thanh thiếu niên tại Mỹ chỉ ra khi mối quan hệ giữa các thành viên còn lại trong gia đình tích cực thì sẽ làm giảm nguy cơ sử dụng CDTP ở tuổi thanh thiếu niên [11]. Nghiên cứu của Cao X.B và cộng sự ở Trung Quốc cũng cho thấy, bệnh nhân tuân thủ điều trị chủ yếu sống chung với các thành viên trong gia đình hoặc bạn bè (88,2%) trong khi đó, tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân bỏ liều điều trị chỉ là 78,5 [7]. Những kết quả này đã chứng minh sự tương quan tích cực giữa hỗ trợ gia đình và việc tuân thủ điều trị của các đối tượng sử dụng CDTP tại các trung tâm MMT. Sự hỗ trợ gia đình có thể có giúp ích cho các đối tượng theo nhiều cách khác nhau, như các thành viên gia đình có thể giúp đối tượng để đưa ra quyết định đăng ký tham gia và duy trì chương trình điều trị thay thế CDTP bằng Methadone. Vì vậy, các chương trình can thiệp nên có xu hướng kết hợp lồng ghép thêm các biện pháp tập trung vào nâng cao sự giúp đỡ từ phía gia đình của các đối tượng. Cụ thể, Tỉnh Tuyên Quang có thể đạt được một tỷ lệ tham gia điều trị thay thế CDTP bằng Methadone cao hơn, bằng giải pháp tác động tới người thân, bạn bè của đối tượng sử dụng CDTP như là hướng dẫn, giáo dục các thành viên trong gia đình tạo điều kiện, thuyết phục đối tượng được



tiếp cận chương trình. Những thành viên gia đình có thể đóng vai trò là những người ủng hộ cho chính sách và khuyến khích người dùng Opioid để tham gia vào chương trình điều trị và uống thuốc vào một hạn dài, cơ sở hàng ngày. Kết quả này cũng tương tự với những nghiên cứu khác là để thành công, các chương trình điều trị thay thế CDTP bằng Methadone cần phải liên quan đến gia đình một cách thích hợp và hiệu quả [12].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn những hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang; do đó, chúng ta không thể dựa trên những dữ liệu này để thiết lập mối quan hệ nhân quả giữa việc không tuân thủ điều trị thay thế CDTP bằng Methadone với các yếu tố khác. Thứ hai, nghiên cứu được thu thập hầu hết qua phỏng vấn người bệnh, điều này có thể dẫn đến sai số nhớ lại, đặc biệt khi hỏi các thông tin nhạy cảm như sử dụng ma túy, và có thể dẫn đến sai lệch dữ liệu. Cuối cùng, trong nghiên cứu này chúng tôi đã chọn

các kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện nên sẽ tăng nguy cơ sai lệch dữ liệu từ đó dẫn đến các kết quả không chính xác. Vậy nên những phát hiện của nghiên cứu này chưa thể đại diện cho quần thể người bệnh điều trị thay thế CDTP bằng Methadone. Do đó các phép thống kê chỉ giới hạn trong mẫu nghiên cứu và cần cân nhắc trước khi khái quát kết quả này ra toàn bộ những người điều trị MMT trên toàn quốc.

V. KẾT LUẬN

- Hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều tuân thủ điều trị trong vòng 4 ngày (90,6%) nhưng số đối tượng trả lời chưa bao giờ quên uống thuốc chỉ chiếm gần một nửa (48,6%). Khoảng một phần ba số đối tượng được hỏi ở hai cơ sở tự cho rằng mình có tuân thủ điều trị (34,4%).

- Không có mối quan hệ giữa tình trạng mắc HIV và khả năng tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn điều trị điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone, chủ biên.
2. Lintzeris N Lenné M, Breen C, Harris S, Hawken L, Mattick R, Ritter A (2001), "Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives", *Aust N Z J Public Health*, 25(2), tr. 121-5.
3. C. L. Masson, P. G. Barnett, K. L. Sees và các cộng sự. (2004), "Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification", *Addiction*, 99(6), tr. 718-26.
4. J. J. Wammes, A. Y. Siregar, T. Hidayat và các cộng sự. (2012), "Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: a mathematical modeling study", *Int J Drug Policy*, 23(5), tr. 358-64.
5. USAID, PEPFAR và FHI360 (2014), *Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng methadone*.
6. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone Bộ Y tế, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
7. Cao XB, Wu ZY, Rou KM và các cộng sự. (2012), "Characteristics and associated factors of long-term retention for methadone maintenance treatment patients", 46(11), tr. 995-998.
8. Roux P, Lions C, Michel và các cộng sự. (2014), "Predictors of non-adherence to methadone maintenance treatment in opioid-dependent individuals: implications for clinicians", *Curr Pharm Des*, 20(25), tr. 4097 - 105.
9. Nguyễn Dương Châu Giang (2015), *Tuân thủ điều trị của bệnh nhân điều trị methadone tại thành phố Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan năm 2015*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
10. Bộ Y Tế (2011), "Tổng kết công tác điều trị nghiện thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone Hà Nội".
11. M. Yu và A. R. Stiffman (2010), "Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents", *Addict Behav*, 35(7), tr. 694-9.
12. E. B. Joseph và R. S. Bhatti (2004), "Psychosocial problems and coping patterns of HIV seropositive wives of men with HIV/AIDS", *Soc Work Health Care*, 39(1-2), tr. 29-47.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG CHỨNG NỘI CHUẨN SỬ DỤNG TRONG KỸ THUẬT MULTIPLEX PCR CHẨN ĐOÁN NEISSERIA MENINGITIDIS TỪ CÁC MẪU BỆNH PHẨM LÂM SÀNG

Lê Hải Yến¹, Phạm Thị Kim Nhung¹, Cao Thị Minh Ngọc¹,
Dương Tuấn Linh¹, Vũ Văn Nghiệp¹, Trần Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Xây dựng thành công chứng nội chuẩn (Internal Control – IC) phát hiện gen Housekeeping GAPD của người từ các tế bào bạch cầu và tế bào biểu mô đường hô hấp sử dụng cho kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán *Neisseria meningitidis* từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng. Ngưỡng phát hiện IC đối với tế bào bạch cầu là 50 TB/phản ứng, tế bào biểu mô là 25 TB/phản ứng. Độ đặc hiệu 100%. Độ nhạy trên mẫu máu là 78%, mẫu dịch não tủy là 89% và nhầy họng là 100%. So sánh kết quả 2 kỹ thuật Multiplex PCR có và không có chứng nội chuẩn IC từ 30 mẫu ADN tách chiết từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng (máu, dịch não tủy, nhầy họng, mỗi loại 10 mẫu) cho thấy 100% các kết quả âm tính và dương tính với *Neisseria meningitidis* là trùng khớp. Tỷ lệ mẫu âm tính không xuất hiện IC là 4,76% chung cho cả ba loại mẫu bệnh phẩm (máu, dịch não tủy, nhầy họng); riêng đối với mẫu máu là 12,5%.

ABSTRACT:

Successful generation of Internal Control (IC) identifying Housekeeping gene (GAPD) of Human from leukocyte and respiration tract epithelium cell, which using for Multiplex PCR diagnosing *Neisseria meningitidis* from clinical specimens. Sensitivity of IC for leukocyte was 50 cells/reaction, epithelium cell was 25 cells/reaction. Specificity of IC was 100%. Sensitivity of IC on blood sample, cerebrospinal fluid, and throat swabs respectively was 78%, 89% and 100%. Comparison of results of two Multiplex PCR methods with and without IC on 30 of DNA samples extracted from clinical specimens (blood, cerebrospinal fluid and throat swabs, 10 specimens of each) showed that 100% of negative and positive results were exactly the same. The general rate of negative

results without IC was 4,76% for three kinds of specimen blood, cerebrospinal fluid and throat swabs; 12,5% for blood only.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh não mô cầu (NMC) lưu hành ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, với tỉ lệ nhiễm, mắc bệnh và tử vong khác nhau. Mỗi năm có khoảng 500.000 người mắc, tỉ lệ tử vong 10% ở các nước phát triển và 20% ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, gần đây vẫn xuất hiện các vụ dịch nhỏ và ca bệnh rải rác khắp các tỉnh thành trên cả nước, nguy cơ dịch lây lan trong cộng đồng là rất lớn. Riêng trong quân đội, trong vòng 5 năm trở lại đây tình hình dịch NMC có nhiều diễn biến phức tạp: số ca bệnh có xu hướng tăng lên, cơ cấu nhóm huyết thanh thay đổi, thậm chí xuất hiện thêm nhóm mới là C, W 135 và cả trường hợp đồng nhiễm 2 nhóm huyết thanh [1,2]. Hiện nay, kỹ thuật PCR chẩn đoán não mô cầu được sử dụng khá rộng rãi trong quân đội. Tuy nhiên, hầu hết các kỹ thuật trên đều gặp khó khăn là chưa loại trừ được các trường hợp âm tính giả.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, tích hợp chứng nội chuẩn (Internal Control-IC) – bản chất là một phản ứng PCR phát hiện gen Housekeeping GAPD của người vào phản ứng PCR phát hiện NMC trong các mẫu bệnh phẩm lâm sàng là một giải pháp hiệu quả. Sự hiện diện của gen Housekeeping GAPD người trong phản ứng PCR là bằng chứng khoa học để loại trừ các trường hợp âm tính giả do sai sót trong khâu thu thập mẫu. Kỹ thuật trên đã được nhiều phòng thí nghiệm chuẩn thức trên thế giới ứng dụng và khuyến cáo. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện đề tài “Nghiên cứu xây dựng chứng nội chuẩn cho phản ứng multiplex PCR chẩn đoán *Neisseria meningitidis* từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng” nhằm mục đích nâng cao chất

1. Viện Y học dự phòng quân đội

lượng chẩn đoán, phục vụ tốt công tác phòng chống dịch.

II. ĐỐI TƯỢNG, VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán NMC trên gen *CtrlA* và *porA* (NMC) đang sử dụng tại Khoa Vi sinh vật.
- Cập môi phát hiện gen Housekeeping đã được công bố trên Ngân hàng gen.
- Mẫu máu và nhày họng của người khỏe mạnh.
- 30 mẫu ADN tổng số tách chiết từ bệnh phẩm máu (M), dịch não tủy (DNT), nhày họng (NH) của bệnh nhân nghi nhiễm NMC.
- 04 chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* và *Neisseria meningitidis*.

2.2. Vật liệu

- Máy PCR Techni (Anh), máy lắ, máy ủ nhiệt, máy li tâm, bộ điện di, hệ thống đọc gel, tủ An toàn sinh học...
- Sinh phẩm tách chiết DNA, Taq PCR Master mix của Hãng Quiagen (Đức), thạch Agarose, dung dịch TBE 10X và các hóa chất điện di (của Hãng Invitrogen (Mỹ))...

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp thực nghiệm và mô tả.
- **Xây dựng kỹ thuật PCR IC chứng nội chuẩn (IC):**
 - + Lựa chọn môi (primer): Tham khảo kết quả nghiên cứu trên thế giới đã công bố [4,5,6]. Kiểm tra lại trình tự môi bằng công cụ tin sinh học: BLAST và Primer 3.
 - + Thu thập tế bào bạch cầu: Lấy 2 ml máu tĩnh mạch vào tube chống đông EDTA.
 - + Thu thập tế bào biểu mô đường hô hấp: Dùng tăm bông vô trùng, miết mạnh vào khu vực amidan và thành sau họng, chuyển vào tube chứa 2 ml nước muối sinh lí.
 - + Tách chiết DNA: Theo hướng dẫn của Hãng Quiagen.
 - + Chạy phản ứng PCR: Taq PCR Master Mix nồng độ 1X, nồng độ môi GAPD 0,2 μ M, nồng độ ADN mẫu \leq 1 μ g ADN/phản ứng. Tổng thể tích phản ứng 50 μ l. Chu kì nhiệt phản ứng: 94°C/ 3 phút và 35 chu kì gồm các bước 94°C/30 giây; 55°C/30 giây; 72°C/1 phút; kéo dài 72°C/10 phút.
 - + Phân tích kết quả PCR: Sản phẩm PCR được điện di trên thạch Agarose 1,5% chứa dung dịch nhuộm ADN Red Gel nồng độ 0,1 μ g/ml trong môi trường đệm TBE 1X. Kết quả điện di được đọc dưới ánh sáng đèn UV.
 - Đánh giá ngưỡng phát hiện, độ đặc hiệu, độ nhạy của cặp môi IC:
 - + **Ngưỡng phát hiện:** ADN tách chiết từ máu và dịch nhày họng được đo OD để xác định nồng độ tế bào/ml.

Ngưỡng phát hiện được thử ở 5 nồng độ: 10 TB/pur; 25 TB/pur; 50 TB/pur; 100 TB/pur; 1000 TB/pur. Đánh giá kết quả ở nồng độ tế bào thấp nhất cho kết quả dương tính.

+ **Độ đặc hiệu:** Chạy phản ứng PCR IC trên mẫu khuẩn lạc của 4 chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* và *Neisseria meningitidis*. Độ đặc hiệu được xác định bằng tỉ lệ mẫu âm tính trên tổng số mẫu xét nghiệm.

+ **Độ nhạy:** Lần lượt pha loãng các mẫu (máu, DNT, NH) ở các nồng độ: 1000 TB/pur; 100 TB/pur và 50 TB/pur; lựa chọn ngẫu nhiên trong số mẫu (máu, DNT, NH) đã pha loãng ở 3 nồng độ trên để chạy PCR IC. Độ nhạy của kỹ thuật PCR IC được đánh giá bằng tỉ lệ mẫu dương tính trên tổng số mẫu xét nghiệm.

- Xây dựng kỹ thuật multiplex PCR chẩn đoán NMC có tích hợp IC:

+ Thu thập mẫu ADN tổng số: Tách chiết ADN tổng số từ các bệnh phẩm máu, DNT, NH của bệnh nhân đã có kết quả PCR dương tính với NMC.

+ Chạy phản ứng Multiplex PCR: Tối ưu nồng độ môi và nhiệt độ bắt cặp của phản ứng Multiplex PCR có IC. Trong đó, điều chỉnh nhiệt độ gắn môi IC tích hợp theo chu kì nhiệt phản ứng Multiplex PCR chẩn đoán NMC (điều kiện chính). Khảo sát nồng độ môi IC thấp hơn 2, 4, 6, 8 lần so với nồng độ môi *CtrlA* và *porA* (NMC) có sẵn trong Multiplex PCR; lựa chọn nồng độ môi tối ưu, sao cho không ức chế phản ứng Multiplex PCR chẩn đoán NMC.

- So sánh kết quả kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán NMC có và không có IC:

+ Chọn bất kì 30 mẫu ADN tổng số tách chiết từ 3 loại bệnh phẩm lâm sàng đã biết kết quả chẩn đoán NMC (9 mẫu dương tính, 21 mẫu âm tính) bằng kỹ thuật Multiplex PCR (máu, DNT, DNH), mỗi loại 10 mẫu.

+ Chạy phản ứng Multiplex PCR có IC với các mẫu ADN đã biết kết quả.

+ So sánh độ tương đồng về kết quả chẩn đoán NMC giữa 2 kỹ thuật Multiplex PCR có và không có IC.

+ Xác định tỉ lệ âm tính giả (không phát hiện được chứng nội chuẩn IC).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

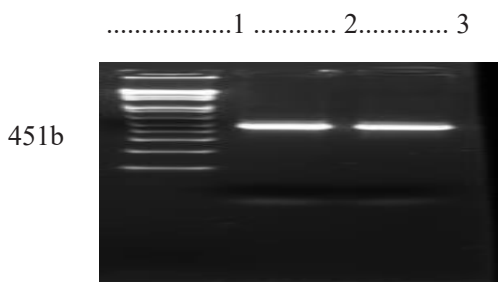
3.1. Xây dựng kỹ thuật PCR IC

- **Cặp môi của IC:** Nằm trên gen mã hóa cho enzyme Glyceraldehyde -3 phosphate dehydrogenase (viết tắt: GAPD, hay còn được biết đến với các kí hiệu tên khác như GAPDH, UniProtKB, G3PDH, mã đăng kí trên Ngân hàng gen NCBI: NM_002046) [5]:

Mồi xuôi: 3'-TCCACCACCCTGTTGCTGTA -5';
 mồi ngược: 5' -ACCACAGTCCATGCCATCAC -3'; sản phẩm khuếch đại 451 bp, nhiệt độ nóng chảy 600°C; hiệu suất PCR 95%. Blast trên Ngân hàng gen cho thấy mồi chỉ bắt cặp đặc hiệu trên gen Housekeeping của người và tại vị trí nhất định [8].

- Thành phần phản ứng PCR – IC và chu kì nhiệt: Taq PCR Master Mix nồng độ 1X, cặp mồi GAPD 0,2 μM, ADN mẫu ≤ 1 μg AND/phản ứng. Tổng thể tích 50μl. Chu kì nhiệt phản ứng: 94°C/3 phút và 40 chu kì gồm các bước 94°C/30 giây; 55°C/30 giây; 72°C/1 phút; kéo dài 72°C/10 phút.

Hình 1. Kết quả phản ứng PCR IC



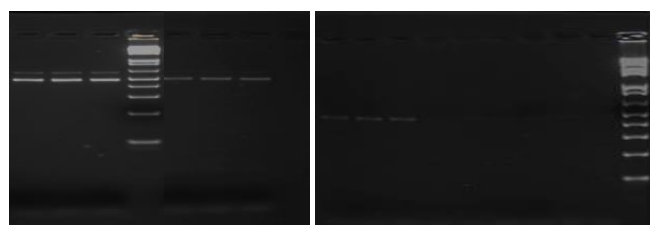
- Giếng 1. Thang ADN chuẩn.
- Giếng 2. Tế bào BC.
- Giếng 3. Tế bào biểu mô đường hô hấp

Kết quả điện di trên hình 1 cho thấy sản phẩm PCR phát hiện gen GAPD (IC) trên các giếng 2,3 lần lượt của tế bào BC và tế bào biểu mô đường hô hấp xuất hiện ở vị trí đặc hiệu 451 bp.

- Ngưỡng phát hiện:

Hình 2. Ngưỡng phát hiện TB Bạch cầu

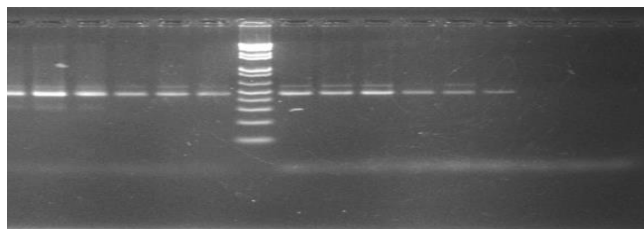
...1.. 2.. 3.. 4.. 5.. 6.. 7... 8. 9.10.11.12.13.14.15.16.17



Giếng 1,2,3: Nồng độ tế bào 103BC/pur; giếng 4: thang ADN chuẩn 100bp; giếng 5,6,7: nồng độ tế bào 102BC/pur; giếng 8,9,10: nồng độ tế bào 50 BC/ pur; giếng 11,12,13: nồng độ tế bào 25 BC/pur; giếng 14,15,16: nồng độ tế bào 10 BC/ pur; giếng 17: thang

Hình 3. Ngưỡng phát hiện TB biểu mô

...1... 2.. 3... 4.. 5... 6... 7... 8.. 9..10..11..12...13...14



Giếng 1,2,3: Nồng độ tế bào 103TB/ml; giếng 4,5,6: nồng độ tế bào 102TB/ml; giếng 7: thang ADN chuẩn 100bp; giếng 8,9,10: nồng độ tế bào 50TB/ml; giếng 11,12,13: nồng độ tế bào 25 TB/ml; giếng 14,15,16: nồng độ tế bào 10 TB/ml.

Kết quả điện di trên hình 2 cho thấy băng sản phẩm PCR ở vị trí 451 bp còn được nhìn thấy rõ ở các giếng 8, 9, 10 (tương đương với nồng độ tế bào là 50 TB/pur). Như vậy, ngưỡng phát hiện PCR IC đối với TB bạch cầu là 50 TB/phản ứng.

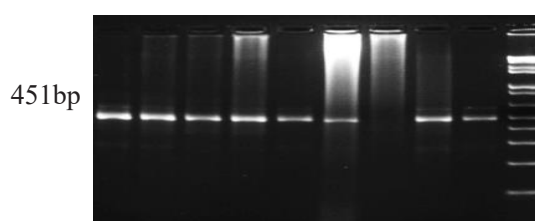
Tương tự, kết quả điện di trên hình 3 cho thấy ngưỡng phát hiện PCR IC đối với TB biểu mô đường hô hấp là 25 TB/phản ứng.

- Độ nhạy: Tuy cùng ở nồng độ 50 BC/pur, nhưng ở giếng số 7 không có sản phẩm PCR, trong khi các giếng 8 và 9 (Hình 4) có sản phẩm. Điều này có thể do mẫu số 7 có chất ức chế PCR dù vẫn đủ số lượng tế bào BC nằm trên ngưỡng phát hiện của phản ứng [3,4]. Độ nhạy đạt 8/9 (88, 88%).

Khác với mẫu dịch não tủy, cả 9 mẫu dịch nhày họng được khảo sát ngẫu nhiên đều xuất hiện băng ở vị trí đặc hiệu 451 bp (H.5). Độ nhạy đạt 100%.

Hình 4. Độ nhạy phản ứng PCR IC

...1.. 2... 3... 4... 5... 6... 7... 8.... 9....10



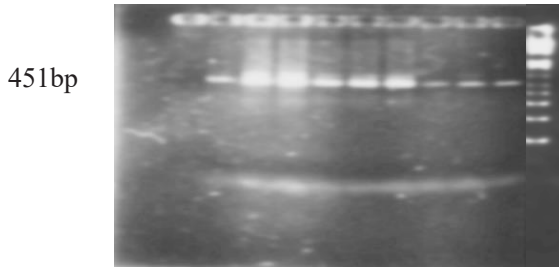
Hình 4. Đánh giá độ nhạy phản ứng PCR IC phát hiện TB bạch cầu trong DNT

Giếng 1,2,3: Nồng độ 103BC/pur; giếng 4,5,6: nồng độ 102BC/pur; giếng 7,8,9: nồng độ 50BC/pur; giếng 10: thang ADN chuẩn 100bp.



Hình 5. Độ nhạy phản ứng PCR IC

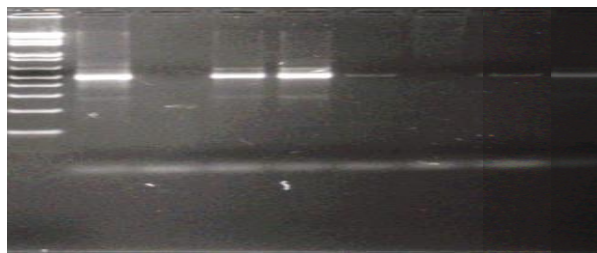
...1.. 2... 3... 4... 5... 6... 7... 8.... 9....10...



Hình 5. Đánh giá độ nhạy phản ứng PCR IC phát hiện TB biểu mô trong mẫu DNH
Giếng 1,2,3: Nồng độ 103BC/pur; giếng 4,5,6: nồng độ 102BC/pur; giếng 7,8,9: nồng độ 25BC/pur;

Hình 6. Độ nhạy phản ứng PCR IC

...1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9.....10



Hình 6. Đánh giá độ nhạy phản ứng PCR IC phát hiện TB bạch cầu trong mẫu máu
Giếng 1: Thang ADN chuẩn 100bp;
Giếng 2, 3, 4: Nồng độ 103BC/pur; giếng 5, 6, 7: nồng độ 102BC/pur; giếng 8, 9, 10: nồng độ 25BC/pur.

Kết quả PCR trên hình 6 cho thấy ở nồng độ 1000 BC/pur và 100 BC/pur đều có 1 giếng không có sản phẩm khuếch đại (giếng 3 và 7). Độ nhạy của kỹ thuật đạt 7/9 (78%). Như vậy, độ nhạy của cặp mồi trên các loại bệnh phẩm lâm sàng có sự khác biệt. Độ nhạy chung của cặp mồi PCR IC cho 3 loại bệnh phẩm lâm sàng máu, dịch não tủy và dịch nhày họng là 89%.

Độ đặc hiệu

Kết quả điện di trên hình 7 cho thấy chỉ có 2 giếng 2 và 3 có sản phẩm PCR ở vị trí 451 bp được khuếch đại từ ADN tế bào bạch cầu và tế bào biểu mô đường hô hấp. Như vậy, độ đặc hiệu của cặp mồi đạt 100%.

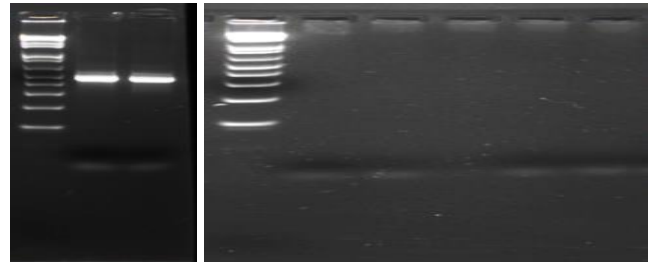
3.2. Xây dựng kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán NMC có IC

Kết quả trên hình 8 cho thấy cả 2 giếng 1 và 3 đều cho bằng dương tính với NMC và IC: phát hiện được cả 2 gen CtrA (257 bp) và porA (158 bp) của NMC và phát hiện

được cả gen GAPD của IC (451 bp). Kết quả trên cho thấy phản ứng PCR IC không ức chế phản ứng Multiplex PCR phát hiện 2 gen CtrA và porA chẩn đoán NMC.

H.7. Đánh giá độ đặc hiệu phản ứng PCR IC

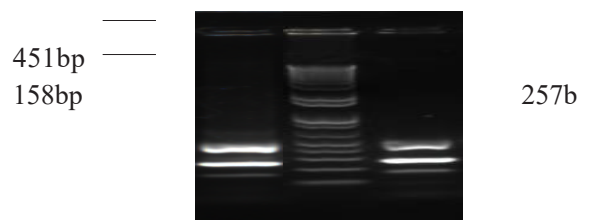
...1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8



Giếng 1,4: Thang ADN chuẩn 100bp; giếng 2:TB biểu mô; giếng 3: TB bạch cầu; giếng 5: Staphylococcus aureus; giếng 6: Haemophilus influenzae; giếng 7: Streptococcus pneumoniae ; giếng 8: Neisseria meningitidis; giếng 9: chứng âm.

H.8. Kết quả Multiplex PCR chẩn đoán NMC có IC

.....1..... 2..... 3..

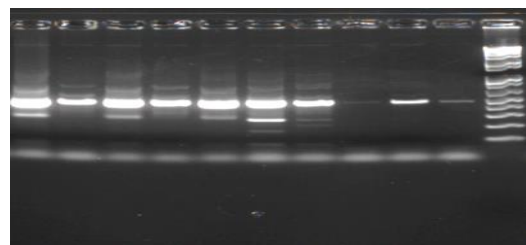


Giếng 1: Mẫu TB bạch cầu; giếng 2: thang ADN chuẩn 100bp; giếng 3 mẫu TB biểu mô đường hô hấp

3.3. So sánh kết quả 2 kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán NMC có và không IC

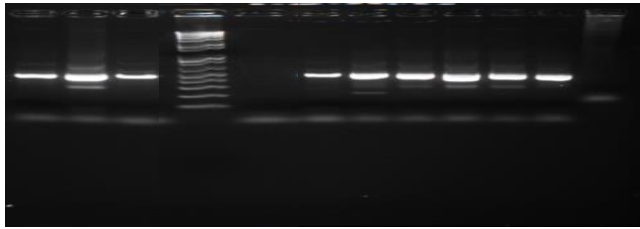
Hình 9. KQ Multiplex PCR có IC trên mẫu DNH

...1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9.....11.....12



Giếng 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10: mẫu DNH bệnh nhân.
Giếng 11: Thang ADN chuẩn 100bp.

Hình 10. KQ Multiplex PCR có IC trên mẫu Máu
...1.. 2.. 3.. 4.. 5.. 6.. 7... 8... 9...10...11...12



Giếng 1,2,3,6,7,8,9,10,11,12: Mẫu DNT bệnh nhân.

Giếng 4: Thang ADN chuẩn 100bp.

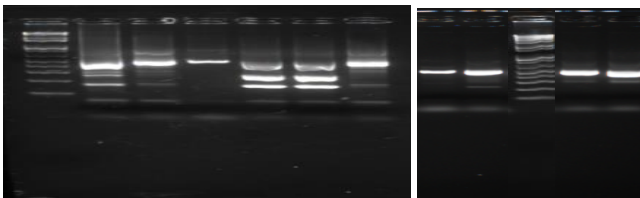
Giếng 5: Chưng âm

Kết quả Multiplex PCR chẩn đoán NMC có IC trên 10 mẫu dịch nhày họng bất kì đã biết trước kết quả cho thấy có 02 mẫu dương tính với NMC (giếng số 6 và 7 Hình 9). Tất cả các mẫu còn lại đều cho kết quả âm tính (giếng 1, 2, 3, 3, 4, 5, 8, 9, 10, Hình 9).

Kết quả tại hình 10 trên 10 mẫu máu bất kì đã biết kết quả cho thấy có 01 mẫu dương tính với NMC (giếng số 7). Tất cả các mẫu còn lại đều âm tính (các giếng 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12). Tất cả các mẫu âm tính đều có IC trừ mẫu số 10 (giếng 12). 10 mẫu dịch não tủy đã biết kết quả được chạy lại Multiplex PCR có IC cho kết quả điện di trên hình 11.

Trong đó có 06 mẫu dương tính với NMC (các giếng 2, 3, 5, 6, 7, 9). Các giếng còn lại cho kết quả âm tính (các giếng 4, 8, 11, 12). Các mẫu âm tính đều có IC và là âm tính thật.

Hình 11. KQ Multiplex PCR có IC trên mẫu DNT
...1.. 2.. 3.. 4.. 5.. 6.. 7..... 8... 9...10...11...12



Giếng 2,3,4,5,6,7,8,9,11,12: Mẫu DNT bệnh nhân.

Giếng 1, 10: thang ADN chuẩn 100bp

3.4. So sánh độ tương đồng kết quả giữa hai kỹ thuật
Bảng 1. Độ tương đồng kết quả giữa hai kỹ thuật

Mẫu bệnh phẩm	KQ dương tính NMC		KQ âm tính NMC	
	Không IC	Có IC	Không IC	Có IC
Dịch não tủy	6	6	4	4
Máu	1	1	9	9

Mẫu bệnh phẩm	KQ dương tính NMC		KQ âm tính NMC	
	Không IC	Có IC	Không IC	Có IC
Dịch ngoáy họng	2	2	8	8
Tổng	9	9/9 (100%)	21	21/21 (100%)

Kết quả từ bảng 1 cho thấy kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán NMC có tích hợp thêm IC không ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán NMC của phản ứng Multiplex PCR chẩn đoán NMC bằng 2 cặp mồi CtrA và porA trên 3 mẫu bệnh phẩm lâm sàng là máu, dịch não tủy và nhày họng. Các kết quả âm tính và dương tính của hai kỹ thuật trùng khớp nhau. Chỉ số Kappa (K) = 1.

3.5. Xác định tỉ lệ phát hiện IC trên các mẫu âm tính

Bảng 2. Kết quả phát hiện IC trên các mẫu âm tính với NMC

Mẫu bệnh phẩm	Số mẫu âm tính	Kết quả IC	
		Âm tính	Dương tính
Dịch não tủy	4	0	4
Máu	9	1	8
Nhày họng	8	0	8
Tổng	21	1	20

Trong số 21 mẫu âm tính với NMC từ 3 mẫu bệnh phẩm lâm sàng, có 20 mẫu xuất hiện IC và 01 mẫu không xuất hiện IC từ mẫu máu (bảng 2). Điều này cho biết 20 mẫu âm tính là âm tính thật và 01 mẫu âm tính có khả năng là âm tính giả, chiếm 4,76% chung cho 3 loại mẫu bệnh phẩm (máu, dịch não tủy và dịch nhày họng), riêng đối với mẫu máu chiếm 12,5%. So với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đã công bố là 5% - 9% chung cho các mẫu bệnh phẩm lâm sàng [5, 6]. Đối với mẫu nhày họng chưa thấy xuất hiện hiện tượng ức chế phản ứng PCR (độ nhạy đạt tỉ lệ 100% trên 9 mẫu khảo sát). Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu đã công bố trên thế giới [7].

IV. KẾT LUẬN



- Xây dựng thành công phản ứng PCR IC chứng nội chuẩn phát hiện gen Housekeeping của người cho kỹ thuật Multiplex PCR chẩn đoán *Neisseria meningitidis* từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng. Ngưỡng phát hiện của phản ứng PCR IC đối với tế bào bạch cầu là 50 tế bào/phản ứng, tế bào biểu mô là 25 tế bào /phản ứng. Độ nhạy trên các mẫu bệnh phẩm lâm sàng (máu, dịch não tủy, dịch nhày

họng) là 89%. Độ đặc hiệu 100%.

- Phản ứng PCR IC chứng nội chuẩn không làm ảnh hưởng đến hiệu quả phản ứng Multiplex PCR chẩn đoán *Neisseria meningitidis* từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng.

- Tỷ lệ mẫu âm tính không xuất hiện IC là 4,76% chung cho cả ba loại mẫu bệnh phẩm (máu, dịch não tủy, dịch nhày họng); riêng với mẫu máu là 12,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Triệu Phi Long** (2013). “Phát hiện *Neisseria meningitidis* và serogroups lưu hành chủ yếu tại một số đơn vị quân đội khu vực miền Bắc từ 2008 -2013 bằng kỹ thuật sinh học phân tử”. Luận văn Thạc sĩ.
2. **Phạm Thị Kim Nhung** (2015). “Nghiên cứu xây dựng qui trình PCR đa môi và chế tạo kit qui mô phòng thí nghiệm chẩn đoán *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* typs B, *Streptococcus pneumoniae*”, Luận văn thạc sĩ.
3. **C. Schrader, A. Schielke, L. Ellerbroek1 and R. Johne**, (2012). “PCR inhibitors – occurrence, properties and removal”, (2012). Journal of Applied Microbiology ISSN 1364-5072.
4. **J. Hoorfar, B. Malorny, A. Abdulmawjood, N. Cook, M. Wagner, and P. Fach**, (May 2004). “Practical Considerations in Design of Internal Amplification Controls for Diagnostic PCR Assays” (May 2004). Journal of clinical microbiology, p.1863–1868.
5. **Martin Steinau, Mangalathu S. Rajeevan, and Elizabeth R. Unger**, (2006). “DNA and RNA References for qRT-PCR Assays in Exfoliated Cervical Cells”, (2006). Journal of Molecular Diagnostics, Vol. 8, No. 1.
6. **Maurice Rosenstraus, Zhuang Wang, Sheng-Yung Chang, David Debonville, and Joanne P. Spadaro**, (1998). “An Internal Control for Routine Diagnostic PCR: Design, Properties, and Effect on Clinical Performance”, (1998). Journal of clinical microbiology, p.191–197.
7. **Marcela Echavarria,1 Jose L. Sanchez,2 Shellie A. Kolavic-Gray,2 Christina S. Polyak,2 Felicia Mitchell-Raymundo,1 Bruce L. Innis,1 David Vaughn,1 Richard Reynolds,3 and Leonard N. Binn1**, (2003). “Rapid Detection of Adenovirus in Throat Swab Specimens by PCR during Respiratory Disease Outbreaks among Military Recruits”, (2003). Journal of clinical microbiology, p. 810–812.
8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/tools/primerblast/primertool.cgi?ctg_time=1491784616&job_key=-jYdS9GshZolBt2OybtJHgBTJvrl52k2vOA.

CÁC KHOẢN CHI CHO KHÁM CHỮA BỆNH NỘI TRÚ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THEO GIAI ĐOẠN BỆNH TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2013-2015

Đào Quỳnh Hương¹, Phạm Huy Tuấn Kiệt¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm tìm hiểu các khoản chi cho khám chữa bệnh nội trú bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 đến 2015. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong năm 2013, tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị nội trú bệnh COPD là 13,2 triệu đồng, tăng lên 14,5 triệu đồng trong năm 2014 và 15,4 triệu đồng trong năm 2015. Chi phí điều trị cho nhóm bệnh nhân GOLD D có chi phí cao nhất, thấp nhất ở nhóm bệnh nhân GOLD A. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê vào năm 2014 ($p < 0,05$).

Từ khóa: Khoản chi, nội trú, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT: PAYMENT OF INPATIENT CARE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT RESPIRATORY CENTRE IN BACH MAI HOSPITAL FROM 2013 TO 2015

A cross-sectional study was conducted to identify the payment components of inpatient care for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Respiratory Centre in Bach Mai hospital from 2013 to 2015. The results show that, in 2013, the average of total cost per one time inpatient care was 13,2 million VND, which increased to 14,5 million in 2014 and 15,4 million in 2015. Treatment cost of patients with GOLD D was the highest and this cost was the lowest among patients with GOLD A. The statistical significance was found in 2014 ($p < 0,05$).

Keywords: Payment, inpatient, Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên

thế giới vì tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế [1], [2]. COPD được coi là một gánh nặng không chỉ về tỷ lệ tử vong mà còn đối với nền kinh tế. Năm 2010, ước tính chi phí dành cho COPD trên toàn cầu vào khoảng 2,1 nghìn tỷ USD, một nửa trong số đó xảy ra ở các nước đang phát triển [3]. Trong đó, chi phí y tế trực tiếp khoảng 1,9 nghìn tỷ USD và khoảng 200 tỷ USD là chi phí gián tiếp như mất mát về kinh tế do hậu quả của bị bệnh hoặc chăm sóc người bệnh [4]. Những chi phí này dự kiến sẽ tăng gấp đôi vào năm 2030 [3].

Có thể thấy, các chi phí dành cho COPD cũng như gánh nặng cho kinh tế của nó là đánh báo động và đang ngày càng tăng lên trên thế giới. Mặc dù vậy, nghiên cứu về chi phí điều trị bệnh cũng như gánh nặng về kinh tế do bệnh COPD ở Việt Nam còn hạn chế, trong khi những bằng chứng khoa học về chi phí này sẽ góp phần đánh giá gánh nặng kinh tế toàn xã hội của bệnh cũng như cung cấp các thông tin hỗ trợ cho các nhà quản lý trong việc huy động và phân bổ nguồn lực. Cần thiết phải có thêm những bằng chứng về chi phí điều trị bệnh COPD từ phía người bệnh để góp phần quá trình hoạch định chính sách hỗ trợ bệnh nhân, đặc biệt là phân bổ chi phí theo giai đoạn bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả các khoản chi cho khám chữa bệnh nội trú Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 đến 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân mắc bệnh COPD được điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/2013 đến 31/12/2015

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 5/2016 đến 5/2017 tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả

1. Trường Đại học Y Hà Nội

cắt ngang, sử dụng phương pháp hồi cứu số dữ liệu các khoản chi khám chữa bệnh do bệnh nhân mắc COPD đang điều trị và quản lý tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai chi trả năm 2013 đến 2015. Chi phí KCB được ước tính từ chi phí trực tiếp dành cho y tế (bao gồm cả có hỗ trợ BHYT và không có BHYT).

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ cơ sở dữ liệu của bệnh nhân về chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân mắc COPD tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ 2013 đến 2015.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu về chi phí thanh toán cho bệnh nhân điều trị COPD tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai thông qua phòng tài chính kế toán và phòng Bảo hiểm Xã hội của bệnh viện. Các số liệu sau khi được bệnh viện cho phép tiếp cận sẽ được trích xuất vào biểu mẫu được thiết kế sẵn, nhằm kiểm soát được chất lượng số liệu. Biểu mẫu thu thập được thiết kế bao gồm các thông

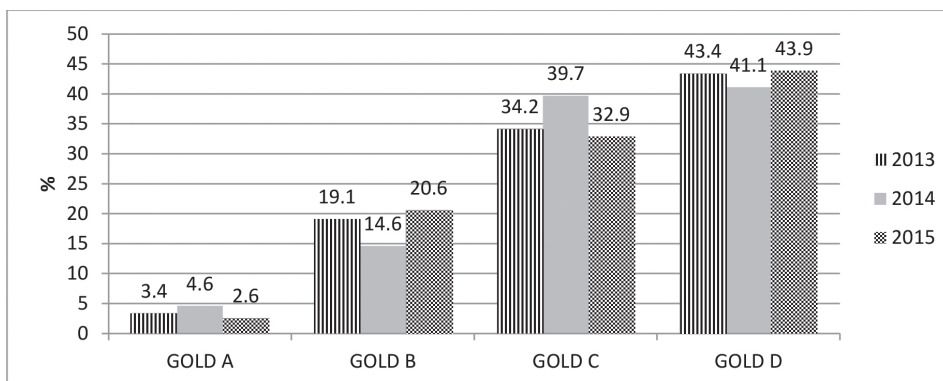
tin sau: Thông tin cá nhân bệnh nhân: Năm sinh, giới tính, giai đoạn bệnh và thông tin về chi phí: bao gồm các chi phí về khám, thuốc, truyền máu, thủ thuật – phẫu thuật; xquang, xét nghiệm, vật tư tiêu hao, giường.

2.6. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Excel 2010 sau đó phân tích bằng phần mềm Excel 2010 và STATA 12.0. Thống kê mô tả bao gồm: Trung bình, trung vị cho các biến số liên tục và tỷ lệ phần trăm cho các biến số phân hạng. Các trắc nghiệm phi tham số như Mann-Whitney và Kruska Wallis được tính toán để so sánh sự khác biệt về chi phí giữa các nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được xem xét có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là ngân hàng dữ liệu. Mọi thông tin được thu thập phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích khác. Các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật nhằm đảm bảo các thông tin này không bị tiết lộ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 3.1. Phân loại bệnh nhân theo GOLD 2016 (n=2373)

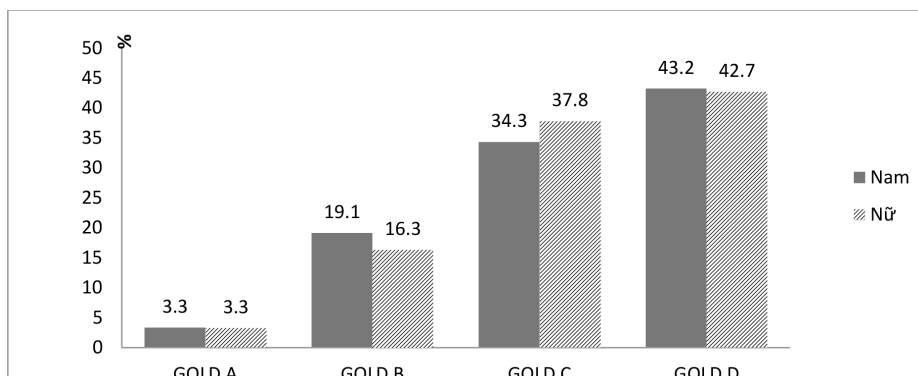


Nhận xét:

Đa số bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai đều là những bệnh nhân nặng. Trong đó những bệnh nhân có nguy cơ cao, nhiều triệu chứng được xếp loại GOLD D chiếm tỷ lệ nhiều nhất (43,4% năm 2013; 41,1% năm 2014 và 43,9% năm 2015). Theo

sau là những bệnh nhân có nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng (GOLD C chiếm 34,2% năm 2013, 39,7% năm 2014 và 32,9% năm 2015). Những bệnh nhân có nguy cơ thấp và ít triệu chứng có tỷ lệ rất ít (phân loại GOLD A), chỉ chiếm 3,4% năm 2013, 4,6% năm 2014 và 2,6% năm 2015.

Biểu đồ 3.2. Phân loại đối tượng theo giới tính và giai đoạn bệnh (N=2373)

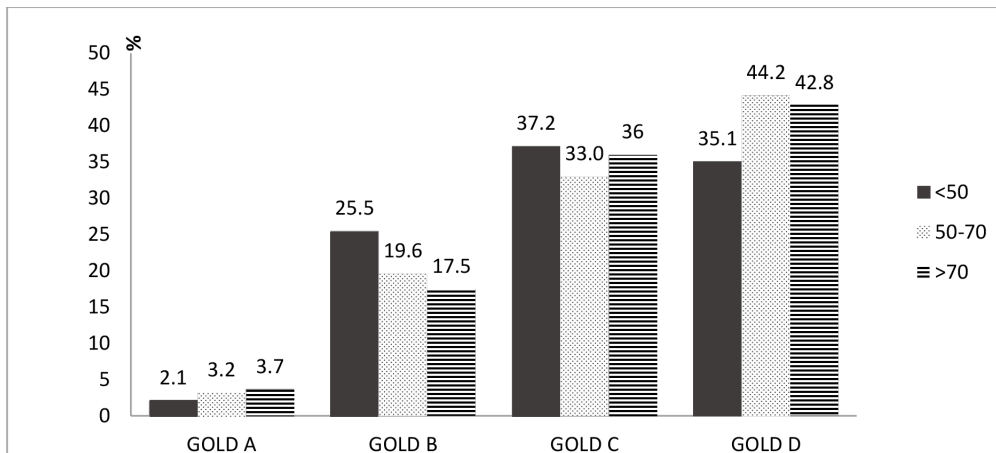


Nhận xét:

Tỷ lệ mắc COPD theo giai đoạn bệnh tương đương giữa nam và nữ. Kết quả cho thấy 43,2% nam giới mắc COPD giai đoạn GOLD D, trong khi tỷ lệ này ở nữ là

42,7%. Tương tự, có 34,3% nam giới và 37,8% nữ giới mắc COPD giai đoạn GOLD C. Sự khác biệt giữa nam và nữ theo các nhóm giai đoạn bệnh là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Biểu đồ 3.3. Phân loại đối tượng theo nhóm tuổi và giai đoạn bệnh (n=2373)



Nhận xét:

Theo nhóm tuổi, ở giai đoạn GOLD D, tỷ lệ mắc ở nhóm dưới 50 tuổi là 35,1%, trong khi ở nhóm từ 50-70 tuổi là

44,2% và > 70 tuổi là 42,8%. Mặt khác, tỷ lệ mắc GOLD B và GOLD C ở nhóm tuổi < 50 cao hơn các nhóm tuổi khác. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.1 Chi phí cho 1 đợt điều trị COPD nội trú theo mức độ bệnh (n=2373)

Đơn vị: Nghìn đồng

Mức độ bệnh	2013		2014		2015		Chung	
	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị
GOLD A	10185,3 (8875,5)	6981,6	14034,7 (13479,0)	9808,1	14559,4 (12289,0)	10930,1	13763,9 (12564,5)	10087,8
GOLD B	12859,1 (11147,2)	9193,5	14610,5 (13566,2)	9437,4	15003,4 (13235,3)	11589,5	14129,8 (12768,3)	10852,6
GOLD C	13520,0 (15646,5)	10249,3	14615,2 (15551,3)	9886,4	15149,4 (13757,1)	11531,6	14201,9 (14278,4)	10574,5
GOLD D	13957,2 (18786,2)	10007,6	18065,3 (16056,9)	13166,6	16799,0 (16333,0)	12728,7	15310,9 (17270,7)	10193,0
Tổng	13203,6 (14399,8)	9536,9	14543,2 (13935,9)	9865,7	15424,8 (14122,1)	11653,4	14364,1 (14225,7)	10467,3
p	0,362		0,028		0,432		0,671	

Nhận xét:

Tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị cấp là 13203,6 ±14399,8 nghìn đồng (trung vị 9536,9 nghìn đồng) cho năm 2013; 14543,2±13935,9 nghìn đồng (trung vị 9865,7 nghìn đồng) cho năm 2014 và 15424,8±14122,1 nghìn đồng (trung vị 11653,4 nghìn đồng) cho năm 2015. Sự khác biệt giữa các năm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Trong cả 3 năm, chi phí điều trị cho bệnh nhân GOLD D là cao nhất với 15310,9 ± 17270,7 nghìn đồng (trung

vị 10193,0 nghìn đồng); 13957,2 ± 18786,2 nghìn đồng năm 2013; 18065,3±16056,9 nghìn đồng năm 2014 và 16799,0±16333,0 nghìn đồng năm 2015. Thấp nhất là chi phí điều trị cho bệnh nhân GOLD A với 10185,3±8875,5 nghìn đồng cho năm 2013; 14034,7±13479,0 nghìn đồng cho năm 2014 và 14559,4±12289,0 nghìn đồng cho năm 2015. Tuy nhiên, chỉ có năm 2014 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chi phí điều trị cho từng giai đoạn bệnh ($p<0,05$).



Bảng 3.2. Phân bố từng khoản chi phí cho bệnh nhân COPD điều trị nội trú theo giai đoạn bệnh (n=2373)

Đơn vị: Nghìn đồng

Chi phí	GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D	
	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị	Trung bình (SD)	Trung vị
Thuốc	7692,7 (8903,7)	4758,3	8025,9 (9434,7)	4743,6	8051,7 (10300,1)	4816,8	8868,2 (12849,1)	5168,2
Thủ thuật	2612,3 (2358,9)	1500,0	2689,3 (2525,0)	1730,5	2790,2 (2954,8)	1721,0	2932,6 (3149,3)	1970,0
Xét nghiệm	2133,7 (1270,7)	1967,0	2214,6 (1395,5)	1931,0	2174,2 (1334,1)	1929,0	2243,2 (1501,6)	1956,0
Chẩn đoán hình ảnh	811,7 (789,9)	730,0	818,2 (766,5)	730,0	802,3 (748,3)	730	833,3 (767,8)	730,0
Truyền dịch	-	-	1737,5 (1306,2)	1210,0	2102,2 (453,1)	2231,0	3015,1 (3940,6)	1160,0
Giường	463,0 (665,6)	300,0	476,9 (836,2)	270,0	499,6 (877,3)	262,5	537,8 (1087,4)	296,3
Vật tư tiêu hao	390,6 (420,3)	268,6	367,5 (380,4)	261,8	370,5 (362,3)	252,9	399,9 (443,9)	284,1

Nhận xét:

Chi phí cho các cầu phân bao gồm thuốc, thủ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, truyền dịch, giường, vật tư tiêu hao của bệnh nhân giai đoạn GOLD D cao nhất và thấp nhất ở bệnh nhân giai đoạn GOLD A.

IV. BÀN LUẬN

Trung bình chi phí một đợt điều trị nội trú bệnh COPD tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai có sự gia tăng từ năm 2013 đến 2015. Trong năm 2013, tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị là 13,2 triệu đồng với trung vị là 9,5 triệu đồng. Thấp nhất là 5 nghìn đồng và cao nhất là 211,1 triệu đồng. Trong khi đó, trong năm 2014, tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị là 14,5 triệu đồng với trung vị là 9,9 triệu đồng. Thấp nhất là 16,3 nghìn đồng và cao nhất là 90,4 triệu đồng. Năm 2015, chi phí tăng lên với tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị là 15,4 triệu đồng với trung vị là 11,6 triệu đồng. Thấp nhất là 5,0 nghìn đồng và cao nhất là 142,4 triệu đồng.

Chi phí trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Thanh Hoa năm 2011, khi tác giả cho thấy chi phí trực tiếp cho một đợt cấp COPD tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai 2011 là 18 176 336,93 VNĐ (khoảng 880 USD), chi phí điều trị trung vị là 13 548 381 VNĐ, chi phí cao nhất lên đến 79 227 066, thấp nhất là 3 558 835 VNĐ [5]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi quan tâm đến một đợt điều trị nội trú, trong khi nghiên cứu của Phan Thị Thanh Hoa quan tâm đến chi phí cho một

đợt cấp [5]. Chi phí của chúng tôi cũng có thể cao hơn so với chi phí được tính toán cho một đợt nội trú của tác giả Vũ Xuân Phú tại Bệnh viện Phổi Trung ương, khi tác giả tính trung bình chi phí cho một ngày điều trị là 507 nghìn đồng, thấp nhất là 88 nghìn đồng và cao nhất là 1,7 triệu đồng [6]. Chi phí có thể khác do sự trượt giá qua các năm.

Trong cả 3 năm, chi phí điều trị cho bệnh nhân GOLD D là cao nhất với 15310,9 ± 17270,7 nghìn đồng (trung vị 10193,0 nghìn đồng); 13957,2 ± 18786,2 nghìn đồng năm 2013; 18065,3±16056,9 nghìn đồng năm 2014 và; 16799,0±16333,0 nghìn đồng năm 2015. Thấp nhất là chi phí điều trị cho bệnh nhân GOLD A với 10185,3±8875,5 nghìn đồng cho năm 2013; 14034,7±13479,0 nghìn đồng cho năm 2014 và 14559,4±12289,0 nghìn đồng cho năm 2015. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác, khi cho thấy những người có mức độ bệnh càng nặng thì chi phí cần thiết cho họ càng cao. Theo như một nghiên cứu năm 2008 của 5 tác giả Mỹ tính chi phí ĐTTT các bệnh nhân tới khám và hoặc phải nhập viện vì đợt cấp COPD tại các khoa Cấp cứu ở Mỹ, thì các mức phí theo các mức độ bệnh như sau: bệnh nhân khám và không cần nhập viện chi phí là 647\$, bệnh nhân nhập viện vì COPD đơn thuần là 7242\$, bệnh nhân nhập viện có kèm bệnh phổi hợp là 20757\$, bệnh nhân điều trị hồi sức tích cực hoặc có thở máy nội khí quản chi phí là 44909\$ [30]. Một nghiên cứu của Hong Kong trên 202 bệnh nhân COPD thì chi phí đợt cấp theo 3 mức độ bệnh như sau: Mức độ A (FEV1 từ 50 – 80%) chi phí là 1283,62 USD, mức độ B (FEV1 từ 30 – 50%), chi phí là 5007USD,

mức độ C (FEV1 < 30%) chi phí là 9704USD [32]. Ở Thụy Điển, nghiên cứu 202 bệnh nhân COPD nhập viện vì COPD, người ta ước tính chi phí ĐTTT cho đợt cấp là: Mức độ nhẹ là 18,36USD, mức độ nhẹ trung bình là 54,16USD, mức độ vừa là 322,98USD, mức độ nặng là 3343,37USD [33]. Ta thấy rằng chi phí điều trị trực tiếp của Việt Nam đều thấp hơn của Mỹ, Thụy Điển và Hong Kong rất nhiều. Khi phân tích cấu phần chi phí cho từng giai đoạn bệnh, có thể thấy sự chênh lệch không lớn về chi phí giữa các cấu phần như giường, thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm và vật tư tiêu hao. Tuy nhiên, chi phí truyền dịch và chi phí thuốc là hai cấu phần chi phí thể hiện sự chênh lệch rõ nhất. Cụ thể, đối với chi phí cho truyền dịch, trong khi ở nhóm GOLD A không ghi nhận trường hợp nào cần truyền dịch thì ở nhóm GOLD B, chi phí đã tăng lên 1,7 triệu đồng, 2,1 triệu ở nhóm GOLD C và 3 triệu đồng ở nhóm GOLD D. Bên cạnh đó, chi phí cho thuốc ở nhóm GOLD A cũng thấp hơn đáng kể so với nhóm ở giai

đoạn bệnh nặng nhất là GOLD D. Cụ thể, chi phí cho thuốc ở nhóm GOLD A là 7,7 triệu đồng, tăng lên 8 triệu đồng ở nhóm GOLD B và GOLD C và tăng lên gần 9 triệu đồng ở nhóm GOLD D. Điều này do với những đối tượng bệnh nhân ở mức độ bệnh nặng hơn thì yêu cầu những thuốc đặc hiệu hơn và truyền nhiều dịch hơn, từ đó dẫn tới tăng chi phí y tế cho các cấu phần này. Điều này cho thấy, ở những bệnh nhân mắc COPD, việc chú ý tuân thủ điều trị, sàng lọc và can thiệp kịp thời tránh tiến triển bệnh là hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Trong năm 2013, tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị nội trú bệnh COPD là 13,2 triệu đồng, tăng lên 14,5 triệu đồng trong năm 2014 và 15,4 triệu đồng trong năm 2015.

- Chi phí điều trị cho nhóm bệnh nhân GOLD D có chi phí cao nhất, thấp nhất ở nhóm bệnh nhân GOLD A. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê năm 2014 ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Regional COPD Working Group (2003), "COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: projections based on the COPD prevalence estimation model", *Respirology*, 8(2), tr. 192-8.
2. A. S. Gershon, C. Wang, A. S. Wilton và các cộng sự. (2010), "Trends in chronic obstructive pulmonary disease prevalence, incidence, and mortality in ontario, Canada, 1996 to 2007: a population-based study", *Arch Intern Med*, 170(6), tr. 560-5.
3. Bjørn Lomborg (2013), "Global problems, local solutions : costs and benefits", *Cambridge University Press*, tr. 143.
4. Bloom D. (2011), "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases ", *World Economic Forum*, tr. 24.
5. Phan Thị Thanh Hoa (2013), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và chi phí điều trị trực tiếp của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hộ hấp* - Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. Vũ Xuân Phú, Dương Viết Tuấn, Nguyễn Thu Hà và các cộng sự. (2012), "Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương, năm 2009", *Tạp chí Y học Thực hành*, 1(804), tr. 51-53.

-----oO-----

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ THÁI BÌNH

Mai Thị Thúy Hằng¹, Lương Xuân Hiến², Nguyễn Thị Hương³

TÓM TẮT

Để tìm hiểu đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type II điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình, thực trạng kiểm soát đường huyết của những đối

tượng trên chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 299 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type II theo WHO 1999 và ADA 2003 điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình trong khoảng thời

1. Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình. SĐT: 0919724668 - Email: maithithuyhang1975@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

3. Trường CĐ Dược Trung ương Hải Dương

» Ngày nhận bài: 19/06/2017 | » Ngày phản biện: 22/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 29/06/2017

gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2016. Kết quả thu được như sau: Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 66 tuổi; Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (44,5%); Nữ giới chiếm 52,8%; Đa số đối tượng dùng thuốc uống để điều trị bệnh (54,2%); 78,6% đối tượng nghiên cứu đã bị biến chứng mạn tính. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu kiểm soát tốt đường huyết là 19,7%; kiểm soát ở mức chấp nhận được chiếm 25,8%; kiểm soát ở mức kém chiếm 54,5%.

ABSTRACT

SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS HAVING INPATIENT TREATMENT IN THAIBINH CITY GENERAL HOSPITAL

To find out the characteristics of patients with type II diabetes mellitus who were having inpatient treatment at Thaibinh city General Hospital and their status of the blood glucose control, we conducted a cross-sectional study on 299 patients diagnosed with type II diabetes mellitus according to WHO 1999 and ADA 2003 who had inpatient treatment at Thai Binh city General Hospital from January to June 2016. The results are as follows: The average age of the participants was 66 years old; the biggest group aged 60-69 years old was 44.5%; The proportion of women was 52.8%; Most patients took oral medications to treat the disease (54.2%); 78.6% of subjects had chronic complications; The proportion of subjects having good control of blood glucose level was 19.7%; those controlled at an acceptable level accounted for 25.8% and the percentage of those with poor control accounted for 54.5%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 là một trong những bệnh mạn tính phổ biến trên thế giới, đang gia tăng nhanh chóng và trở thành một vấn đề được tổ chức y tế thế giới đặc biệt quan tâm trong vấn đề chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Theo Liên đoàn ĐTĐ thế giới, năm 2011 số người bị ĐTĐ trên toàn thế giới là 366 triệu người, dự đoán số người mắc bệnh sẽ tăng lên 552 triệu người vào năm 2030, tập trung ở các nước đang phát triển do sự tăng lên nhanh chóng của việc tiêu thụ thực phẩm giàu năng lượng, của lối sống ít vận động và sự đô thị hóa.

Tại Việt Nam, bệnh ĐTĐ type 2 cũng đang gia tăng nhanh chóng. Sự bùng nổ của bệnh ĐTĐ type 2 và những biến chứng của bệnh đã làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ, tăng gánh nặng chi phí điều trị đã và đang

là thách thức lớn với cộng đồng. Thái Bình là một tỉnh nông nghiệp tuy nhiên những năm gần đây cùng với sự phát triển về kinh tế, đời sống nhân dân dần được cải thiện thì số người mắc bệnh đái tháo đường type 2 cũng đang gia tăng nhanh chóng. Đây là vấn đề được ngành y tế tỉnh đang quan tâm. Để làm giảm tiến triển và các biến chứng của bệnh, giảm chi phí điều trị thì ngoài việc khám phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời thì kiểm soát tốt đường huyết và các yếu tố nguy cơ cũng là một việc làm hết sức quan trọng. Nhằm tìm hiểu đặc điểm và thực trạng kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường type II điều trị nội trú tại thành phố Thái Bình nhằm đưa ra những giải pháp tích cực làm tăng chất lượng cuộc sống, giảm gánh nặng bệnh tật của các đối tượng trên chúng tôi triển khai đề tài với mục tiêu sau: Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường Type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu là Những người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn của WHO 1999 và ADA 2003 đến điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình; Hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại địa bàn nghiên cứu.

- Nghiên cứu thực hiện từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Điều tra qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, phỏng vấn bệnh nhân để xác định một số đặc điểm của bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ.

Trên thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 299 bệnh nhân.

- Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của WHO công bố năm 1999 khi: Đường huyết tương đương ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) sau 1 đêm nhịn đói ít nhất 8 giờ.

- Xét nghiệm HbA1c bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp với máy HbA1c variant II của hãng Biorad - Mỹ, thực hiện tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình.

- Tình trạng kiểm soát đường huyết: Tốt (HbA1c $< 6,5\%$); chấp nhận được (HbA1c = 6,5-7,5%); kém (HbA1c $> 7,5\%$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi \ Giới	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
< 50	4	2,8	9	5,7	13	4,3	>0,05
50-59	33	23,4	23	14,6	56	18,7	>0,05
60-69	72	51,1	61	38,6	133	44,5	<0,05
70-79	24	17,0	57	36,1	81	27,1	<0,05
≥ 80	8	5,7	8	5,1	16	5,4	>0,05
Tổng	141	47,2	158	52,8	299	100	>0,05
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	65,6 ± 8,1 (47 - 91)		66,3 ± 10,5 (34 - 88)		66,0 ± 9,5 (34 - 91)		>0,05

Kết quả bảng trên cho thấy có tổng số 299 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đã tham gia nghiên cứu. Trong đó, bệnh nhân nam chiếm 47,2%. Bệnh nhân nữ chiếm 52,8%. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 66 tuổi. Độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 44,5%); độ tuổi 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ 27,1%; độ tuổi 50-59 tuổi chiếm 18,7%; còn lại là các độ tuổi khác. Tỷ lệ nam bệnh nhân ở độ tuổi 60-69 cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nữ bệnh nhân và ngược lại, tỷ lệ nữ bệnh nhân ở độ tuổi 70-79 cao hơn nam bệnh nhân một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Thời gian phát hiện đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu (n=299)

Thời gian mắc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lần đầu	30	10,0
<5 năm	69	23,1
5-9 năm	112	37,5
10-14 năm	58	19,4
≥15 năm	30	10,0

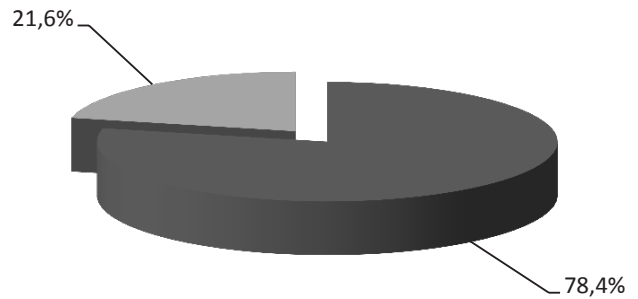
Kết quả bảng 3.2 cho thấy có 10% bệnh nhân tham gia nghiên cứu mắc đái tháo đường lần đầu; 23,1% bệnh nhân mới mắc dưới 5 năm; 37,5% bệnh nhân mắc từ 5 đến 9 năm; 19,4% bệnh nhân mắc từ 10-14 năm và 10% bệnh nhân mắc đái tháo đường từ 15 năm trở lên.

Bảng 3.3. Loại thuốc mà người bệnh sử dụng (n=299)

Loại thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thuốc tiêm	81	27,1
Thuốc uống	162	54,2
Kết hợp cả tiêm và uống	56	18,7

Kết quả bảng trên cho thấy có 27,1% bệnh nhân điều trị đái tháo đường bằng thuốc insulin tiêm; có 54,2% bệnh nhân dùng thuốc bằng đường uống và 18,7% bệnh nhân được điều trị kết hợp cả tiêm và uống thuốc.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân bị biến chứng mạn tính do đái tháo đường (n=299)



Qua biểu đồ 3.1 trên ta thấy có 78,4% bệnh nhân đã bị biến chứng mạn tính do đái tháo đường; 21,6% bệnh nhân chưa bị biến chứng mạn tính do đái tháo đường.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các biến chứng mạn tính do đái tháo đường (n=299)

Biến chứng mạn tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	167	55,9
Bệnh tim mạch	88	29,4
Bệnh mắt	25	8,4
Bệnh thận	13	4,3
Rối loạn lipid máu	36	12,0
Tai biến mạch máu não	12	4,0

Qua bảng trên ta thấy có 55,9% bệnh nhân bị bệnh tăng huyết áp do biến chứng đái tháo đường; có 29,4% bệnh nhân bị bệnh tim mạch do biến chứng đái tháo đường.



nhân bị bệnh về tim mạch; 12% bệnh nhân bị rối loạn lipid máu; 8,4% bệnh nhân bị bệnh về mắt; 4,3% bệnh nhân bị bệnh thận và có 4% bệnh nhân từng bị tai biến mạch máu não.

Bảng 3.5. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI (n=299)

Tình trạng dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu cân	47	15,7
Bình thường	217	72,6
Thừa cân	31	10,4
Béo phì	4	1,3

Kết quả bảng trên cho thấy có 72,6% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng ở mức bình thường; 15,7% bệnh nhân ở mức thiếu cân; 10,4% bệnh nhân ở mức thừa cân và chỉ có 1,3% bệnh nhân ở mức béo phì.

Bảng 3.6. Đặc điểm chỉ số HbA1c của đối tượng nghiên cứu (n=299)

HbA1c (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<6,5	59	19,7
6,5-7,5	77	25,8
>7,5	163	54,5

Kết quả bảng trên cho thấy có 19,7% bệnh nhân có chỉ số HbA1c dưới 6,5%; 25,8% bệnh nhân có HbA1c từ 6,5 đến 7,5; 54,5% bệnh nhân có chỉ số HbA1c trên 7,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 299 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 141 nam giới chiếm 47,2%; nữ giới có 158 bệnh nhân chiếm 52,8%. Như vậy, tỷ lệ nam/nữ của đối tượng nghiên cứu là tương đối đồng đều. Tỷ lệ nữ bệnh nhân của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ nữ bệnh nhân đái tháo đường trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường và Phạm Thị Huyền [2] nghiên cứu về bệnh nhân đái tháo đường type 2 chẩn đoán lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình có tỷ lệ 60,7% ở nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Lương và Trần Khánh Thu tại Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư với tỷ lệ nữ giới chiếm 51,5% và nam giới chiếm 48,5% [3].

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 66 tuổi, độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 44,5%); độ tuổi 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ 27,1%; độ tuổi 50-

59 tuổi chiếm 18,7%; còn lại là các độ tuổi khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Lương và Trần Khánh Thu tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư với tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 60-69 tuổi chiếm 38,25%; độ tuổi trên 70 tuổi chiếm 24,25% [3]. Tuy nhiên, trong nhóm nghiên cứu của Phạm Thị Huyền thì tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi 50-59 tuổi mới chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%); độ tuổi 60-69 chiếm 25% và trên 70 tuổi chiếm 24,1%. Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Phạm Thị Huyền là những bệnh nhân đái tháo đường type 2 được chẩn đoán lần đầu và nghiên cứu được tiến hành ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, còn kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Lương và Trần Khánh Thu vì đều nghiên cứu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 nói chung và nghiên cứu ở bệnh viện tuyến huyện [2], [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mắc đái tháo đường từ 5 đến 9 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%); 23,1% đối tượng nghiên cứu mắc dưới 5 năm; có 10% đối tượng nghiên cứu mắc bệnh lần đầu và 10% đối tượng nghiên cứu mắc từ 15 năm trở lên. Như vậy, đối tượng tham gia nghiên cứu này đều là những người có “thâm niên” trong việc điều trị đái tháo đường.

Về loại thuốc mà người bệnh đang dùng để điều trị đái tháo đường thì 54,2% đối tượng đang dùng thuốc uống; 27,1% đối tượng đang dùng thuốc tiêm và 18,7% đối tượng đang dùng kết hợp cả thuốc tiêm và thuốc uống. Người bệnh phải uống quá nhiều thuốc trong một ngày, đặc biệt với những người bệnh được điều trị bằng thuốc uống kết hợp với thuốc tiêm và phải dùng ít nhất 2 loại thuốc trở lên thì với số lượng thuốc và thời gian dùng thuốc kéo dài suốt đời, kèm theo tâm lý sợ đau khi tiêm là những rào cản lớn tác động đến sự tuân thủ. Một nguyên nhân khác nữa phải kể tới là do tác dụng phụ gây hạ đường huyết khi dùng insulin không đúng cách... hoặc các kết quả do thuốc mang lại không phải là những kết quả mà người bệnh mong muốn, dù cho các kết quả này rất quan trọng.

Biến chứng của ĐTD là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng bao gồm biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ. Tăng glucose máu sau ăn được cho là yếu tố quan trọng trong sinh bệnh học của các biến chứng do đái tháo đường. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 78,6% bệnh nhân đã bị biến chứng mạn tính của đái tháo đường. Trong các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 55,9% bệnh nhân bị biến chứng tăng huyết áp; 29,4% bệnh nhân bị các biến chứng tim mạch; 12% bệnh nhân bị biến chứng rối loạn lipid máu và một số bệnh nhân bị

các biến chứng khác. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả về thể trạng của bệnh nhân thông qua chỉ số khối cơ thể (BMI). Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 15,7% bệnh nhân bị thiếu cân; 10,4% bệnh nhân bị thừa cân; 1,3% bệnh nhân bị béo phì. Sở dĩ tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường bị biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao như trên có thể do mục đích của việc chọn đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn những bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình. Chính vì điều kiện lựa chọn đối tượng nghiên cứu này nên những bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoặc do không kiểm soát tốt đường huyết mới phải nhập viện để điều trị giảm đường huyết về mức tối ưu, hoặc do bệnh nhân đã bị biến chứng do đái tháo đường hoặc đang mắc một bệnh cấp tính kèm theo cần phải nhập viện để điều trị biến chứng hoặc bệnh cấp tính kèm theo đó.

Đối với người khỏe mạnh, nồng độ glucose máu lúc đói trung bình ở được xác định nằm trong khoảng từ 4,0-5,6 mmol/L. Nồng độ glucose bắt đầu tăng 10 phút sau khi ăn do kết quả hấp thu glucid. Nồng độ glucose máu sau ăn phụ thuộc nhiều vào sự bài tiết insulin và glucagon của tụy nội tiết và sự chuyển hóa glucose ở gan và mô ngoại vi. Đỉnh cao nhất của glucose máu là sau khi ăn 60 phút, nhưng không vượt qua ngưỡng 7,8 mmol/l và trở về nồng độ bình thường sau đó 2 giờ. Cho dù nồng độ glucose có trở về mức bình thường sau 3 giờ thì việc hấp thu glucid vẫn còn tiếp tục cho đến ít nhất 5-6 giờ sau đó. Theo kết quả nghiên cứu này, nồng độ trung bình của Glucose là $13,7 \pm 5,8$ (7,0-34,7) và nồng độ HbA1c trung bình là $7,9 \pm 1,3$ (5,8-11,8). Đây là các giá trị trung bình khá cao so với các giá trị cho phép. Điều này chứng tỏ các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã không kiểm soát tốt đường huyết của mình. Để tìm hiểu sâu hơn về mức độ kiểm soát đường huyết của bệnh nhân, chúng tôi sử dụng chỉ số HbA1c để đánh giá. Chỉ số HbA1c cho biết tình trạng kiểm soát glucose máu trong 12 tuần gần nhất. Trước đây, HbA1c chỉ được dùng là một thông số tốt để giúp kiểm soát glucose máu nhưng không thể dùng để chẩn đoán bệnh. Hiện nay HbA1c được đưa vào tiêu chí chẩn đoán bệnh ĐTD và lấy điểm ngưỡng là $\geq 6,5\%$. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có HbA1c $<6,5\%$ là 19,7%; tức là chỉ có 19,7% bệnh nhân tham gia nghiên cứu kiểm soát tốt đường huyết của mình. Có tới 54,5% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có HbA1c $>7,5\%$; tức là có tới 54,5% bệnh nhân kiểm soát đường huyết ở mức kém. Tuy nhiên, kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn tốt hơn

của bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Sang và cộng sự [4] cho thấy có tới 80,8% bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém (HbA1c $>7,5\%$); chỉ có 12,5% bệnh nhân được kiểm soát đường huyết tốt (HbA1c $<6,5\%$). Kết quả về tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường huyết ở mức kém của chúng tôi cũng thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường và Phạm Thị Huyền [2] nghiên cứu ở bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy có 68,7% bệnh nhân có HbA1c $\geq 7,5\%$; còn lại có 31,3% bệnh nhân có HbA1c ở mức từ 6,5 đến $<7,5\%$. Theo nghiên cứu của Võ Xuân Sang và cộng sự [5] cho thấy HbA1c của đối tượng nghiên cứu là $8,4 \pm 2,1$. Như vậy, kết quả về chỉ số HbA1c của chúng tôi vẫn thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Võ Xuân Sang. Có sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Võ Xuân Sang được thực hiện ở một bệnh viện lớn tại thành phố Hồ Chí Minh và đối tượng nghiên cứu của nghiên cứu này cũng ở độ tuổi trẻ hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 299 bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình, chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 66 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (44,5%). Nữ giới chiếm 52,8%. Đa số đối tượng dùng thuốc uống để điều trị bệnh (54,2%). Hầu hết các đối tượng có thời gian điều trị đái tháo đường trên 5 năm.

- 78,6% đối tượng nghiên cứu đã bị biến chứng mạn tính. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu kiểm soát tốt đường huyết là 19,7%; kiểm soát ở mức chấp nhận được chiếm 25,8%; kiểm soát ở mức kém chiếm 54,5%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Bệnh viện cần phát triển hơn nữa bộ phận tư vấn bệnh nhân đái tháo đường trong việc tuân thủ chế độ ăn uống và luyện tập thể lực để hạn chế các biến chứng có thể xảy ra.

2. Bệnh viện phối hợp với các cơ sở y tế cùng cấp tổ chức các câu lạc bộ của bệnh nhân đái tháo đường để các bệnh nhân có thể truyền đạt các kinh nghiệm cho nhau, đồng thời cũng làm tăng tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường tham gia các hoạt động thể lực để tiêu hao năng lượng nhằm kiểm soát tốt đường huyết.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Duy Cường, Phạm Thị Huyền (2014), Tìm hiểu một số biến chứng và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chẩn đoán lần đầu, *Tạp chí Y học Thực hành*, 914 (4), tr. 127-130.
2. Đỗ Văn Lương, Trần Khánh Thu (2013), Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường được quản lý và điều trị tại Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2012, *Tạp chí Y học Thực hành*, 868 (5), tr. 10-11.
3. Nguyễn Minh Sang, Nguyễn Khoa Diệu Văn, Nguyễn Quang Bảy (2007), Thực trạng kiểm soát đường huyết ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị tại khoa nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 53 (5), tr. 17-23.
4. Võ Xuân Sang, Trương Quang Bình (2010), Khảo sát Microalbumin Niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (phụ bản của số 1), tr. 1-5.
5. American Diabetes Association (2016), *Standards of Medical Care in Diabetes*.
6. Internation Diabetes Federation (2012), *Global guideline for type 2 diabetes*.
7. World Health Organization (2016), *Global report on diabetes*.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH NHÓM BETALACTAM Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN, TẠI KHOA THẬN NỘI TIẾT BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP TỪ THÁNG 6/2016-12/2016

Nguyễn Thị Hương¹, Phạm Thúy Hằng², Phạm Thị Hương Trà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh nhóm beta lactam ở bệnh nhân suy thận tại khoa Thận nội tiết Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu ở bệnh nhân suy thận không chạy thận nhân tạo và có sử dụng kháng sinh nhóm beta- lactam. **Kết quả:** Nhóm beta-lactam dùng chủ yếu theo đường tiêm với nhiều biệt dược khác nhau. Cefoperazon là kháng sinh được lựa chọn chính cho bệnh nhân suy thận mắc viêm phổi. **Kết luận:** Khi sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn trong suy thận cần phải lựa chọn kháng sinh an toàn cho bệnh nhân nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian và giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Kháng sinh, suy thận.

ABSTRACT: ACTUAL USE OF BETALACTAM

ANTIBIOTICS IN PATIENT WITH RENAL FAILURE IN ENDOCRINE DEPARTMENT THE HOSPITAL HUU NGHỊ VIET TIEP FROM JUNE 2016 TO DECEMBER 2016

Objectives: To describe the current status of lactam antibiotic use in patients with renal insufficiency at the endocrine department of HUU NGHỊ - VIET TIEP hospital. **Method:** Retrospective descriptive study in patients with renal insufficiency and use of beta- lactam antibiotics. **Result:** The beta-lactam group was mainly injected with various drug classes. Cefoperazon is the main antibiotic of choice for patients with renal insufficiency of pneumonia. **Conclude:** When antibiotics are used to treat bacterial infections in kidney failure, antibiotics should be selected safely for patients to improve treatment efficacy, shorten treatment time and reduce treatment costs.

1. Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương. Email: huong.cdd@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

» Ngày nhận bài: 04/08/2017 | » Ngày phản biện: 09/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 14/08/2017

Keywords: Antibiotic, kidney failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh có vai trò quan trọng, giúp chữa khỏi nhiều bệnh hiểm nghèo do vi khuẩn và khống chế nhiều dịch bệnh nguy hiểm. Kháng sinh giúp bảo vệ và dự phòng trong ngoại khoa, làm giảm biến chứng tăng hiệu quả phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong do nhiễm trùng.

Trong cơ thể, thuốc kháng sinh sau khi được hấp thu, phân bố, chuyển hóa sẽ được thải trừ ra ngoài cơ thể. Thuốc có thể được thải trừ qua thận, mật, tuyến nước bọt, mồ hôi, hơi thở hay qua sữa mẹ... Thận chính là cơ quan thải trừ thuốc chủ yếu. Suy thận sẽ làm thay đổi cách hoạt động của các loại thuốc này trong cơ thể, tăng nguy cơ tích lũy, tăng độc tính có thể gây ra các phản ứng phụ không mong muốn... là nguyên nhân ảnh hưởng đến hiệu quả chăm sóc, điều trị và chi phí điều trị cho người bệnh. Để tìm hiểu sâu về việc sử dụng kháng sinh nhóm beta-lactam trên suy thận, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh nhóm beta lactam ở bệnh nhân suy thận tại khoa Thận nội tiết Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiệp”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

**Tiêu chuẩn lựa chọn :*

- Bệnh nhân suy thận không chạy thận nhân tạo và có sử dụng kháng sinh nhóm beta- lactam

**Tiêu chuẩn loại trừ :*

- Bệnh nhân có chạy thận nhân tạo
- Bệnh nhân suy thận không sử dụng kháng sinh kháng sinh nhóm beta-lactam
- Bệnh nhân suy thận có sử dụng kháng sinh nhóm beta- lactam nhưng không điều trị tại viện.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Thời gian nghiên cứu

- Từ tháng 06/2016- 12/2016

3. Địa điểm nghiên cứu

- Khoa Thận nội tiết - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu: Thuận tiện
- Chọn mẫu: Chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn: Kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân suy thận:
 - + Dược thư quốc gia 2009.
 - + Martindal.

- + AHFS Drug information 2011.
- + Drugs information handbooks.
- + Antibiotic Essential 2015

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh nhóm beta-lactam ở bệnh nhân suy thận.

Bảng 3.1: Kháng sinh nhóm beta-lactam sử dụng trên bệnh nhân suy thận.

Tên gốc	Biệt dược	Hàm lượng	Đường dùng
Amoxicilin+ acid clavulanic	Augmentin	625mg	Uống
Ampicilin+ Sulbactam	Unasyn	1,5g / lọ	Tĩnh mạch
Ticarcillin+ acid clavulanic	Combikit	1,6g/lọ	Tĩnh mạch
Piperacillin + Tazobactam	Pantajocin	4g/lọ	Tĩnh mạch
	Vitazovilin	2,25g/lọ	
Cefoperazon+ Sulbactam	Basultam	2g/lọ	Tĩnh mạch
Cefotiam	Cefotiam	0,5g/lọ	Tĩnh mạch
Ceftizoxime	Fizoti	1g/lọ	Tĩnh mạch
	Phillebicell	0,5g/lọ	
Cefuroxim	Danaroxime	1,5g/lọ	Tĩnh mạch
	Zinat	250mg	Uống
Ceftriazone	Rocephin	1g/lọ	Tĩnh mạch
Cefoperazon	Menzomi Inj	2/lọ	Tĩnh mạch
	Cefobid	1g/lọ	
Cefepim	Verapime	2g/lọ	Tĩnh mạch
Ceftazidime	Ceftazidime Gerda	2g/lọ	Tĩnh mạch
Cefmetazole	Cefe- inj “suis”	1g/lọ	Tĩnh mạch
Meropenem	Tiapanem	1g/lọ	Tĩnh mạch
	Meronem	500mg/lọ	
	Peremest	500mg/lọ	

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy:

- Nhóm beta-lactam gồm các penicilin và các cephalosporin, trong đó các penicilin đều được kết hợp với chất ức chế β -lactamase (như amoxicilin+acidclavulanic, ampicilin+sulbactam, ticarcillin+acid clavulanic, piperacillin +tazobactam).
- Các thuốc đều được sử dụng theo đường tiêm, chỉ một số thuốc (như amoxcilin+ acid clavulanic, cefuroxim)



được dùng theo đường uống.

Bảng 3.2. Các KS được sử dụng cho bệnh nhân suy thận mắc kèm viêm phổi

Kháng sinh đơn độc				
Nhóm	Tên KS	Số BN	Tổng	Tỷ lệ % (n=21)
Beta- lactam	Cefoperazon(Sulbactam)	12	16	76,2
	Meropenem	2		
	Ticarcillin+acid clavulanic	1		
	Piperacillin + Tazobactam	1		
Kháng sinh phối hợp				
Beta-lactam + Fluroquinolon	Cefoperazon(sulbactam)+ Levofloxacin.	3	9	42,9
	Meropenem+ Levofloxacin	2		
	Cefoperazon(sulbactam)+ Ciprofloxacin	1		
	(Ticarcillin+acidclavulanic)+ Ciprofloxacin	1		
	Cefepim+ Ciprofloxacin	1		
	Cefepim+Levofloxacin	1		
Beta- lactam + Glycopeptid	Meropenem +Teicoplanin	1	3	14,3
	Cefoperazon(sulbactam)+Teicoplanin	2		
Khác	Meropenem + Fosmycin	1	1	4,8

Nhận xét:

Bảng 3.2 cho thấy: Trong số những bệnh nhân suy thận có 21 bệnh nhân bị suy thận mắc kèm viêm phổi được sử dụng cả kháng sinh đơn độc và kháng sinh phối hợp. Có 16 trường hợp dùng kháng sinh đơn độc (chiếm 76,2%) và 13 trường hợp dùng kháng sinh phối hợp(chiếm 42,8%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên những bệnh nhân suy thận có sử dụng kháng sinh nhóm beta-lactam tại khoa thận nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 6/2016-12/2016 chúng tôi bàn luận một số vấn đề sau:

Kết quả bảng 3.1 cho thấy kháng sinh nhóm beta- lactam được sử dụng trên bệnh nhân suy thận không chạy thận khá đa dạng, với nhiều biệt dược khác nhau.

Các kháng sinh nhóm β -lactam chủ yếu dùng theo đường tiêm tĩnh mạch và chỉ có một số thuốc như amoxicilin+ acid clavulanic, cefuroxim là dùng theo đường uống. Điều đó có thể giải thích đường tĩnh mạch cho sinh khả dụng của thuốc cao, nâng cao hiệu quả điều trị hơn so với đường uống vì vậy đường tĩnh mạch hầu hết là sự lựa chọn của bác sĩ điều trị[1],[2],[3],[4].

Bảng 3.2 cho thấy bệnh nhân vào khoa thường có thời gian nằm viện lâu nên có nguy cơ mắc bệnh viêm phổi mắc phải tại bệnh viện, bệnh nhân được sử dụng kháng

sinh đơn độc hoặc/và kháng sinh phối hợp.

Các kháng sinh đơn độc (nhóm β -lactam) được lựa chọn chủ yếu có phổ rộng, thành phần là các penicilin kết hợp với các chất ức chế β -lactamase (như amoxicilin+ acidclavulanic, ampicilin+ sulbactam, ticarcillin + acidclavulanic, piperacillin + tazobactam). Lựa chọn nhiều nhất là cefoperazon, phổ tác dụng trên nhiều vi khuẩn gây bệnh viêm phổi, tác dụng mạnh trên VK gram(-). Mặt khác, nhóm cầu khuẩn gram dương có tỷ lệ kháng kháng sinh với nhóm β -lactam thấp[5].

Kháng sinh phối hợp sử dụng ở 13 trường hợp. Trong đó 9 trường hợp phối hợp giữa β - lactam với nhóm fluroquinolon, 2 trường hợp giữa β -lactam và glycopeptid và 1 trường hợp giữa meropenem và fosmycin. Sự phối hợp này đều nhằm mục đích hiệp đồng tác dụng trên VK gram (-) và mở rộng tác dụng trên VK kỵ khí. [6],[7],[8],[9],[10].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận:

Qua nghiên cứu trên những bệnh nhân suy thận có sử dụng kháng sinh nhóm beta-lactam tại khoa thận nội tiết Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng tháng 6/2016-12/2016 chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Nhóm beta-lactam dùng chủ yếu theo đường tiêm với nhiều biệt dược khác nhau

- Cefoperazon là kháng sinh được lựa chọn chính cho bệnh nhân suy thận kèm viêm phổi.

2. Khuyến nghị:

Khi sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn trong suy

thận cần phải lựa chọn kháng sinh an toàn cho bệnh nhân nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian và giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2009), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB xã hội.
2. Bộ Y tế (2011), *Dược lâm sàng*, NXB y học.
3. Bộ Y tế (2012), *Dược lý học*, NXB y học.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, NXB Y học.
5. Cao Minh Nga và cộng sự (2013), “*Sự kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM trong 6 tháng năm 2012*”, Tạp chí Y học TP. HCM, tập 17 phụ bản số 1, trang 272-278.
6. Trần Thị Thu Hằng, Nguyễn Mai Hoa (2011), *Đánh giá thông tin về hiệu chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận trong các cơ sở dữ liệu tra cứu thông tin thuốc tại Việt Nam*, Trung tâm DI và ADR Quốc gia, Cục quản lý dược Việt Nam.
7. Charles F.Lacy (2009), *Lexi- comps Drug information Handbook 2009-2010*, 18th edition, Lexi-comps.
8. Gabardi S, Abramson S (2005), “*Drug dosing in chronic kidney disease*”, The clinics of North America, 89, pp. 647-687.
9. Eugénie Bergogne- Bérézin pierre DELLAMONICA (2009), *Kháng sinh trị liệu trong thực hành lâm sàng*, NXB y học
10. Joseph T. DiPiro (2015), *Pharmacotherapy handbook 9th edition*, The McGraw- Hill Companies, Ins

-----oOo-----

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA GIÁO VIÊN MẦM NON TẠI HUYỆN TAM ĐƯỜNG, TỈNH LAI CHÂU, NĂM 2017

Nguyễn Như Nga¹, Lê Thị Thanh Hương¹, Đỗ Thành Hưng²

TÓM TẮT

Tại huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu năm 2016 có 59 ca mắc tay chân miệng (TCM), trong đó có 84,7% số trẻ trong độ tuổi từ 1 đến 5 tuổi là độ tuổi đang theo học tại các trường mầm non. Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non trên địa bàn huyện Tam Đường. Nghiên cứu cắt ngang có phân tích với cỡ mẫu là

310 giáo viên mầm non theo bộ câu hỏi phỏng vấn. Kết quả cho thấy có 27,4% giáo viên có kiến thức chung đạt về phòng bệnh TCM; 97,4% giáo viên có thực hành chung đạt về phòng bệnh TCM cho trẻ. Nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) như: những giáo viên là người dân tộc, có kinh nghiệm dưới 5 năm, phụ trách dưới 30 trẻ và đã từng được tập huấn về phòng bệnh TCM có kiến thức chung đạt về phòng bệnh TCM

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Trung tâm Y tế huyện Tam Đường. Tác giả liên hệ: Nguyễn Như Nga, email:nhunga2601@gmail.com

» Ngày nhận bài: 13/07/2017 | » Ngày phản biện: 20/07/2017 | » Ngày duyệt đăng: 01/08/2017

tốt hơn. Những giáo viên được tiếp cận với nguồn thông tin về bệnh TCM có thực hành chung đạt về phòng TCM tốt hơn so với nhóm không được tiếp cận với nguồn thông tin về bệnh.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, bệnh tay chân miệng, giáo viên mầm non.

ABSTRACT: KNOWLEDGE, PRATICE AND FACTORS RELATED TO HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE PREVENTION AMONG TEACHERS AT KINDERGARTENS IN TAM DUONG DISTRICT, LAI CHAU PROVINCE IN 2017

In Tam Duong district, Lai Chau province in 2016, there were 59 hand, foot and mouth disease (HFMD) cases, in which 84,7 percent of these are children at the age of one to five years old at kindergartens. Thus, teachers play the most important roles in HFMD prevention. Objectives: to identify knowledge, practice and factors related to HFMD prevention among teachers at kindergartens in Tam Duong district. This cross – sectional study was conducted through interviewing 310 teachers by a structured questionnaire. Result: Study findings showed that a low proportion of teachers (only 27,4 percent) having basic knowledge about HFMD. It also stated that some factors related to HFMD knowledge and practices are: most of teachers who are from minority ethnic groups, have less than 5 years experiences working and take care of 30 children are well trained and having good knowledge of HFMD. Moreover, those teachers who have a chance to approach basic knowledge of HFMD are better at practicing HFMD prevention than those who do not either.

Keywords: Knowledge, practice, hand, food and mouth disease, teachers, kindergartens.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là bệnh nhiễm vi rút cấp tính, lây truyền theo đường tiêu hóa và thường gặp ở trẻ nhỏ. Biểu hiện của bệnh là sốt, đau họng, loét miệng lợi lưỡi, phỏng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, gối, mông. Hầu hết các ca bệnh đều diễn biến nhẹ, tuy nhiên ở một số trường hợp bệnh có thể gây biến chứng nặng thậm chí có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và chữa trị kịp thời[1].

Tại Việt Nam, bệnh TCM được phát hiện và phân lập đầu tiên năm 2003 tại Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh. Từ đó, bệnh TCM liên tục được ghi nhận với gần 11.000 trường hợp mắc/năm. Năm 2016 có 48.866 trường

hợp mắc và 01 trường hợp tử vong[9].

Huyện Tam Đường là huyện cửa ngõ phía Đông Bắc của tỉnh Lai Châu. Ca bệnh TCM xuất hiện đầu tiên vào năm 2011 và kể từ đó đến nay, tình hình dịch diễn biến phức tạp, số ca mắc tăng lên theo các năm. Năm 2016 ghi nhận 59 ca bệnh TCM, tăng 15 ca bệnh so với năm 2015 và 32 ca so với năm 2014[4-6]. Trong đó có 50 ca bệnh là trẻ em đang theo học tại các trường mầm non. Hiện nay, chưa có vắc xin phòng bệnh và thuốc điều trị đặc hiệu, biện pháp can thiệp chủ yếu là vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường. Trong khi đó, nguy cơ mắc bệnh của trẻ đi nhà trẻ/mẫu giáo cao hơn 1,8 lần so với trẻ ở nhà [8]. Như vậy, giáo viên đóng vai trò rất quan trọng trong công tác phòng bệnh TCM ở trường mầm non. Do đó, nghiên cứu này thực hiện nhằm 2 mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu với 3 tiêu chí chọn: đang trực tiếp giảng dạy trẻ, có thời gian giảng dạy tại trường từ 1 năm trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí loại trừ: Không đáp ứng tiêu chí chọn và giáo viên đang trong chế độ nghỉ thai sản, nghỉ ốm dài hạn, nghỉ không lương, đi học, vắng mặt tại trường từ 1 tháng trở lên.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2016 đến tháng 9/2017.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích.

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Mẫu được chọn là toàn bộ giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường đáp ứng tiêu chí chọn của nghiên cứu. Cỡ mẫu thực tế điều tra là 310 đối tượng.

2.4.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 4 phần: thông tin chung về ĐTN; thông tin về kiến thức; thông tin thực hành và thông tin về truyền thông phòng bệnh TCM.

2.4.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, sau đó sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để phân tích số liệu, dùng tỷ lệ, bảng biểu để mô tả thông tin chung, kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM của ĐTN. Dùng tỷ số chênh (OR) để tìm hiểu

những mối liên quan đến kiến thức, thực hành của giáo viên mầm non về phòng bệnh TCM cho trẻ. Việc phân loại kiến thức, thực hành của ĐTNC được lấy điểm cắt là 50%. Nếu ĐTNC trả lời được $\geq 50\%$ tổng số câu thì được xếp loại ở mức đạt, còn lại là không đạt.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua ngày 09/03/2017 theo Quyết định số 072/2017/YTCC-HĐ3 v/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 310 giáo viên tham gia nghiên cứu chỉ có 4 giáo viên là nam giới, phần lớn (88,1%) trong độ tuổi 20 -35 tuổi. Có 34,2% giáo viên là người dân tộc thiểu số, tỷ lệ giáo viên có trình độ trung cấp là nhiều nhất (44,2%); số năm kinh nghiệm trên 5 năm (56,2%) và đa số quản lý dưới 30 trẻ. Hầu hết các giáo viên khẳng định trong năm học vừa qua trường họ không có trẻ nào mắc bệnh TCM và chỉ có 12,3% giáo viên đã được đi tập huấn về phòng bệnh TCM.

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=310)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
20 – 35	273	88,1
36 – 50	26	8,4
> 50	11	3,5
Giới tính		
Nam	4	1,3
Nữ	306	98,7
Dân tộc		
Kinh	204	65,8
Dân tộc thiểu số	106	34,2
Trình độ chuyên môn		
Sơ cấp	1	0,3
Trung cấp	137	44,2
Cao đẳng	79	25,5
Đại học, Sau đại học	93	30,0

Số năm kinh nghiệm		
1 năm	19	6,1
2 – 3 năm	28	9,0
≥ 3 – dưới 5 năm	89	28,7
Trên 5 năm	174	56,2
Sĩ số lớp học		
≤ 30	210	67,7
> 30	100	32,3
Trường gần đây có trẻ bị mắc TCM		
Có	53	17,1
Không	251	81,2
Không biết	6	1,7
Tập huấn về phòng bệnh TCM		
Có	38	12,3
Không	272	87,7

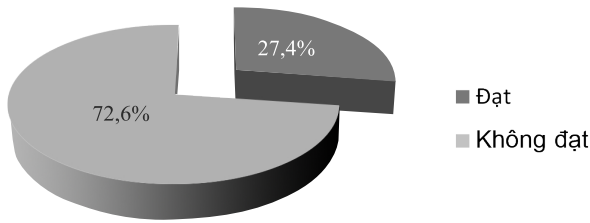
3.2. Kiến thức của giáo viên về phòng bệnh TCM cho trẻ

Đa số ĐTNC cho rằng bệnh TCM nguy hiểm (97,4%); nguyên nhân gây bệnh là do vi rút (35,5%). Có 61% ĐTNC trả lời trẻ em dưới 5 tuổi là đối tượng dễ bị mắc bệnh nhất và thời điểm xuất hiện bệnh vào mùa hè, mùa thu lần lượt là 60%; 4,8%. Ba triệu chứng được biết đến nhiều nhất là trẻ nổi phỏng nước ở vùng gối, lòng bàn tay, bàn chân (72,9%); nổi phỏng nước ở miệng, gây loét miệng (58,4%) và sốt nhẹ (61%). Hiện nay vẫn còn 33,2% giáo viên không biết biến chứng của bệnh TCM. Đường lây bệnh được giáo viên lựa chọn nhiều nhất là qua đường tiêu hóa (61%). Có rất nhiều yếu tố thuận lợi là nguy cơ làm trẻ dễ mắc bệnh TCM được các giáo viên đưa ra như: ô nhiễm môi trường (79,0%); trẻ hay ngậm đồ chơi (68,7%); lớp học đông chật chội (60,6%)... Ngoài ra, các giáo viên cũng đưa ra các biện pháp chính để phòng bệnh TCM cho trẻ như: giữ gìn vệ sinh cá nhân cho trẻ; rửa tay với xà phòng cho trẻ; lau rửa đồ chơi, dụng cụ học tập của trẻ với dung dịch khử trùng/chất tẩy rửa lần lượt là 86,1%; 80%; 45,8%.

Đánh giá kiến thức chung về phòng bệnh TCM cho trẻ được thể hiện ở Biểu đồ 1. Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ giáo viên có kiến thức chung đạt về phòng bệnh TCM khá thấp là 27,4%; tỷ lệ giáo viên có kiến thức chung không đạt là 72,6%.



Biểu đồ 1: Kiến thức chung của giáo viên mầm non về phòng bệnh tay chân miệng cho trẻ



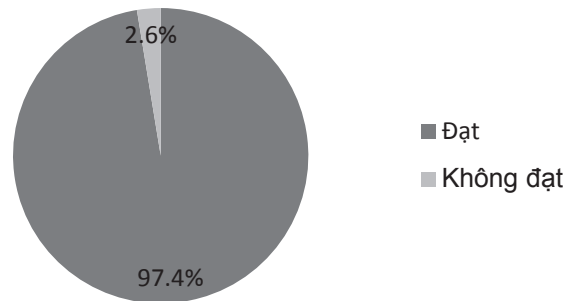
3.3. Thực hành của giáo viên về phòng bệnh TCM cho trẻ

Thực hành về phòng bệnh TCM cho trẻ bao gồm thực hành rửa tay cho giáo viên, cho trẻ; vệ sinh đồ dùng cá nhân cho trẻ; lau chùi sàn lớp học và lau rửa đồ chơi. Thời điểm rửa tay của các giáo viên thường vào: Trước khi ăn (86,5%); sau khi đi vệ sinh (80,6%); khi thấy tay bẩn (58,4%)... Có 86,5% luôn luôn sử dụng xà phòng/dung dịch sát khuẩn khi rửa tay. Về thực hành rửa tay cho trẻ: trước khi ăn (98,1%) và sau khi đi vệ sinh (89,4%). Tỷ lệ luôn luôn sử dụng xà phòng/dung dịch sát khuẩn khi rửa tay cho trẻ là 89,7% và hầu hết đều rửa đúng theo quy trình rửa tay 6 bước. Thực hành vệ sinh đồ dùng cá nhân cho trẻ: 99,7% có rửa cốc và 100% có giặt khăn mặt cho trẻ. Tần suất rửa cốc hàng ngày là 75,1% và 80,9% luôn luôn sử dụng dung dịch rửa bát/chén. Tần suất giặt khăn mặt hàng ngày là 97,1% và có 94,9% luôn luôn sử dụng xà phòng/dung dịch sát khuẩn. Về thực hành lau chùi sàn lớp học: 96,8% giáo viên thực hiện, thời điểm lau thường

là sau khi trả trẻ, sau khi trẻ ăn xong, trước khi đón trẻ lần lượt là 85%; 52,3%; 47,7%. Tần suất lau hàng ngày là 95,7% và có 96% luôn luôn sử dụng dung dịch lau sàn. Hiện nay có 100% giáo viên có lau rửa đồ chơi cho trẻ. Thời điểm lau rửa đồ chơi cho trẻ sau khi trẻ chơi xong, khi thấy đồ chơi bẩn lần lượt là 89,7%; 36,5%. Tần suất lau rửa đồ chơi hàng tuần là 77,4%; hàng ngày 22,3%. Đa số giáo viên luôn luôn sử dụng xà phòng/dung dịch sát khuẩn (84,8%).

Đánh giá thực hành chung về phòng bệnh TCM cho trẻ cho thấy tỷ lệ giáo viên có thực hành chung đạt về phòng bệnh TCM khá cao là 97,4%; tỷ lệ giáo viên có thực hành chung không đạt chỉ có 2,6%.

Biểu đồ 2: Thực hành chung của giáo viên mầm non về phòng bệnh tay chân miệng cho trẻ



3.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của giáo viên về phòng bệnh TCM cho trẻ

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của giáo viên về phòng bệnh TCM cho trẻ

Yếu tố	Kiến thức			Thực hành		
	Đạt	Không đạt	OR (95%CI)	Đạt	Không đạt	OR (95%CI)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Giới						
Nam	2* (50,0)	2* (50,0)	1	4* (100,0)	0 (0,0)	-
Nữ	83 (27,1)	223 (72,9)	2,69 (0,37-19,38)	298 (97,4)	8 (2,6)	-
Nhóm tuổi						
≤ 35	77 (28,2)	196 (71,8)	1	267 (97,8)	76 (2,2)	1
> 35	8 (21,6)	29 (78,4)	1,42 (0,62-3,25)	35 (94,6)	2* (5,4)	2,54 (0,49-13,1)
Dân tộc						

Yếu tố	Kiến thức			Thực hành		
	Đạt	Không đạt	OR (95%CI)	Đạt	Không đạt	OR (95%CI)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Dân tộc thiểu số	42 (39,6)	64 (60,4)	1	104 (98,1)	2* (1,9)	1
Kinh	43 (21,1)	161 (78,9)	2,44 (1,47-4,17)	198 (97,1)	6 (2,9)	1,59 (0,31-7,69)
Trình độ chuyên môn						
Dưới cao đẳng	48 (34,8)	90 (65,2)	1	133 (96,4)	5 (3,6)	1
Từ cao đẳng trở lên	37 (21,5)	135 (78,5)	1,95 (0,95-3,22)	169 (98,3)	3* (1,7)	0,47 (0,11-2,01)
Số năm kinh nghiệm						
≤ 5 năm	46 (33,8)	90 (66,2)	1	134 (98,5)	2* (1,5)	1
> 5 năm	39 (22,4)	135 (77,6)	1,77 (1,07-2,93)	168 (96,6)	6 (3,4)	2,4 (0,48-12,05)
Sĩ số lớp học						
≤ 30 trẻ	67 (31,9)	143 (68,1)	1	203 (96,7)	7 (3,3)	1
> 30 trẻ	18 (18,0)	82 (82,0)	2,13 1,19-3,84	99 (99,0)	1* (1,0)	0,29 (0,04-2,41)
Trường gần đây có trẻ bị mắc TCM						
Có	9 (17,0)	44 (83,0)	1	52 (98,1)	1* (1,9)	1
Không	75 (29,9)	176 (70,1)	0,48 (0,22-5,03)	244 (97,2)	7 (2,8)	1,49 (0,18-12,38)
Đã từng được tập huấn về phòng bệnh TCM						
Có	11 (28,9)	27 (71,1)	1	36 (94,7)	2* (5,3)	1
Không	74 (27,2)	198 (72,8)	1,1 (1,03-2,3)	266 (97,8)	6 (2,2)	0,41 (0,08-2,09)
Tiếp cận thông tin về bệnh TCM						
Có	74 (25,2)	220 (74,8)	1	287 (97,6)	7 (2,4)	1
Không	11 (68,8)	5 (31,2)	0,15 (0,35-1,15)	15 (93,8)	1* (6,2)	2,73 (1,35-22,67)
Kiến thức chung về phòng bệnh TCM						
Đạt	-	-	-	85 (100,0)	0 (0,0)	-
Không đạt	-	-	-	217 (96,4)	8 (3,6)	-

* Fisher Exact Test

Trong mỗi liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng bệnh TCM cho trẻ đã sử dụng kiểm định Fisher Exact Test để kiểm định do một trong các ô ở bảng 2x2 có giá trị nhỏ hơn 5.

Về kiến thức phòng bệnh TCM: Những giáo viên là người dân tộc thiểu số có kiến thức chung đạt về phòng TCM cao gấp 2,44 lần nhóm giáo viên là người Kinh (95%CI: 1,47 - 4,17). Nhóm giáo viên có số năm kinh nghiệm dưới 5 năm có



kiến thức chung đạt về phòng bệnh TCM cao gấp 1,77 lần nhóm giáo viên có số năm kinh nghiệm trên 5 năm (95%CI: 1,07 - 2,93). Nhóm giáo viên có sĩ số lớp học dưới 30 trẻ có kiến thức chung đạt cao gấp 2,13 lần nhóm giáo viên có sĩ số lớp học trên 30 trẻ (95%CI: 1,19 - 3,84). Nhóm giáo viên đã từng được tập huấn về phòng bệnh TCM có kiến thức chung đạt bằng 1,1 lần nhóm giáo viên chưa được tập huấn về phòng bệnh TCM (95%CI: 1,03 - 2,3).

Về thực hành phòng bệnh TCM: Nhóm giáo viên có tiếp cận nguồn thông tin về bệnh có thực hành chung đạt bằng 2,73 lần nhóm giáo viên không tiếp cận nguồn thông tin về bệnh TCM (95%CI: 1,35 - 22,67).

IV. BÀN LUẬN

Để phòng bệnh TCM tốt đầu tiên giáo viên phải có kiến thức đúng và đủ. Hiện có 27,4% giáo viên có kiến thức chung đạt. Trong nghiên cứu của Naw Ku Ku tại Thái Lan, chỉ 13,7% có nhận thức tốt về bệnh và phần còn lại cần phải được nâng cao nhận thức[7]. Nghiên cứu của Trần Thị Anh Đào và các cộng sự cũng tiến hành trên huyện miền núi, kết quả cho thấy chỉ có 20,68% bà mẹ là người dân tộc Chơ Ro có kiến thức đạt[3]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thùy Chi chưa đánh giá được kiến thức chung của giáo viên về phòng bệnh TCM cho trẻ để có thể làm cơ sở so sánh với những nghiên cứu khác[2]. Có thể giải thích việc giáo viên có kiến thức chung về phòng bệnh TCM đạt thấp do địa bàn nghiên cứu là vùng sâu vùng xa của huyện miền núi, điều kiện các giáo viên tiếp cận nguồn thông tin còn hạn chế, đặc biệt những điểm bản trường ở xa trung tâm. Bên cạnh đó, tỷ lệ giáo viên muốn nhận thêm thông tin về cách phòng tránh bệnh TCM chiếm 82,1%. Rất có thể việc chưa hiểu rõ về bệnh là một trong những lý do khiến 4/5 số giáo viên tham gia nghiên cứu mong muốn nhận thêm thông tin về cách phòng tránh bệnh.

Tuy kiến thức chung về phòng bệnh TCM của giáo viên còn thấp nhưng thực hành chung của ĐTNC khá cao; có 97,4% giáo viên có thực hành chung đạt. Trong nghiên cứu của Naw Ku Ku chỉ ra 1/3 số người được hỏi có hành vi phòng chống tốt[7]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thùy Chi cũng chưa đánh giá được thực hành chung của ĐTNC[2]. Nghiên cứu Trần Thị Anh Đào và các cộng sự, tỷ lệ thực hành đạt của bà mẹ người dân tộc Chơ Ro là 13,79%[3]. Có sự khác nhau đó có thể do ĐTNC này là giáo viên và họ được truyền thông, tiếp cận rất nhiều nguồn thông tin về thực hành phòng bệnh TCM so với các bà mẹ người dân tộc. Hơn nữa, trong đánh giá thực hành của nghiên cứu này là thực hành RTVXP của giáo viên, của trẻ; vệ sinh đồ dùng cá nhân cho trẻ, vệ sinh sàn lớp học và vệ sinh đồ chơi là những thực hành thường quy giáo viên, cộng thêm sự thanh kiểm tra của các

ban ngành, có thể cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc thực hành đạt của ĐTNC rất cao, trên 90% giáo viên có thực hành đạt.

Trong khuôn khổ nghiên cứu này chúng tôi đã tìm thấy một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng bệnh của ĐTNC: Những giáo viên là người dân tộc, có kinh nghiệm dưới 5 năm, phụ trách dưới 30 trẻ và đã từng được tập huấn về phòng bệnh TCM có kiến thức chung đạt về phòng TCM tốt hơn. Những giáo viên được tiếp cận với nguồn thông tin về bệnh TCM có thực hành chung đạt về phòng TCM tốt hơn so với nhóm không được tiếp cận với nguồn thông tin về bệnh.

Tuy nhiên, do thời gian và nguồn lực có hạn nên nghiên cứu này chỉ đề cập đến kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường mà chưa đề cập đến thái độ phòng bệnh TCM của giáo viên. Ngoài ra tất cả các biến thực hành được đánh giá thông qua bảng hỏi, không phải thông qua quan sát nên thông tin có thể có sai số. Dù còn có hạn chế nhưng kết quả nghiên cứu góp phần xác định được kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh TCM của giáo viên mầm non tại 14 xã, thị trấn thuộc huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu để trong thời gian tới có thể triển khai nhiều chương trình truyền thông và can thiệp hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua tìm hiểu về đến kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh TCM của 310 giáo viên mầm non tại huyện Tam Đường, tỉnh Lai Châu cho thấy: Nhìn chung, nhóm ĐTNC có kiến thức chung về phòng bệnh TCM chưa tốt. Tỷ lệ giáo viên có kiến thức chung đạt còn thấp (27,4%). Trong đó, có 97,4% giáo viên cho rằng bệnh TCM là nguy hiểm; biết đúng về nguyên gây bệnh là 35,5%; biết đúng về đối tượng dễ bị mắc bệnh là 61%... Hầu hết các giáo viên có thực hành đạt về phòng bệnh TCM, tỷ lệ giáo viên có thực hành chung về phòng bệnh TCM là 97,4%. Nghiên cứu đã chỉ ra một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của ĐTNC: Dân tộc, số năm kinh nghiệm, sĩ số lớp học, đã từng được tập huấn về phòng bệnh TCM và tiếp cận nguồn thông tin về bệnh TCM. Qua đó trong thời gian tới cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông, truyền thông, hướng dẫn can thiệp về phòng bệnh TCM cho giáo viên, chú trọng đến đối tượng là người Kinh, có sĩ số học sinh trong lớp đông, chưa được tập huấn về phòng bệnh TCM, chưa được tiếp cận thông tin về bệnh TCM. Đối với nhà trường cần tiếp tục triển khai hoạt động phòng bệnh TCM và thường xuyên thanh kiểm tra các hoạt động vệ sinh cho trẻ tại các lớp học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2011), Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19/07/2011 về Việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng.
2. Đỗ Thị Thùy Chi (2014), Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên ở các trường mầm non tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình năm 2013, Thạc sĩ, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
3. Trần Thị Anh Đào (2012), Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Lương Thành, tỉnh Đồng Nai, Đại học Y Dược Huế.
4. Trung tâm y tế huyện Tam Đường (2014), Báo cáo Bệnh truyền nhiễm năm 2014, Lai Châu.
5. Trung tâm y tế huyện Tam Đường (2015), Báo cáo Bệnh truyền nhiễm năm 2015, Lai Châu.
6. Trung tâm y tế huyện Tam Đường (2016), Báo cáo Bệnh truyền nhiễm năm 2016, Lai Châu.

TIẾNG ANH

7. Ku, Naw Ku (2007), Knowledge, peception and preventive behaviour of caregivers in Surin province towards hand, foot, mouth disease in young children, Thailand.
8. L.Y, Chang, King, C.C., and Hsu, Kh (2002), "Risk factors of enterovirus 71 infection and associated Hand, Foot and Mouth Disease/Hepargina in chidren during an epidemic in Taiwan", Pediatrics, 109(6), pp. 1-6.
9. WHO (2016), Hand, Foot, and Mouth Disease Situation Update Number 496, accessed 30/05/2017, from http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/hfmd_biweekly_20170131-final.pdf?ua=1.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG CHỐNG ĐUỐI NƯỚC CỦA TRẺ 10 – 15 TUỔI TẠI PHƯỜNG NGHI HẢI, THỊ XÃ CỬA LÒ, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Minh Phượng¹, Mai Xuân Thu², Phạm Việt Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng kiến thức phòng chống đuối nước của trẻ 10 – 15 tuổi tại phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An năm 2017 và xác định một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang, phỏng vấn 300 trẻ 10 – 15 tuổi về thông tin nhân khẩu học và kiến thức phòng chống đuối nước. Kết quả cho thấy: (1) Khả năng trẻ gặp các nguy cơ đuối nước trong quá trình sinh hoạt hoặc đi lại cao khi khoảng cách từ nhà của trẻ đến các khu vực ao, hồ, sông, kênh rất gần.

(2) Hầu hết trẻ đều đã từng nghe đến đuối nước, suýt đuối nước, chết đuối (96%), tuy nhiên, nhận thức nguy cơ về các địa điểm thường xảy ra đuối nước, nguyên nhân và hậu quả của đuối nước chỉ đạt ở mức trung bình. (3) 91,7% trẻ cho rằng đuối nước có thể phòng tránh được, nhưng nhận thức về những biện pháp phòng tránh đuối nước phổ biến chỉ ở mức trung bình và tỷ lệ trẻ có kiến thức sơ cứu người đuối nước chỉ đạt ở mức rất thấp (14,3%). (4) Tỷ lệ trẻ có kiến thức đạt về đuối nước chỉ ở mức 48%. Trẻ được cung cấp thông tin về đuối nước thông qua thầy cô (70%), bố

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

» Ngày nhận bài: 02/08/2017 | » Ngày phản biện: 07/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 12/08/2017

mẹ (63%) là chính. (5) Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức về đuối nước và một số yếu tố nhân khẩu học của trẻ. Khuyến nghị bao gồm tăng cường các hoạt động giáo dục, truyền thông; xây dựng cơ chế phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, nhà trường và cộng đồng; tăng cường cơ sở vật chất, hệ thống và trang thiết bị cứu hộ, cứu nạn cộng đồng.

Từ khóa: Đuối nước, trẻ em, kiến thức.

ABSTRACT

THE CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ON DROWNING PREVENTION AMONG 10 – 15 YEARS OLD CHILDREN IN NGHI HAI WARD, CUA LO TOWN, NGHE AN PROVINCE IN 2017 AND SOME RELATED FACTORS

Objective of the study was to describe the current status of knowledge on drowning prevention among 10 – 15 years old children in Nghi Hai ward, Cua Lo town, Nghe An province in 2017 and to identify some related factors. The study was designed in cross – sectional descriptions, to interview 300 children on demographic information and knowledge on drowning prevention. The results show that: (1) The likelihood of children to experience drowning risks during daily activities is high, because the distance from the children’s home to ponds, lakes, rivers and canals is very close. (2) Most children have heard of drowning, near drowning (96%), however, the awareness of children on drowning sites, causes and consequences of drowning is only average. (3) There is 91.7% of children to think that drowning could be prevented, but the awareness of children on drowning prevention measures is moderate, and the percentage of children having knowledge on first aid drowning is very low (14.3%). (4) The percentage of children have general knowledge on drowning is 48%. Children received the information on drowning from teachers (70%), parents (63%). (5) The study found that there is no association among knowledge of children on drowning and some demographic factors. Recommendations include: To enhance educational and communication activities; To develop coordination mechanism among families, schools and community; To strengthen the facilities, systems and equipment for rescue in the community.

Keywords: Drowning, children, knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đuối nước là một vấn đề y tế công cộng quan trọng trong nhóm các vấn đề về tai nạn thương tích trên thế giới.

Theo Báo cáo Toàn cầu về đuối nước của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2014, đuối nước gây ra 372.000 ca tử vong mỗi năm và là nguyên nhân thứ ba gây ra tử vong ở trẻ em từ 4 - 15 tuổi. Hơn 90% tử vong do đuối nước xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Tại Việt Nam, đuối nước cũng là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em. Trong giai đoạn từ năm 2010 - 2015, trung bình mỗi năm có khoảng 2.800 trẻ em bị tử vong do đuối nước, trong đó nhóm tuổi từ 5 - 14 tuổi chiếm tỷ lệ tử vong cao. Theo báo cáo của 54/63 tỉnh, thành phố, trong 6 tháng đầu năm 2016, số trẻ em bị tử vong do tai nạn thương tích là trên 1.600 em, trong đó có gần 1.000 em bị tử vong do đuối nước. Năm 2012, Việt Nam có 6.426 ca tử vong do đuối nước được báo cáo, trong đó nhóm tuổi 5-14 là nhóm tuổi có số ca tử vong chỉ đứng thứ hai sau nhóm tuổi 0 – 4 tuổi (1.579 người, tỷ suất 11.1/100.000). Tuy nhiên, đuối nước có thể dự phòng được thông qua các biện pháp đơn giản, phù hợp với từng địa bàn, lứa tuổi, bằng cách loại bỏ các nguy cơ xung quanh hộ gia đình, dạy trẻ các kỹ năng bơi an toàn, cứu trợ khi cần thiết.

Nghi Hải là một phường của thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An, có vị trí giáp Biển Đông và sông Lam, với hệ thống ao, hồ, kênh, rạch tương đối nhiều, tiềm ẩn nhiều nguy cơ gây đuối nước ở trẻ em. Phường có tổng số trẻ từ 10 - 15 tuổi năm 2017 là 1.200 trẻ. Đây là giai đoạn trẻ có nhiều thay đổi cả về tâm sinh lý và xã hội dẫn đến những biến đổi sâu sắc về mặt tâm lý, nhân cách; cũng là giai đoạn trẻ dễ bị ảnh hưởng về mặt thể chất và tinh thần bởi tai nạn thương tích nói chung và đuối nước nói riêng. Do đó sự hiểu biết và thái độ của trẻ đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ sự an toàn cho bản thân.

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng kiến thức phòng chống đuối nước của trẻ 10 – 15 tuổi tại phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An năm 2017 và xác định một số yếu tố liên quan.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ 10 – 15 tuổi được bố/mẹ hoặc người giám hộ chấp thuận cho phép tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 01 – 09, năm 2017

Địa điểm nghiên cứu: Phường Nghi Hải, Thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

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

Trong đó:

Z: Hệ số tin cậy ($Z = 1.96$ với $\alpha = 0.05$ của khoảng tin cậy 95%).

d: Sai số chấp nhận được ($d = 0,07$).

p: Tỷ lệ trẻ 10 – 15 tuổi có kiến thức đúng về phòng tránh đuối nước ($p = 0,05$)

Kết quả tính toán cho $n = 270$. Ước tính tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không hợp tác hoặc phiếu không hợp lệ khoảng 10%, nên tổng số đối tượng được phỏng vấn là 300 trẻ, được chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng phiếu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc để tiến hành thu thập thông tin theo khối dân cư.

Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức: Tổng điểm đánh giá kiến thức là 31 điểm. Nếu đối tượng được ≥ 15 điểm (đạt $\geq 50\%$ tổng số điểm) thì được đánh giá là đạt, nếu đối tượng được ≤ 14 điểm thì được đánh giá là không đạt.

Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập liệu và phần mềm SPSS 16.0 để phân tích. Số liệu được kiểm tra tính logic và nhất quán, thống kê mô tả và sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh các tỷ lệ, sử dụng OR và khoảng tin cậy để đo lường độ mạnh của sự kết hợp.

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng thông qua và cho phép tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên sự tự nguyện tham gia của đối tượng và sự cho phép của bố mẹ hoặc người giám hộ,

không gây bất cứ tổn hại nào đến tinh thần, thể chất của đối tượng. Toàn bộ thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	n (N=300)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	10 tuổi	41	13,7
	11 tuổi	40	13,3
	12 tuổi	51	17,0
	13 tuổi	51	17,0
	14 tuổi	63	21,0
	15 tuổi	54	18,0
Giới tính	Nam	161	53,7
	Nữ	139	46,3
Trình độ học vấn	Cấp I (Tiểu học)	86	28,7
	Cấp II (THCS)	214	71,3

Đối tượng nghiên cứu phân bố đều ở các độ tuổi từ 10 – 15 tuổi, trong đó có 53,7% là nam và 46,3% là nữ. Về trình độ học vấn, 71,3% số trẻ đang học trung học cơ sở và 28,7% số trẻ đang học tiểu học. Đây là nhóm tuổi có tỷ lệ đuối nước và suýt đuối nước cao ở địa phương; hầu hết các trường hợp đuối nước và suýt đuối nước trầm trọng xảy ra khi trẻ đến trường và tham gia các hoạt động khác của xã hội.

Bảng 2: Thời gian từ nhà của trẻ đến khu vực ao, hồ, sông, kênh

	Đặc điểm	Nam (n=161)	Nữ (n=139)	Chung N=300
Khoảng cách từ nhà đến ao, hồ, sông, kênh	Đi bộ chưa tới 10 phút	64 (39,8%)	57 (41,0%)	121 (40,3%)
	Đi bộ từ 10 - 30 phút	66 (41,0%)	52 (37,4%)	118 (39,3%)
	Đi bộ hơn 30 phút	2 (1,2%)	3 (2,2%)	5 (1,7%)
	Không biết	29 (18,0%)	27 (19,4%)	56 (18,7%)
Trẻ lại gần khu vực ao, hồ, sông, kênh	Có lại gần	76 (47,2%)	35 (25,2%)	111 (37,0%)
	Không lại gần	85 (52,8%)	104 (74,8%)	189 (63,0%)

Kết quả cho thấy khoảng cách từ nhà của trẻ đến khu vực ao, hồ, sông, kênh phổ biến di chuyển chỉ trong 10 phút đi bộ (40,3%) hoặc từ 10 – 30 phút đi bộ (39,3%), cho thấy khả năng trẻ có thể gặp các nguy cơ đuối nước trong quá trình sinh hoạt hoặc đi lại cao. Khi được hỏi về việc lại gần khu vực ao, hồ, sông, kênh, có 37% tổng số trẻ trả lời là có và 63% tổng số trẻ trả lời là không. Tuy nhiên,

có sự khác biệt giữa giới tính của trẻ và tỷ lệ trẻ có lại gần khu vực ao, hồ, sông, kênh khi 47,2% trẻ nam có lại gần, trong khi tỷ lệ này ở trẻ nữ là 25,2%. Tỷ suất chênh chỉ ra rằng trẻ nam có nguy cơ lại gần các khu vực ao, hồ, sông, kênh cao hơn trẻ nữ 2,7 lần ($p < 0,05$; khoảng tin cậy 95% từ 1,6 - 4,3).



Bảng 3: Mục đích trở lại gần khu vực ao/hồ/sông/kênh

Đặc điểm		Nam (n3=76)	Nữ (n4=35)	Chung N1=111
Mục đích ra ao/ hồ/ sông/ kênh	Đi chơi	46 (60,5%)	25 (71,4%)	71 (64,0%)
	Đi câu cá	11 (14,5%)	3 (8,6%)	14 (12,6%)
	Đi bơi/tắm	16 (21,1%)	6 (17,1%)	22 (19,8%)
	Khác	3 (3,95%)	1 (2,95%)	4 (3,65%)

Trong số 111 trẻ lại gần khu vực ao, hồ, sông, kênh, có 68,5% là trẻ nam và 31,5% là trẻ nữ. Mục đích ra chơi chiếm tỷ lệ lớn với 64% (60,5% trẻ nam và 71,4% trẻ nữ), và có tới 19,8% trẻ ra với mục đích đi bơi, tắm (21,1% trẻ nam và 17,1% trẻ nữ). Điều này đặt ra lo ngại đối với trẻ về những tai nạn đuối nước có thể xảy ra khi trẻ chơi hoặc bơi, tắm tại các khu vực có nguy cơ xảy ra đuối nước này, nhất là trong các trường hợp không có sự giám sát của người lớn hoặc cứu hộ. Tuy nhiên, kết quả không cho thấy

có mối liên quan giữa giới tính của trẻ và mục đích trẻ ra các khu vực này.

2. Thực trạng kiến thức phòng chống đuối nước của trẻ từ 10 – 15 tuổi

2.1. Kiến thức của trẻ về đuối nước

Kiến thức của trẻ về đuối nước được xem xét trên 4 khía cạnh: đã từng nghe tới từ đuối nước/suýt đuối nước/chết đuối, địa điểm thường xảy ra đuối nước, nguyên nhân và hậu quả của đuối nước.

Bảng 4: Kiến thức của trẻ về đuối nước

Đặc điểm		nam (n=300)	Tỷ lệ (%)
Trẻ đã được nghe về từ đuối nước, suýt đuối nước, chết đuối	Có	288	96,0
	Không	12	4,0
Địa điểm thường xảy ra đuối nước	Bãi biển	248	82,7
	Ao/hồ	203	67,7
	Sông/mương	199	66,3
	Bê bơi	103	34,3
	Hồ vôi/ hồ nước do người khác đào	139	46,3
	Khác (cầu cảng)	1	0,3
	Không biết	8	2,7
	Nguyên nhân đuối nước	Do không biết bơi	232
Do bơi một mình		137	45,7
Do ngạt nước		142	47,3
Do bơi mà không có phao bơi		151	50,3
Do bơi lâu, bơi lúc mệt		134	44,7
Do chuột rút		151	50,3
Do bị ngã xuống nước		138	46,0
Do bơi ở khu vực nước nguy hiểm		156	52,0
Do bơi ở nơi không có đội cứu hộ		129	43,0
Không biết		6	2,0
Hậu quả của đuối nước		Chết	291
	Khuyết tật	39	13,0
	Không bị vấn đề gì	1	0,3
	Không biết	7	2,3

Hầu hết trẻ đều đã từng nghe đến đuối nước/suýt đuối nước/chết đuối (96%). Về địa điểm thường xảy ra đuối nước, 82,7% trẻ trả lời là bãi biển; 67,7% trẻ chọn ao, hồ; 66,3% trẻ chọn sông, mương; 46,3% trẻ chọn hồ vôi và 34,3% trẻ chọn bể bơi. Những nguyên nhân gây ra đuối nước hàng đầu mà trẻ đưa ra là không biết bơi (77,3%), bơi ở khu vực nước nguy hiểm (52%), bơi không có phao bơi (50,3%), chuột rút (50,3%). Về hậu quả của đuối nước, mặc dù có 97% trẻ đã trả lời được hậu quả nghiêm trọng nhất của đuối nước là tử vong, nhưng chỉ có 13% trẻ đề cập tới việc nạn nhân của đuối nước có thể bị khuyết tật,

trong khi đây là hậu quả lâu dài, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nạn nhân đuối nước. Tỷ lệ trẻ không biết về địa điểm xảy ra đuối nước là 2,7%; không biết về nguyên nhân đuối nước là 2% và không biết về hậu quả đuối nước là 2,3%.

2.2. Kiến thức của trẻ về phòng tránh đuối nước

Kiến thức của trẻ về phòng tránh đuối nước được xem xét trên 3 khía cạnh: nhận biết đuối nước có thể phòng tránh được, các biện pháp phòng tránh đuối nước và sơ cứu người đuối nước.

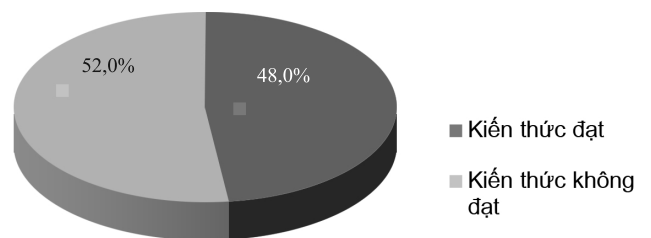
Bảng 5: Kiến thức của trẻ về phòng tránh đuối nước

Đặc điểm		Nam (n=300)	Tỷ lệ (%)
Nhận biết đuối nước có thể phòng tránh được	Có	275	91,7
	Không	25	8,3
Các biện pháp phòng tránh đuối nước	Học bơi	197	65,7
	Không bơi một mình	133	44,3
	Khi bơi cần mặc áo phao	168	56
	Không bơi quá lâu, không bơi lúc mệt	138	46
	Khởi động trước khi bơi	131	43,7
	Không chơi ở gần ao/ hồ/ sông/ kênh/ rạch	149	49,7
	Không bơi ở nơi có biển cấm, biển nguy hiểm	148	49,3
	Không bơi ở nơi không có người cứu hộ	130	43,3
	Khác (Không bơi khi gặp dòng nước xoáy)	1	0,3
	Không biết	14	4,7
Kiến thức về sơ cứu người đuối nước	Có	43	14,3
	Không	257	85,6

Kết quả cho thấy 91,7% trẻ cho rằng đuối nước có thể phòng tránh được và 8,3% cho rằng đuối nước không thể phòng tránh được. Dù vậy, những biện pháp phòng tránh đuối nước phổ biến nhất mà trẻ biết chỉ ở mức trung bình, bao gồm học bơi (65,7%), mặc áo phao khi bơi (56%), không chơi gần ao, hồ, sông, kênh (49,7%), không chơi ở nơi có biển cấm, biển nguy hiểm (49,3%). Tuy nhiên, trong số trẻ cho rằng đuối nước phòng tránh được có 14 trẻ không biết cách nào phòng tránh đuối nước. Một điểm đáng lưu ý khác là tỷ lệ trẻ có kiến thức sơ cứu người đuối nước chỉ đạt ở mức rất thấp (14,3%), đặt ra vấn đề về nhu cầu giáo dục an toàn, tập huấn sơ cấp cứu đuối nước cho trẻ tại gia đình, nhà trường và cộng đồng.

2.3. Đánh giá chung về thực trạng kiến thức về phòng chống đuối nước và một số yếu tố liên quan

Biểu đồ 1: Thực trạng kiến thức về đuối nước ở trẻ 10 - 15 tuổi tại Nghi Hải - Cửa Lò - Nghệ An năm 2017



Dựa trên bảng chấm điểm kiến thức, tỷ lệ trẻ 10 – 15



tuổi tại phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An có kiến thức đạt về đuối nước là 48%, tỷ lệ trẻ có kiến thức không đạt về đuối nước là 52%.

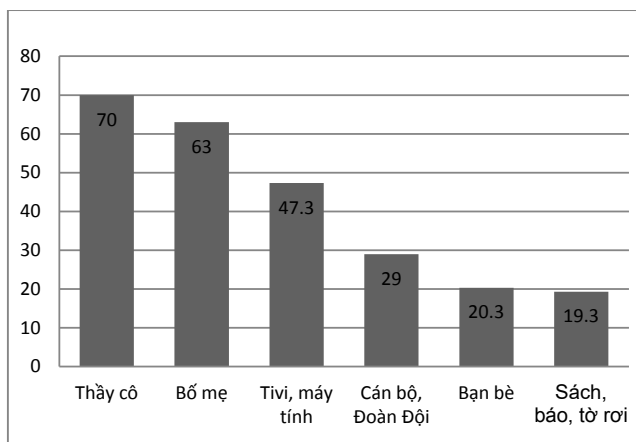
Bảng 6: Mối liên quan giữa kiến thức về đuối nước và một số yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố liên quan	Tỷ số chênh (OR)	95% khoảng tin cậy của OR	Giá trị p
Giới tính:			
- Nam	1	-	-
- Nữ	1,259	0,799 – 1,984	0,381
Nhóm tuổi:			
- 10 - 11 tuổi	1	-	-
- 12 - 15 tuổi	1,603	0,955 – 2,691	0,097
Cỡ mẫu phân tích (N = 300)	(*) Nhóm so sánh (-) Không áp dụng Biến phụ thuộc: Kiến thức về đuối nước		

Phân tích mối liên quan giữa kiến thức về đuối nước và một số yếu tố nhân khẩu học của trẻ 10 – 15 tuổi tại phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An cho thấy trẻ nữ có khả năng có kiến thức không đạt về đuối nước cao gấp 1,259 lần so với trẻ nam, tuy nhiên nghiên cứu chưa đủ tin cậy để khẳng định điều này ($p > 0,05$). Tương tự, chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi của trẻ với kiến thức của trẻ về đuối nước ($p > 0,05$).

3. Nguồn cung cấp thông tin về đuối nước

Biểu đồ 2: Nguồn cung cấp thông tin về đuối nước



Xem xét các nguồn cung cấp cho trẻ các thông tin về đuối nước cho thấy đa số trẻ được cung cấp thông tin về đuối nước thông qua thầy cô (70%), bố mẹ (63%), tivi và máy tính (47,3%). Các nguồn thông tin phổ biến tiếp theo

là từ cán bộ, Đoàn, Đội (29%), bạn bè (20,3%) và sách, báo, tờ rơi (19,3%). Kiến thức về phòng tránh đuối nước trẻ em ở mức trung bình, phản ánh thực tế của địa phương khi nguồn cung cấp thông tin cho các em còn hạn chế, chưa đa dạng và thu hút. Trên thực tế, chương trình phòng tránh đuối nước cho trẻ em cũng chưa được triển khai tại địa phương. Việc phổ biến kiến thức về phòng tránh đuối nước hay các loại tai nạn thương tích khác tại nhà trường hoặc gia đình cũng bị ảnh hưởng vì sự quá tải của các môn học chính khóa và các hoạt động ngoại khóa khác, thường chỉ được nhắc nhở tại một số thời điểm như chào cờ sáng thứ hai hoặc họp phụ huynh trong năm với nội dung rất sơ sài. Vì vậy, hiểu biết của các em dừng lại ở mức chung chung hoặc theo suy luận và thường không đầy đủ.

KẾT LUẬN

Phường Nghi Hải, thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An là nơi có tỷ lệ đuối nước cao, đặc biệt là đối với trẻ em trong độ tuổi từ 10 – 15 tuổi. Do đó, nghiên cứu kiến thức về phòng chống đuối nước của trẻ 10 – 15 tuổi tại đây là hoạt động khởi điểm, cần thiết và có ý nghĩa với hy vọng kết quả thu được sẽ định hướng để xây dựng chương trình truyền thông phù hợp và làm cơ sở để đánh giá đầu vào trước khi xây dựng các hoạt động của chương trình phòng chống đuối nước trẻ em.

Nghiên cứu cũng đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao kiến thức về phòng chống đuối nước cho trẻ em 10 – 15 tuổi tại địa phương như sau:

- Tăng cường các hoạt động giáo dục, truyền thông về phòng chống tai nạn thương tích nói chung và phòng chống đuối nước nói riêng cho lãnh đạo địa phương, nhà trường, gia đình và trẻ em. Đa dạng hóa hình thức truyền thông, tổ chức các câu lạc bộ trẻ em (dạy bơi miễn phí, hướng dẫn sơ cấp cứu, kỹ năng sinh tồn), lồng ghép các nội dung về đuối nước và phòng tránh đuối nước vào các buổi sinh hoạt ngoại khóa, trò chơi.

- Xây dựng cơ chế phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, nhà trường và cộng đồng trong chia sẻ thông tin và triển khai xây dựng các mô hình can thiệp phòng chống đuối nước cho trẻ em.

- Tăng cường cơ sở vật chất, xây dựng các bể bơi và mở các lớp học bơi cho trẻ em, lắp đặt các biển báo và hàng rào an toàn tại các khu vực nguy hiểm, tăng cường hệ thống và trang thiết bị cứu hộ, cứu nạn cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Lao động - Thương binh Xã hội, Tài liệu Hội thảo Vận động xây dựng chính sách và bàn giải pháp hỗ trợ phòng, chống đuối nước trẻ em. Hà Nội, ngày 04/01/2017.
2. Bộ Y tế, Báo cáo về tình hình tai nạn thương tích toàn quốc năm 2009, Hà Nội, 2010.
3. Dương Khánh Vân và cộng sự, Nghiên cứu nguy cơ đuối nước trẻ em dưới 18 tuổi tại một số xã thuộc Hải Dương, Thừa Thiên Huế và Đồng Tháp, 2006.
4. Hoàng Thế Kỳ, Tổng quan tài liệu về đuối nước và cách phòng tránh trên thế giới, Trường Đại học Y tế Công cộng, 2008.
5. Huỳnh Thiện Sĩ, Nguyễn Đỗ Nguyên, Đặc điểm dịch tễ học của tử vong do đuối nước trẻ em tại Đồng Tháp, Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, 2007. Số 11(1), Tr.46.
6. Phan Thanh Hòa, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến đuối nước trẻ em dưới 18 tuổi tại vùng đồng bằng sông Cửu Long, năm 2010”, Trường Đại học Y tế Công cộng - Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, 2011.
7. Phạm Việt Cường, Đuối nước và phòng chống đuối nước cho trẻ em, Tạp chí Y tế Công cộng, 2009. Số 13(13), Tr.04-8.
8. Trung tâm cứu hộ, cứu nạn và phòng chống thiên tai thị xã Cửa Lò, Báo cáo kết quả thực hiện nhiệm vụ và phương hướng nhiệm vụ các năm 2014, 2015, 2016.
9. Trạm y tế phường Nghi Hải, Báo cáo tình hình phòng chống tai nạn thương tích trẻ em giai đoạn 2010-2015. Nghệ An, 2016.
10. World Health Organization, Global report on drowning: preventing a leading killer, 2014.

-----oOo-----

HIỆU QUẢ CAN THIỆP TRUYỀN THÔNG NÂNG CAO KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM NGUY CƠ CAO Ở PHẠM NHÂN TRẠI GIAM VĨNH QUANG, 2017

Nguyễn Sỹ Thanh¹, Phạm Quang Cử², Phạm Văn Thao³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức phòng chống các bệnh truyền nhiễm nguy cơ cao ở phạm nhân tại trại giam Vĩnh Quang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo 2 giai đoạn trước và sau can thiệp trên 457 phạm nhân ở trại giam Vĩnh Quang (Vĩnh Phúc) năm 2016.

Kết quả: Sau can thiệp, kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, đường lây, cách phòng tránh và kiến thức chung của các phạm nhân về viêm gan B, C, HIV/AIDS và lao đều có sự nâng cao có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Cụ thể, kiến thức chung về viêm gan B, C tăng từ 9,2% lên 37,3%; kiến thức về HIV/AIDS tăng từ 10,9% lên 22,3% và kiến thức về lao tăng từ 25,5% lên 44,6%.

Kết luận và khuyến nghị:

Nghiên cứu phản ánh một phần thực trạng kiến thức của các PN tại trại Vĩnh Quang về các bệnh viêm gan, HIV/AIDS và lao. Từ các kết quả nghiên cứu chỉ ra sự cần thiết của việc đẩy mạnh và duy trì công tác tuyên truyền, giáo dục kiến thức về bệnh cho các phạm nhân. Ngoài ra, nghiên cứu này được tiến hành trên các đối tượng đặc biệt là các phạm nhân, vì vậy, các kết quả này chưa thể hoàn toàn đại diện cho các số liệu của toàn quân thể, cần tiến

1. Cục Quản lý trại giam Bộ Công an

2. Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 02/08/2017 | » Ngày phản biện: 07/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 12/08/2017

hành thêm các điều tra, nghiên cứu để có những kết quả chính xác hơn.

ABSTRACTS: THE EFFICIENCY OF HIGH RISK TRANSMITTED DISEASES KNOWLEDGE IMPROVEMENT IN VINH QUANG PRISON'S PRISONERS, 2017

Aim: Evaluation of efficiency of intervention to improve high risk transmitted knowledge in Vinh Quang Prison's prisoners.

Method: A cross-sectional study of 457 prisoners in Vinh Quang Prison (Vinh Phuc province) with 2 phases: before and after intervention.

Result: There are significant increase about transmitted diseases knowledge related with causes, symptoms, transmission and prevention in prisoners after intervention ($p < 0.001$). Particularly, knowledge of hepatitis was increased from 9.2% to 37.3%; knowledge of HIV/AIDS was increased from 10.9% to 22.3%; and knowledge of tuberculosis was increased from 25.5% to 44.6%.

Conclusion: The study highlight some of the knowledge of high risk transmitted diseases in Vinh Quang Prison's prisoners. The results also point out the needed of intervention to improve the knowledge, such as propaganda, education for prisoners and the important to maintain them for long time. Besides, this study had been doing on very special participants, who is prisoner, so the results could not represent for all community and need to do further studies to get more information.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Môi trường trong trại giam là một môi trường đặc thù riêng, tách biệt với thế giới bên ngoài. Trại giam thường đóng ở nơi có khí hậu khắc nghiệt, cộng thêm tình trạng giam giữ đông, cơ sở vật chất còn hạn chế, môi trường bị ô nhiễm, nên tỷ lệ bệnh lây nhiễm là khá phổ biến. Điển hình nhất là lao phổi và lao/ HIV chiếm trên 90% PN tử vong trong các trại giam [1, 2]. Các vi rút HIV, HBV, HCV là một nhóm các vi rút gây bệnh quan trọng ở người và nằm trong nhóm 10 nguyên nhân gây bệnh hàng đầu trên thế giới [8]. Các vi rút này có cách thức lây truyền qua phơi mắt dưới da, qua đường tình dục và lây truyền dọc từ mẹ sang con. Khác với HIV, viêm gan B, C, lao là bệnh lây truyền chủ yếu qua đường không khí. Ở những người có suy giảm miễn dịch như người mắc HIV, suy dinh dưỡng hoặc tiểu đường, hoặc những người nghiện thuốc lá sẽ có nguy cơ bị bệnh Lao cao hơn so với những người khác [4].

Các nghiên cứu đã chỉ ra kiến thức của các phạm nhân (PN) về các bệnh truyền nhiễm này vẫn còn thấp. Tại trại Cây Cày chỉ có 8,5% số phạm nhân có kiến thức đúng trong phòng chống bệnh lao, 6,6% có kiến thức đúng trong phòng chống HIV, không có phạm nhân nào có kiến thức đúng trong phòng chống bệnh viêm gan B, C vào năm 2015[3]. Các nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy có 30,7% PN không biết bất gì biện pháp phòng tránh lao nào [5]. Một nghiên cứu khác còn chỉ ra 83% PN không có kiến thức đúng về viêm gan B, C [6].

Các biện pháp can thiệp truyền thông, giáo dục sức khỏe cho PN là cần thiết nhằm góp phần giảm tỉ lệ mắc bệnh cho các PN. Không những thế, tuyên truyền, truyền thông theo phương pháp giáo dục đồng đẳng có thể có ảnh hưởng đến thái độ, kiến thức và hành vi của phạm nhân; tăng cường việc sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục; tăng hiểu biết về các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV và cải thiện khả năng tự tin trong sử dụng bao cao su [7]. Tháng 07 năm 2015, tại trại Vinh Quang các biện pháp truyền thông, giáo dục, tập huấn nâng cao kiến thức về phòng chống các bệnh truyền nhiễm cũng như dự phòng lây nhiễm đã được thực hiện, kết hợp với việc mua thuốc, trang thiết bị y tế khác nhằm nâng cao thể trạng cho PN. Chính vì vậy, đề tài “Hiệu quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức phòng chống các bệnh truyền nhiễm nguy cơ cao ở phạm nhân trong trại giam Vinh Quang năm 2017” được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo 2 thời điểm: trước và sau can thiệp.

Thời gian và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07/2015 đến tháng 10/2016 trên đối tượng là các PN tại trại giam Vinh Quang (Vinh Phuc).

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu PN để thu thập thông tin được tính theo công thức tính cỡ mẫu 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P_1 (1-P_1) + P_2 (1-P_2)}{d^2}$$

Với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Tỷ lệ kiến thức đúng trước can thiệp 0,092, ước tính tỷ lệ kiến thức sau can thiệp $P_2 = 0,3$, sai số chấp nhận được $d = 0,05$. Cỡ mẫu tính ra được là 448 đối tượng. Thực tế trước can thiệp có 487 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, trong quá trình 1 năm tham gia có 30 đối tượng được ra, chuyển trại. Cỡ mẫu cuối cùng sau can thiệp là 457 đối tượng.

Phương pháp nghiên cứu:

Giai đoạn trước can thiệp, các thông tin liên quan đến tình hình sức khỏe của PN được thu thập từ sổ sách, báo cáo tại trại Vĩnh Quang. Bộ câu hỏi phỏng vấn PN được xây dựng để tìm hiểu kiến thức về các bệnh truyền nhiễm của PN. Nội dung can thiệp nâng cao kiến thức của PN về các bệnh truyền nhiễm được xây dựng từ các kết quả của giai đoạn đầu. Các biện pháp can thiệp được thực hiện bao gồm truyền thông, giáo dục, tổ chức đào tạo đồng đẳng viên về kiến thức phòng chống bệnh kết hợp với kiến thức về dự phòng lây nhiễm, bổ sung các kiến thức về phòng chống ma túy. Các thông tin được tuyên truyền thông qua các kênh trực tiếp qua các buổi đào tạo, thảo luận nhóm hoặc tư vấn khi thăm khám chữa bệnh, hoặc gián tiếp qua các phương tiện truyền thông trong khuôn viên trại giam, đồng thời với các buổi sinh hoạt lồng ghép các tiết mục văn nghệ, nghệ thuật... Sau can thiệp, các kiến thức của

PN được đánh giá lại bằng bộ câu hỏi phỏng vấn ban đầu nhằm so sánh sự thay đổi về kiến thức của họ.

Tất cả số liệu thu thập được sẽ được làm sạch, mã hóa và nhập vào phần mềm Epidata 3.1, sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Các can thiệp đã được tiến hành trên 487 PN được chọn ngẫu nhiên ở trại Vĩnh Quang. Trong quá trình can thiệp đã không thu thập số liệu được trên 30 PN do các lý do như PN chuyển trại, ra tù... nên sau can thiệp, số liệu thu thập được bao gồm các thông tin của 457 PN tại trại Vĩnh Quang và được mô tả, phân tích theo các yếu tố hiện mắc, kiến thức, thực hành và một số yếu tố khác....

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu tại trại trước và sau can thiệp Vĩnh Quang

Đặc điểm		Trước can thiệp (n=487)		Sau can thiệp (n=457)	
		Tần số	%	Tần số	%
Tuổi trung bình		33,8 (+10,8)		35,8 (+10,8)	
Trình độ học vấn	Mù chữ	20	4,1	17	3,7
	Tiểu học	65	13,4	59	12,9
	Trung học cơ sở (THCS)	183	37,7	172	37,6
	Trung học phổ thông (THPT)	175	36,1	169	37
	Trung cấp, cao đẳng	23	4,8	21	4,6
	Đại học, sau đại học	19	3,9	19	4,2
Dân tộc	Kinh	433	88,9	407	89,1
	Khác	54	11,1	50	10,9
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	206	42,3	198	43,3
	Độc thân	220	45,2	200	43,8
	Ly thân, ly dị, góa	61	12,5	59	12,9
Thời gian ở trại	< 1 năm	22	4,5	19	4,2
	1-3 năm	24	4,9	25	5,5
	>3 năm	16	3,3	14	3,1
	Không nhớ/không trả lời	425	87,3	399	87,3
Công việc trong trại	Không làm việc gì	65	13,4	57	12,5
	Tham gia các công việc trong trại	422	86,7	400	87,5
Thăm nuôi	Được thăm nuôi	382	78,4	357	78,1
	Không được thăm nuôi	105	21,6	100	21,9



Độ tuổi trung bình của các PN khi tham gia can thiệp là 33,8 tuổi. Đa số các đối tượng có trình độ học vấn là THCS (37,6%) và THPT (37,0%). Tuy nhiên, nếu như trước can thiệp, nhóm PN có trình độ đại học và sau đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,9%), thì sau can thiệp, chiếm tỷ lệ thấp nhất lại là nhóm PN mù chữ (3,7%). Các PN thuộc dân tộc Kinh vẫn chiếm đa số trong các đối tượng nghiên cứu (89,1%). Sau can thiệp, nhóm PN độc thân

vẫn chiếm số đông với tỷ lệ 43,8%. Về thời gian ở trại của bản thân, đa số các PN thường không nhớ hoặc không trả lời (87,3%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu đang tham gia các công việc lao động trong trại giam như làm đồ thủ công mỹ nghệ, trồng rau, làm bếp... (87,5%). Hầu hết các đối tượng đều được thăm nuôi (78,1%).

2. Kiến thức về viêm gan B, C của đối tượng trước và sau can thiệp

Bảng 2: Kiến thức của phạm nhân về bệnh viêm gan B, viêm gan C trước và sau can thiệp tại trại Vĩnh Quang

	Kiến thức chưa đúng		Kiến thức đúng		Tổng số	p, χ^2
	SL	%	SL	%		
Về nguyên nhân gây bệnh						
Trước can thiệp	382	78,4	105	21,6	487	p<0,001 $\chi^2=87,6$
Sau can thiệp	225	49,2	232	50,8	457	
Kiến thức về đường lây						
Trước can thiệp	447	91,8	40	8,2	487	p<0,001 $\chi^2=152,7$
Sau can thiệp	260	56,9	197	43,1	457	
Kiến thức về triệu chứng						
Trước can thiệp	451	92,6	36	7,4	487	p<0,001 $\chi^2=145,4$
Sau can thiệp	271	59,3	186	40,7	457	
Kiến thức về phòng tránh						
Trước can thiệp	476	97,7	11	2,3	487	p<0,001 $\chi^2=196,6$
Sau can thiệp	280	61,3	177	38,7	457	
Kiến thức chung						
Trước can thiệp	442	90,8	45	9,2	487	p<0,001 $\chi^2=112,7$
Sau can thiệp	287	62,8	170	37,2	457	

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở cả 4 nhóm kiến thức về bệnh và kiến thức chung ở các phạm nhân đều tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau can thiệp, tỷ lệ PN có kiến thức về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B, C đạt 50,8% (tăng lên 29,2% so với 21,6%); tỷ lệ PN có kiến thức đúng về đường lây truyền của bệnh viêm gan B, C tăng

34,9% (43,1% so với 8,2% trước can thiệp); tỷ lệ PN có kiến thức đúng sau khi can thiệp là 40,7%, cao hơn 33,3% so với trước can thiệp; về cách phòng tránh (38,7% so với 2,3%); và về cả kiến thức chung (37,2% so với 9,2%).

3. Kiến thức về HIV/AIDS của đối tượng trước và sau can thiệp

Bảng 3: Kiến thức của phạm nhân về HIV/AIDS trước và sau can thiệp tại trại Vĩnh Quang

	Kiến thức chưa đúng		Kiến thức đúng		Tổng số	p, χ^2
	SL	%	SL	%		
Về nguyên nhân gây bệnh						
Trước can thiệp	141	28,95	346	71,1	487	p=0,02 $\chi^2=5,4$
Sau can thiệp	102	22,3	355	77,7	457	
Về đường lây bệnh						
Trước can thiệp	225	46,2	262	53,8	487	p=0,01 $\chi^2=4,0$
Sau can thiệp	173	37,9	284	62,1	457	
Về triệu chứng						

	Kiến thức chưa đúng		Kiến thức đúng		Tổng số	p, χ^2
	SL	%	SL	%		
Trước can thiệp	257	52,8	230	47,2	487	p<0,001 $\chi^2=9,2$
Sau can thiệp	196	42,9	261	57,1	457	
Về phòng tránh						
Trước can thiệp	333	68,4	154	31,6	487	p=0,005 $\chi^2=8,0$
Sau can thiệp	272	59,5	185	40,5	457	
Về kiến thức chung						
Trước can thiệp	434	89,1	53	10,9	487	p<0,001
Sau can thiệp	355	77,7	102	22,3	457	$\chi^2=22,5$

Bảng 3 chỉ ra các kiến thức về HIV/AIDS đều được nâng cao nhờ quá trình can thiệp với mức ý nghĩa p<0,05. Kiến thức đúng của PN sau can thiệp được nâng cao hơn so với trước can thiệp về nguyên nhân gây HIV (77,7% so với 71,1%); về đường lây HIV (62,1% so với 53,8%);

về triệu chứng HIV (57,1% so với 47,2%); về cách phòng tránh HIV (40,5% so với 31,6%); và về kiến thức chung về HIV (22,3% so với 10,9%).

4. Kiến thức về lao của đối tượng trước và sau can thiệp

Bảng 4: Kiến thức của phạm nhân về nguyên nhân gây bệnh Lao trước và sau can thiệp tại trại Vĩnh Quang

	Kiến thức chưa đúng		Kiến thức đúng		Tổng số	p, χ^2
	SL	%	SL	%		
Về nguyên nhân gây bệnh						
Trước can thiệp	369	75,8	118	24,2	487	p<0,001 $\chi^2=90,8$
Sau can thiệp	208	45,5	249	54,5	457	
Về đường lây truyền						
Trước can thiệp	284	58,3	203	41,7	487	p<0,001 $\chi^2=52,4$
Sau can thiệp	159	34,8	298	65,2	457	
Về triệu chứng						
Trước can thiệp	377	77,4	110	22,6	487	p<0,001 $\chi^2=94,2$
Sau can thiệp	214	46,8	243	53,2	457	
Về cách phòng tránh						
Trước can thiệp	385	79,1	102	20,9	487	p<0,001 $\chi^2=97,9$
Sau can thiệp	220	48,1	237	51,9	457	
Về kiến thức chung						
Trước can thiệp	363	74,5	124	25,5	487	p<0,001 $\chi^2=38,2$
Sau can thiệp	253	55,4	204	44,6	457	

Qua quá trình can thiệp, kiến thức đúng của PN về bệnh lao đều tăng so với trước can thiệp, về nguyên nhân gây bệnh (54,5% so với 24,2%), về đường lây bệnh (65,2% so với 41,7%), về triệu chứng (53,2% so với 22,6%), về cách phòng tránh bệnh (51,9% so với 20,9%), và về kiến thức chung về bệnh Lao (44,6% so với 25,5%).

Tất cả những thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên cỡ mẫu nhỏ với 487 đối tượng trước can thiệp, nhỏ hơn so với một số nghiên cứu về kiến thức về các bệnh truyền nhiễm có nguy cơ tương tự ở Việt Nam và trên thế giới [3, 5, 6]. Dù có 30 đối tượng đã bị ra/chuyển trại trong quá trình can thiệp, nhưng thông tin của các đối tượng nghiên cứu không thay đổi nhiều trước và sau can thiệp. Điều này giúp cho việc hạn chế các sai số



ngẫu nhiên hoặc hệ thống có thể xảy ra trong quá trình thu thập, xử lý và phân tích số liệu.

Dễ nhận thấy các PN đang có kiến thức tốt nhất về HIV/AIDS, tiếp đến là kiến thức về lao trong khi kiến thức về các bệnh viêm gan của họ lại rất thấp. So với nghiên cứu tại trại giam Cây Cầy năm 2015, tỷ lệ kiến thức đúng về các bệnh viêm gan, HIV/AIDS và lao tại Vĩnh Quang đều cao hơn [3], nhưng vẫn thấp so với một số nghiên cứu trên thế giới [5, 6]. Có sự khác biệt này là do đặc thù của các PN ở các trại giam tại mỗi quốc gia có sự khác biệt nhất định, cơ sở vật chất cũng như hệ thống quản lý các trại giam ở Việt Nam vẫn chưa thực sự sánh kịp với nhiều nước.

Kết quả nghiên cứu trước can thiệp cho thấy kiến thức của PN tại trại Vĩnh Quang trong nghiên cứu còn rất hạn chế về các nguyên nhân, triệu chứng, đường lây truyền và cách phòng tránh bệnh. Kiến thức có ảnh hưởng quan trọng đến việc thực hành của PN [3, 7]. Do vậy, cần đẩy mạnh công tác thông tin, giáo dục truyền thông về phòng, chống các bệnh viêm gan, HIV/AIDS, Lao cho những đối tượng này.

Qua quá trình can thiệp, kiến thức của các PN đã được nâng cao đáng kể ở tất cả các nội dung cho thấy hiệu quả tốt của các biện pháp can thiệp. Dễ nhận thấy nhất là sự nâng cao về kiến thức của PN về viêm gan B, C trong khi kiến thức về HIV/AIDS, lao cũng được thay đổi đáng kể

nhưng với biên độ thấp hơn. Đó là do kiến thức về viêm gan B, C của các PN vẫn còn thấp so với kiến thức về HIV/AIDS hoặc lao.

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên các đối tượng đặc biệt, là những phạm nhân đang chấp nhận án phạt tù trong các trại giam. Họ là những người dễ bị tổn thương với các yếu tố nguy cơ như: quan hệ tình dục không an toàn, tiêm chích ma túy... Vì vậy nên các kết quả này chưa thể hoàn toàn đại diện cho các số liệu của toàn quần thể, cần tiến hành thêm các điều tra, nghiên cứu để có những kết quả chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã cho thấy sự thay đổi rõ ràng về kiến thức của các phạm nhân về các bệnh truyền nhiễm được xét đến, phần nào đã chứng minh được hiệu quả các biện pháp can thiệp truyền thông đã được thực hiện.

Từ các kết quả đó, một số khuyến nghị cần cần nhắc triển khai thêm là: Đẩy mạnh công tác tuyên truyền để phạm nhân và người bệnh có nhận thức đúng về việc lây nhiễm bệnh và có ý thức trong phòng chống lây nhiễm và chữa bệnh. Công tác tuyên truyền phải được tiến hành thường xuyên, liên tục không ngừng đổi mới, nội dung, chú trọng đào tạo các tuyên truyền viên đồng đẳng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Công an, Cục Quản lý trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, (2006), *Báo cáo tổng kết công tác quản lý Trại giam, Cơ sở giáo dục, Trường giáo dưỡng*.
2. Bộ Công an, Tổng cục VIII, Cục C87, (2011), *Báo cáo tổng kết năm 2011*.
3. Nguyễn Chí Thanh, Phạm Quang Cừ, Phạm Văn Thao, (2016), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của phạm nhân về phòng chống một số bệnh truyền nhiễm nguy cơ cao của các phạm nhân tại trại Cây Cầy tỉnh Tây Ninh năm 2015", *Tạp chí Y – Dược học Quân sự* 9/2016, pp. 56-63.
4. WPRO (2016), *Hỏi và đáp về Bệnh lao (TB)*, accessed 28-5-2016, from <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/tuberculosis/tuberculosisqanda/vi/>.
5. Abebe, D. S., et al. (2011), "Assessment of knowledge and practice about tuberculosis among eastern Ethiopian prisoners", *Int J Tuberc Lung Dis.* 15(2), pp. 228-33, i.
6. Adoga, M. P., et al. (2009), "Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prison inmates in Nasarawa State, Nigeria", *J Infect Dev Ctries.* 3(7), pp. 539-47.
7. Wright, N., et al. (2011), "Peer health promotion in prisons: a systematic review", *Int J Prison Health.* 7(4), pp. 37-51.
8. Abdul, M. Kazi, et al. (2010), "Risk factors and prevalence of tuberculosis, human immunodeficiency virus, syphilis, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among prisoners in Pakistan", *Int J Infect Dis.* 14(3), pp. 60-66.

THỰC TRẠNG VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ CỦA CÁC PHÒNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE VÀ CÁC ẢN PHẨM/TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG CÓ HIỆU QUẢ VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ THUỘC HUYỆN LỤC NAM, TỈNH BẮC GIANG

Vũ Văn Huấn¹, Nguyễn Thị Hiên², Đặng Bích Thủy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm cung cấp thông tin về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) tại các trạm y tế xã. Với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 27 trạm y tế xã tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang. Kết quả cho thấy: có (51,85%) trạm y tế phải dùng chung phòng truyền thông với các hoạt động khác của trạm y tế; có (96,3%) trạm y tế có cán bộ chuyên trách về TT-GDSK và (100%) trạm y tế có lập kế hoạch năm về TT-GDSK. Đa số các trạm y tế có trưng bày các ấn phẩm (85,2%); có (81,5%) trạm y tế có tủ đựng tài liệu truyền thông và (88,9%) trạm y tế có bàn ghế tư vấn cho người dân; 96,3% trạm y tế có máy tính để bàn và thường xuyên sử dụng; (88,9%) trạm có máy in và trong đó (95,8%) trạm y tế thường xuyên sử dụng; các trang thiết bị khác phục vụ cho truyền thông như tờ rơi về phòng chống bệnh KLN (chiếm 77,8%); Loa cầm tay (chiếm 70,1%), tivi (chiếm 70,4%), đĩa CD (chiếm 44,4%).

Các ấn phẩm/tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao đối với cộng đồng về phòng chống bệnh không lây nhiễm: Bài phát thanh (chiếm 70,1%), tờ rơi (chiếm 55,6%), đĩa CD (chiếm 48,1%).

Từ khóa: Truyền thông-Giáo dục sức khỏe; cơ sở vật chất, trang thiết bị, bệnh không lây nhiễm.

SUMMARY:

THE CURRENT SITUATION OF FACILITIES AND EQUIPMENT OF THE HEALTH COMMUNICATION, EDUCATION DEPARTMENT AND PUBLICATIONS / MATERIALS THAT EFFECTIVELY COMMUNICATED WITH THE PUBLIC ABOUT NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AT COMMUNE HEALTH

STATIONS AT COMMUNITY HEALTH STATIONS IN THE LUC NAM DISTRICT, BAC GIANG PROVINCE

This research aims to provide information on the current situation of facilities and equipment of the Health Communication and Education Department at commune health stations. A cross sectional design was designed at 27 community health stations in the Luc Nam district, Bac Giang province. Results showed that: (51.85%) of Health station had to share media room with other activities of Health station; There are (96.3%) health stations with full-time Communications and Healthcare (100%) clinics with yearly planning for Health Communication and Education. The majority of clinics exhibited publications (85.2%); There are (81.5%) health stations has media cabinets and (88.9%) clinics have desks for people; 96.3% of clinics have desktop computers, and frequently use them; (88.9%) stations have printers and in which (95.8%) clinics regularly use; Other equipment for communication such as leaflets on non-communicable disease prevention (77.8%); Handheld speakers (70.1%), televisions (70.4%), CD players (44.4%). Publications / materials that effectively communicated with the public about non-communicable disease prevention: radio broadcasts (70.1%), leaflets (55.6%), CDs Accounted for 48.1%).

Keywords: Health Education and Communication, Material facilities, Equipment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) ở nước ta đã được hình thành từ tuyến trung ương đến tuyến cơ sở. Để có thể đảm nhận các chức năng nhiệm vụ

1. Bệnh viện Đa khoa huyện Lục Nam
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

của phòng TT-GDSK thuộc trạm y tế xã và tổ chức tốt các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn thì vấn đề nhân lực, cơ sở vật chất (CSVC), trang thiết bị (TTB) thực hiện truyền thông là những điều kiện không thể thiếu [1]. Thực tế, cho đến nay, vẫn chưa có quy định cụ thể về cơ sở vật chất, các trang thiết bị phục vụ cho công tác TT-GDSK tại các trạm y tế xã.

TT-GDSK góp phần phổ biến sâu rộng những kiến thức phòng chống bệnh tật nói chung và các bệnh không lây nhiễm nói riêng [5]. Trong bối cảnh hiện nay, chiến lược Quốc gia phòng, chống bệnh các bệnh không lây nhiễm (KLN) giai đoạn 2015-2025 đã được Chính phủ phê duyệt, với mục tiêu nêu rõ “Không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh KLN, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước [4]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng truyền thông giáo dục sức khỏe và các ấn phẩm/tài liệu truyền thông có hiệu quả về phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã thuộc huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang” nhằm cung cấp thông tin về thực trạng về CSVC, TTB và phương tiện cho thực hiện truyền thông ở tuyến y tế xã giúp cho việc xây dựng và hoàn thiện các phòng TT-GDSK với mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. Mô tả thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị tại các phòng TT-GDSK tại các trạm y tế xã thuộc huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang.

2. Tìm hiểu các ấn phẩm/ tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao về phòng chống bệnh không lây nhiễm đối với cộng đồng tại các địa bàn nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu:

- Nghiên cứu được triển khai tại huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang.

- Đối tượng nghiên cứu: Trưởng trạm y tế xã và các phòng TT- GDSK tại các trạm y tế.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2016 đến tháng 2/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Nghiên cứu được thực hiện tại tất cả các trạm y tế xã

thuộc huyện Lục Nam

2.2.3. Nội dung nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu:

Các nội dung về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện thực hiện TT-GDSK của các phòng TT-GDSK tại các trạm y tế xã, được thu thập dựa trên các biểu mẫu được thiết kế sẵn cho việc thu thập các thông tin. Các biểu mẫu được phát cho cán bộ tham gia nghiên cứu, điền dưới sự hướng dẫn và giám sát trực tiếp của nghiên cứu viên.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập vào máy tính và phân tích bằng phần mềm Epidata 3.1. Các chỉ số nghiên cứu được tính toán dưới dạng tần suất, tỷ lệ %.

2.4. Sai số và cách không chế: Các biểu mẫu được kiểm tra kỹ ngay tại chỗ để đảm bảo các thông tin được thu thập đầy đủ và đúng với mục tiêu của nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này không gây ảnh hưởng gì tới sức khỏe và những bí mật riêng tư của các địa phương và đối tượng trực tiếp tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được chỉ nhằm mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số thông tin chung về hoạt động truyền thông tại các trạm y tế xã (n=27)

Nội dung		Số lượng	Tần suất	%
Phòng truyền thông	Có phòng độc lập	13	13/27	48,15
	Dùng chung	14	14/27	51,85
Cán bộ chuyên trách TTGDSK	Có	26	26/27	96,3
	Không	1	1/27	3,7
Kế hoạch năm về TTGDSK	Có	27	27/27	100
	Không	0	-	-

Bảng 1 cho thấy có (51,85%) trạm y tế phải dùng chung phòng truyền thông với các hoạt động khác của trạm y tế; có (96,3%) trạm y tế có cán bộ chuyên trách về TT-GDSK và (100%) trạm y tế có lập kế hoạch năm về TT-GDSK.

Bảng 2. Thực trạng về cơ sở vật chất của các phòng TT-GDSK (n=27)

Cơ sở vật chất	Số lượng	%
Phòng TT-GDSK có bộ bàn ghế tư vấn	24	88,9
Phòng TT-GDSK có tủ đựng tài liệu truyền thông	22	81,5

Cơ sở vật chất	Số lượng	%
Phòng TT_GDSK có trưng bày các ấn phẩm TT	23	85,2

Bảng 2 mô tả phòng truyền thông GDSK tại trạm y tế, kết quả cho thấy đa số các trạm y tế có trưng bày các ấn phẩm (85,2%); có (81,5%) trạm y tế có tủ đựng tài liệu truyền thông và (88,9%) trạm y tế có bàn ghế tư vấn cho người dân.

Bảng 3. Thực trạng trang thiết bị, phương tiện phục vụ công tác TT-GDSK (n=27)

Phương tiện, trang thiết bị	Số lượng	%	Tần suất sử dụng					
			Thường xuyên		Thỉnh thoảng		Hiếm khi	
			SL	(%)	SL	(%)	SL	(%)
Máy tính bàn	26	96,3	26	100	0	-	0	-
Máy in	24	88,9	23	95,8	01	4,2	0	-
Máy điện thoại bàn	19	70,4	14	73,7	05	26,3	0	-
Tivi	19	70,4	10	52,6	07	36,8	02	10,5
Đầu CD	12	44,4	06	50	06	50	0	-
Loa cầm tay	20	70,1	09	45	09	45	02	10
Tăng âm, loa	14	51,8	05	35,7	08	57,2	01	7,2
Đài cassette	07	25,9	04	57,2	02	28,6	01	14,3
Poser, tờ rơi	21	77,8	21	100	0	-	0	-

Bảng 3 mô tả về thực trạng trang thiết bị, phương tiện phục vụ công tác TT-GDSK đang sử dụng tại các trạm y tế cho thấy hầu hết (đạt 96,3%) trạm y tế có máy tính để bàn và thường xuyên sử dụng; (88,9%) trạm có máy in và trong đó (95,8%) trạm y tế thường xuyên sử dụng; các trang thiết bị khác phục vụ cho truyền thông như tờ rơi (chiếm 77,8%); Loa cầm tay (chiếm 70,1%), tivi (chiếm 70,4%), đầu CD (chiếm 44,4%), ... trạm y tế đang có và sử dụng.

Bảng 4. Nhận xét của trưởng trạm về trang thiết bị thực hiện hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh không lây nhiễm (n=27)

Nội dung		Số lượng	Tần suất	%
Trang thiết bị	Đủ	0	-	-
	Tạm đủ	5	5/27	18,5
	Thiếu	16	16/27	59,3
	Rất thiếu	6	6/27	22,2
Tài liệu/ấn phẩm	Đủ	1	1/27	3,7
	Tạm đủ	4	4/27	14,8
	Thiếu	18	18/27	66,7
	Rất thiếu	4	4/27	14,8

Bảng 4 trình bày về nhận xét của trưởng trạm y tế về trang thiết bị hoạt động thực hiện hoạt động phòng chống bệnh KLN của trạm cho thấy: về nhân lực chỉ có 1/3 số trạm y tế đầy đủ nhân lực so với mức thực tế cần; về kinh

phí, trang thiết bị và tài liệu/ấn phẩm phục vụ các hoạt động TT-GDSK bệnh KLN chủ yếu các trường trạm cho rằng là thiếu.

Bảng 5. Nhận xét của trưởng trạm y tế về tài liệu/ấn phẩm cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế (n=27)

Ấn phẩm/tài liệu	Được cấp phát		Sử dụng hiệu quả	
	SL	%	SL	%
Tài liệu hướng dẫn chuyên môn	14	51,8	11	40,7
Đĩa CD	12	44,4	13	48,1
Tờ rơi	14	51,8	15	55,6
Poster	4	14,8	5	18,5
Bài phát thanh	8	29,6	20	70,1
Báo/tạp chí chuyên môn	3	11,1	1	3,7

Qua bảng 5 cho thấy các ấn phẩm/ tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao đối với cộng đồng thì đa số trưởng trạm y tế cho rằng bài phát thanh có hiệu quả cao nhất (chiếm 70,1%), tiếp theo là tờ rơi (chiếm 55,6%); Đĩa CD (chiếm 48,1%) và chỉ có 01 trạm trưởng cho rằng báo/tạp chí chuyên môn có hiệu quả truyền thông đối với cộng đồng. Trên thực tế chỉ có (29,6%) trạm y tế được cấp phát



bài phát thanh còn chủ yếu được cấp phát tài liệu hướng dẫn chuyên môn và tờ rơi (chiếm 51,8%).

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay, trên thực tế tại các trạm y tế xã, cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ hoạt động TT-GDSK tùy thuộc theo điều kiện mà từng địa phương tự trang bị theo khả năng của mình hoặc được cung cấp từ các chương trình/dự án.

Theo một số địa phương này thì cơ sở vật chất, các trang thiết bị tối thiểu phục vụ cho công tác TT-GDSK của trạm y tế xã là những cơ sở vật chất, các trang thiết bị như chúng tôi đã liệt kê trong bảng 1, 2 và bảng 3. Kết quả cho thấy: có (51,85%) trạm y tế phải dùng chung phòng truyền thông với các hoạt động khác của trạm y tế; có (96,3%) trạm y tế có cán bộ chuyên trách về TT-GDSK và (100%) trạm y tế có lập kế hoạch năm về TT-GDSK. Đa số các trạm y tế có trưng bày các ấn phẩm (85,2%); có (81,5%) trạm y tế có tủ đựng tài liệu truyền thông và (88,9%) trạm y tế có bàn ghế tư vấn cho người dân; 96,3% trạm y tế có máy tính để bàn và thường xuyên sử dụng; (88,9%) trạm y tế có máy in và trong đó (95,8%) trạm y tế thường xuyên sử dụng; các trang thiết bị khác phục vụ cho truyền thông như tờ rơi (chiếm 77,8%); Loa cầm tay (chiếm 70,1%), tivi (chiếm 70,4%), đầu CD (chiếm 44,4%), ...

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với tình hình chung của cả nước, trang thiết bị tối thiểu để phục vụ công tác chuyên môn chưa đủ và không đồng bộ; phương tiện truyền thông, cổ động diễu hành chưa đáp ứng đủ [2],[3].

Trong nghiên cứu này, tại bảng 4 trình bày về nhận xét của trưởng trạm y tế về trang thiết bị hoạt động thực hiện hoạt động phòng chống bệnh KLN của trạm cho thấy: Về nhân lực chỉ có 1/3 số trạm y tế đầy đủ nhân lực so với mức thực tế cần; về kinh phí, trang thiết bị và tài liệu/ấn phẩm phục vụ các hoạt động TT-GDSK bệnh KLN chủ yếu các trưởng trạm cho rằng là thiếu. Về các ấn phẩm/tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao đối với cộng đồng thì đa số trưởng trạm y tế cho rằng bài phát thanh có hiệu quả cao nhất (chiếm 70,1%), tiếp theo là tờ rơi (chiếm 55,6%) và chỉ có 01 trạm trưởng cho rằng báo/tạp

chí chuyên môn có hiệu quả truyền thông đối với cộng đồng. Trên thực tế chỉ có (29,6%) trạm y tế được cấp phát bài phát thanh còn chủ yếu được cấp phát tài liệu hướng dẫn chuyên môn và tờ rơi (chiếm 51,8%) (bảng 5)

Từ kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy khi đầu tư trang thiết bị cho các phòng TT-GDSK rất cần quan tâm đến nhu cầu và đặc điểm địa bàn xã. Cần xây dựng các chuẩn mực và có kế hoạch cung cấp CSVC, TTB chuyên môn tối thiểu để phòng TT-GDSK tại các trạm y tế xã có thể đảm bảo các hoạt động theo chức năng nhiệm vụ được giao.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị:

Có (51,85%) trạm y tế phải dùng chung phòng truyền thông với các phòng khác của trạm y tế; có (96,3%) trạm y tế có cán bộ chuyên trách về TT-GDSK và (100%) trạm y tế có lập kế hoạch năm về TT-GDSK.

Đa số các trạm y tế có trưng bày các ấn phẩm (85,2%); có (81,5%) trạm y tế có tủ đựng tài liệu truyền thông và (88,9%) trạm y tế có bàn ghế tư vấn cho người dân; 96,3% trạm y tế có máy tính để bàn và thường xuyên sử dụng; (88,9%) trạm y tế có máy in và trong đó (95,8%) trạm y tế thường xuyên sử dụng; các trang thiết bị khác phục vụ cho truyền thông như tờ rơi về phòng chống bệnh KLN (chiếm 77,8%); Loa cầm tay (chiếm 70,1%), tivi (chiếm 70,4%), đầu CD (chiếm 44,4%), đài cassette (25,9%).

2. Các ấn phẩm/ tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao đối với cộng đồng: Có (29,6%) TYT được cấp bài phát thanh; Bài phát thanh có hiệu quả cao nhất (chiếm 70,1%), tiếp theo là tờ rơi (chiếm 55,6%), đĩa CD (chiếm 48,1%).

V. KHUYẾN NGHỊ

1. Cần ưu tiên trang bị cho các phòng TT-GDSK của các trạm y tế xã chưa có phòng làm việc độc lập, tủ sách chuyên môn, tủ trưng bày các ấn phẩm truyền thông...

2. Khi đầu tư trang thiết bị cho các phòng TT-GDSK của các trạm y tế xã cần quan tâm đến nhu cầu và đặc điểm của mỗi xã và cần xây dựng các chuẩn mực chung thống nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phan Thanh Bình, Bùi Hồng Loan và cộng sự (2013), "Nguồn lực và thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến y tế xã/ phường tại khu vực phía Nam (6-9/2013)", Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXIII, số 10 (146), Tr. 281.
2. Nguyễn Nhật Cẩm và Trần Thị Phương Thảo (2016), "Thực trạng trang thiết bị và phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe của trạm y tế xã về phòng chống bệnh truyền nhiễm, thành phố Hà Nội năm 2015", Tạp chí Y học Dự

phòng, Tập XXVI, số 2(175), Tr. 178-179.

3. Nguyễn Bá Dũng và Bùi Lê Tuấn (2014), "Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực và hoạt động của các phòng truyền thông giáo dục sức khỏe tại Hải Phòng năm 2013", Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXIV, số 9(158), Tr. 32-34.

4. Thủ tướng Chính phủ (2015), Chiến lược quốc gia về phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 phê duyệt theo Quyết định số: 376/QĐ-TTg ban hành ngày 20 tháng 3 năm 2015 Bộ Y tế, Hà Nội.

-----oOo-----

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU VÀ SỨC KHỎE SINH SẢN BÀ MẸ TRẺ EM TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Quỳnh¹, Trịnh Thị Thu Trang²

TÓM TẮT

Bài viết nhằm tìm hiểu thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt là chương trình tiêm chủng mở rộng và công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên. Đối tượng nghiên cứu: Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ và trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp phân tích định tính kết hợp với phương pháp phân tích định lượng. Qua việc phân tích thực trạng, đánh giá những kết quả đạt được và những hạn chế, tồn tại từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe sinh sản bà mẹ và trẻ em.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe ban đầu, chăm sóc sức khỏe sinh sản, bà mẹ và trẻ em.

ABSTRACT:

THE SITUATION OF PRIMARY HEALTH CARE AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE FOR MOTHERS AND CHILDREN IN THAI NGUYEN

The research is aimed to understand the status of primary health care, especially the expanded immunization program and the reproductive health care for mothers and children

in Thai Nguyen province. Subjects of study: the primary health care and reproductive health care for mothers and children in Thai Nguyen. Research methods: qualitative analysis combined with quantitative analysis method. By analyzing the situation, evaluate the achievements and existing problems, then propose some solutions to enhance the efficiency of the primary health care and reproductive health care for mothers and children.

Keywords: Primary health care, reproductive health care, mothers and children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ vừa qua, việc đầu tư cho lĩnh vực y tế dự phòng (YTDP) nói chung, chăm sóc sức khỏe ban đầu, sức khỏe sinh sản nói riêng ở Thái Nguyên đã mang lại những hiệu quả thiết thực, thể hiện trong việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh có vắc xin phòng ngừa, đẩy lùi những dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm bệnh như SARS, cúm A (H5N1), kiểm soát kịp thời, xử lý các bệnh lây nhiễm từ gia súc như: lở mồm long móng, bệnh dại.

Ngành Y tế tỉnh đã triển khai nhiều biện pháp đảm bảo môi trường sống, chủ động tiêm chủng phòng bệnh, giám sát phát hiện sớm, xử lý kịp thời, có hiệu quả các bệnh dịch góp phần quan trọng trong việc khống chế tiến tới

1. Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

2. Trường Đại học Kinh tế và Quản trị kinh doanh Thái Nguyên

» Ngày nhận bài: 15/06/2017 | » Ngày phản biện: 29/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 20/07/2017

thanh toán bệnh truyền nhiễm gây dịch và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Các chiến dịch cải thiện dinh dưỡng trẻ em đã đạt được những hiệu quả nhất định trong việc giảm tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi nhằm tiến dần hơn đến mục tiêu thiên niên kỷ về giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em.

Tuy nhiên bên cạnh những mặt tích cực đạt được từ sự thay đổi trong tình hình mới, hệ thống y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên cũng gặp nhiều khó khăn khi triển khai các hoạt động, đặc biệt là y tế dự phòng cấp quận/huyện.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em

2.2.1. Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Thái Nguyên đã nhận được sự quan tâm và đầu tư thích đáng nên đã được duy trì bền vững và đi vào chiều sâu với chất lượng ngày càng cao hơn. Tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc xin của chương trình tiêm chủng mở rộng đạt tỷ lệ rất cao và có hiệu quả trên quy mô rộng. Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin tại Thái Nguyên được thể hiện cụ thể qua bảng sau:

Bảng 1: Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin phân theo huyện/thành phố/thị xã

Định danh\Năm	2013	2014	2015
Thành phố Thái Nguyên	97,4	95,3	97,0
Thành phố Sông Công	96,3	98,7	98,9
Thị xã Phổ Yên	91,3	99,2	97,1
Huyện Định Hóa	92,6	98,0	98,0
Huyện Võ Nhai	92,4	96,5	96,9
Huyện Phú Lương	90,8	99,1	99,1
Huyện Đồng Hỷ	92,1	95,8	98,0
Huyện Đại Từ	93,8	95,9	98,3
Huyện Phú Bình	93,6	98,3	98,3
Toàn tỉnh	91,1	96,5	97,8

Nguồn: Niên giám thống kê tỉnh Thái Nguyên 2015

Xét trên toàn tỉnh thì tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin đã ngày càng tăng. Cụ thể tỷ lệ này vào năm 2013 là 91,1% và đã tăng lên 96,5% và 97,8% vào năm 2014 và 2015. Điều này thể hiện rằng chương trình tiêm chủng mở rộng ở Thái Nguyên đã đạt được những thành tựu quan trọng. Tuy nhiên tại các khu vực khác nhau thì tỷ lệ này còn chưa đồng nhất. Cụ thể tại

thành phố Thái Nguyên, tỷ lệ này vào năm 2013 là 97,4% nhưng đến năm 2014 đã giảm xuống còn 95,3%; đến năm 2015 tỷ lệ này có tăng nhưng vẫn thấp hơn năm 2013 là 97%. Điều này là do số dân ở thành phố tăng lên nhiều, đặc biệt là những người đang trong độ tuổi lao động, do vậy số trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng tăng lên nhanh chóng. Số trẻ em được tiêm chủng có tăng lên về số tuyệt đối, tuy nhiên so với số trẻ em chưa được tiêm chủng thì lại giảm. Ngoài ra, còn có hiện tượng nhiều hộ gia đình ở thành phố chỉ tập trung cho con đi tiêm dịch vụ trong bối cảnh vắc xin thiếu làm cho trẻ em được tiêm muộn, giảm hiệu quả phòng bệnh.

Như vậy, tỷ lệ bao phủ tiêm chủng vẫn chưa đầy đủ đối với trẻ em nghèo hoặc trẻ em vùng sâu vùng xa, hoặc những trẻ em phải đối mặt với những vấn đề liên quan đến di cư tự do. Ngoài ra, do số trẻ em tử vong sau tiêm chủng tăng nên một bộ phận các gia đình sợ không dám cho con đi tiêm. Tại các huyện khác như huyện Định Hóa, Võ Nhai, Phú Lương, Đồng Hỷ, Đại Từ và Phú Bình thì tỷ lệ này có xu hướng tăng dần. Cụ thể huyện Định Hóa đạt tỷ lệ 92,6% vào năm 2013, tỷ lệ này tăng lên 98% vào năm 2014 và vẫn giữ nguyên trong năm 2015. Tương tự như vậy huyện Phú Lương đạt tỷ lệ bao phủ 90,8% năm 2013 sau đó tăng lên 99,1% năm 2014 và giữ nguyên tỷ lệ này năm 2015. Huyện Đại Từ có tỷ lệ bao phủ năm 2013 là 93,8% sau đó tăng lên 95,9% và 98,3% tương ứng trong năm 2014 và 2015.

Hiệu quả của các chương trình tiêm chủng mở rộng được thực hiện tại Thái Nguyên những năm qua được thể hiện ở việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong của các bệnh có vắc xin phòng ngừa và các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm; phát hiện sớm được nhiều trường hợp mắc bệnh trong cộng đồng để kịp thời điều trị và quản lý.

Ngoài ra, công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe đã được đẩy mạnh ở tất cả các địa phương trong tỉnh thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng, các phương pháp truyền thông trực tiếp, các chương trình y tế, dịch vụ tư vấn sức khỏe... Các thông tin về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe đã đến được với người dân một cách dễ dàng, nhanh chóng, chính xác, góp phần làm thay đổi theo hướng tích cực nhận thức, thái độ và hành vi của mọi người về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật.

2.2.2. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản bà mẹ trẻ em

Việc sàng lọc trước sinh ngày càng được xã hội quan tâm để giảm tối đa các trường hợp trẻ bị dị tật và phát hiện các nguy cơ sớm ở cả mẹ và con. Tuy nhiên, tử vong mẹ sau sinh vẫn còn khá cao đặc biệt ở các vùng khó khăn và

vùng dân tộc thiểu số. Tỷ suất tử vong ở trẻ sơ sinh là chỉ số quan trọng bởi tử vong của trẻ sơ sinh có liên quan chặt chẽ đến sức khỏe bà mẹ. Tuy nhiên, tốc độ giảm tỷ suất tử vong mẹ và sơ sinh đang có xu hướng bị chậm lại, thể hiện cụ thể qua bảng sau:

Bảng 2: Tỷ suất tử vong mẹ sau sinh và tử vong trẻ sơ sinh

	2013	2014	2015
Số ca tử vong mẹ sau sinh (ca)	4	3	4
Tỷ suất chết của người mẹ (‰)	0.16	0.14	0.22
Tỷ suất tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi (‰)	23,5	23,2	22,4
Tỷ suất tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi (‰)	23,1	22,4	22,1

Nguồn: Niên giám thống kê tỉnh Thái Nguyên 2015

Năm 2013 tỷ suất chết của người mẹ là 0,16‰ và giảm xuống còn 0,14‰ vào năm 2014, tuy nhiên tỷ suất này lại tăng đến 0,22‰ vào năm 2015. Tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh ở trẻ dưới 1 tuổi và ở trẻ dưới 5 tuổi đều giảm dần trong giai đoạn 2013-2015. Nguyên nhân là vẫn còn thiếu chăm sóc sản khoa cấp cứu, hệ thống chuyên tuyến chưa hiệu quả và thiếu chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu. Các nguyên nhân chính gây tử vong trẻ em dưới 5 tuổi là biến chứng trước sinh, dị tật bẩm sinh, ngạt thở khi sinh, viêm phổi, bệnh truyền nhiễm khác và tai nạn, chấn thương.

Suy dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng có ảnh hưởng tới tình hình bệnh tật và tỷ suất tử vong ở trẻ em. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi vẫn còn khá cao do dinh dưỡng kém ở bà mẹ mang thai và trẻ em trong giai đoạn sớm, đặc biệt do tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ còn thấp. Ở một số vùng dân cư chưa sử dụng nước sạch, chưa đảm bảo vệ sinh môi trường dẫn đến trẻ bị tiêu chảy cũng góp phần vào suy dinh dưỡng trẻ em. Tình hình suy dinh dưỡng ở trẻ em được thể hiện cụ thể trong bảng sau:

Bảng 3: Tình hình suy dinh dưỡng ở trẻ em giai đoạn 2013-2015

Đơn vị tính: %

	2013	2014	2015
Tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng dưới 2500 gram	6,1	4,5	4,1
Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng	15,9	13,8	13,5

Nguồn: Niên giám thống kê tỉnh Thái Nguyên 2015

Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng trẻ em ở tỉnh Thái Nguyên có

xu hướng giảm dần. Do dinh dưỡng cho bà mẹ mang thai ngày càng được cải thiện nên trẻ sơ sinh có trọng lượng dưới 2500gram ngày càng giảm. Năm 2013 tỷ lệ trẻ sơ sinh nặng dưới 2500 gram là 6,1% thì đến năm 2015 tỷ lệ này đã giảm xuống còn 4,1%. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể thấp còi cũng đang giảm dần. Nếu năm 2013 tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi là 15,9% thì đến năm 2015 tỷ lệ này giảm xuống còn 13,5%.

Như vậy có thể thấy chế độ dinh dưỡng cho trẻ em ngày càng được cải thiện và đảm bảo sự phát triển thể chất cho trẻ em đạt tiêu chuẩn về cân nặng và chiều cao của WHO.

2.2. Đánh giá chung công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em tại tỉnh Thái Nguyên

2.2.1. Những mặt đạt được

- Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em đã và đang được duy trì bền vững và đi vào chiều sâu với chất lượng cao hơn.

- Tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh có vắc xin phòng ngừa và các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm đã giảm dần, phát hiện sớm được nhiều trường hợp mắc bệnh trong cộng đồng để kịp thời điều trị và quản lý.

- Địa bàn được bao phủ dịch vụ tiêm chủng mở rộng và sức khỏe sinh sản tăng dần hàng năm ở cả 3 tuyến tỉnh, huyện và xã.

- Mạng lưới y tế cơ sở tiếp tục được củng cố và bao phủ 100% số xã, phường, thị trấn đã có cán bộ y tế hoạt động, 97% trạm y tế xã có nữ hộ sinh và thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Số lượng các bà mẹ được chăm sóc trong và sau sinh ngày càng nhiều hơn.

- Tỷ suất tử vong mẹ sau sinh và tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh đã giảm, tuy nhiên giữa các khu vực thành thị và nông thôn tỷ suất này còn có sự cách biệt tương đối lớn.

- Tình hình suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em đã và đang được giảm dần.

2.2.2. Những mặt hạn chế và nguyên nhân

Ngoài những thành tựu kể trên, công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Khả năng tiếp cận, cung ứng và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản có chất lượng ở một số khu vực và nhóm dân cư đặc thù của tỉnh vẫn còn một số hạn chế như:

- Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước và trong sinh có chất lượng ở một số địa phương vẫn còn hạn chế do cơ sở hạ tầng còn thiếu thốn, nhân lực y tế dự phòng còn chưa được đào tạo đúng chuyên môn, đặc biệt ở khu vực vùng sâu vùng xa.



- Nhu cầu chưa được đáp ứng về dịch vụ CSSKSS, phương tiện tránh thai, dịch vụ KHHGD còn cao ở một số nhóm dân cư yếu thế gồm vị thành niên và thanh niên chưa lập gia đình, người di cư, người có HIV, người tàn tật, người bị ảnh hưởng của thiên tai, người hành nghề mại dâm, người đồng tính...

- Nhu cầu về phát hiện sớm và điều trị các bệnh về ung thư sinh dục còn cao trong khi năng lực của hệ thống y tế còn hạn chế.

- Nhu cầu phòng tránh và phát hiện các dị tật bẩm sinh trước và trong thời gian mang thai bằng các dịch vụ dự phòng và sàng lọc sớm có hiệu quả chi phí cao vẫn chưa được đáp ứng.

- Hệ thống tổ chức YTDP và cơ chế phối hợp liên ngành chưa phát huy hết tiềm năng trong phòng bệnh và chủ động nâng cao sức khỏe nhân dân.

2.3. Giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em ở Thái Nguyên

- Đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe thông qua việc tăng cường nguồn lực đầu tư, đa dạng hóa hình thức, nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe.

- Tăng cường hệ thống giám sát và phản ứng nhanh nhằm ngăn chặn kịp thời các dịch bệnh truyền nhiễm.

- Kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở, đầu tư vào cơ sở hạ

tầng, tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, đặc biệt ở các vùng khó khăn.

- Xây dựng kế hoạch tăng cường năng lực của các trung tâm y tế, trạm y tế. Triển khai các chương trình đào tạo mới và đào tạo lại về chuyên môn cho các cán bộ y tế dự phòng.

- Xây dựng hệ thống tổ chức YTDP và cơ chế phối hợp liên ngành nhằm nâng cao năng lực của hệ thống YTDP của địa phương trong phòng chống dịch bệnh.

III. KẾT LUẬN

Lĩnh vực y tế dự phòng trong những năm gần đây đã nhận được sự quan tâm nhất định từ các cấp, các ngành ở địa phương. Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em tại Thái Nguyên đã đạt được những thành tựu đáng kể trong nâng cao sức khỏe nhân dân. Tuy nhiên công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản ở địa phương vẫn còn những tồn tại, hạn chế nhất định cần có sự quan tâm đầu tư của các cấp chính quyền.

Bài viết đã phân tích thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và sức khỏe sinh sản bà mẹ - trẻ em tại Thái Nguyên; đánh giá những kết quả đạt được và những mặt tồn tại cũng như đưa ra một số giải pháp nhằm khắc phục những hạn chế, tồn tại đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2014), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013 – Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2015), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014 – Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm, NXB Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2016), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015 – Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, NXB Y học, Hà Nội.
4. Cục Thống kê tỉnh Thái Nguyên (2016), Niên giám thống kê tỉnh Thái Nguyên 2015, NXB Thống kê, Hà Nội.
5. Vũ Thị Thanh Hoa (2014), Thực trạng nguồn nhân lực tại các cơ sở y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên, Trường Đại học Y dược – Đại học Thái Nguyên.

KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ VỀ BẠO LỰC GIỚI CỦA SINH VIÊN CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NAM NĂM 2016

Nguyễn Mạnh Cường¹, Đặng Bích Thủy², Lương Xuân Hiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả nhằm đánh giá kiến thức và thái độ về bạo lực giới của sinh viên cao đẳng Điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hiểu biết của sinh viên về các loại bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao, cao nhất là bạo lực thể xác 98%, thấp nhất là bạo lực kinh tế 50,6%. Phần lớn sinh viên biết các giải pháp để làm giảm hậu quả sau hành vi bạo lực. Sự hiểu biết của sinh viên về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là phụ nữ (43,1%). Kiến thức của sinh viên về bạo lực giới đạt 76,5% cao hơn gấp 3 lần tỷ lệ sinh viên có kiến thức không đạt 23,5%. Thái độ của sinh viên khi thấy hành vi bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là báo cáo chính quyền địa phương, những người có trách nhiệm 87,4% và thấp nhất là không can thiệp 4,3%. Tỷ lệ sinh viên thỉnh thoảng tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%. 80,4% sinh viên có thái độ tích cực về bạo lực giới và chỉ 19,6% sinh viên có thái độ không tích cực.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, bạo lực giới, sinh viên, Hà Nam.

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT VIOLENCE OF GENDER OF HANAM COLLEGE HEALTH COLLEGE STUDENTS IN 2016

The study aims to assess the knowledge and attitudes of Ha Nam College Health College students in 2016. The research results show that the knowledge of students about the types of gender violence is high. The highest is physical violence of 98%, the lowest is economic violence of 50.6%. Most students know solutions to reduce the consequences of violent behavior. Students' perceptions of the highest risk of gender-based violence are among women (43.1%). Students' knowledge of gender-based violence is 76.5%, 3 times higher than the proportion

of students with knowledge not reaching 23.5%. The attitudes of the students to the highest percentage of violent acts were reported to the local authorities, those with 87.4% responsibilities, and the lowest for non-intervention 4.3%. The percentage of students who occasionally learn about information on gender-based violence is 74.1%. 80.4% of students have positive attitude about gender-based violence and only 19.6% of students have negative attitude.

Keywords: Knowledge, attitude, violence of gender, Student, Ha Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực trên cơ sở giới (hay bạo lực giới) là một vấn đề lớn liên quan đến sức khỏe cộng đồng và quyền con người, trong đó đa số nạn nhân là phụ nữ. Trên thế giới, cứ ba phụ nữ thì có ít nhất một người bị đánh đập, bị cưỡng ép quan hệ tình dục hoặc bị lạm dụng trong cuộc đời của họ [4],[5]. Ở Việt Nam, nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ năm 2010 cũng cho kết quả tương tự [3].

Bạo lực giới nói chung, bạo lực gia đình nói riêng đã và đang gây ra những thiệt hại to lớn về kinh tế, xã hội, làm xói mòn giá trị đạo đức đối với cá nhân, gia đình và toàn thể cộng đồng. Đặc biệt với người phụ nữ, bạo lực gia đình để lại hậu quả tiêu cực trên nhiều phương diện: sức khỏe thể chất, sức khỏe sinh sản, tổn thương về tinh thần, tổn thất về kinh tế [1], [2]. Đó là chưa kể đến khía cạnh “liên thế hệ” của bạo lực, khi trẻ em phải chứng kiến, thậm chí là chịu đựng những hành vi bạo lực gia đình [3].

Trong các trường đại học, cho đến nay còn quá ít các cuộc điều tra khảo sát về thực trạng nhận thức về Bạo lực giới (BLG) ở sinh viên để có thể có thông tin cần thiết nhằm cải tiến phương pháp và nội dung giảng dạy BLG trong các trường học. Việc trang bị những kiến thức khoa học về BLG sẽ giúp người cán bộ y tế có cách tiếp cận toàn diện để xác định chính xác những vấn đề sức khỏe

1. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

của phụ nữ và nam giới, những vấn đề Giới của việc phòng ngừa và điều trị và chăm sóc các loại bệnh. Trên cơ sở đó, không chỉ sức khoẻ của cá nhân người bệnh nam và nữ mà sức khoẻ của cộng đồng cũng được nâng cao, đồng thời sự bình đẳng Giới cũng từng bước được cải thiện.

Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Kiến thức, thái độ về bạo lực giới của sinh viên cao đẳng điều dưỡng tại trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2016”** với mục tiêu:

Mô tả kiến thức, thái độ về bạo lực giới của sinh viên cao đẳng điều dưỡng tại trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Sinh viên đang theo học hệ cao đẳng (cao đẳng Điều dưỡng) tại trường Cao đẳng Y tế Hà Nam.

- Trường phòng quản lý đào tạo.

- Giáo viên phụ trách học phần đào tạo lồng ghép.

* Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu
Sinh viên Điều dưỡng học tập tại trường, bao gồm các sinh viên từ năm thứ nhất, thứ hai và năm thứ ba của Trường.

* Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu.

Loại trừ các đối tượng là sinh viên học liên thông, học chuyển đổi các lớp dược sỹ, điều dưỡng tại trường.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2016 đến tháng 05/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang có phân tích nhằm mô tả kiến thức, thái độ về bạo lực giới của sinh viên cao đẳng điều dưỡng tại trường Cao đẳng Y tế Hà Nam.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: Theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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

Trong đó:

- n: Là số lượng sinh viên cần cho nghiên cứu

- $Z_{(\alpha/2)}$: Là trị số mức tin cậy mong muốn là 95% thì

$Z=1,96$.

- p: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về bạo lực giới (Được lấy từ một nghiên cứu thử $p=0,85$).

- d: Là mức chính xác của nghiên cứu: 0,05.

Theo tính toán, cỡ mẫu là 245 sinh viên. Thực tế tổng số sinh viên trường là 255, do vậy chúng tôi tiến hành điều tra toàn thể sinh viên điều dưỡng cao đẳng hệ chính quy.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế trước.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập vào các biểu mẫu thống nhất kèm theo (phần phụ lục). Sau khi nhận được số liệu từ các biểu mẫu sẽ được làm sạch và xử lý thô rồi nhập vào máy vi tính hai lần độc lập. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04 và SPSS22.0 trên máy tính.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu để đối tượng hiểu và tự nguyện tham gia. Nếu đối tượng nào từ chối thì đối tượng đó không nằm trong mẫu nghiên cứu.

- Tất cả các thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật.

- Được sự đồng ý của Ban Giám hiệu Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam và các đơn vị liên quan nhằm đảm bảo tính khả thi của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của sinh viên về bạo lực giới

Bảng 3.1. Hiểu biết của sinh viên về các loại bạo lực giới (n=255)

Các loại bạo lực giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Bạo lực thể xác	250	98,0
Bạo lực tình dục	217	85,1
Bạo lực tinh thần	239	93,7
Bạo lực kinh tế	129	50,6

Bảng 3.1 cho thấy sự hiểu biết của sinh viên về các loại bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao, cao nhất là bạo lực thể xác 98%. Bạo lực tinh thần chiếm 93,7%; bạo lực tình dục chiếm 85,1% và thấp nhất là bạo lực kinh tế 50,6%.

Bảng 3.2. Hiểu biết của sinh viên về biện pháp giảm hậu quả sau hành vi bạo lực (n=255)

Biện pháp giảm hậu quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Kịp thời phát hiện và ngăn chặn	187	73,3

Biện pháp giảm hậu quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng cường công tác truyền thông phòng chống bạo lực giới	218	85,5
Xử phạt nghiêm hành vi bạo lực để răn đe	220	86,3
Tăng cường công tác an ninh trật tự	188	73,7

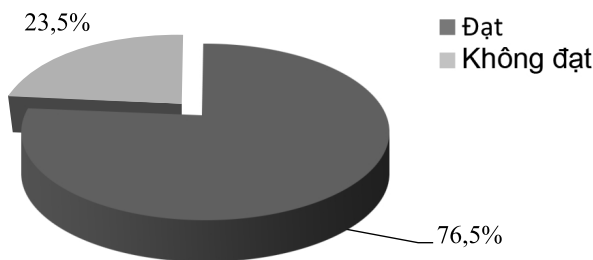
Ở bảng 3.2 phần lớn sinh viên biết các giải pháp để làm giảm hậu quả sau hành vi bạo lực. Chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng cường công tác truyền thông phòng chống bạo lực giới và xử phạt nghiêm hành vi bạo lực để răn đe (85,5% và 86,3%).

Bảng 3.3. Hiểu biết của sinh viên về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới nhất (n=255)

Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Phụ nữ	110	43,1
Nam giới	2	0,8
Trẻ em	58	22,7
Vị thành niên	13	5,1
Người già	1	0,4
Tất cả mọi người	69	27,1
Không biết	2	0,8

Kết quả bảng 3.3 cho thấy sự hiểu biết của sinh viên về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là phụ nữ (43,1%), thấp nhất là người già 0,4% và 0,8% sinh viên không biết về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới.

Biểu đồ 3.1. Đánh giá kiến thức của sinh viên về bạo lực giới (n=255)



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy kiến thức của sinh viên về bạo lực giới đạt 76,5% cao hơn gấp 3 lần tỷ lệ sinh viên có kiến thức không đạt 23,5%.

3.2. Thái độ của sinh viên về bạo lực giới

Bảng 3.4. Thái độ của sinh viên khi thấy hành vi bạo lực giới (n=255)

Thái độ của sinh viên	Số lượng	Tỷ lệ %
Không can thiệp	11	4,3
Vào can ngăn	107	42,3
Nhờ sự giúp đỡ hàng xóm, người xung quanh	161	63,6
Báo cho chính quyền địa phương, những người có trách nhiệm	221	87,4

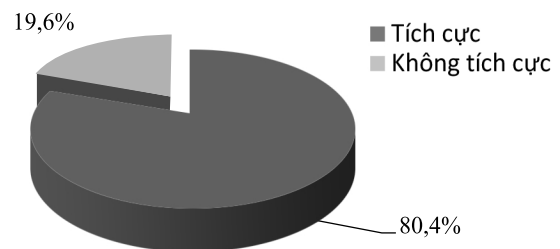
Ở bảng 3.4 cho thấy thái độ của sinh viên khi thấy hành vi bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là báo cho chính quyền địa phương, những người có trách nhiệm 87,4%, nhờ sự giúp đỡ hàng xóm, người xung quanh chiếm 63,6% và thấp nhất là không can thiệp 4,3%.

Bảng 3.5. Thái độ của sinh viên trong việc tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới (n=255)

Tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Thường xuyên	56	22,0
Thỉnh thoảng	189	74,1
Không bao giờ	10	3,9
Tổng	255	100

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ sinh viên thỉnh thoảng tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%, 22% sinh viên thường xuyên tìm hiểu và thấp nhất là 3,9% sinh viên không bao giờ tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới.

Biểu đồ 3.2. Thái độ của sinh viên về bạo lực giới (n=255)



Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy 80,4% sinh viên có thái độ tích cực về bạo lực giới và chỉ 19,6% sinh viên có thái độ không tích cực.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của sinh viên về bạo lực giới

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự hiểu biết của sinh viên về các loại bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao, cao

nhất là bạo lực thể xác chiếm 98% và bạo lực về tinh thần chiếm 93,7% , thấp nhất là bạo lực kinh tế 50,6%. Có thể thấy sinh viên đã có những kiến thức cơ bản về các loại bạo lực giới. Những kiến thức này đã được giảng dạy lồng ghép trong các môn học nên đối tượng có thể biết và kể tên được các loại bạo lực.

Việc phát hiện nghiêm các hành vi bạo lực cũng được đối tượng lựa chọn khá cao (85,9%), kịp thời phát hiện và ngăn chặn hành vi bạo lực chiếm 73,7%. Hành vi bạo lực giới được phát hiện, ngăn chặn và xử lý kịp thời theo quy định của pháp luật. Bên cạnh đó, hành vi bạo lực càng kéo dài thì càng gây ra nhiều tổn thương cho nạn nhân, tổn thương tới mối quan hệ gia đình. Điều này sẽ được hạn chế rất nhiều nếu hành vi bị phát hiện và xử lý kịp thời. Đây là một trong những biện pháp rất cụ thể và hữu ích trong những tình huống bạo lực xảy ra trên thực tế để giảm thiểu những hậu quả không mong muốn do BLG gây nên. Để công tác này được hiệu quả thì cần có sự chặt chẽ, nhất quán và điều phối giữa luật pháp, chính sách và can thiệp nhằm thực thi hiệu quả, đổi sách mang tính đa ngành để đồng thời giải quyết tất cả các hình thức BLG, với đầy đủ nguồn lực và thẩm quyền giám sát nhằm đảm bảo trách nhiệm giải trình của các bên liên quan ở cấp địa phương, cấp tỉnh và cấp trung ương [1].

Khi chúng tôi đề cập đến vấn đề đối tượng có nguy cơ bị bạo lực thì chúng tôi thấy sự hiểu biết của sinh viên về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là phụ nữ (43,1%), trẻ em chiếm 22,7%, có 27,7% sinh viên cho rằng ai cũng có thể trở thành nạn nhân của bạo lực và thấp nhất là người già 0,4% và chỉ có 0,8% sinh viên không biết về đối tượng có nguy cơ bị bạo hành giới. Điều này có thể do bạo lực dựa bạo lực giới là một vấn đề phức tạp bắt nguồn từ những tư tưởng và tập quán trọng nam, khinh nữ đã ăn sâu bám rễ hàng ngàn đời nay trong nền văn hóa và vì thế không dễ dàng thay đổi. BLG có phạm vi rộng hơn so với bạo lực gia đình (BLGD) và thể hiện ở nhiều hình thức, như bạo lực tình dục, cưỡng hiếp, buôn bán phụ nữ, quấy rối tình dục tại trường học và nơi làm việc, hay tư tưởng trọng nam khinh nữ thể hiện qua các biểu hiện phá thai nhằm lựa chọn giới tính thai nhi chính vì thế mà phụ nữ được đối tượng lựa chọn là nhóm có nguy cơ bị bạo hành nhiều nhất.

Tổng kết về kiến thức của sinh viên chúng tôi thấy kiến thức về bạo lực giới đạt 76,5% cao hơn gấp 3 lần tỷ lệ sinh viên có kiến thức không đạt 23,5%. Nguồn tuyên truyền, giáo dục chiếm tỷ lệ cao nhất 91,4%, thấp nhất là kịp thời phát hiện và ngăn chặn chiếm 73,7%. Có thể thấy đối tượng đã có những kiến thức cơ bản về bạo lực giới,

điều này thực sự có ý nghĩa rất lớn bởi nó không chỉ trang bị cho đối tượng trong cuộc sống sinh hoạt hằng ngày, trong công việc mà họ còn có thể là những tuyên truyền viên tích cực cho đồng nghiệp, cho bệnh nhân và cho cả gia đình của họ.

4.2. Thái độ của sinh viên về bạo lực giới

Trong nghiên cứu này cho thấy thái độ của sinh viên khi thấy hành vi bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là báo cho chính quyền địa phương, những người có trách nhiệm 87,4%, nhờ sự giúp đỡ hàng xóm, người xung quanh chiếm 63,6%. Để người gây bạo lực gia đình nhận ra được hành vi của mình là sai trái và để chấm dứt hành vi bạo lực đó thì cần có sự can thiệp của chính quyền, trợ giúp từ gia đình và họ hàng.

Giúp đỡ nạn nhân, bảo vệ quyền và lợi ích của họ là điều cần thiết và được pháp luật ghi nhận như một nguyên tắc quan trọng, mọi người đều phải tuân theo. Những vấn đề về bạo lực giới, thường không nhận được sự quan tâm sâu sắc và đúng đắn của những người xung quanh, bởi vì họ coi đây là chuyện riêng, chuyện nội bộ của mỗi nhà. Từ đó, việc giúp đỡ nạn nhân trở nên hạn chế, nhất là khi họ còn lo sợ sự trả thù của người có hành vi bạo lực. Ngoài ra việc giúp đỡ nạn nhân như thế nào, bằng những phương tiện gì cũng gây cho họ những lúng túng nhất định, do đó pháp luật cho phép họ tùy khả năng, tình hình mà đưa ra những xử sự phù hợp nhất, ưu tiên những đối tượng dễ bị tổn thương như trẻ em, phụ nữ, người cao tuổi...[2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sinh viên thỉnh thoảng tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%, 22% sinh viên thường xuyên tìm hiểu và thấp nhất là 3,9% sinh viên không bao giờ tìm hiểu các thông tin về bạo lực giới. Hiện nay, công nghệ thông tin bùng nổ, sinh viên tiếp cận và sử dụng những công nghệ rất nhanh. Mỗi sinh viên đều có thể có máy tính, điện thoại thông minh nên việc tìm kiếm thông tin cũng dễ dàng hơn. Tuy nhiên, do thời gian học tập nhiều, sinh viên không có nhiều thời gian rảnh để thường xuyên tìm hiểu những thông tin về bạo lực giới hoặc có thời gian nhưng không tìm hiểu về vấn đề này.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 80,4% sinh viên có thái độ tích cực về bạo lực giới và chỉ 19,6% sinh viên có thái độ không tích cực. Có thể thấy, từ những kiến thức cơ bản sinh được cung cấp sinh viên đã có cái thái độ tích cực hơn trong vấn đề bạo lực giới.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức của sinh viên về các loại bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao, cao nhất là về bạo lực thể xác 98%; bạo lực tinh

thần (93,7%); bạo lực tình dục (85,1%) và thấp nhất là bạo lực kinh tế 50,6%.

- Phần lớn sinh viên biết các giải pháp để làm giảm hậu quả sau hành vi bạo lực (73,7%-86,3%).
- Kiến thức về đối tượng có nguy cơ bị bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là phụ nữ (43,1%).
- Kiến thức của sinh viên về bạo lực giới đạt 76,5% cao

hơn gấp 3 lần tỷ lệ sinh viên có kiến thức không đạt 23,5%.

- Thái độ của sinh viên khi thấy hành vi bạo lực giới chiếm tỷ lệ cao nhất là báo cho chính quyền địa phương, những người có trách nhiệm 87,4 và thấp nhất là không can thiệp 4,3%.
- 80,4% sinh viên có thái độ tích cực về bạo lực giới và chỉ 19,6% sinh viên có thái độ không tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Hữu Minh, Nata Duvvury, Patricia Carney,. (2012). Báo cáo hoàn thiện về ước tính thiệt hại kinh tế do bạo lực gia đình đối với phụ nữ tại Việt Nam.
2. Nguyễn Thị Vân Anh (2011), Đặc điểm dịch tễ học bạo lực phụ nữ và hiệu quả mô hình can thiệp chăm sóc, hỗ trợ tại hai bệnh viện Đức Giang, Đông Anh - Hà Nội, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
3. Tổng cục Thống kê Việt Nam, Quỹ phát triển Mục tiêu thiên niên kỷ, Cơ quan phát triển và hợp tác quốc tế Tây Ban Nha, Liên Hợp Quốc, (2010), "Chịu nhện là chết đây", Kết quả từ Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình với phụ nữ ở Việt Nam 2010.
4. Garcia-Moreno C., Jansen HAFM., Watts C. Ellsberg M., Heise L, (2005), "WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses", World Health Organization.
5. WHO (2002), "World report on violence and health", Summary, Geneva.



THỰC TRẠNG ÁP LỰC TÂM LÝ CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ CẦN THƠ NĂM 2016

Nguyễn Thanh Phương¹ , Nguyễn Văn Lành²

TÓM TẮT

Mở đầu: Áp lực tâm lý (Stress) có ảnh hưởng quan trọng đến sức khỏe và khả năng học tập của sinh viên. Khảo sát thực trạng áp lực tâm lý của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ có ý nghĩa rất quan trọng trong công tác quản lý cũng như giảng dạy, nâng cao chất lượng cuộc sống cho sinh viên.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng áp lực tâm lý của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016.

Phương pháp: Cắt ngang mô tả

Kết quả nghiên cứu: 84,7% có stress và 12,6% không

có stress.

Có mối liên quan giữa tính cách, tình trạng kinh tế gia đình sinh viên và stress

Kết luận: Tỷ lệ Stress ở sinh viên tương đối cao.

Từ khóa: Stress, sinh viên.

ABSTRACT: THE STATUS OF PSYCHOLOGICAL PRESSURE OF CAN THO MEDICAL COLLEGE NURSING STUDENTS IN 2016

Backgrounds: Psychological pressure (stress) have an important influence on health and learning ability of

1. Trung Tâm Y Tế Dự Phòng Cần Thơ
2. Trung Tâm Y Tế Dự Phòng Hậu Giang



students. Considering psychological pressure of Can Tho Medical College nursing students that have important implications in the management as well as teaching, improving the quality of life for them.

Methods: Cross-sectional descriptive design.

Objective: To considering the status of the psychological pressure of Medical College nursing students in 2016.

Results: 84.7% with stress and 12.6% without stress

There is an association between personality, family economic with stress.

Conclusions: Stress ratio is relatively high.

Keyword: Stress, student.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề nghiên cứu Stress trong giai đoạn hiện nay là vấn đề không còn mới mẻ với các nước trên thế giới. Việt Nam trong những năm gần đây, các nhà nghiên cứu y học, tâm lý học, sinh học đã quan tâm nghiên cứu Stress nhưng chủ yếu về phương diện lý luận, tìm ra biện pháp phòng ngừa. Những công trình nghiên cứu tìm hiểu thực trạng Stress trên từng đối tượng cụ thể các ngành nghề, ở các lứa tuổi cụ thể vẫn còn hạn chế, đặc biệt là trên đối tượng học sinh, sinh viên.

Với các lý do trên chúng tôi tiến hành chọn đề tài: Nghiên cứu thực trạng áp lực tâm lý của sinh viên Điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Khảo sát vấn đề áp lực tâm lý ở sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất của Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Nam, nữ sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất đang theo

học Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016 đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã được giải thích.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đối tượng có một trong những vấn đề sau đây sẽ bị loại khỏi mẫu nghiên cứu của chúng tôi:

- Đối tượng không phải là sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất đang học tại trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016.

- Sinh viên không hợp tác để trả lời phiếu khảo sát.

Cỡ mẫu

Chọn tất cả 4 lớp Điều dưỡng năm thứ nhất đang học tại trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ năm 2016 có tất cả là 206 sinh viên.

Xử lý và phân tích số liệu:

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nghiên cứu theo khối lớp

Khối lớp	Tần số	tỉ lệ %
Trung cấp điều dưỡng	98	47.6
Cao đẳng điều dưỡng	108	52.4
Tổng	206	100.0

Tỉ lệ đối tượng Trung cấp điều dưỡng và Cao đẳng điều dưỡng tham gia nghiên cứu gần bằng nhau phân hóa tỉ lệ 47,6% và 52,4%.

Bảng 2 Đặc điểm nghiên cứu theo giới tính

Giới tính	Trung cấp điều dưỡng (n= 98)	Cao đẳng điều dưỡng (n= 108)	Tổng	
			n	%
Nữ	82	89	117	83%
Nam	16	19	35	17%

Phân loại theo tỉ lệ giới tính tỉ lệ nam tham gia nghiên cứu ít hơn so với nữ là 3,3%, tỉ lệ nữ tham gia nghiên cứu là 83% và nam là 17%.

Bảng 3 Đặc điểm tổng quát mẫu nghiên cứu

Khối lớp		Khối lớp		Tổng	
		Trung cấp điều dưỡng	Cao đẳng điều dưỡng		
		Tần số (n=98)	Tần số n=108)		
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	2	1	3	1,5%
	Độc thân	96	107	203	98,5%
Chỗ ở hiện tại	Kí túc xá	7	10	17	8,3%
	Nhà trọ	56	71	127	61,7%

Khối lớp		Khối lớp		Tổng	
		Trung cấp điều dưỡng	Cao đẳng điều dưỡng		
		Tần số (n=98)	Tần số n=108)		
Chỗ ở hiện tại	Nhà	23	20	43	20,9%
	Nhà người thân	12	7	19	9,2%
Học lực	Giỏi	1	35	36	17,5%
	Khá	47	65	112	54,4%
	Trung bình	50	7	57	27,7%
	Yếu	0	1	1	0,5%
Tính cách	Hướng nội	58	86	144	69,9%
	Hướng ngoại	40	22	62	30,1%
Kinh tế	cao	10	16	26	12,6%
	Trung bình	82	78	160	77,7%
	Thấp	6	14	20	9,7%
Việc làm bán thời gian	Có	11	24	35	17%
	Không	87	84	171	83%
Thích ngành	Có	81	92	173	84%
	Không	17	16	33	16%
Tự học	Có	64	84	148	71,8%
	Không	34	24	58	28,2%

Có 98,5% chưa kết hôn. Đa phần các em ở nhà trọ (61,7%), còn lại là ở nhà, nhà người thân hoặc kí túc xá phân hóa theo tỉ lệ 20,9%, 9,2% và 8,3%. Tỉ lệ HS-SV Stress ở kí túc xá là thấp nhất. Xét về học lực đa phần các em học Khá (54,4%), Yếu chiếm tỉ lệ thấp nhất là 0,5%. Xét về tính cách có đến 69,9% sinh viên chọn hướng nội, trầm tính còn lại là 31,1% là hướng ngoại, năng động. Tỉ lệ sinh viên hướng nội gấp 2,3 lần hướng ngoại. 77,7% các em sinh viên có kinh tế trung bình, 9,7% gia đình các em có kinh tế thấp không đủ điều kiện trang trải cho việc học, tỉ lệ các em có kinh tế cao chỉ ở mức 12,6%, kinh tế trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 77,7%. Tuy nhiên, chỉ có 17% các em có việc làm bán thời gian. Khi được hỏi các em có thích ngành mình đang theo học thì có 84% ý kiến chọn “có”, có 16% “chọn” không. Với câu hỏi “Anh (chị) có thích tự học thì có 71,8% ý kiến trả lời là “Có”, 28,2% ý kiến trả lời không thích tự học. Qua khảo sát có đến 87,4% sinh viên có Stress và 12,6% không có Stress.

3.2 Khảo sát tính liên quan giữa Stress và đối tượng nghiên cứu

3.2.1 Khảo sát liên quan giữa giới tính và áp lực tâm lý

Khảo sát cho thấy tỉ lệ nam sinh Stress nhiều hơn nữ sinh, cụ thể có đến 94,3% nam sinh Stress, nữ chiếm 86%. Tuy nhiên, thống kê $OR = 1.824$ với $p=0.177 > 0.05$ nên

kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê

3.2.2 Liên quan giữa khối lớp và áp lực tâm lý

Tỉ lệ Stress ở đối tượng cao đẳng cao hơn so với đối tượng trung cấp, tỉ lệ học sinh điều dưỡng có Stress là 46,7%, tỉ lệ sinh viên điều dưỡng cao đẳng có áp lực tâm lý là 52,4%. ($OR = 0.470$; $p = 0.534 > 0.05$). Không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3 Liên quan giữa tình trạng hôn nhân và áp lực tâm lý

Kết quả khảo sát cho thấy tỉ lệ người độc thân Stress cao hơn so với người đã kết hôn, tỉ lệ Stress ở người đã kết hôn là 66,7%, ở người chưa kết hôn là 87,7%. ($OR = 1.184$; $p = 0.277 > 0.05$) Chưa có ý nghĩa thống kê.

3.2.4 Liên quan giữa chỗ ở hiện tại và áp lực tâm lý

Sinh viên ở nhà trọ có tỉ lệ Stress cao nhất (89,8%), thấp nhất là ở nhà người thân (78,9%). ($OR = 2.888$ và $p = 0.405 > 0.05$) cho thấy chưa có sự liên quan giữa nơi ở và Stress.

3.2.5 Liên quan giữa học lực và áp lực tâm lý

Áp lực tâm lý xảy ra ở cao ở sinh viên có học lực yếu là 100%. ở sinh viên có học lực giỏi là 91,7%. ($OR = 2.462$ và $p = 0.516 > 0.05$) chưa tìm thấy mối liên quan giữa học lực và Stress.

3.2.6 Liên quan giữa tính cách và áp lực tâm lý



Bảng 9 Liên quan giữa tính cách và áp lực tâm lý

			Stress		Tổng
			Không	Có	
Tính cách	Hướng nội	n	13	131	144
		%	9.0%	91.0%	100.0%
	Hướng ngoại	n	13	49	62
		%	21.0%	79.0%	100.0%
Tổng		n	26	180	206
		%	12.6%	87.4%	100.0%

Với (OR = 5.602 và p = 0.018) đã tìm được mối liên hệ giữa tính cách và áp lực tâm lý.

Stress thường xảy ra ở đối tượng có tính cách trầm, hướng nội (chiếm tỉ lệ 72.8%), đối tượng có tính cách hướng ngoại tỉ lệ Stress là 27.2 %

3.2.7 Liên quan giữa kinh tế và áp lực tâm lý

Stress thường xảy ra nhiều nhất ở đối tượng học sinh có kinh tế thấp (95%), thấp nhất là ở sinh viên có kinh tế cao (65.4%) (OR = 10.552 và p = 0.003 < 0.05).

3.2.8 Liên quan giữa việc làm bán thời gian và áp lực tâm lý

Stress xảy ra ở đối tượng có việc làm bán thời gian 97.1%; sinh viên không làm việc bán thời gian bị Stress 85.4%. (OR = 3.645, p = 0.056) chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố làm việc bán thời gian và Stress.

3.2.9 Liên quan giữa yếu tố thích ngành và áp lực tâm lý

Đối tượng không thích ngành điều dưỡng bị stress (97%), đối tượng thích ngành điều dưỡng bị stress (85.5%). (OR = 3.278, p = 0.07 > 0.05) chưa tìm được mối liên quan giữa yếu tố yêu nghề và áp lực tâm lý.

3.2.10 Liên quan giữa tự học và áp lực tâm lý

Không thích tự học thì tỉ lệ Stress 93.1%; đối tượng thích tự học bị Stress, 85.1% (OR = 2.399 và p = 0.121 > 0.05) chưa tìm thấy được mối liên quan giữa yếu tố tự học và Stress.

IV. BÀN LUẬN

Lý giải nguyên nhân các bạn ở trọ lại có nguy cơ mắc Stress cao hơn ở nhà người thân là do khi ở nhà người thân các em được chăm sóc, được quan tâm chu đáo hơn, ít lo nghĩ về vấn đề tiền trọ cũng như an toàn khi ở. Tỉ lệ sinh viên bị Stress ở nhà trọ gấp 1.2 lần ở kí túc xá ,tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lê Thu Huyền[2] cùng cộng sự (4.2 lần). Sự khác biệt này là do tỉ lệ Stress ở sinh viên ở kí túc xá tương đối cao. Lý giải nguyên nhân sinh viên ở trọ lại Stress cao hơn sinh viên ở kí túc xá là

do tiền thuê nhà trọ và phí sinh hoạt của sinh viên ở trọ cao hơn nhiều so với ở kí túc xá nên sinh viên ở trọ có mối lo về kinh tế nhiều hơn. Bên cạnh đó các hoạt động đoàn hội văn nghệ để nâng cao tinh thần cho sinh viên cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến Stress của sinh viên ở ký túc xá thấp hơn sinh viên ở trọ. Nghiên cứu cho thấy những bạn có tính cách hướng nội thường sống khép kín nên tỉ lệ Stress cao hơn những bạn sống hướng ngoại. Stress ở sinh viên có tính cách hướng nội gấp 1,15 lần so với hướng ngoại. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thu Huyền cùng cộng sự[2] với tỉ lệ Stress ở người có tính cách hướng nội gấp 2.6 lần người có tính cách hướng ngoại. Sự khác biệt này là do số lượng sinh viên hướng ngoại ở trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ có Stress tương đối cao (79%). Những bạn có kinh tế gia đình càng cao thì nguy cơ Stress thấp hơn. Những bạn có làm thêm ngoài giờ thì dễ mắc Stress vì những đối tượng làm thêm ngoài giờ học thường có điều kiện kinh tế khó khăn, việc làm thêm chiếm nhiều thời gian khiến các em không có nhiều thời gian cho việc học ở nhà. 90% các bạn chọn nguyên nhân của Stress là do bài vở nhiều, căng thẳng trước mỗi kì thi. Có lẽ đây là cảm nhận chung của các em sinh viên vì áp lực bài vở và chương trình học của hệ cao đẳng, trung cấp khác và khó hơn nhiều so với học phổ thông. Kết quả này gần giống với nghiên cứu của Lê Thu Huyền cùng cộng sự[2] (trên 80% sinh viên cảm thấy khối lượng bài vở nhiều, căng thẳng trước mỗi kì thi và việc học gây mệt mỏi). Qua đây cho thấy lịch học dày đặc, sự phân bố giờ học không hợp lí, tuần quá nhiều, tuần quá ít hoặc lịch học dày đặc xem kê lịch thi cũng là yếu tố gây Stress đối với các em. 88.9% ý kiến có Stress cho rằng nguyên nhân gây áp lực tâm lý đối với họ là do môi trường bệnh viện ồn ào, nguy cơ lây nhiễm của người điều dưỡng từ dịch tiết của bệnh nhân là rất cao. Điều này cũng dễ hiểu là khi môi trường làm việc không an toàn, có thể lây bệnh từ bệnh nhân bất cứ lúc nào thì dễ sinh tâm lý Stress cho nhân viên y tế, kèm theo nhịp độ công việc hối hả, số lượng lớn bệnh

nhân cũng là yếu tố thuận lợi cho Stress xảy ra.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ Stress ở sinh viên tương đối cao 87.4%, tìm được

2 mối liên quan với Stress đó là tính cách và kinh tế gia đình. Tính cách hướng nội có xu hướng dễ bị Stress hơn, sinh viên có kinh tế gia đình càng thấp thì nguy cơ mắc Stress cao hơn 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Thu Huyền, Huỳnh Hồ Ngọc Huỳnh. “Tình trạng Stress của sinh viên y tế công cộng, Đại học Y dược TPHCM và các yếu tố liên quan năm 2010”, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 1 năm 2011.
2. Nguyễn Thị Ngọc Phương, Trương Minh Hoàng Oanh. “Áp lực, hành vi đối phó và sự đánh giá bản thân của sinh viên Điều dưỡng”. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số, năm 2011.
3. Huỳnh Văn Sơn. 2006. Stress sinh viên.

-----oOo-----

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU TẠI KHOA LASER VÀ SẴN SÓC DA BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Phạm Trí Dũng¹, Hoàng Văn Khoan², Nguyễn Văn Thường²

TÓM TẮT

Ngày nay, nhu cầu được chăm sóc của con người ngày càng cao, đặc biệt trong lĩnh vực Y tế. Sự hài lòng (HL) của người bệnh (NB) giúp đánh giá chất lượng của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của NB về dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và sản sóc da (KLS – SSD) Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại KLS – SSD Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 01 – 09/2017.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 290 NB điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD.

Kết quả: Điểm trung bình hài lòng của NB với dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD là 4,35; tỷ lệ hài lòng đạt 92%. Điểm trung bình hài lòng của NB về khía cạnh: hữu hình là 4,38 điểm, tin tưởng là 4,32 điểm, đáp ứng là

4,36 điểm, đảm bảo là 4,36 điểm, cảm thông là 4,26 điểm. Tỷ lệ hài lòng về khía cạnh: hữu hình đạt 89%, tương đạt 90,5%, đáp ứng đạt 87,4%, đảm bảo đạt 91,8%, cảm thông đạt 85,2%.

Kết luận: NB rất hài lòng với dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD.

Từ khóa: Sự hài lòng, người bệnh, điều trị theo yêu cầu.

SUMMARY

PATIENT'S SATISFACTION WITH TREATMENT ON REQUEST IN LASER AND SKIN CARE DEPARTMENT, NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY IN 2017.

Objective:

To evaluate the Patient's Satisfaction with treatment on request at Laser and skin care Department, National Hospital of Dermatology and Venereology in 2017.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Bệnh viện Da liễu Trung ương

» Ngày nhận bài: 21/07/2017 | » Ngày phản biện: 27/07/2017 | » Ngày duyệt đăng: 04/08/2017

Methods:

Cross – descriptive study. The Patient Request Form (PRF) were used to interview 290 out patients at Laser and skin care Department, National Hospital of Dermatology and Venereology in 2017. The professional who was the primary contact for each patient filled out the PRF.

Results:

The average point of the Patient’s Satisfaction with treatment on request at Laser and skin care Department is 4,35. The percentage of Patient’s Satisfaction is 92. The average point of Patient’s Satisfaction about the visible aspect, believable aspect, responsive aspect, ensuring aspect, sympathized aspect are 4,38; 4,32; 4,36;4,36; 4,26, respectively. The percentage of Patient’s Satisfaction about ensuring aspect is the highest of all (91,8%); the second is believable aspect with 90,5%; visible aspect, responsive aspect and sympathized aspect are under 90% (with 89%, 87,4%, 85,2% respectively).

Conclusions:

Patients who come to Laser and skin care Department, National Hospital of Dermatology and Venereology are very satisfying with treatments.

Key words: Satisfaction, Patient, treatment on request.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của NB phản ánh chất lượng của các dịch vụ chăm sóc y tế. Chỉ số hài lòng của NB giúp đánh giá sự đáp ứng của các cơ sở y tế có phù hợp với những mong đợi của NB về các dịch vụ y tế hay không. Từ đó, những thực tế trong khám chữa bệnh được nhận thức đúng và là động lực phát triển của các cơ sở y tế (4). Hiện nay ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của NB tại các bệnh viện nói chung và các khoa điều trị theo yêu cầu nói riêng nên chưa có một cái nhìn chung nhất về sự hài lòng của NB với những dịch vụ này. KLS – SSD Bệnh viện Da liễu Trung ương là một khoa lớn với nhiều mảng dịch vụ mũi nhọn, việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại khoa là cần thiết nhằm đem lại chất lượng dịch vụ tốt nhất cũng như nâng cao uy tín của bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá sự hài lòng của NB về dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và săn sóc da Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2017” với mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của NB về dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và săn sóc da Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Các số liệu thứ cấp và thu thập số liệu hoạt động công tác khám chữa bệnh của KLS – SSD năm 2015-2016.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01 - 09 năm 2017, tại KLS – SSD Bệnh viện Da liễu Trung ương.

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

4. Phương pháp chọn mẫu:

4.1. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu

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

n: Số đối tượng cần nghiên cứu.

α : Mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z$ tương ứng là 1,96.

P: Ước tính tỷ lệ NB hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh là 53,7%, $P=0,537$ theo nghiên cứu của Trần Thị Hà Giang (6).

d: Sai số dự kiến, lấy $d=0,06$.

Để dự phòng cỡ mẫu tăng thêm 10%, tổng số mẫu $n = 289$. Cỡ mẫu thực tế 290 NB.

4.2. Phương pháp chọn mẫu:

*** Tiêu chuẩn chọn**

- NB trên 18 tuổi có đủ năng lực trả lời các câu hỏi điều tra.

- NB điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

NB là nhân viên bệnh viện hoặc có người nhà là nhân viên bệnh viện.

4.3. Cách thức chọn mẫu:

Chọn ngẫu nhiên với hệ số $k = 5$, có nghĩa là cứ cách 5 NB điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD chúng tôi chọn 1 NB tham gia nghiên cứu với thời gian lấy mẫu trong sáu tuần.

5. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành mô tả sự hài lòng của NB bằng mô hình SERVQUAL của tác giả A. Parasureman, Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1998), công cụ SERVQUAL đặc trưng cho việc đo lường “chức năng”, cụ thể như sau:

- Khía cạnh hữu hình: Bao gồm những điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, trang phục và ứng xử của nhân viên y tế, môi trường KLS – SSD.

- Khía cạnh tin tưởng: Gồm những tiểu mục đánh giá

khả năng thực hiện các dịch vụ đã cam kết một cách đáng tin cậy và chính xác.

- **Khía cạnh đáp ứng:** Gồm các tiêu mục đánh giá sự sẵn sàng giúp đỡ NB và cung cấp các dịch vụ kịp thời.
- **Khía cạnh đảm bảo:** Gồm các tiêu mục đánh giá kiến thức và sự hòa nhã của nhân viên y tế (NVYT) cũng như khả năng của họ trong việc tạo lòng tin, sự tin nhiệm cho NB.
- **Khía cạnh cảm thông:** Gồm các tiêu mục đánh giá mức độ quan tâm chăm sóc của NVYT dành cho NB.

NB sau khi đã hoàn tất việc điều trị và mua thuốc sẽ được mời tham gia phát vấn bằng bộ câu hỏi phỏng vấn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ điều trị theo yêu cầu.

Toàn bộ NB tham gia nghiên cứu được khảo sát sự hài lòng về 5 khía cạnh tại KLS – SSD cùng các bộ phận liên quan đến quy trình điều trị. Điểm hài lòng được đánh số từ 1 đến 5, trong đó 1 là rất không hài lòng và 5 là rất hài lòng.

Theo mô hình SERVQUAL khía cạnh hữu hình khi NB có cảm nhận tốt về khía cạnh này tức là họ đã hài lòng với các mục thuộc khía cạnh này.

Bảng 1: Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh hữu hình

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Về bộ phận tiếp đón KLS – SSD	91	4,45	0,686
Về NVYT tại phòng khám KLS – SSD	92	4,46	0,676
Về NVYT tại phòng làm thủ thuật	92	4,45	0,687
Về kế toán thu ngân	81	4,16	0,798
Về NVYT tại quầy thuốc	75	4,07	0,858
Trang phục của NVYT	90	4,44	0,720
CSVC, TTB của KLS –SSD	94	4,47	0,646
Môi trường, vệ sinh KLS –SSD	95	4,48	0,647

Môi trường vệ sinh khoa Laser và sản số da có tỷ lệ hài lòng cao nhất đạt 95%, NVYT tại quầy thuốc có tỷ lệ hài lòng thấp nhất đạt 75%.

Khía cạnh tin tưởng gồm các tiêu mục đánh giá khả năng thực hiện các dịch vụ đã cam kết một cách đáng tin cậy và chính xác.

Bảng 2: Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh tin tưởng

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Kết quả chẩn đoán và điều trị chính xác	89	4,30	0,73
Chi phí KCB hợp lý	85	4,24	0,79
Cung cấp thông tin về tình trạng bệnh và điều trị	88	4,29	0,73
Sự tin tưởng vào phương pháp điều trị	90	4,39	0,69
Sự bình đẳng, công bằng, không kỳ thị và phân biệt đối xử	91	4,36	0,66

Sự tin tưởng vào phương pháp điều trị có điểm hài lòng cao nhất đạt 4,39 điểm, chi phí KCB hợp lý có điểm hài lòng thấp nhất với 4,24 điểm.

liên hoàn và hợp lý của các khâu trong quy trình điều trị, về sự tiện ích của các biển chỉ dẫn của khoa, về sự đáp ứng của nhân viên y tế đối với NB.

Khía cạnh đáp ứng NB được đề nghị đánh giá về tính

Bảng 3: Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh đáp ứng

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Sự liên tục, thuận tiện	88	4,30	0,74
Thời gian thực hiện các XN và trả kết quả	91	4,44	0,69
Sự sẵn sàng giúp đỡ người bệnh	90	4,40	0,69
Sự đáp ứng kịp thời của NVYT	87	4,31	0,74



Người bệnh hài lòng nhất với thời gian thực hiện các XN, tỷ lệ hài lòng thấp nhất về sự đáp ứng kịp thời của NVYT.

Khía cạnh đảm bảo gồm các tiêu mục đánh giá kiến thức và sự hòa nhã của NVYT cũng như khả năng của họ trong việc tạo lòng tin, sự tin nhiệm cho NB.

Bảng 4: Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh đảm bảo

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Tôn trọng sự riêng tư của NB	89	4,33	0,74
Khám bệnh tỷ mỉ, cẩn thận của BS	88	4,29	0,76
Không gian KLS – SSD	89	4,35	0,70
Trình độ chuyên môn của NVYT	91	4,41	0,71
Kiến thức của NVYT	88	4,43	0,73

Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh đảm bảo thì trình độ chuyên môn của NVYT có tỷ lệ hài lòng cao nhất chiếm 91%, khám bệnh tỷ mỉ, cẩn thận của bác sỹ là thấp nhất chiếm 88% hài lòng.

Khía cạnh cảm thông gồm các tiêu mục được sử dụng để đánh giá mức độ quan tâm chăm sóc của nhân viên y tế dành cho NB.

Bảng 5: Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh cảm thông

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Sự chăm sóc y tế với tình trạng bệnh và điều kiện hoàn cảnh của người bệnh	88	4,27	0,73
Sự cảm thông, chia sẻ những lo lắng về bệnh tật và nhu cầu CSSK	85	4,26	0,77
Sự chăm sóc của NVYT	88	4,29	0,72
Thời gian khám chữa bệnh phù hợp	82	4,21	0,81

Sự chăm sóc của NVYT có sự hài lòng của NB là cao nhất đạt 88%, thời gian khám chữa bệnh phù hợp có sự hài

lòng thấp nhất với 82%.

Bảng 6: Sự hài lòng chung của người bệnh với đối với dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và săn sóc da

Nội dung	Tỷ lệ HL (%)	Điểm HL	Độ lệch chuẩn
Khía cạnh hữu hình	89	4,38	0,715
Khía cạnh tin tưởng	90,5	4,32	0,72
Khía cạnh đáp ứng	91,8	4,36	0,72
Khía cạnh đảm bảo	87,4	4,36	0,73
Khía cạnh cảm thông	85,2	4,26	0,76
Hài lòng chung	92	4,35	0,73

NB hài lòng nhất với khía cạnh đáp ứng đạt 91,8%, hài lòng thấp nhất với khía cạnh cảm thông là 85,2%. Câu hỏi chung cho sự hài lòng của NB với KLS – SSD là 92%.

cầu trong nghiên cứu này được phân tích dựa trên 5 khía cạnh là hữu hình, tin tưởng, đáp ứng, đảm bảo và cảm thông.

Sự hài lòng của người bệnh về khía cạnh hữu hình

Ngoài việc thực hiện khám chữa bệnh thông thường, KLS – SSD còn cung cấp các dịch vụ làm đẹp kỹ thuật cao do đó khoa luôn được coi là mảng phát triển mũi nhọn của bệnh viện. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy đa số khía cạnh hữu hình đều được đánh giá trên 90% hài lòng, trong

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại khoa Laser và săn sóc da của bệnh viện

Sự hài lòng của NB đối với dịch vụ điều trị theo yêu

đó sự hài lòng của NB về tiêu mục môi trường vệ sinh KLS – SSD là cao nhất với 95% NB hài lòng, điểm TB ($4,48 \pm 0,647$) điểm. Điểm hài lòng về NVYT tại quầy thuốc là thấp nhất ($4,07 \pm 0,858$), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cheung Sok Yee tại Hồng Kông (2004), tác giả cũng nêu kết quả NB hài lòng thấp nhất với nhân viên khoa Dược với 3,5 điểm (1). Lý giải điểm này có thể do người bệnh đông phải chờ đợi lâu tại khu vực quầy thuốc, nhân viên dược phải làm việc quá tải.

Sự hài lòng của người bệnh về khía cạnh tin tưởng

Sự hài lòng của NB về chi phí KCB hợp lý cho kết quả thấp nhất với $4,24 \pm 0,79$ điểm, tỷ lệ hài lòng là 85%. Phải chăng chi phí KCB tại các khoa theo yêu cầu cao hơn mức bình thường vì NB phải chi trả thêm phí dịch vụ nên mức độ hài lòng của NB chưa cao. Theo nghiên cứu của GUP Iloh và cộng sự tại bệnh viện Đại học ở Đông Nigeria năm 2011, chi phí sử dụng thuốc trong điều trị có điểm hài lòng chỉ đạt 2,6 điểm, theo nghiên cứu của Trịnh Thị Mến (2014) tiêu mục này đạt $3,52 \pm 0,76$ điểm (2, 7).

Sự hài lòng của người bệnh về khía cạnh đáp ứng

Điểm HL về thời gian chờ kết quả XN đạt mức cao nhất $4,44 \pm 0,69$ điểm, tỷ lệ HL đạt 91%, so với nghiên cứu của Phạm Nhật Yên (2008) là 30,1%, còn nghiên cứu của Trần Thị Hà Giang (2011) là 26,3% (8, 6). Cho thấy hiệu quả rõ rệt của việc triển khai thực hiện các giải pháp nâng cao chất lượng bệnh viện. Sự hài lòng của NB về đáp ứng kịp thời của NVYT là $4,31 \pm 0,74$ điểm và tỷ lệ hài lòng đạt 87%. Điều này cho thấy cần tăng cường hơn nữa sự tương tác giữa NB và NVYT đặc biệt trong công tác khám và điều trị bệnh.

Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh đảm bảo

Điểm trung bình hài lòng về tiêu mục khám bệnh tỷ

mi, cẩn thận của bác sỹ là $4,29 \pm 0,6$; so sánh với nghiên cứu của Trịnh Thị Mến (2014) thì “sự khám bệnh cẩn thận tỉ mỉ của bác sỹ” chỉ đạt $3,23 \pm 0,79$ (7).

Sự hài lòng của người bệnh theo khía cạnh cảm thông

Trong nghiên cứu tỷ lệ hài lòng của NB về sự chăm sóc y tế với tình trạng bệnh và điều kiện hoàn cảnh của NB đạt 4,27 điểm. Sự cảm thông, chia sẻ những lo lắng về bệnh tật và nhu cầu CSSK đạt 4,26 điểm. Tỷ lệ này khá cao nhưng trên thực tế sự cảm thông, chia sẻ này vẫn còn hạn chế bởi vì hiện nay tình trạng quá tải khiến công việc của NVYT áp lực nhiều hơn do đó thời gian để chia sẻ, cảm thông với NB còn hạn chế. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trịnh Thị Mến (2014) lần lượt 3,65 điểm và 3,63 điểm (7).

Sự hài lòng chung của người bệnh

Tỷ lệ hài lòng chung của NB đạt 92%, điểm hài lòng là 4,35 điểm. Đây là một cố gắng rất lớn của KLS – SSD cũng như Bệnh viện Da liễu Trung ương nhằm hướng tới mục tiêu lấy NB là trung tâm của việc chăm sóc và điều trị (4).

KẾT LUẬN

Điểm trung bình sự hài lòng của NB với dịch vụ điều trị theo yêu cầu tại KLS – SSD là $4,35 \pm 0,73$; tỷ lệ hài lòng đạt 92%.

Điểm trung bình sự hài lòng của NB về khía cạnh: hữu hình là $4,38 \pm 0,715$ điểm, tin tưởng là $4,32 \pm 0,72$ điểm, đáp ứng là $4,36 \pm 0,72$ điểm, đảm bảo là $4,36 \pm 0,73$ điểm, cảm thông là $4,26 \pm 0,76$ điểm. Tỷ lệ hài lòng về các khía cạnh: hữu hình đạt 89%, tin tưởng đạt 90,5%, đáp ứng đạt 87,4%, đảm bảo đạt 91,8% và cảm thông đạt 85,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Cheung Sok Yee (2004), Determinants of Outpatient Satisfaction in a Specialist Clinic in Hong Kong, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, The university of Hong Kong.
- Lloh G, Ofoudu J, Njoku P, Okafor G, Amadi A, Godswill Uko E. (2011), Satisfaction with Quality of Care Received by Patients without National Health Insurance Attending a Primary Care.
- Jun Minjoon, Robin Peterson and George A. Zisidin (1998), “The identification and measurement of quality dimension in health care: focus group interview results”, Health Care management Review. 23(4),pp.81-96. 23.
- Bộ Y tế (2015). Quyết định số 2152/QĐ – BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ Y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”.
- Bộ Y tế (2014). Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam, ban hành kèm theo Quyết định số 4858/QĐ – BYT ngày 03/2/2013, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- Trần Thị Hà Giang (2011). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2011, luận văn cao học Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.



7. Trịnh Thị Mến (2014). Thực trạng khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đông Hưng, Thái Bình năm 2014, luận văn cao học Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

8. Phạm Nhật Yên (2008). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Bạch Mai, luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

-----oO-----

MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI DÂN VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TRẺ EM TẠI BA XÃ HUYỆN TIỀN HẢI NĂM 2016

Trần Duy Huân¹, Ngô Thị Nhu², Bùi Minh Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá mức độ hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại ba xã huyện Tiền Hải năm 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 73,3% số người cho là hài lòng; 7,9% cho là rất hài lòng dịch vụ CSSK công lập. Hầu hết các đối tượng được hỏi đều cho rằng hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị trong CSSKBMTE ở nơi họ đến. Có 47,5% hài lòng về công tác khám thai; 40,5% hài lòng về KHHGD; 21,2% hài lòng về tư vấn sức khỏe sau sinh; tư vấn dinh dưỡng chỉ hài lòng ở mức 16,8%. Có 69,7% hài lòng với trạm y tế; 55,6% số người được hỏi hài lòng với TTYT huyện; 39,8% hài lòng với BV huyện. Tỷ lệ hài lòng cao nhất là tư vấn trực tiếp (72%); qua nói chuyện sức khỏe là 36,3%; tỷ lệ hài lòng qua loa phát thanh chiếm 27,6%. Về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế xã có 51,2% cho rằng khá tốt; 41,8% cho rằng tốt.

Từ khóa: Hài lòng, bà mẹ trẻ em, Tiền Hải.

ABSTRACT

The study was conducted to assess the level of satisfaction of people in maternal and child health care services in three communes of Tien Hai district in 2016. The study found that 73.3% satisfied; 7.9% said they were very satisfied with public health care. Most of respondents said that they

are satisfied with facilities and equipment in MCH at their destination. 47.5% satisfied with antenatal care; 40.5% were satisfied with family planning; 21.2% were satisfied with postpartum health counseling; Nutrition counseling is only satisfied at 16.8%. 69.7% were satisfied with the clinic; 55.6% of respondents were satisfied with district health centers; 39.8% satisfied with district hospital. The highest satisfaction rate was direct counseling (72%); Via health talk is 36.3%; The satisfaction rate of the speakers was 27.6%. Regarding health services at commune health stations, 51.2% said they were good; 41.8% said that good.

Keywords: Satisfied, mother and child, Tien Hai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành Y tế nước ta đang trên đà phát triển và hệ thống chăm sóc sức khỏe cũng đang phát triển đa dạng với nhiều thành phần, nhiều loại hình cung cấp các dịch vụ tư vấn và khám chữa bệnh (KCB). Đồng thời ngành Y tế nước ta cũng đang phải đối mặt với thách thức là y tế phải đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, khám chữa bệnh với kỹ thuật y tế chất lượng cao, song song là phải quan tâm đến chăm sóc sức khỏe người nghèo, người cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa.

Theo thống kê của Bộ Y tế vào năm 2014 cho thấy tình

1. Trung tâm Y tế huyện Tiền Hải

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 10/05/2017 | » Ngày phản biện: 01/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 07/07/2017

trạng sức khỏe người dân Việt Nam trong những năm gần đây đã được cải thiện đáng kể, trong đó tuổi thọ, tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tử vong trẻ 5 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng đạt tốt hơn so với các nước đang phát triển ở châu Á[1]. Một trong những thách thức đối với ngành Y tế hiện nay là hệ thống cung ứng dịch vụ Y tế còn nhiều hạn chế. Hệ thống y tế dự phòng (YTDP) và dịch vụ cơ bản chăm sóc sức khỏe (CSSK) bà mẹ trẻ em hiện nay đang phân mảnh, chia cắt giữa các tuyến. Sự khác biệt trong khả năng tiếp cận các dịch vụ có chất lượng dẫn đến sự khác biệt trong các chỉ số về sức khỏe, hiểu biết về giảm nguy cơ bệnh tật.

Để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và tạo điều kiện cho người dân có khả năng tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Mức độ hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại ba xã huyện Tiền Hải năm 2016”, với mục tiêu sau:

Đánh giá mức độ hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại ba xã huyện Tiền Hải năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu

* Địa bàn nghiên cứu

Huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

* Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con dưới 2 tuổi đang sinh sống và làm việc tại các xã nghiên cứu tính từ thời điểm điều tra.

* Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2016-5/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế bằng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang.

* Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu là xã nghiên cứu: Chọn 3 xã đại diện cho 3 khu Đông, Nam và Tây Tiền Hải.

- Cỡ mẫu cho điều tra bà mẹ

+ Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu

- p = 0,5 là tỉ lệ người dân có kiến thức đúng về CSSKBMTE

- q = 1 - p

- α: Ngưỡng xác suất thống kê chọn bằng 0,05

nên Z = 1,96.

Qua tính toán cỡ mẫu của chúng tôi n= 384 và trên thực tế chúng tôi điều tra được 457 bà mẹ.

* **Cỡ mẫu cho cán bộ y tế:** Mỗi xã tiến hành phỏng vấn sâu 01 nữ hộ sinh, 01 trạm trường y tế xã; như vậy là 3 nữ hộ sinh và 3 trạm trường y tế xã; phỏng vấn 01 cán bộ chuyên trách huyện

* Kỹ thuật chọn mẫu

- Chọn xã: Chúng tôi chọn chủ định 3 xã thuộc 3 khu vực đại diện cho 3 vùng của huyện

- Chọn đối tượng nghiên cứu là bà mẹ có con dưới 2 tuổi: Chúng tôi tiến hành lập danh sách các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 3 xã nghiên cứu, với danh sách được lập chúng tôi có là 457 đối tượng có thể tham gia điều tra, do đó chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ các bà mẹ đã được lập danh sách.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý trên phần mềm Epi info 6.04 và SPSS 16.0 và phương pháp thống kê trong y học. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

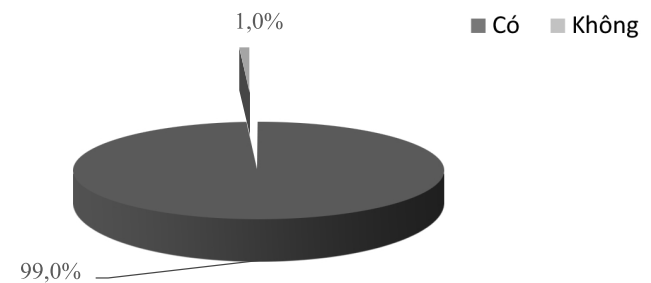
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Sự hài lòng về giao tiếp của cán bộ khi sử dụng dịch vụ CSSK công lập (n=457)

Sự hài lòng về giao tiếp của cán bộ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	36	7,9
Hài lòng	335	73,3
Bình thường	86	18,8
Tổng	457	100

Khi được hỏi về sự hài lòng của các đối tượng khi sử dụng dịch vụ CSSK công lập có 73,3% số người cho là hài lòng; 7,9% cho là rất hài lòng và 18,8% cho là bình thường.

Biểu đồ 3.1. Sự hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị trong CSSK BMTE (n=457)



Biểu đồ 3.1 cho thấy hầu hết các đối tượng được hỏi đều cho rằng hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị trong CSSKBMTE ở nơi họ đến.

Bảng 3.2. Mức độ hài lòng các dịch vụ CSSK BMTE (n=457)

Mức độ hài lòng các dịch vụ CSSK BMTE	Số lượng	Tỷ lệ (%)
KHHGD	185	40,5
Khám thai	217	47,5
Tư vấn dinh dưỡng	77	16,8
Tư vấn CSSK sau sinh	97	21,2
Tiêm chủng	225	49,2

Kết quả bảng 3.2 trình bày về mức độ hài lòng các dịch vụ CSSK BMTE: 47,5% hài lòng về công tác khám thai; 40,5% hài lòng về KHHGD; 21,2% hài lòng về tư vấn sức khỏe sau sinh; tư vấn dinh dưỡng chỉ hài lòng ở mức 16,8%.

Bảng 3.3. Mức độ hài lòng về các cơ sở trong CSSK BMTE (n=457)

Mức độ hài lòng về các cơ sở	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TYT	317	69,7
TTYT huyện	254	55,6
BVĐK huyện	182	39,8
BVĐK tỉnh	24	5,3
Khác	27	5,9

Sự hài lòng về các cơ sở trong CSSK BMTE, có 69,7% hài lòng với trạm y tế; 55,6% số người được hỏi hài lòng với TTYT huyện; 39,8% hài lòng với BV huyện.

Bảng 3.4. Mức độ hài lòng về các hình thức truyền thông trong CSSK BMTE (n=457)

Mức độ hài lòng về hình thức truyền thông	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loa phát thanh	126	27,6
Tư vấn trực tiếp	329	72,0
Qua nói chuyện SK	166	36,3
Khác	20	4,4

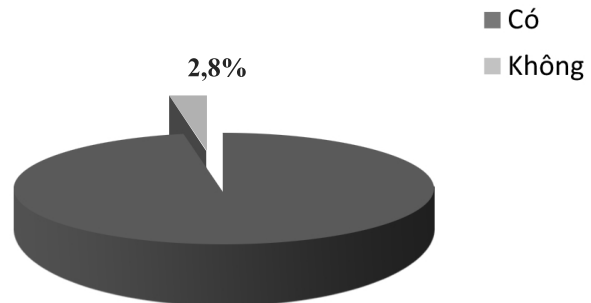
Mức độ hài lòng về các hình thức truyền thông trong CSSK BMTE: tỷ lệ hài lòng cao nhất là tư vấn trực tiếp (72%); qua nói chuyện sức khỏe là 36,3%; tỷ lệ hài lòng qua loa phát thanh chiếm 27,6%.

Bảng 3.5. Mức độ hài lòng về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế (n=457)

Mức độ hài lòng về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trung bình	28	6,1
Khá	234	51,2
Tốt	191	41,8
Rất tốt	4	0,9
Tổng	457	100

Kết quả bảng 3.5 cho thấy mức độ hài lòng về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế xã: 51,2% cho rằng khá tốt; 41,8% cho rằng tốt.

Biểu đồ 3.2. Mức độ hài lòng về sử dụng thẻ BHYT trong CSSK BMTE (n=457)



Mức độ hài lòng về sử dụng thẻ BHYT trong CSSK BMTE: 97,2% số bà mẹ cho rằng rất hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân là nhiệm vụ thực hiện chính sách xã hội của Nhà nước, đồng thời cũng là một loại hình dịch vụ; trong đó các cơ sở y tế là nơi cung cấp dịch vụ, còn người bệnh là khách hàng. Chỉ số hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị tại phòng khám là tiêu chí dùng để đo lường sự đáp ứng các dịch vụ y tế đối với sự mong đợi của người bệnh đến khám điều trị tại phòng khám, sự hài lòng của người bệnh đối với cơ sở y tế là một thông tin quan trọng để người cung cấp dịch vụ có kế hoạch nâng cao chất lượng dịch vụ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi để khảo sát sự hài lòng của bà mẹ về sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em chúng tôi khảo sát về các nội dung như sự giao tiếp của các cán bộ y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị, các dịch vụ y tế. Khi được hỏi về sự hài lòng của các đối tượng khi sử dụng dịch vụ CSSK công lập có 73,3% số người cho là hài lòng; 7,9% cho là rất hài lòng và 18,8% cho là bình thường. Đa số các kênh đánh giá đều cho thấy sự tin tưởng

và hài lòng của các bà mẹ khi đến với các cơ sở y tế, đây cũng là một điểm đáng khích lệ cho việc cung cấp dịch vụ CSSKBMTE của cơ sở công lập, có thể thấy cơ sở công lập đã và đang thực hiện tốt công việc của mình. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng hầu hết các đối tượng được hỏi đều cho rằng hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị trong CSSKBMTE ở nơi họ đến (99% hài lòng)

Khi hỏi về mức độ hài lòng về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các cơ sở y tế kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bày về mức độ hài lòng các dịch vụ CSSKBMTE: 47,5% hài lòng về công tác khám thai; 40,5% hài lòng về KHHGD; 21,2% hài lòng về tư vấn sức khỏe sau sinh; tư vấn dinh dưỡng chỉ hài lòng ở mức 16,8%. Việc khám và quản lý thai nghén là rất cần thiết để kịp thời các nguy cơ như thể trạng mẹ không đảm bảo, các bệnh lý của mẹ có sẵn cũng như các bệnh mới xuất hiện như thiếu máu, nhiễm độc thai nghén tuy nhiên mức độ hài lòng của đối tượng lại không được cao. Điều này có thể là do khi khám thai có nhiều thủ tục cần phải thực hiện hoặc đối tượng chưa được hài lòng giữa dịch vụ với giá cả của dịch vụ... Đây là điều đáng chú ý đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ khám thai nói riêng và các dịch vụ khác nói chung cần chú trọng việc nâng cao chất lượng dịch vụ và phù hợp với nhu cầu và khả năng chi trả của đối tượng.

Nghiên cứu của chúng tôi về mức độ hài lòng về các cơ sở trong CSSK BMTE thấy rằng có 69,7% hài lòng với trạm y tế; 55,6% số người được hỏi hài lòng với TTYT huyện; 39,8% hài lòng với BV huyện. Điều này cho thấy công tác CSSK BMTE tại trạm y tế trên địa bàn thực hiện rất tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi về mức độ hài lòng về các hình thức truyền thông trong CSSK BMTE cũng cho thấy tỷ lệ hài lòng cao nhất là tư vấn trực tiếp (72%); qua nói chuyện sức khỏe là 36,3%; tỷ lệ hài lòng qua loa phát thanh chiếm 27,6%. Điều này có thể do truyền thông trực tiếp các đối tượng sẽ thu nhận được nhiều thông tin, đồng thời họ có thể bày tỏ hay chia sẻ những khó khăn, thắc mắc những vấn đề họ đang gặp phải với người cung cấp dịch vụ để giải quyết vấn đề. Như vậy có thể thấy chất lượng cán bộ tư vấn trực tiếp đã được cải thiện và đang phát huy hiệu quả tốt tuy nhiên tỷ lệ hài lòng về loa phát thanh còn rất thấp cho thấy cần chú trọng phát thanh những nội dung và thời gian phù hợp với nhu cầu của đối tượng hơn.

Về mức độ hài lòng về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế xã: 51,2% cho rằng khá tốt; 41,8% cho rằng tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác về các dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập của các tác giả Dương Xuân Chử [2], Đàm Thị Tuyết [3]. Trạm Y tế xã, phường, thị trấn là tuyến

đầu tiên tiếp xúc với nhân dân với nhiệm vụ là chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên mức độ hài lòng với dịch vụ CSSKBMTE tại Trạm y tế lại không được cao. Điều này có thể là do phương tiện phục vụ cho công tác cung cấp dịch vụ như: phát hiện và quản lý thai tại trạm y tế xã đều có test chẩn đoán thai sớm, test nhanh xét nghiệm nước tiểu, sổ sách theo dõi khám, quản lý thai và tiêm phòng chưa được đầy đủ và những trang thiết bị và phương tiện này chỉ đáp ứng mức tối thiểu hoạt động khám thai tại địa phương. Những bất cập chủ yếu trong chăm sóc sản khoa thiết yếu tuyến xã là trình độ của cán bộ y tế xã chưa đáp ứng, tiếp cận thấp, phương tiện khám thai - đỡ đẻ chưa đầy đủ. Và so với nhu cầu ngày càng cao của người dân nói chung và PNCT nói riêng thì phương tiện thiết yếu chưa đáp ứng đủ. Chính vì thế mà Trạm y tế cần phải được các cấp ngành quan tâm nhiều hơn trong việc đào tạo nâng cao về trình độ chuyên môn, nghiệp vụ và việc nâng cấp trang thiết bị phù hợp là một hoạt động rất cần thiết để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng ngày càng cao, trạm y tế xã cần được trang bị thêm phương tiện, máy móc và trang thiết bị đầy đủ hơn để phục vụ cho đối tượng tại địa bàn, để có thể phát huy hết tiềm năng quan trọng của Trạm y tế trong CSSK ban đầu cũng như giảm tải cho tuyến trên. Đồng thời, qua đây chúng tôi nhận thấy rằng cần có biện pháp truyền thông sâu rộng hơn nữa để người dân hiểu được tầm quan trọng của các trạm y tế cũng như trung tâm y tế huyện trong chăm sóc sức khỏe để tin tưởng và tiếp tục sử dụng dịch vụ sẵn có tại địa phương mình.

V. KẾT LUẬN

- Có 73,3% số người cho là hài lòng; 7,9% cho là rất hài lòng và 18,8% cho là bình thường với sử dụng dịch vụ CSSK công lập

- Hầu hết các đối tượng được hỏi đều cho rằng hài lòng về cơ sở vật chất và trang thiết bị trong CSSKBMTE ở nơi họ đến

- Có 47,5% hài lòng về công tác khám thai; 40,5% hài lòng về KHHGD; 21,2% hài lòng về tư vấn sức khỏe sau sinh; tư vấn dinh dưỡng chỉ hài lòng ở mức 16,8%.

- Sự hài lòng về các cơ sở trong CSSK BMTE, có 69,7% hài lòng với trạm y tế; 55,6% số người được hỏi hài lòng với TTYT huyện; 39,8% hài lòng với BV huyện.

- Tỷ lệ hài lòng cao nhất là tư vấn trực tiếp (72%); qua nói chuyện sức khỏe là 36,3%; tỷ lệ hài lòng qua loa phát thanh chiếm 27,6%.

- Về các dịch vụ CSSK BMTE tại trạm y tế xã có 51,2% cho rằng khá tốt; 41,8% cho rằng tốt.



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2015), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014.
2. Dương Xuân Chử, Nguyễn Mười Hai, Trần Đỗ Hùng (2015), “Nghiên cứu sự hài lòng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Tam Bình, tỉnh Vĩnh Long năm 2013”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tr.67-90.
3. Dương Xuân Chử, Nguyễn Mười Hai, Trần Đỗ Hùng (2015), “Nghiên cứu sự hài lòng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Tam Bình, tỉnh Vĩnh Long năm 2013”, Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tr.67-90.

-----oOo-----

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ ĐỐI VỚI SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NAM THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM NĂM 2016

Trần Quốc Hiệp¹, Nguyễn Quốc Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam, năm 2016 nhằm đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam thực hành tại bệnh viện. Với phương pháp thiết kế nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích trên 400 sinh viên điều dưỡng của trường, chúng tôi thu được kết quả như sau: Đa phần NVYT tại các khoa được hỏi đều hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên (83,6% hài lòng). Có 82,9% nhân viên y tế đều rất hài lòng với sinh viên trong thời gian trực và chỉ có 9% số nhân viên y tế chưa hài lòng. Có 36,1% nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ chiếm 86,9%. Đa phần nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ chiếm 53,1%. Tỷ lệ NVYT hài lòng về thái độ học tập của sinh viên chiếm 33,6% ở mức rất hài lòng, 51,6% ở mức hài lòng. Tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng đối với sinh viên chiếm tỷ lệ khá cao 80,3%. Bệnh nhân chưa hài lòng đối với sinh viên chiếm tỷ lệ 17,2%.

Từ khóa: Sự hài lòng, bệnh nhân, nhân viên y tế, sinh viên.

SUMMARY

ASSESSING THE SATISFACTION OF PATIENTS AND MEDICAL STAFFS FOR NURSING STUDENTS AT HA NAM MEDICAL COLLEGE AT HA NAM GENERAL HOSPITAL IN 2016

The study was conducted at the Ha Nam General Hospital in 2016 to assess the satisfaction of patients and health workers for nursing students at Ha Nam Medical College in the hospital. With the descriptive research design methodology through a cross-sectional survey that analyzes over 400 nursing students of the school, we obtained the following results: Most of the health workers in the faculties were satisfied with the procedures performed by the students (83.6%). 82.9% of the staff were very satisfied with the students during their stay. There are 9% of health workers are unhappy. There are

1. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 03/06/2017 | » Ngày phản biện: 16/06/2017 | » Ngày duyệt đăng: 03/07/2017

36.1% of medical staff are very satisfied about the students with their communication accounted for 86.9%. Most of the health workers were very satisfied with the students' communication with them, accounting for 53.1%. The percentage of health workers satisfied with the attitudes of students was 33.6%, 51, 6% in satisfaction. The percentage of medical staff satisfied with the students is quite high 80.3%. Patients were not satisfied with the students accounted for 17.2%.

Keywords: Satisfaction, patients, medical staffs, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghề Y nói chung nghề điều dưỡng nói riêng được phân biệt với các nghề khác bởi nghĩa vụ đạo đức nghề nghiệp mang tính đặc thù, đó là: Chăm sóc, điều trị, cứu người, làm giảm nhẹ sự đau đớn của con người do bệnh tật và do các can thiệp y tế. Xã hội luôn luôn đòi hỏi người thầy thuốc phải có sự hiểu biết sâu rộng, tấm lòng nhân ái và kinh nghiệm nghề nghiệp. Vì vậy để trở thành người thầy thuốc vừa có năng lực và phẩm chất cao thì họ phải được đào tạo rất lâu, rất kỹ, mà giai đoạn đầu là đào tạo tại trường, sau đó là quá trình thực tập tại các cơ sở y tế và cao hơn là tiếp tục học thêm kinh nghiệm trong suốt quá trình làm việc [1], [2].

Thực tập lâm sàng là một nội dung thuộc chương trình đào tạo của sinh viên y khoa được thực hiện bắt buộc với các cơ sở đào tạo cán bộ y tế. Hình thức học tập này rất quan trọng bởi tại đây đối tượng học tập là người bệnh, người nhà của họ và những trang thiết bị phục vụ công tác khám chữa bệnh. Giai đoạn này giúp những sinh viên y có các kiến thức, kỹ năng thực tế ngoài sách vở, đồng thời thể hiện cách ứng xử và chăm sóc người bệnh trên những tình huống thực tế. Bên cạnh đó hoạt động của sinh viên thực tập tại các cơ sở y tế cũng ảnh hưởng không nhỏ tới sự hài lòng của người bệnh đối với cơ sở y tế [3].

Thực tế trước đây nay chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về sự hài lòng của người nhà bệnh nhân đối với sinh viên thực tập tại bệnh viện, đặc biệt là sinh viên Cao đẳng Y. Với mong muốn có những đánh giá khách quan về quá trình học tập cũng như giao tiếp với người bệnh, người nhà bệnh nhân nên chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam thực hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2016” với 2 mục tiêu: Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng y tế Hà Nam thực hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

* **Địa bàn nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

* **Đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân điều trị nội trú tại các khoa của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam có sinh viên thực tập.

- Nhân viên y tế đang làm việc tại các khoa của Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam có sinh viên thực tập.

* **Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2016 – 5/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích.

* **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: Tổng số đối tượng cần điều tra

Z: Hệ số tin cậy tính theo α , chọn $\alpha = 0,05$ với khoảng tin cậy 95%, tra bảng ta được

$$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$$

d: Khoảng sai lệch mong muốn, chọn $d = 0,05$

p: Ước tính tỷ lệ đối tượng hài lòng với sinh viên thực tập. Vì chưa có nghiên cứu trước đó nên chọn $p = 0,5$ để được cỡ mẫu lớn nhất.

Thay các giá trị trên vào công thức tính ta có kết quả thu được $n = 384$ đối tượng. Cỡ mẫu nghiên cứu làm tròn thành 400 bệnh nhân.

* **Cỡ mẫu cho nhân viên y tế:**

Điều tra toàn bộ nhân viên y tế của các khoa có sinh viên thực tập.

* **Phương pháp chọn mẫu:**

- Chọn bệnh viện, chọn khoa:

Chọn chủ đích Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam để tiến hành nghiên cứu tại các khoa của bệnh viện có sinh viên thực tập.

- Chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Lập danh sách tất cả bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa của Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam có sinh viên thực tập.

+ Sau đó tiến hành điều tra những bệnh nhân có đủ điều kiện.

+ Lập danh sách tất cả nhân viên y tế của các khoa có sinh viên thực tập, sau đó tiến hành điều tra toàn bộ.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập bằng máy vi tính vào phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 16.0 để xử lý với các test thống kê y học, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Sự hài lòng của nhân viên y tế về sự thực hiện thủ thuật của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	40	32,8
Hài lòng	62	50,8
Không hài lòng	20	16,4

Qua số liệu ở bảng 3.1 ta thấy rằng, hầu hết nhân viên y tế tại các khoa được đều hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên. Trong đó, 50,8% là rất hài lòng và 32,8% là đã hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên. Có một số lượng nhỏ 16,4% nhân viên còn chưa hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật trên bệnh nhân.

Bảng 3.2. Sự hài lòng của nhân viên y tế về sự bảo quản dụng cụ của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	24	19,7
Hài lòng	75	61,5
Không hài lòng	23	18,9

Dữ liệu bảng 3.2 mô tả sự hài lòng của nhân viên y tế với sinh viên về sự bảo quản dụng cụ. Trong đó, hầu hết nhân viên đã hài lòng với sự bảo quản dụng cụ của sinh viên, tỷ lệ này là 61,5%. Có 19,7% nhân viên rất hài lòng với sinh viên về việc bảo quản dụng cụ, tuy nhiên còn 18,9% số nhân viên y tế còn chưa hài lòng về vấn đề này.

Bảng 3.3 Sự hài lòng của nhân viên y tế về ý thức trong thời gian trực của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	101	82,8
Hài lòng	10	8,2
Không hài lòng	11	9

Số liệu ở bảng 3.3 cho thấy sự hài lòng của nhân viên y tế về ý thức trong thời gian trực của sinh viên. Trong đó, 82,9% nhân viên y tế đều rất hài lòng với sinh viên trong thời gian trực và chỉ có 9% số nhân viên y tế chưa hài lòng.

Bảng 3.4. Sự hài lòng của nhân viên y tế về sự giao tiếp với nhân viên trong khoa của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	44	36,1
Hài lòng	62	50,8
Không hài lòng	16	13,1

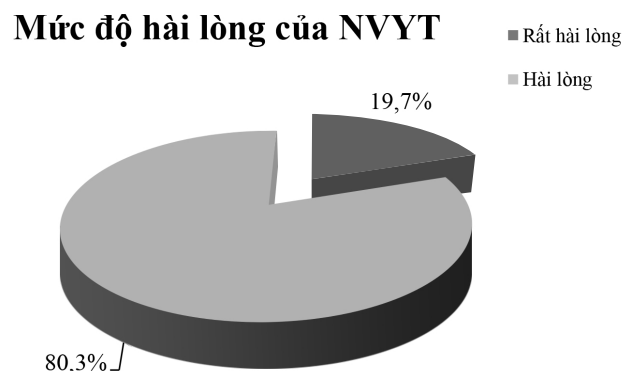
Qua bảng 3.4 ta thấy rằng, có 36,1% nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ, 50,8% đã hài lòng và chỉ có 13,1% còn chưa hài lòng về điều này.

Bảng 3.5. Sự hài lòng của nhân viên y tế về thái độ học tập của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	41	33,6
Hài lòng	63	51,6
Không hài lòng	18	14,8

Số liệu ở bảng 3.5 cho có 36,1% nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ, 50,8% đã hài lòng và chỉ có 13,1% còn chưa hài lòng về điều này. Trong đó, 33,6% ở mức rất hài lòng, 51,6% ở mức hài lòng. Tuy nhiên còn tồn tại 14,8% số nhân viên y tế còn chưa hài lòng với thái độ học tập của sinh viên.

Biểu đồ 1. Sự hài lòng của nhân viên y tế với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

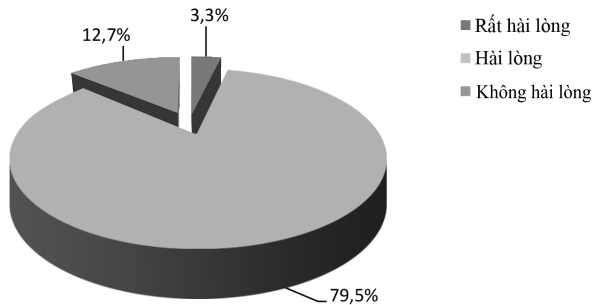


Qua số liệu ở biểu đồ 1 cho thấy, tất cả nhân viên y tế được đưa vào nghiên cứu đều hài lòng đối với sinh viên

điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam, trong đó ở mức độ rất hài lòng chiếm 19,7% và ở mức độ hài lòng chiếm 80,3%.

Biểu đồ 2. Sự hài lòng của bệnh nhân với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Mức độ hài lòng của bệnh nhân



Từ biểu đồ 2 ta thấy, trong 400 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phần lớn đối tượng đều hài lòng với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam, trong đó 3,3% bệnh nhân rất hài lòng và 79,5% với sinh viên. Tuy nhiên vẫn có 17,2% bệnh nhân còn chưa hài lòng với sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

Đã có rất nhiều nghiên cứu tìm hiểu, đánh giá về mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với nhân viên y tế. Tuy nhiên, còn rất ít nghiên cứu tìm hiểu về sự hài lòng của nhân viên y tế đối với sinh viên thực tập tại bệnh viện và sự hài lòng của bệnh nhân đối với sinh viên thực tập tại bệnh viện.

Ứng xử của sinh viên là yếu tố quan trọng đem lại sự hài lòng của NVYT, phản ánh một phần uy tín, chất lượng giảng dạy của nhà trường. Việc học tập và áp dụng các kiến thức vào quá trình thực tập cũng như những kiến thức thu được qua việc học tập tại khoa như các quy định, thông tư của Bộ Y tế ban hành về chuẩn mực đạo đức và giao tiếp, ứng xử với bệnh nhân. Khác với môi trường học tập trong trường học, học tập trong bệnh viện sinh viên không chỉ có những mối quan hệ, giao tiếp với bạn bè, thầy cô mà ở đây sinh viên còn tiếp xúc với các bác sỹ và điều dưỡng viên. NVYT đánh giá sự hài lòng của mình qua sự giao tiếp của sinh viên với bệnh nhân và được tìm hiểu qua thái độ đón tiếp bệnh nhân, chủ động tiếp xúc, cử chỉ nét mặt, thái độ lắng nghe, thái độ giao tiếp với nhau giữa sinh viên, quá trình thực hiện các thủ thuật, bảo quản dụng cụ, phân loại rác thải. Do vậy, việc nghiên cứu tìm

hiểu sự hài lòng của nhân viên y tế với sinh viên thực tập là một cái nhìn mới mà nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra. Theo kết quả nghiên cứu, tất cả các nhân viên y tế đều hài lòng với sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam. Trong số đó, 19,7% cán bộ nhân viên y tế cảm thấy rất hài lòng với sinh viên của Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam và 80,3% đều cảm thấy hài lòng.

Sự hài lòng của nhân viên y tế về thái độ học tập của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam cho ta thấy hầu hết nhân viên y tế đều hài lòng về thái độ học tập của sinh viên. Trong đó, 33,6% ở mức rất hài lòng, 51,6% ở mức hài lòng. Tuy nhiên còn tồn tại 14,8% số nhân viên y tế còn chưa hài lòng với thái độ học tập của sinh viên. Khi được hỏi về những tồn tại sự giao tiếp giữa sinh viên và nhân viên y tế chúng tôi thu nhận được rằng: “Một số sinh viên chưa tôn trọng NVYT thông qua hành động và lời nói, ý thức thực hiện thủ thuật. Một số sinh viên chưa tôn trọng hộ lý vì nghĩ mình đi học chuyên môn không liên quan đến công việc hộ lý (qua sự phản ánh của hộ lý)”. Điều này có thể cho thấy một số sinh viên chưa ý thức được nhiệm vụ của bản thân trong quá trình thực tập và còn có sinh viên có tư tưởng chú trọng vào học chuyên môn mà thiếu tôn trọng những người làm công việc hộ lý, như vậy là thiếu tôn trọng đồng nghiệp của mình chưa nói đến đó là những người hơn tuổi. Đó là những sinh viên đáng phê bình và cần xem xét lại vấn đề y đức.

Kết quả trên đây cho thấy, về học tập cũng như cách ứng xử, giao tiếp ở những sinh viên trong quá trình học tập tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam đều làm hài lòng các cán bộ nhân viên y tế tại đây. Điều này sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn cho các bạn sinh viên có cơ hội học tập kiến thức thực tế từ các cán bộ, nhân viên y tế trong bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự hài lòng của nhân viên y tế về ý thức trong thời gian học thực hành và trực của sinh viên tại 6 khoa ta thấy 82,9% nhân viên y tế đều rất hài lòng với sinh viên trong thời gian trực và chỉ có 9% số nhân viên y tế chưa hài lòng và đa phần là bác sỹ. Điều này có thể do thời gian thực tập theo chương trình khung của Bộ Giáo dục ban hành, tuy nhiên với số tiết của chương trình khung và với nội dung phải thực tập tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa. Thời gian học và thời gian trực của các em rất nhiều, vừa học lý thuyết vừa học thực hành nên một số sinh viên tỏ ra mệt mỏi, học theo kiểu đối phó khi đến viện trực thì tập chung học bài lý thuyết để chuẩn bị thi, khi trực chỉ chú trọng học bài, chăm sóc bệnh nhân một cách sơ sài và ít đi theo bác sỹ khám để học hỏi và trau dồi thêm kinh nghiệm.



Để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, cấp cứu, điều trị và là điểm tin cậy cho bệnh nhân, Bệnh viện Đa khoa Hà Nam đã và đang đầu tư nhiều trang thiết bị máy móc hiện đại, kết hợp với việc thực hiện các thủ thuật khó, bệnh viện đã chú trọng quá trình đào tạo cho nhân viên y tế tại khoa. Sinh viên thực tập tại các khoa đó được sự chỉ đạo giúp đỡ hướng dẫn tận tình của NVYT trong khoa, được tham gia học tập và đào tạo cách sử dụng các trang thiết bị có tại khoa.

Nhằm góp phần nâng cao chất lượng đào tạo Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam đã phối hợp với Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam tham gia giảng dạy lâm sàng cho sinh viên. Sự phối hợp giảng dạy đó được thể hiện bởi sự hài lòng của NVYT khi sinh viên thực hiện thủ thuật. Qua phỏng vấn 122 NVYT ta thấy rằng, hầu hết nhân viên y tế tại các khoa được đều hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên. Trong đó, 50,8% là rất hài lòng và 32,8% là đã hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên. Tuy nhiên qua quá trình thực tập có một số em mãi chơi không làm thủ thuật dẫn đến tay nghề còn non kém.

Qua phỏng vấn 122 cán bộ NVYT của 6 khoa ta thấy sự hài lòng của nhân viên y tế về sự thu dọn dụng cụ của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam có 33,6% nhân viên y tế rất hài lòng, 49,2% hài lòng qua sự hài lòng này cho thấy NVYT tại các khoa có sinh viên thực tập hài lòng rất cao đối với công tác thu dọn dụng cụ, tuy nhiên vẫn còn 17,2% còn chưa hài lòng về sự thu dọn dụng cụ của sinh viên qua sự phân loại rác thải y tế và thực hiện thu dọn dụng cụ sau khi thực hiện thủ thuật.

4.2. Sự hài lòng của bệnh nhân đối với sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng y tế Hà Nam

Điều dưỡng thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với người bệnh hàng ngày thông qua việc thực hiện các chỉ định của bác sỹ do đó thái độ và cách cư xử của cán bộ điều dưỡng ảnh hưởng rất lớn tới sự phục hồi của bệnh nhân. Nắm bắt được điều này, ngay từ khi đào tạo sinh viên điều dưỡng cần được chú trọng không những kỹ năng thực hiện thủ thuật mà cả hành vi, thái độ ứng xử với người bệnh để hướng tới sự hài lòng của người bệnh và tạo được văn hóa bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về mức độ hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam đối với sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng y tế Hà Nam cho thấy phần lớn bệnh nhân hài lòng với sinh viên (82,8%), trong đó 3,3% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Bích Lưu [4], đánh giá sự hài lòng của người bệnh với chất lượng của các dịch vụ điều dưỡng, với 59,4% bệnh nhân hài lòng với dịch vụ chăm sóc. Sự chênh lệch này có

thể do sinh viên ngành y nói chung và sinh viên điều dưỡng nói riêng, học tập tại bệnh viện có thời gian và thời hạn hạn nhất định. Do đó, sự tiếp xúc giữa sinh viên và bệnh nhân cũng trong một giới hạn thời gian nhất định và ít hơn so với cán bộ, nhân viên y tế. Tuy nhiên vẫn còn một số lượng không nhỏ bệnh nhân còn chưa hài lòng (17,2%) với sinh viên điều dưỡng thực tập tại đây. Một số yếu tố khiến cho bệnh nhân chưa hài lòng trong các quá trình học tập của sinh viên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam được đưa ra đó là: Trong quá trình giao tiếp, trong quá trình chăm sóc và trong quá trình học tập. Có thể thấy, không chỉ cần giỏi về lĩnh vực chuyên môn là đủ mà người thầy thuốc phải có chiến lược và trau dồi kỹ năng trong cả hai lĩnh vực kiến thức y tế cũng như khả năng giao tiếp. Xây dựng mối quan hệ giữa các cá nhân phải trở thành một phần thiết yếu trong công tác đào tạo và đánh giá các thầy thuốc ở bệnh viện.

Sự hài lòng của bệnh nhân đối với sinh viên không những phản ánh ý thức học tập, giao tiếp ứng xử của sinh viên mà còn phản ánh chất lượng đào tạo giáo dục của nhà trường một cách khách quan và chân thực nhất. Những đánh giá của bệnh nhân chính là cơ sở để đánh giá ý thức học tập, trình độ của sinh viên và cũng là cơ sở để xây dựng và điều chỉnh nội dung giảng dạy phù hợp đối với sinh viên ngành điều dưỡng.

VI. KẾT LUẬN

- Đa phần NVYT tại các khoa được đều hài lòng về sự thực hiện các thủ thuật của sinh viên (83,6% hài lòng)
- Có 82,9% nhân viên y tế đều rất hài lòng với sinh viên trong thời gian trực và chỉ có 9% số nhân viên y tế chưa hài lòng.
- Có 36,1% nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ chiếm 86,9%.
- Đa phần nhân viên y tế rất hài lòng về sự giao tiếp của sinh viên với họ chiếm 53,1%.
- Tỷ lệ NVYT hài lòng về thái độ học tập của sinh viên chiếm 33,6% ở mức rất hài lòng, 51,6% ở mức hài lòng.
- Tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng đối với sinh viên chiếm tỷ lệ khá cao 80,3%.
- Bệnh nhân chưa hài lòng đối với sinh viên chiếm tỷ lệ 17,2%.

V. KHUYẾN NGHỊ

- Sinh viên cần được chú trọng hơn về môn học tiền lâm sàng, đặc biệt là đào tạo về cách giao tiếp với bệnh nhân và kỹ năng thực hiện thăm khám trong khi thực tập.
- Giảng viên phụ trách sinh viên thực tập cần quán triệt nghiêm khắc về ý thức của sinh viên khi đang thực tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phí Thị Nguyệt Thanh (2009), *Nghiên cứu về thái độ đối với nghề nghiệp của học sinh, sinh viên điều dưỡng, đề xuất các giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, tr.4-22.
2. Nguyễn Doãn Cường (2011), *Thực trạng quản lý thực tập ở khoa điều dưỡng - Kỹ thuật y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*, Luận văn Thạc sỹ giáo dục học, Trường Đại học sư phạm TP. Hồ Chí Minh.
3. Hội Điều dưỡng Việt Nam. (2012). *Quyết định số 20/QĐ-HDD, ngày 10/09/2012, ban hành Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam*.
4. Nguyễn Thu thủy (2008) "*Khảo sát tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân nội trú có và không có thẻ bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội năm 2008*" Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

-----oOo-----

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ý ĐỊNH BỎ THUỐC LÁ Ở NAM GIỚI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI HUYỆN THANH TRÌ - HÀ NỘI NĂM 2017

Vũ Thị Kim Ngân¹ Phạm Ngọc Châu²

TÓM TẮT

Hút thuốc lá là một trong những mối đe dọa sức khỏe cộng đồng hàng đầu trên thế giới. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khuyến cáo các can thiệp bỏ thuốc lá nên bắt đầu từ việc đánh giá ý định bỏ thuốc lá [7]. Nghiên cứu tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến ý định bỏ thuốc lá sử dụng phương pháp cắt ngang có phân tích trên 310 nam giới từ 18 tuổi trở lên tại của huyện Thanh Trì. Kết quả cho thấy 50,9% đối tượng không có ý định bỏ thuốc lá, 32,8% ở giai đoạn dự định và 16,2% chuẩn bị bỏ thuốc lá trong vòng 1 tháng tới. Người nghiện mức trung bình thì có khả năng có ý định bỏ thuốc lá cao gấp 5,497 lần so với nhóm nghiện nhẹ ($p < 0,001$), điều này ở nhóm người mức độ nghiện nặng lại thấp hơn, chỉ cao gấp 3,106 lần ($p = 0,008$). So với nhóm chưa bao giờ thử bỏ thuốc lá thì nhóm đã ít nhất 1 lần thử bỏ thuốc lá bằng nhiều biện pháp khác nhau với thời gian bỏ thuốc lá chưa thành công khác nhau cao gấp 2,162 lần ($p = 0,042$). Quan điểm chung về hút thuốc lá càng có hại thì ý định bỏ thuốc lá càng cao.

So với nhóm người cho rằng hút thuốc lá có lợi thì những người cho rằng hút thuốc lá không có lợi cũng không có hại có ý định bỏ thuốc cao gấp 3,341 lần ($p = 0,066$) và có hại là 6,449 lần ($p < 0,001$). Các yếu tố gia đình như sống xung đột với các thành viên khác trong gia đình do hút thuốc lá, cấm hút thuốc lá trong nhà có ảnh hưởng tích cực đến ý định bỏ thuốc lá của nam giới. Một số nghiên cứu khác cho thấy có mối liên quan giữ ý định bỏ thuốc lá với giới tính, bệnh tật, chính sách thuế thuốc lá, trình độ học vấn... nhưng nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan này.

SUMMARY: SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO INTENTION TO QUIT SMOKING IN MEN AGED 18 AND OLDER IN THANH TRI DISTRICT - HANOI IN 2017

Smoking is one of the leading public health threats in the world. The World Health Organization (WHO) has recommended that interventions that quit smoking should

1. Sở Y tế Hà Nội, SĐT: 0915723688

2. Học viện Quân y

» Ngày nhận bài: 01/08/2017 | » Ngày phản biện: 07/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 12/08/2017

begin with evaluating the intention to quit smoking [7]. The study looked at some factors related to intention to quit using cross-sectional analysis of 310 men aged 18 and over in Thanh Tri district. Results showed that 50.9% of the respondents did not intend to quit, 32.8% at the planned stage, and 16.2% quit smoking within the next month. The average offender was likely to quit 5.497 times compared with mild addicts ($p < 0.001$), which was lower in the group with a 3.106-fold increase = 0.008). Compared to the group who had never quit smoking, the group had at least one attempt to quit smoking by a variety of measures with an unsuccessful quit time of 2.162 times ($p = 0.042$). The more general view of smoking is, the more likely you are to quit smoking. Compared with the group who found that smoking was beneficial, those who said that smoking was not beneficial or harmless were more likely to quit smoking 3,341 ($p = 0.066$) and harmful (6.494) ($p < 0.001$). Family factors such as living in conflict with other family members due to smoking, and banning smoking in the home, have a positive impact on the male's ability to quit smoking. Other studies show that there is a link between intention to quit smoking and sex, illness, tobacco taxation, education, etc. But our research has not found this connection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam năm 2010 (GATS) đã xây dựng một mô hình mô phỏng đã ước tính rằng hút thuốc gây ra 40.000 ca tử vong trong năm 2008 và sẽ tăng lên đến 50.000 mỗi năm vào năm 2023 [1]. Ngoài việc gây hại về sức khỏe, hút thuốc lá cũng là gánh nặng đối với nền kinh tế quốc gia [6].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến cáo các can thiệp bỏ thuốc lá nên bắt đầu từ việc đánh giá ý định bỏ thuốc lá. Tuy nhiên có ý định bỏ thuốc lá không phải là yếu tố quyết định duy nhất của bỏ thuốc lá thành công hay không, nó gắn liền với nỗ lực và một số yếu tố khác. Có 3 phương thức để điều trị bỏ thuốc lá là can thiệp hành vi, điều trị thay thế và điều trị bằng thuốc [4]. Về can thiệp hành vi, theo mô hình các giai đoạn thay đổi hành vi Prochaska thì những thay đổi trong hành vi bỏ thuốc lá tiến triển qua nhiều giai đoạn, từ chưa có ý định bỏ thuốc lá cho đến có ý định, thay đổi hành vi, thực hiện thay đổi và cuối cùng là duy trì [5, 11]. Kết quả điều tra GATS2 Việt Nam (2015) ước tính khoảng 15,6 triệu người Việt Nam trên 15 tuổi hút thuốc lá; tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới trên 15 tuổi chiếm 45,3%. Con số này tương ứng theo

GATS1 (2010) Việt Nam là 23,8% và 15,3 triệu người [1]. So sánh kết quả điều tra năm 2015 so với năm 2010, tỷ lệ hút thuốc lá ở cả nam và nữ trên 15 tuổi có xu hướng giảm từ 23,8% xuống 22,5%; trong đó tỷ lệ hút thuốc ở nam giới giảm từ 47,4% xuống 45,3%. Đối với sản phẩm thuốc lá điếu, tỷ lệ hút ở cả nam và nữ giảm từ 19,9% xuống 18,2%. Tuy nhiên theo điều tra GATS2 2015 Việt Nam, dù xu hướng nam giới trên 15 tuổi hút thuốc lá giảm nhưng với tỷ lệ 45,3% thì Việt Nam vẫn nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ nam giới trên 15 tuổi sử dụng thuốc lá cao trên thế giới. Người hút thuốc lá ở Việt Nam không dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ bỏ thuốc lá và tư vấn bỏ thuốc lá không phải là mối quan tâm của hầu hết nhân viên y tế. Theo GATS2 (2015) Việt Nam, tỷ lệ người hút thuốc trên 15 tuổi có ý định bỏ thuốc lá là 65,7% và 55,1% người hút đã nỗ lực bỏ thuốc trong 12 tháng qua. 68% nam giới trên 15 tuổi hút thuốc lá có ý định bỏ thuốc lá; 56% nam giới trên 15 tuổi hút thuốc lá cố gắng bỏ thuốc trong 12 tháng qua. Tỷ lệ những người bỏ thuốc thành công đã dùng thuốc theo chỉ định và sử dụng dịch vụ tư vấn rất thấp (lần lượt là 0,3% và 3%). Theo quy định của pháp luật Việt Nam, hành vi hút thuốc lá, uống rượu bia bị cấm đối với trẻ vị thành niên. Mặc dầu Người trên 18 tuổi không được hút thuốc lá tại nơi công cộng, nhưng họ không bị cấm hút thuốc lá tại những nơi được phép. Do vậy các biện pháp để nhóm trên 18 tuổi bỏ hút thuốc lá sẽ khó khăn hơn, nên điều tra ý định bỏ hút thuốc lá của nhóm đối tượng này là rất cần thiết.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng ý định bỏ thuốc lá liên quan tới bởi nhiều yếu tố khác, như hỗ trợ bỏ thuốc lá, hiểu biết về tác hại thuốc lá, số lần bỏ thuốc thất bại, mức độ tự tin.

Xuất phát từ thực trạng đó, nghiên cứu viên thực hiện đề tài “Thực trạng và một số yếu tố liên quan ý định bỏ thuốc lá ở nam giới từ 18 tuổi trở lên tại huyện Thanh Tri – Hà Nội năm 2017”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, quy mô, phạm vi, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Nam giới từ 18 tuổi trở lên.
- Người hút thuốc lá chủ động
- Trong cuộc đời họ đã hút từ 100 điếu thuốc trở lên, hiện đang hút thuốc lá hằng ngày hoặc thỉnh thoảng. Được xác định bằng công thức:

Số lượng thuốc lá đã sử dụng = số năm x 365 x ước lượng trung bình số điếu/ngày.

- Có hộ khẩu thường trú tại huyện Thanh Trì – Hà Nội.
Thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành từ 4/2016 đến 6/2017.

2.2. Nội dung và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

- Quản lý số liệu: Sau khi thu thập, các phiếu điều tra được soát đầy đủ của thông tin. Sau đó các phiếu được giao lại cho nghiên cứu viên. Làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- Phân tích số liệu: Kết quả phân tích được chia làm 2 phần:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

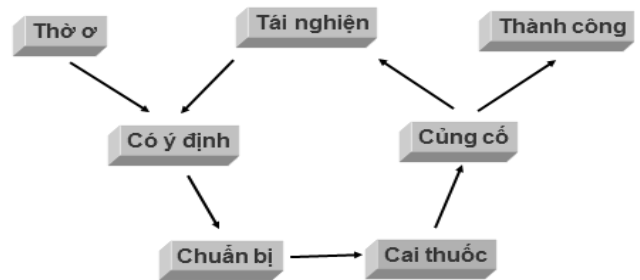
3.1. Thông tin đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 310 nam giới có hút thuốc lá từ 18 tuổi trở lên và không giới hạn trên của tuổi tại huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2017. Nghiên cứu này được dựa trên nghiên cứu về tỷ lệ hút thuốc lá tại cơ sở thực địa Dodalab do tác giả Trần Khánh Toàn và cộng sự năm 2013 thực hiện trên người trưởng thành 25 – 34 tuổi được chọn ngẫu nhiên gồm 2.097 đối tượng cả nam và nữ tham gia [2]. Về mặt trình độ học vấn và nghề nghiệp, tương tự như nghiên cứu của Trần Khánh Toàn và cộng sự, tỷ lệ đối tượng ở quận Đống Đa có trình độ nam giới từ trung cấp chuyên nghiệp trở lên và công chức văn phòng là chiếm đa số (43,6%) so với các trình độ thấp hơn, tỷ lệ này ở nghiên cứu lần lượt là 46,8% và 44,5%. Hành vi hút thuốc lá có thể diễn ra hằng ngày hoặc không thường xuyên, cả hai nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ nam giới hút thuốc lá huyện Thanh Trì chủ yếu là hút hằng ngày (91,7%) và 8,3% người hút không thường xuyên.

3.2. Thực trạng ý định bỏ hút thuốc lá

Theo mô hình thay đổi hành vi của Prochaska, DiClemente & Norcross năm 1992 thì sự thay đổi hành vi thừa nhận rằng sự thay đổi hành vi sức khỏe liên quan đến 6 giai đoạn thay đổi: tiền dự định (precontemplation), dự định (contemplation), chuẩn bị (preparation), hành động (action), duy trì (maintenance) và termination (kết thúc)]. Có thể chia làm hai mức độ là có ý định và chưa có ý định, trong nghiên cứu của chúng tôi, đó là có và không có ý định bỏ thuốc lá [5, 11]. Ở giai đoạn tiền dự định thì được coi là chưa có ý định bỏ thuốc lá và ở giai đoạn khác thì là có ý định bỏ thuốc lá. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá đối tượng đến giai đoạn chuẩn bị (preparation), do lựa chọn đối tượng chủ đích là người hiện tại đang hút thuốc lá.

Mô hình Prochaska



VÒNG XOÁN ỐC ĐI LÊN !

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đối tượng không có ý định bỏ thuốc lá chiếm 51,6% và có ý định và 48,4% tổng số người tham gia nghiên cứu. Cụ thể hơn, theo mô hình thay đổi hành vi của Prochaska, DiClemente & Norcross năm 1992 thì 51% người ở giai đoạn tiền dự định (precontemplation); 32,8% dự định (contemplation); 16,2% chuẩn bị (preparation). Tỷ lệ có ý định bỏ thuốc lá của nam giới từ 18 tuổi hút thuốc lá của nghiên cứu của chúng tôi là % và tỷ lệ có ý định bỏ thuốc lá trong điều tra GATS tại Việt Nam (2010) là 67,5%. Khi so sánh tỷ lệ ý định bỏ thuốc lá ở nam giới tại 3 phường nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này khác so với tỷ lệ ý định bỏ thuốc lá trong điều tra GATS tại Việt Nam (2010) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 41$, $df = 1$, $p < 0,001$). Nguyên nhân có thể đưa ra đó là sự khác biệt giữa hai nghiên cứu như: nghiên cứu chọn đối tượng chủ đích là nam giới có hút thuốc lá từ 18 tuổi trở lên, còn điều tra GATS có đối tượng mở rộng hơn nhiều (cả nam và nữ có hoặc không hút thuốc lá, tuổi từ 15 trở lên), ngoài ra do nghiên cứu chọn chủ đích địa bàn nghiên cứu là huyện Thanh Trì có tỷ lệ hút thuốc lá đã cao hơn nhiều so với tỷ lệ hút thuốc lá ở điều tra GATS. Sự khác biệt còn ở cách chọn mẫu, điều tra GATS ở Việt Nam được thiết kế dưới dạng một điều tra đại diện quốc gia cho toàn bộ nam và nữ tuổi từ 15 trở lên.

Khi đi sâu vào ý định bỏ thuốc lá ở từng biến cá nhân như nhóm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân thì ý định bỏ thuốc lá khác so với một số các nghiên cứu trên thế giới. Ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có ý định bỏ thuốc lá cao nhất ở nhóm tuổi 18-24 (54,8%), trình độ học vấn ở mức cao (56,7).

3.3. Mối liên quan giữa ý định bỏ hút thuốc lá với một số yếu tố:

3.3.1. Tiền sử bỏ hút thuốc lá:

Người hút thuốc có nỗ lực cai nghiện bao gồm những



người đang hút thuốc có cố gắng cai nghiện trong 12 tháng qua và những người trước đây hút thuốc đã ngừng hút được dưới 12 tháng. Trong điều tra GATS tại Việt Nam (2010) cho thấy tỷ lệ nam giới hút thuốc lá đã từng ít nhất một lần bỏ thuốc lá là 55,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 63,51% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ diễn ra ở thành phố, còn điều tra GATS tại Việt Nam

(2010) ở cả thành phố lẫn nông thôn, những đối tượng ở nông thôn đã từng bỏ thuốc lá cao hơn so với nhóm ở thành thị, đồng thời được diễn ra nhiều vùng sinh thái khác nhau, phương pháp chọn mẫu lấy ½ thành phố và ½ nông thôn và có độ thêm tuổi dưới 18 nên có thể dẫn đến tiền sử từng bỏ thuốc lá thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.1 – Phân bố tỷ lệ phần trăm ý định bỏ thuốc lá của người hút thuốc lá theo tiền sử bỏ thuốc lá

Đặc điểm đối tượng		Có ý định bỏ thuốc lá		Không có ý định bỏ thuốc lá	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Đã từng bỏ thuốc lá (n= 310)	Có	113	57,1	84	42,9
	Không/ không nhớ	37	32,4	77	67,5
Số lần bỏ thuốc lá (n= 197)	1 – 5 lần	105	56,8	80	43,2
	Từ 6 lần trở lên	8	66,7	4	33,3
Thời gian bỏ thuốc lá lâu nhất (n=197)	≤ 6 tháng	79	55,6	63	44,4
	> 6 tháng	34	61,8	21	38,2

Trong số đối tượng hút thuốc lá tham gia nghiên cứu, 197 người (chiếm 63,5%) đã từng cố gắng bỏ thuốc lá ít nhất một lần trong đời, số lần bỏ chủ yếu tập trung từ 1 đến 5 lần ở cả hai nhóm hiện tại có ý định và không có ý định bỏ thuốc lá. Trong các lần bỏ thuốc lá, ở cả hai nhóm từng bỏ thuốc lá dưới 6 tháng đều có tỷ lệ có và không có ý định bỏ thuốc lá (55,6% và 44,4%) tương ứng như nhóm đã từng bỏ thuốc lá trên 6 tháng (61,8% và 38,2%).

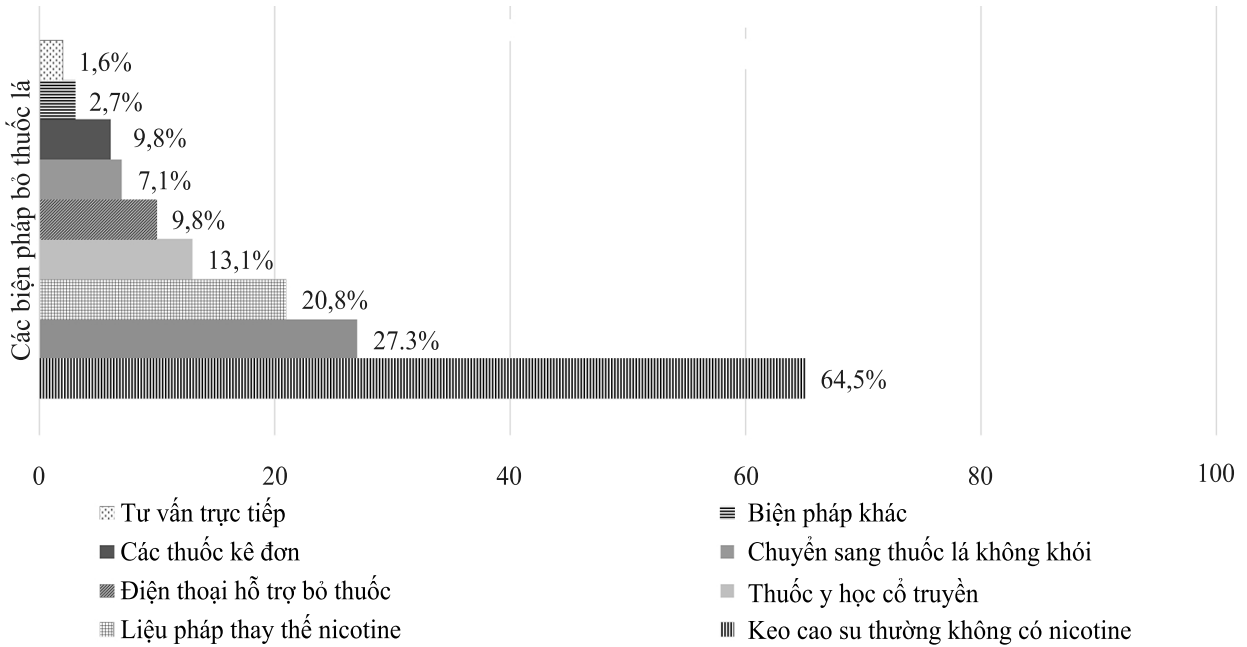
Bảng 3.2 – Phân bố tỷ lệ các lý do bỏ thuốc lá của người đã từng bỏ thuốc lá nhưng chưa thành công (n=197)

Lý do bỏ hút thuốc lá	Tần số	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá có hại cho sức khỏe	103	52,3
Hút thuốc lá rất tốn kém	46	23,3
Bạn bè và gia đình phản đối hút thuốc	66	33,5

Lý do bỏ hút thuốc lá	Tần số	Tỷ lệ %
Không được phép hút thuốc trong nhà và một số nơi công cộng	43	21,8
Xã hội coi thường	41	20,8
Các lý do khác	36	18,3

Có rất nhiều lý do bỏ thuốc lá do người hút thuốc lá đưa ra, tuy nhiên nghiên cứu đưa ra một số lý do chính được sử dụng trong điều tra GATS1 (2010) tại Việt Nam [1]. Theo kết quả nghiên cứu, nguyên nhân đầu tiên thường được kể đến đó là các lý do về vấn đề sức khỏe, hút thuốc lá có hại cho sức khỏe, do đó tỷ lệ này chiếm cao nhất (52,3%); kế đến nguyên nhân do bạn bè và gia đình phản đối hút thuốc (33,5%); hút thuốc lá tốn kém (23,3%); không được phép hút thuốc lá trong nhà và một số nơi công cộng (21,8%); xã hội coi thường (20,8%). Ngoài ra, còn phải kể đến một số lý do khác như: vợ mang thai, không muốn hút nữa nên bỏ được đa phần đối tượng nghiên cứu lựa chọn.

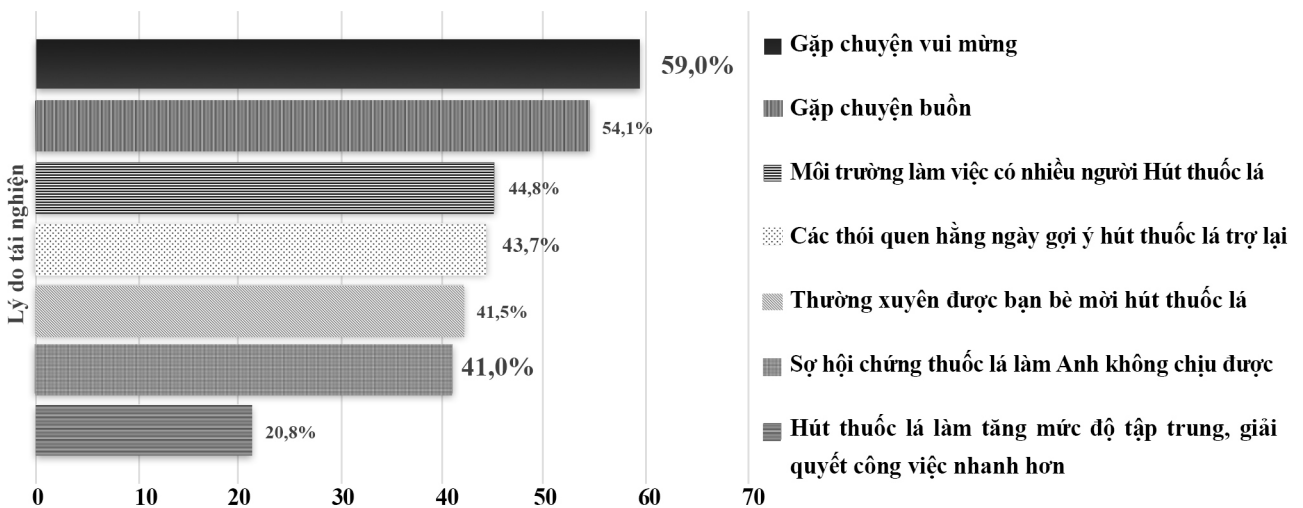
Biểu đồ 3.1– Tỷ lệ các biện pháp sử dụng để bỏ hút thuốc lá của người đã từng bỏ thuốc lá nhưng chưa thành công (n=197)



Các biện pháp sử dụng để bỏ thuốc lá phần lớn vẫn là cố gắng tự bỏ thuốc lá mà không có bất kỳ sự trợ giúp nào về mặt y tế (64,5%). Ngoài các trợ giúp không thuốc điều trị, việc sử dụng kẹo cao su thông thường chiếm tỷ lệ 27,3%, tiếp đó mới đến các biện pháp sử dụng thuốc như: các loại thuốc thay thế nicotine có được bày bán

ở thị trường Việt Nam như kẹo cao su hoặc miếng dán nicotine (20,8%). Thuốc y học cổ truyền (13,1%); điện thoại hỗ trợ bỏ thuốc lá (9,8%); chuyển sang sử dụng thuốc lá không khói (7,1%); các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá (9,8%); tư vấn trực tiếp cai nghiện thuốc lá từ cán bộ y tế (2%).

Biểu đồ 3.2 – Lý do người hút thuốc lá tái nghiện thuốc lá (n=197)



Trong 197 đối tượng đã từng bỏ thuốc lá chưa thành công, lý do chưa thành công chủ yếu đối tượng đưa ra là gặp chuyện vui mừng như tiệc, cưới... làm cho họ hút thuốc lá trở lại (59,0%). Sau đó là lý do gặp chuyện buồn

xếp thứ hai trong các lý do tái nghiện trở lại (54,1%). Ngoài ra còn có một số lý do khác có tỷ lệ gần tương đương nhau như môi trường làm việc có người hút thuốc lá làm khơi gợi lại hành vi hút thuốc lá của đối tượng



(44,8%); hay các thói quen hằng ngày như ngủ dậy là hút, hay ăn cơm xong là hút, những thói quen đó cũng khơi gợi để đối tượng hút trở lại (43,7%). Bạn bè mời hút thuốc lá (41,5%); bên cạnh đó các các triệu chứng của hội chứng cai thuốc đứng gần cuối trong các lý do hút thuốc lá trở lại (41,0%) và thấp nhất là hút thuốc lá làm tăng mức độ tập trung (20,8%).

3.3.2. Mức độ phụ thuộc Nicotine:

Theo khuyến cáo của CDC thì mức độ phụ thuộc Nicotine được đánh giá bằng bộ công cụ Fagerstrom, là một công cụ tiêu chuẩn để đo lường mức độ nghiện thực thể nicotine [7]. Bộ công cụ được thiết kế để đo lường mức độ nghiện nicotine với tình trạng hút thuốc lá. Nếu tổng điểm càng cao thì mức độ phụ thuộc nicotine càng tăng. Đánh giá mức độ phụ thuộc nicotine thông qua bộ câu hỏi Fagerström (HIS) gồm có 6 câu hỏi.

Câu hỏi	Trả lời	Điểm
Anh hút thuốc lá đầu tiên trong ngày sau khi thức dậy bao nhiêu lâu?	1. <= 5 phút 2. 6 – 30 phút 3. 31 – 60 phút 4. >60 phút	3 2 1 0
Anh có thường xuyên hút thuốc lá trong vòng vài giờ sau khi thức dậy hơn so với những thời điểm khác trong ngày không?	1. Có 2. Không	1 0
Anh có cảm thấy khó khăn hay không khi kiềm chế KHÔNG hút thuốc lá ở một số nơi cấm hút thuốc lá như tại trường học hoặc nơi công sở, trong rạp chiếu phim, trên xe buýt hay trong khuôn viên bệnh viện...?	1. Có 2. Không	1 0
Thời điểm hút thuốc lá nào anh thấy khó bỏ nhất?	1. Đầu đầu tiên vào buổi sáng 2. Tất cả những lần hút thuốc	1 0
Anh hút bao nhiêu điếu thuốc lá một ngày?	1. >30 điếu 2. 21 – 30 điếu 3. 11 – 20 điếu 4. <= 10 điếu	3 2 1 0
Nếu Anh bị ốm nặng mà thời gian phần lớn là nằm trên giường hoặc bị cảm, cảm cúm, hoặc khó thở thì bạn có tiếp tục hút thuốc lá không?	1. Có 2. Không	1 0

Câu hỏi	Trả lời	Điểm
	• 0 – 4 là nghiện thực thể nicotine mức độ thấp	
	• 5 – 6 là nghiện thực thể nicotine mức độ trung bình	
	• 7 – 8 là nghiện thực thể nicotine mức độ cao	
	• 9 – 10 là nghiện thực thể nicotine mức độ rất cao	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá tập trung ở mức độ nghiện trung bình (40,8%) là cao nhất, tiếp theo là mức độ nhẹ (30,6%), nặng (28,7%).

3.3.3. Động lực bỏ hút thuốc lá:

Theo điều tra GATS tại Việt Nam (2010) thì hầu hết người trưởng thành (95,7%) tin rằng hút thuốc lá gây ra bệnh tật và ốm đau nghiêm trọng. Kết quả đó phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi 89% đối tượng nghiên cứu tin rằng bỏ thuốc lá mang lại lợi ích sức khỏe. Tuy nhiên, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá có lo lắng cho sức khỏe của bản thân trong tương lai lại thấp hơn (73,6%). Mặc dù, ngay cả khi người hút thuốc lá nhận thức rõ các lợi ích về sức khỏe nếu bỏ thuốc lá, nhưng có tới 23,8% không hề lo lắng về sức khỏe. Điều này cũng phù hợp khi quan điểm về hành vi thuốc lá không có lợi cũng không có hại của đối tượng ở mức 29,8% và có lợi là 7,2%, có hại 63%. Cùng xem xét các ý kiến này ở trên cùng một đối tượng của Gouze Feng và cộng sự (2010) thì mặt bằng chung các ý kiến đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Cụ thể, 66,4% mong muốn được nhận lợi ích bỏ thuốc lá trong vòng 6 tháng tới, 60% lo lắng về tình trạng sức khỏe trong tương lai, quan điểm chung có lợi cũng không có hại khi hút thuốc lá chiếm 38,2% và có lợi là 6,4%, có hại là 52,6%.

3.3.4. Tự tin bỏ thuốc lá:

Để đánh giá mức độ sự tự tin của người hút thuốc lá để bỏ thuốc lá thì Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo sử dụng Bộ câu hỏi đánh giá mức độ sẵn sàng bỏ thuốc lá gồm 2 câu hỏi về mong muốn trở thành người không hút thuốc lá và suy nghĩ của bản thân rằng mình có cơ hội thành công hay không. Cả hai nhóm đối tượng có ý định và không có ý định đều được trả lời câu hỏi này. Thực tế cho thấy, người có ý định bỏ thuốc lá trong tương lai gần hay xa nhưng họ chưa sẵn sàng để bỏ thuốc lá do những nguyên nhân thường gặp như mức độ nghiện thực thể nặng, hút thuốc là một hành vi theo thói quen. Ngoài việc nghiện chất nicotin, những người hút thuốc đã có thói quen thường được lặp đi lặp lại, châm lửa và bập điếu thuốc. Và cả những đối tượng, mặc dù họ không có ý

định bỏ thuốc lá trong 1 hay 6 tháng tới nhưng họ sẵn bỏ thuốc lá bất kỳ khi nào khi họ muốn [7]. Trong tổng số 310 đối tượng tham gia nghiên cứu thì chỉ có 48,3% tự tin để bỏ thuốc lá. Nguyên nhân dẫn đến chỉ có gần một nửa đối tượng tự tin để bỏ thuốc đó có thể từ môi trường

làm việc có người hút thuốc lá (44,8%); các thói quen hằng ngày gợi ý hành động hút thuốc lá (43,7%); sợ hội chứng cai thuốc lá (41%) dẫn đến việc tái nghiện lặp lại từ 1 đến 5 lần (76,9%) làm suy giảm sự tin của đối tượng.

3.5. Các yếu tố gia đình:

Bảng 3.3 – Phân bố tỷ lệ các yếu tố gia đình liên quan đến ý định bỏ thuốc lá của người hút thuốc lá (n = 310)

Yếu tố		Có ý định bỏ thuốc lá		Không có ý định bỏ thuốc lá	
		Tần số	%	Tần số	%
Cấm hút thuốc lá ở nhà	Cấm hoàn toàn	52	54,7	43	45,3
	Chỉ được phép hút ở những nơi nhất định	77	51,0	74	49,0
	Không cấm	21	32,8	43	67,2
Hút thuốc lá gây xung đột gia đình	Có	75	56,8	57	33,2
	Không	75	42,1	103	57,
Sống với người hút thuốc lá	Có	79	54,1	67	45,9
	Không	71	43,3	93	56,7
Sống với người dưới 18 tuổi	Có	104	53,6	90	46,4
	Không	46	39,7	70	60,3

Ngoài các lý do cá nhân để bỏ thuốc lá, thì còn có một số lý do từ phía người thân trong nhà ảnh hưởng đến ý định bỏ thuốc lá, như người thân cấm hút thuốc lá trong nhà. Nếu bị cấm hoàn toàn thì tỷ lệ nam giới có ý định bỏ thuốc lá (54,7%) so với nhóm không có ý định bỏ thuốc lá (45,3%), tương tự ở nam giới chỉ được phép hút ở những nơi nhất định. Nam giới sống với người dưới 18 tuổi có ý định bỏ thuốc lá (53,6%) cao hơn so với nhóm không có ý định bỏ thuốc lá (46,4%).

Khi xem xét giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Janice Y.Tsoh (2008) về các yếu tố gia đình liên quan đến ý định bỏ thuốc lá trên cùng đối tượng là nam giới người Việt Nam từ 18 tuổi trở lên có hút thuốc lá đều cho tỷ lệ các lý do liên quan đến ý định bỏ thuốc lá tương tự nhau, tỷ lệ hộ gia đình đình bị cấm hoàn toàn/một phần chiếm mức cao nhất (80,8% và 90%), hút thuốc lá là nguyên nhân dẫn đến xung đột với các thành viên khác trong gia đình (37,4% và 40%), sống chung với người dưới 18 tuổi (64,9% và 70%) [12].

3.3.5. Hỗ trợ bỏ thuốc lá:

Trong số những người phải khám bệnh trong vòng 12 tháng qua (48,7%) thì số lần khám chủ yếu từ 1 đến 2 lần (85,3%) và 64,3% người được thầy thuốc khám hỏi tình

trạng hút thuốc lá, 72,3% người được thầy thuốc khuyên bỏ thuốc lá trong thời gian khám hoặc nằm viện. Các kết quả này cao hơn so với kết quả điều tra GATS tại Việt Nam (2010) Tỷ lệ đến cán bộ y tế trong 12 tháng qua là 27,2%, 34,9% được hỏi xem có phải là người hút thuốc không bởi cán bộ y tế và 29,7% nhận được thầy thuốc khuyên bỏ thuốc lá. Nguyên nhân sự khác biệt này có thể xuất phát từ thời điểm của hai nghiên cứu, tại thời điểm 2010 thì các chương trình tập huấn cho cán bộ y tế, dự án cai nghiện thuốc lá chưa hoạt động mạnh cho đến trước năm 2014. Trong báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới về hoạt động điều trị và hỗ trợ cai nghiện thuốc lá tại vẫn còn khiêm tốn [7].

IV. KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng ý định bỏ hút thuốc lá:

Nghiên cứu được thực hiện trên 310 nam giới có hút thuốc lá từ 18 tuổi trở lên tại huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2017. Theo kết quả nghiên cứu; 50,9% đối tượng không có ý định bỏ thuốc lá; 32,8% ở giai đoạn dự định và 16,2% chuẩn bị bỏ thuốc lá trong vòng 1 tháng tới.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến ý định bỏ thuốc lá của đối tượng nghiên cứu:



Mức độ nghiện thực thể có liên quan đến ý định bỏ thuốc lá, nhưng không phải càng nghiện nặng thì mới có ý định càng cao. Mức độ nghiện thực thể trung bình khả năng có ý định bỏ thuốc lá cao gấp 5,497 lần so với nhóm nghiện nhẹ ($p < 0,001$), điều này ở nhóm người mức độ nghiện nặng lại thấp hơn ($OR = 3,106, p = 0,008$). So với nhóm chưa bao giờ thử bỏ thuốc lá thì nhóm đã ít nhất 1 lần thử bỏ thuốc lá bằng nhiều biện pháp khác nhau với thời gian bỏ thuốc lá chưa thành công khác nhau cao gấp 2,162 lần ($p = 0,042$).

Về mặt sức khỏe, lợi ích nhận được khi bỏ thuốc lá và lo lắng về tình trạng sức khỏe bản thân khi tiếp tục sử dụng thuốc lá/chế phẩm thuốc lá đều có liên quan đến ý định bỏ thuốc lá. Những đối tượng cảm thấy bình thường

hoặc không nhất thiết phải tìm đến thuốc lá để lấy sự tự tin thì có khả năng bỏ thuốc lá cao gấp 5,016 ($p = 0,004$) và 9,715 lần ($p < 0,001$) so với những người cảm thấy tự tin hẳn lên sau khi hút thuốc lá.

Về các yếu tố gia đình, cấm hút thuốc lá ở nhà dù bất kì hình thức nào đều có ảnh hưởng tích cực đến ý định bỏ thuốc lá, những người chỉ được phép hút ở những nơi nhất định trong nhà thì so với nhóm cấm hoàn toàn thì khả năng có ý định bỏ thuốc lá chỉ bằng 0,184 lần ($p = 0,002$) và nếu không cấm là 0,301 lần ($p = 0,013$). Khi thuốc lá là nguyên nhân gây xung đột giữa các thành viên trong gia đình thì có ý định bỏ thuốc lá cao gấp 2,618 lần ($p = 0,008$) so với nhóm thuốc lá không phải là nguyên nhân gây xung đột trong gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tổ chức Y tế Thế giới và các cộng sự. (2010), Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam, Hà Nội.
2. Trần Khánh Toàn, Nguyễn Thị Kim Cúc và Nguyễn Hoàng Long (2013), "Hút thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành 25 - 64 tuổi tại quận Đống Đa - Hà Nội", Y học Thực hành. 4/2013(866).
3. Gierisch J. M và các cộng sự. (2012), "Tobacco use among Iraq- and Afghanistan-era veterans: a qualitative study of barriers, facilitators, and treatment preferences", Prev Chronic Dis. 9, tr. E58.
4. Prochaska J. O, DiClemente C. C và Norcross J. C (1992), "In search of how people change. Applications to addictive behaviors", Am Psychol. 47(9), tr. 1102-14.
5. Prochaska J. O và Velicer W. F (1997), "The transtheoretical model of health behavior change", Am J Health Promot. 12(1), tr. 38-48.
6. Ross H, Trung D. V và Phu V. X (2007), "The costs of smoking in Vietnam: the case of inpatient care", Tob Control. 16(6), tr. 405-9.
7. World Health Organization (2013), "Part III: Training for primary care providers: Brief tobacco interventions", Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care, Building capacity for tobacco control: training package, Building national capacity - publications and reports, Tobacco Free Initiative (TFI)
8. World Health Organization (2013), WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, Geneva.
9. Feng Guoze và các cộng sự. (2010), "Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey", Tobacco Control. 19(Suppl_2), tr. i6-i11.
10. Mo Yang và các cộng sự. (2012), "Predictors of intention to quit cigarette smoking among Chinese adults", J Behav Health. 1(2), tr. 93-101.
11. Prochaska James O và các cộng sự. (2008), "Initial Efficacy of MI, TTM Tailoring and HRI's with Multiple Behaviors for Employee Health Promotion", Preventive Medicine. 46(3), tr. 226-231.
12. Tsoh Janice Y và các cộng sự. (2011), "Individual and Family Factors Associated with Intention to Quit among Male Vietnamese American Smokers: Implications for Intervention Development", Addictive behaviors. 36(4), tr. 294-301.

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>



INSTITUTE OF COMMUNITY HEALTH

VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

Institute of Community Health

CÙNG NHAU PHÁT TRIỂN VÌ
SỨC KHỎE
CỘNG ĐỒNG



Điện thoại: 04.37621 898

Số 24 Liễu Giai - Phường Cống Vị - Quận Ba
Đình - Thành phố Hà Nội

Email: vienskcd@gmail.com - **Website:** skcd.vn