

Y HỌC

CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR3: THỰC HÀNH ĐI BUÔNG THƯỜNG QUY Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2017

TR25: TỶ LỆ SỰ CỐ TRONG VẬN CHUYỂN CẤP CỨU NỘI VIỆN TẠI KHOA CẤP CỨU & CHỐNG ĐỘC - BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

TR58: TUÂN THỦ QUY TRÌNH TIÊM TÍNH MẠCH QUA ĐẶT KIM LƯƠN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ, 2017

TR88: THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA KHÁCH HÀNG ĐỐI VỚI CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2017



Số: 41 tháng 11+12/2017



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

MỤC LỤC

Thực hành đi buồng thường quy ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2017 **3**

Trương Thị Mỹ Hà, Nguyễn Duy Ánh, Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Quỳnh Anh

Một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên tại các khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017 **9**

Nguyễn Hồng Vũ, Đỗ Mạnh Hùng, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thanh Hà

Thực trạng hài lòng của bệnh nhân với việc tiếp đón và thời gian chờ đợi tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017 **15**

Vũ Thị Tú Uyên, Phạm Thu Hiền, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thanh Hà

Stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên trong quá trình chăm sóc bệnh nhi tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017 **21**

Trần Văn Thơ, Phạm Thu Hiền, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thanh Hà

Tỷ lệ sự cố trong vận chuyển cấp cứu nội viện tại khoa Cấp cứu & chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017 **25**

Đỗ Quang Vĩ, Đỗ Mạnh Hùng, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thanh Hà

Tỷ lệ bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do bệnh nhân gây ra tại các khoa Lâm sàng, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017 **31**

Đào Ngọc Phúc, Phạm Thu Hiền, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thanh Hà

Đặc điểm viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017 **37**

Phạm Ngọc Toàn, Lê Thị Minh Hương, Lê Thanh Hải

Ứng dụng thang điểm phân loại bệnh nhân của Australia (ATS) trong phân loại bệnh nhân tại Khoa Cấp cứu - chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương **41**

Đỗ Quang Vĩ, Lê Ngọc Duy, Phạm Ngọc Toàn

Đánh giá hiệu quả lâm sàng trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng do dị nguyên D.Pteronyssinus lứa tuổi 6-14 tuổi được điều trị bằng phương pháp miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi **45**

Trần Thái Sơn, Vũ Minh Thục, Lương Xuân Tuyến,
Phạm Văn Thúc, Nguyễn Quang Hùng, Nguyễn Thị Vinh Hà

Thay đổi một số chỉ tiêu miễn dịch ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng do dị nguyên D. Pteronyssinus lứa tuổi 6-14 tuổi được điều trị bằng phương pháp miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi **49**

Vũ Minh Thục, Trần Thái Sơn, Lương Xuân Tuyến,
Nguyễn Thị Vinh Hà, Phạm Văn Thúc, Nguyễn Quang Hùng

Sự thay đổi kiến thức, thực hành phòng chống bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi khi triển khai mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại phường Trần Phú, quận Hoàng Mai, Hà Nội, năm 2017 **54**

Lê Đức Hoàng, Nguyễn Minh Hoàng, Dương Kim Tuấn, Đỗ Mai Hoa

Tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luồn của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, năm 2017 **58**

Nguyễn Thị Kim Phượng, Ông Huy Thanh, Lê Ngọc Cửa, Đỗ Mai Hoa

Đặc điểm phân tử gen FhbP của vi khuẩn Neisseria meningitidis lưu hành tại một số đơn vị quân đội khu vực miền Bắc Việt Nam từ 2008 -2017 **63**

Lê Thu Trang, Trần Xuân Thạch, Triệu Phi Long, Trần Văn Lực, Nguyễn Thị Hoa,
Nguyễn Thị Giang An, Đồng Văn Quyền, Nguyễn Minh Hoàng

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 Thúc

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

Lương Đình Khánh

TÒA SOẠN

24 Liễu Giai - Cống Vị - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 84-24 3762 1898 - Fax: 84-24 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

Kiến thức về tuân thủ điều trị HIV/AIDS của người chăm sóc trẻ tại Bệnh viện nhi Trung ương năm 2011	70
Trần Tuấn Cường, Lê Thị Hương, Đoàn Thị Thùy Linh, Nguyễn Văn Lâm, Lưu Minh Châu	
Ảnh hưởng của sức khoẻ răng miệng lên chất lượng cuộc sống người cao tuổi tỉnh Trà Vinh	75
Phạm Thanh Bình, Ngô Thị Quỳnh Lan, Trần Thiện Thuận	
Kiến thức và thực hành tiêm và truyền an toàn của điều dưỡng các khoa Lâm sàng Bệnh viện đa Khoa tỉnh Hà Giang 6 tháng đầu năm 2016	81
Phạm Trí Dũng, Hoàng Thị Hoa, Phùng Thanh Hùng, Phạm Quỳnh Anh	
Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017	88
Nguyễn Thị Hiền, Lã Ngọc Quang, Hà Anh Đức	
Chi phí điều trị của người bệnh sỏi đường mật tại khoa Gan mật Bệnh viện Việt Đức năm 2016	94
Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Xuân Bách, Trần Đình Thơ	
Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế thuộc Trung tâm y tế Sóc Sơn năm 2017	99
Nguyễn Thị Thanh Hương, Lê Thị Thanh Hương	
Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình của người dân phường Tân Tạo, quận Bình Tân, thành phố Hồ Chí Minh năm 2017	105
Phạm Thanh Vũ, Trần Thiện Thuận	
Thực trạng lượng clo dư và nhiễm vi sinh vật trong hệ thống ống phân phối nước máy tại thành phố Rạch Giá, 2017	111
Kiều Lộc Thịnh, Lưu Văn Đức, Phạm Ngọc Châu	
Nghiên cứu chất lượng thuốc Đông dược và dược liệu tại các nhà thuốc cổ truyền trong tỉnh Hậu Giang từ 2009 - 2013	117
Nguyễn Hiếu An, Nguyễn Văn Lành	
Kết quả thực hiện danh mục kỹ thuật khám chữa bệnh theo phân tuyến của Bộ Y tế tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2016	127
Nguyễn Thanh Tùng, Trịnh Văn Hùng	
Xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên với hoạt động đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương	134
Nguyễn Thanh Bình, Dương Ánh Tuyết, Trần Bá Kiên	
Kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017	142
Nguyễn Văn Tiến, Phạm Thị Thu Huyền, Đặng Thu Hằng, Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Thị Ngoan	

THỰC HÀNH ĐI BUỒNG THƯỜNG QUY Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2017

Trương Thị Mỹ Hà¹, Nguyễn Duy Ánh¹, Đỗ Mạnh Hùng², Nguyễn Quỳnh Anh³

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thực hành đi buồng thường quy ở điều dưỡng/hộ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn 66 điều dưỡng/hộ sinh thực hiện công tác đi buồng và 200 người bệnh. **Kết quả:** Chỉ có 9,0% điều dưỡng/hộ sinh thực hành đầy đủ quy trình đi buồng đạt đầy đủ; theo phản hồi của điều dưỡng/hộ sinh có 42,4% tư vấn đầy đủ về phòng và nâng cao sức khỏe cho người bệnh và 41% theo phản hồi từ người bệnh; 27,2% điều dưỡng/hộ sinh hướng dẫn đầy đủ các nội dung với sản phụ sau đẻ và 27,5% từ sự phản hồi người bệnh. Đánh giá chung có 72,7% điều dưỡng/hộ sinh đạt trên 80% số điểm và 77,7% đạt trên 80% số điểm theo sự phản hồi từ người bệnh. **Kết luận:** Tỷ lệ thực hiện đầy đủ các nội dung đi buồng ở điều dưỡng/hộ sinh còn thấp.

Từ khóa: Đi buồng thường quy; điều dưỡng/hộ sinh; người bệnh.

ABSTRACT: WARD AROUND PRACTICE OF NURSES AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2017

Objectives: To describe the nursing practice of ward around at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methodology: A cross-sectional study was conducted on 66 nurses/ midwives and 200 patients. **Result:** Only 9,0% nurses/midwives follow full procedure of going around wards; there is 42,4% and 41% of nurses/midwives giving adequate consultation on prevention and improvement in health care for patients according to response of nurses/ midwives and responses of patients, respectively; there is 27,2% and 27,5% of nurses/midwives follow full procedures to mothers after giving birth according to response of nurses/midwives and responses of patients, respectively. Total evaluation: the percentage of nurses/ midwives completing more than 80% of points was 72,7%

and 77,7% according to response of nurses/midwives and responses of patients, respectively. **Conclusion:** The percentage of nurses/midwives who follow the procedures of going around ward is still low.

Keywords: Frequent ward around; nurses/midwives; patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đi buồng thường quy là công việc thường xuyên hàng ngày của điều dưỡng, hộ sinh; là một trong những chăm sóc thể chất và tinh thần hiệu quả nhằm phát hiện sớm những diễn biến bất thường của người bệnh. Đồng thời, thông qua hoạt động đi buồng, nhân viên y tế sẽ tư vấn, hướng dẫn, truyền thông phổ biến kiến thức giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh. Đây là quy trình chăm sóc người bệnh chiếm nhiều thời gian hơn các quy trình chuyên môn khác, đòi hỏi điều dưỡng, hộ sinh phải có kỹ năng, kiến thức và thái độ thực hành tốt [1], [2]. Theo Phạm Thị Xuyên (2015) tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông kết quả cho thấy thực hành của ĐDV qua ý kiến của NB thì chưa tốt, nhiều nhiệm vụ thực hiện không thường xuyên hoặc là không thực hiện; chỉ có 69,3% NB hài lòng về hoạt động đi buồng thường quy của ĐDV [2].

Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, công tác đi buồng đóng vai trò quan trọng đối với các bà mẹ trong việc giúp cung cấp thông tin nâng cao sức khỏe sau sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, chuẩn bị tâm lý cho các bà mẹ trước, trong và sau sinh. Do đó, thực hành tốt đi buồng có ý nghĩa rất quan trọng. Nhằm đánh giá thực hành đi buồng, qua đó đề xuất các giải pháp can thiệp công tác đi buồng chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Thực hành đi buồng thường quy ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2017”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng.

1. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

2. Bệnh viện Nhi Trung ương;

3. Trường Đại học Y tế Công cộng

Đối tượng nghiên cứu
+ ĐD, HS trực tiếp chăm sóc NB tại 04 khoa: A3, A4, D4, D5
+ Người bệnh tại 04 khoa: A3, A4, D4, D5
+ Cán bộ quản lý: Phó Giám đốc phụ trách ĐD, HS; Phó Trưởng phòng Điều dưỡng; Trưởng/Phó khoa, Điều dưỡng trưởng tại 04 khoa: A3, A4, D4, D5.
Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2017 đến tháng 10/2017
- Cỡ mẫu phát vấn ĐD, HS:
Chúng tôi chọn mẫu toàn bộ 66 ĐD, HS tham gia đi buồng thường quy tại 04 khoa lâm sàng: A3, A4, D4, D5 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.
- Cỡ mẫu phỏng vấn NB/ NNNB:

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

+ n: số NB điều trị nội trú tại BV để điều tra, n = 1,96 với độ tin cậy 95%.
+ p: là tỷ lệ NB đánh giá được ĐD, HS thực hiện đi buồng với p = 0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất.
+ d: sai số dự kiến 7%, d = 0,07.
Cỡ mẫu tối thiểu là n= 196. Lấy tròn là 200 bệnh nhân
Công cụ đánh giá: Bộ câu hỏi nghiên cứu được xây dựng dựa theo qui định đi buồng thường qui của ĐD, HS do Bệnh viện Phụ sản Hà Nội ban hành và áp dụng tại bệnh viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thực hành đầy đủ về quy trình đi buồng

TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS		Phản hồi NB	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %	Số lượng (n=200)	Tỷ lệ %
1	Đến đúng giờ	49	74,2	112	56,0
2	Có chào NB khi đến	59	89,3	184	92,0
3	Giới thiệu với NB về tên, chức danh	50	75,7	156	78,0
4	Hỏi thăm tình hình chung NB	17	25,7	75	37,5
5	Hướng dẫn NB thực hiện nội quy của bệnh viện	39	59	150	75,0
6	Chào NB sau khi rời buồng bệnh	56	84,8	176	88,0
THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ		6	9,0	32	16,0

ĐD/HS thực hiện các công việc đi buồng như chào hỏi người bệnh khi đến chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,3% ĐD/HS, việc hỏi thăm tình hình chung người bệnh thấp nhất với 25,7% số ĐD/HS.

Bảng 2. Thực hành của ĐD/HS về phổ biến đầy đủ quyền lợi người bệnh

TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %
1	Phổ biến quyền của NB được khám và chăm sóc theo bệnh lý.	11	16,6
2	Phổ biến quyền của NB được phục vụ ăn uống theo chế độ bệnh lý.	10	15,1
3	Phổ biến NB được sử dụng dụng cụ sinh hoạt của bệnh viện (quần áo, chăn màn, chiếu) theo qui định	46	69,7
4	Phổ biến NB thay đổi hàng ngày/theo lịch.	57	86,3
5	Giải thích về tình trạng bệnh tật	21	31,8
6	Công khai thuốc được sử dụng	40	60,6

TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %
7	Giải thích về cách sinh hoạt, nghỉ ngơi	37	56,0
8	Hướng dẫn NB và gia đình NB được góp ý kiến xây dựng về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ của các thành viên trong bệnh viện.	16	24,2
9	ĐD, HS hướng dẫn người nhà NB vào thăm	46	69,7
	THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ	14	21,2

Điều dưỡng thường xuyên thực hiện đầy đủ về phổ biến quyền lợi người bệnh nhiều nhất là chỉ tiêu phổ biến NB được thay váy áo, ga gối đổi hàng ngày và theo lịch với 86,3%, phổ biến quyền của NB được khám và chăm sóc theo bệnh lý và phổ biến quyền của NB được phục vụ ăn uống theo chế độ bệnh lý chiếm tỷ lệ thấp nhất với 15,1%.

Bảng 3. Phản ánh người bệnh về phổ biến đầy đủ quyền lợi bản thân

TT	Chỉ tiêu	Số lượng	Tỷ lệ
1	Được bác sĩ khám bệnh hàng ngày và khi có bất thường, theo dõi nhiệt độ ít nhất hai lần/ ngày và theo chỉ định,	133	66,5
2	Vệ sinh âm hộ 3 lần/ngày, làm tại chỗ cho người bệnh nặng/chăm sóc cấp I,	185	92,5
3	Trẻ sơ sinh được tắm buổi sáng hàng ngày/ đón, trả tại phòng bệnh,	183	91,5
4	Được tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn uống khi có bệnh lý,	55	27,5
5	Được phục vụ nước uống tại khoa,	141	70,5
6	Mỗi người bệnh được mượn một bộ chăn, màn, ga (chiếu), gối, váy áo,	140	70,0
7	Mỗi trẻ sơ sinh nằm với mẹ được mượn cơ sở tã áo cố định theo quy định của từng khoa,	140	70,0
8	Thay váy áo buổi sáng hàng ngày tại giường/khi bị bắn	185	92,5
9	Thuốc được công khai và thực hiện hàng ngày theo giờ/Thuốc được công khai và thực hiện hàng ngày theo giờ.	143	71,5
10	Thuốc uống cho từng người bệnh tại giường,	160	80
11	NB và gia đình người bệnh được góp ý kiến xây dựng về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ của các thành viên trong bệnh viện,	70	35
12	Người nhà và gia đình được đến thăm người bệnh theo giờ quy định	141	70,5
	THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ	14	7,0

Vệ sinh âm hộ 3 lần/ngày, làm tại chỗ cho người bệnh nặng/chăm sóc cấp I, trẻ sơ sinh được tắm buổi sáng hàng ngày/ đón, trả tại phòng bệnh và thay váy áo buổi sáng hàng ngày tại giường và khi bị bắn chiếm trên 90%. Trong khi đó chỉ tiêu được tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn uống khi có bệnh lý chỉ có 27,5%.

Bảng 4. ĐD/HS phổ biến đầy đủ nghĩa vụ người bệnh

TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS		Phản hồi người bệnh	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %	Số lượng (n = 200)	Tỷ lệ %
1	Phổ biến thực hiện đầy đủ y lệnh thầy thuốc: loại thuốc, liều lượng, thời gian dùng.	33	50,0	88	44,0



TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS		Phản hồi người bệnh	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %	Số lượng (n = 200)	Tỷ lệ %
2	Hướng dẫn đầy đủ và yêu cầu bệnh nhân thực hiện nội quy bệnh viện	39	59,0	115	57,5
3	Hướng dẫn và yêu cầu NB thực hiện thanh toán viện phí và thủ tục hành chính nhập viện/ra viện	24	36,3	59	29,5
4	Khuyến khích NB giúp đỡ lẫn nhau	6	9,0	31	15,5
	THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ	0	0	15	7,5

Chỉ tiêu ĐD/HS có hướng dẫn đầy đủ và yêu cầu bệnh nhân thực hiện nội quy bệnh viện với tỷ lệ đạt tỷ lệ cao nhất là 59%, tỷ lệ thấp nhất là chỉ tiêu khuyến khích NB giúp đỡ lẫn nhau tỷ lệ đầy đủ là 9,8%.

Bảng 5. Tư vấn đầy đủ về phòng và nâng cao sức khỏe cho NB

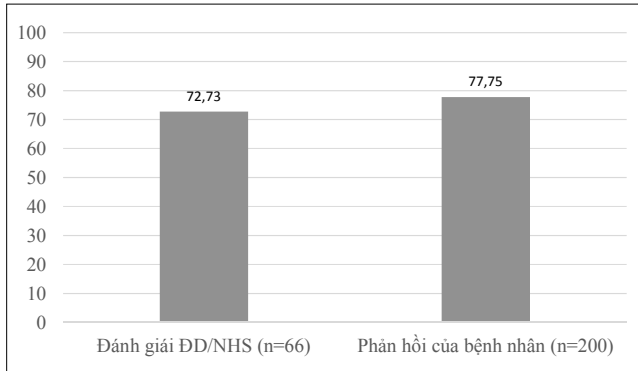
TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/NHS		Phản hồi người bệnh	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %	Số lượng (n = 200)	Tỷ lệ %
1	Hướng dẫn chế độ ăn uống	40	60,6	107	53,5
2	Hướng dẫn chế độ vận động, sinh hoạt, nghỉ ngơi	36	54,5	89	44,5
3	Hướng dẫn chế độ vệ sinh, vệ sinh phụ nữ	41	62,1	103	51,5
	THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ	28	42,4	82	41

Các nội dung nâng cao sức khỏe đều chiếm đa số khi đánh giá ở ĐD/HS và người bệnh phản ánh. Mặc dù vậy kết quả đánh giá đầy đủ chỉ có hơn 40% số trường hợp được tư vấn đầy đủ về các nội dung nâng cao sức khỏe khi đánh giá ĐD/HS và phản ánh từ người bệnh.

Bảng 6. Hướng dẫn đối với các sản phụ sau đẻ

TT	Chỉ tiêu	Thực hành ĐD/HS		Phản hồi người bệnh	
		Số lượng (n = 66)	Tỷ lệ %	Số lượng (n = 200)	Tỷ lệ %
1	Hướng dẫn cách nuôi con bằng sữa mẹ	45	68,1	132	66
2	Hướng dẫn chăm sóc sơ sinh	32	48,4	66	33
3	Hướng dẫn theo dõi dấu hiệu bất thường	35	53	91	45,5
4	Giải đáp thắc mắc	41	62,1	121	60,5
5	Hướng dẫn người bệnh báo bác sỹ khi có điều bất thường	38	57,5	114	59,3
	THỰC HIỆN ĐẦY ĐỦ	18	27,2	55	27,5

Chỉ số hướng dẫn cách nuôi con bằng sữa mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với (đánh giá ĐD/HS là 68,1%; phản ánh ở BN là 66%), chỉ số hướng dẫn chăm sóc sơ sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (đánh giá ĐD/HS là 48,4% và phản ánh ở NB là 33%).

Biểu 1. Tỷ lệ đánh giá đạt thực hành đi buồng ở ĐD/HS

Tỷ lệ đạt về thực hành với việc thực hiện trên 80% tổng điểm đi buồng cho thấy đánh giá ĐD/HS là 72,7%, thấp hơn sự phản hồi từ người bệnh với 77,7%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn về ĐD/HS chào hỏi người bệnh so với Phạm Thị Xuyên trong đó có 17% ĐDV không chào hỏi NB [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Đỗ Mạnh Hùng người nhà NB phản ánh về ĐDV có các hành vi, cử chỉ: Chào, mời ngồi hỏi tên người bệnh chỉ chiếm ¼ số NB, giới thiệu tên và nêu lý do chiếm tỷ lệ thấp với 1/3 số NB, chú ý đến tâm trạng của người nhà người bệnh chiếm hơn 67% [3]. So sánh Nguyễn Thị Linh (2006) chủ động chào hỏi, tiếp đón vui vẻ niềm nở có 74%, sử dụng cụm từ “xin mời, làm ơn, xin lỗi, cảm ơn” có 64,6%, nói trống không khi giao tiếp 13,6%, nhân viên giới thiệu về mình có 46,2%[4].

Về hướng dẫn nội quy của chúng tôi thấp hơn Hà Thị Soạn và cộng sự năm 2007 tại Phú Thọ có 89% hài lòng về hướng dẫn nội quy bệnh viện [5]. Nguyễn Thị Hạ và cộng sự cho thấy việc giải thích các thủ tục hành chính, nội quy bệnh viện,.. cho NB có 89,2% có giải thích, 10,4% không giải thích [6]. Theo Hà Kim Phượng kỹ năng giao tiếp của ĐD với BN, việc giải thích khi làm các thủ tục hành chính và nội quy BV có 95%, không giải thích 5% [7].

* ĐD/HS thực hành về phổ biến đầy đủ quyền lợi người bệnh

Về quyền lợi của khách hàng theo Đỗ Mạnh Hùng tại Bệnh viện Nhi Trung ương ĐDV nhận thức về quyền lợi của khách hàng có 82,7% cho rằng khách hàng (BN) được quyền biết về bệnh của mình, 78,5% cho rằng khách hàng có quyền được giải thích, lựa chọn, các kỹ thuật chăm sóc [3].

Về phổ biến NB được sử dụng dụng cụ sinh hoạt của bệnh viện (quần áo, chăn màn, chiếu) theo qui định,

nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Phạm Thị Xuyên với tỷ lệ ĐD đi buồng hướng dẫn thủ tục mượn tư trang của bệnh viện chiếm 80%, Thủ tục trả đồ tư trang bệnh viện 94,7% [2].

ĐD/HS giải thích tình trạng bệnh tật, trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu ĐDV của Hà Kim Phượng tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định, trong đó giải thích bệnh tật và hướng điều trị 19% [7]. Mặc dù vậy nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Hà Thị Soạn và cộng sự năm 2007 tại Phú Thọ cho thấy trong quá trình nằm điều trị tại Bệnh viện 90% người bệnh và người nhà người bệnh hài lòng với sự thăm khám và giải thích về bệnh tật của thầy thuốc, sự chăm sóc của điều dưỡng [5].

Công khai sử dụng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Trần Thị Kim Liên và cộng sự - Bệnh viện Tim Hà Nội (2010) cho thấy tỷ lệ công khai thuốc, vật tư sử dụng hàng ngày 82,3% [8].

Nghiên cứu tại BV Việt Đức năm 2009 trên đối tượng là NB [cho thấy việc không có sự công khai, hướng dẫn sử dụng thuốc là 3,9%; hiện tượng giới thiệu mua thuốc ngoài nhà thuốc bệnh viện là 1,2% [9]. Tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Hoàng Tiến Thắng và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây Năm 2010, có 97% bệnh nhân phản ánh cán bộ có sự công khai thuốc, vật tư y tế khi khám và điều trị [10].

Giải thích về cách sinh hoạt, nghỉ ngơi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Phạm Thị Xuyên tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông, trong đó 52% ĐD/HS hướng dẫn NB về cách nghỉ ngơi, luyện tập vận động phù hợp với sức khỏe; có 61,3% ĐD thực hiện giải thích cho NB về bệnh về tự chăm sóc; 64,7% ĐD hướng dẫn NB về cách ăn uống phù hợp với SK; 29,3% ĐD hướng dẫn NB cách vệ sinh cá nhân và 54% ĐD hướng dẫn NB cách phát hiện diễn biến và sự cố bất thường báo cáo Bộ Y tế [2].

Để bệnh viện đạt chất lượng tốt thì việc tiếp nhận thường xuyên những ý kiến góp ý, phản hồi là rất cần thiết. Theo Đỗ Mạnh Hùng thì góp ý đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi thái độ, đạo đức phục vụ của ĐDV [3]. Mặc dù vậy, tỷ lệ trong nghiên cứu về hướng dẫn NB góp ý còn thấp, do đó Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cần đẩy mạnh công tác hướng dẫn, khuyến khích bệnh nhân góp ý.

* Phản ánh người bệnh về phổ biến đầy đủ quyền lợi bản thân

Theo Phạm Thị Xuyên tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2015 cho thấy 51,3% ĐD thông tin quyền được khám chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế [2].



Theo Đỗ Mạnh Hùng tại bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ ĐD cung cấp thông tin đầy đủ về các dịch vụ điều trị tại BV theo mức độ rất thường xuyên 22,4%, thường xuyên 64%, thỉnh thoảng 13,1% [3].

Có thể nói quyền được biết thông tin các dịch vụ đóng vai trò quan trọng và đã được công nhận. Năm 2000, Hội đồng Y đa khoa đưa ra các Hướng dẫn về bảo mật và cung cấp thông tin. Theo văn bản này thì bác sỹ cần cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến bệnh tật của chính NB, trên cơ sở đó họ có quyền lựa chọn các giải pháp chẩn đoán và điều trị phù hợp với họ “Bệnh nhân có quyền được biết thông tin về các dịch vụ chăm sóc y tế dành cho họ, các thông tin cần được diễn tả một cách dễ hiểu”, “Người bệnh cũng có quyền được biết thông tin về tình trạng bệnh tật đang làm họ đau đớn” [11], [12].

*** ĐD/HS phổ biến đầy đủ nghĩa vụ người bệnh**

So sánh Hoàng Tiến Thắng và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2010 cho thấy ĐD hướng dẫn quyền và nghĩa vụ của người bệnh khi nằm viện đều chiếm 93% [17]. Theo Phạm Thị Xuyên ĐD phổ biến chấp hành các qui định trong khám, chữa bệnh chiếm 69,3%, ĐD phổ biến thông tin chi trả kinh phí trong khám, chữa bệnh chiếm 70% [2]

*** Tư vấn đầy đủ về phòng và nâng cao sức khỏe cho NB**

ĐD/HS thực hiện tư vấn phòng và nâng cao sức khỏe cho NB đóng vai trò quan trọng và là một chức năng không thể thiếu của ĐD [3], [13]. Việc tư vấn giúp cho người bệnh có thể tự chủ động chăm sóc sức khỏe bản thân qua các chế độ vệ sinh, sinh hoạt, nghỉ ngơi.

So sánh Phạm Thị Xuyên tại BVĐK Hà Đông thì 61,3% ĐDV giải thích cho NB về bệnh và cách tự chăm

sóc; 64,7% ĐD Hướng dẫn NB về cách ăn uống phù hợp với sức khỏe; 52% ĐD hướng dẫn NB về cách nghỉ ngơi, luyện tập vận động phù hợp với sức khỏe; 29,3% ĐD hướng dẫn NB cách vệ sinh cá nhân; 54% ĐD hướng dẫn NB cách phát hiện diễn biến và sự cố bất thường [2]. So sánh nghiên cứu Hà Kim Phượng tại BV Tâm thần tỉnh Nam Định ĐD hướng dẫn chế độ ăn uống 83,4% [7]

Tuy vậy, cũng cần lưu ý, ở mỗi đối tượng bệnh nhân khác nhau, mỗi bệnh viện khác nhau thì nội dung nâng cao sức khỏe là hoàn toàn khác nhau.

*** Hướng dẫn đối với các sản phụ sau đẻ**

Đây là những nội dung quan trọng giúp các bà mẹ sau sinh có thể chăm sóc bản thân và trẻ sơ sinh. Nghiên cứu cho thấy bệnh viện cần đẩy mạnh hơn nữa việc hướng dẫn các bà mẹ sau sinh việc nuôi con.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Đánh giá chung về đạt trên 80% số điểm có 72,73% điều dưỡng viên đạt và 77,75% theo sự phản hồi từ người bệnh. Tỷ lệ thực hiện đầy đủ các nội dung đi buồng ở điều dưỡng viên còn thấp.

Vì mỗi người bệnh có những nhu cầu tư vấn, cung cấp thông tin là khác nhau, do vậy bệnh viện cần hoàn thiện tiêu chuẩn đánh giá đi buồng thường quy đối với từng loại bệnh hoặc dịch vụ sinh nở cụ thể.

Bệnh viện cần tổ chức tập huấn thường xuyên cho ĐD/HS tham gia đi buồng. Cần có các biện pháp tăng cường công tác giám sát hỗ trợ trong quá trình đi buồng ở ĐD/NHS qua đó hướng dẫn và cải thiện công tác đi buồng đạt hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, “Qui định đi buồng thường quy của ĐD, HS, Quyết định số: 1258 QĐ/PS-TCCB, ngày 03/11/2016 của Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hà Nội về việc ban hành bộ tài liệu ‘Quy định công tác Điều dưỡng’. tr. 59-61.” 2016.
2. Phạm Thị Xuyên, “Thực trạng công tác đi buồng thường quy của điều dưỡng viên tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông,” Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 2015.
3. Đỗ Mạnh Hùng, “Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp - Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng,” 2013.
4. Nguyễn Thị Linh, “Đánh giá kỹ năng giao tiếp trong điều trị, chăm sóc, phục vụ người bệnh tại Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận năm 2006,” Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, pp. 176–180, 2007.
5. Hà Thị Soạn, “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số Bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007,” Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, pp. 17–23, 2007.
6. Nguyễn Thị Hạ và cộng sự, “ăng cường biện pháp nâng cao kỹ năng giao tiếp cho Điều dưỡng tại các Bệnh viện ngành Y tế Bắc Giang,” Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, pp. 31–39, 2007.

7. Hà Kim Phượng, “Đánh giá thực trạng tiêm an toàn sau triển khai chương trình thí điểm tiêm an toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương và huyện Kim Sơn - Ninh Bình,” Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, Bệnh viện Nhi Trung ương, pp. 8–16, 2010.
8. Trần Kim Liên, “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2007 - 2010,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VII*, pp. 71–83, 2010.
9. Chu Văn Long, “Thực trạng giao tiếp ứng xử của cán bộ y tế đối với người bệnh và gia đình người bệnh tại Bệnh viện Việt Đức,” 2010.
10. Hoàng Tiến Thắng, “Đánh giá sự hài lòng người bệnh nội trú thông qua kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VII*, pp. 142–147, 2010.
11. Phạm Thị Minh Đức, *Tâm lý và Đạo đức y học, Giáo trình đào tạo Cử nhân Điều dưỡng*. Nhà Xuất bản Giáo dục Việt Nam., 2012.
12. Phạm Thị Minh Đức, “Nghiên cứu thực trạng nhận thức và thực hành y đức trong nhân viên y tế ở ba tuyến: Huyện, Tỉnh, Trung ương, Hội thảo tổng quan đề tài cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội, tr.3-61.” 2009.
13. Lê Thị Bình, “Đánh giá thực trạng năng lực chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng viên và đề xuất giải pháp can thiệp,” Luận án Tiến sỹ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội, 2008.

-----oO-----

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐỘNG LỰC NƠI LÀM VIỆC Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI CÁC KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

Nguyễn Hồng Vũ¹, Đỗ Mạnh Hùng¹, Lã Ngọc Quang², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên tại các khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích nghiên cứu định lượng 250 điều dưỡng viên. **Kết quả:** Nhóm điều dưỡng có trình độ đại học, sau đại học có động lực làm việc thấp cao gấp 1,69 lần so với nhóm có trình độ cao đẳng, trung cấp (95%CI 1,001-2,84, p=0,486); điều dưỡng không có đủ thời gian chăm sóc cho gia đình có động lực làm việc thấp cao gấp 2,42 lần so với nhóm điều dưỡng đủ thời gian (95%CI 1,23-4,75, p=0,009). **Kết luận:** Trình độ cán bộ và thời gian chăm sóc cho gia đình ảnh hưởng đến động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên.

Từ khóa: Động lực nơi làm việc; điều dưỡng viên; hồi sức cấp cứu.

ABSTRACT: SOME FACTORS AFFECTING WORKING MOTIVATION OF NURSES AT INTENSIVE CARE UNIT (ICU) AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN’S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To identify some of related factors to motivation at work of nurses at ICU, Vietnam National Children’s Hospital (VNCH) in 2017. **Methodology:** A cross-sectional and quantitative study was conducted on 250 nurses. **Result:** Group of nurses with bachelor degree and postgraduate degree has low motivation which is 1, 69 times lower than those who has lower degree (95%CI

1. Bệnh viện Nhi Trung ương
2. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
3. Bộ Y tế

» Ngày nhận bài: 05/08/2017 | » Ngày phản biện: 11/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 24/08/2017

1,001-2,84, $p=0,486$); Nurses who do not have enough time for family has low motivation which is 2,42 times lower than those who have enough time for family (95%CI 1,23-4,75, $p=0,009$). **Conclusion:** Factors deciding working motivation in nurses includes education degree and time for family.

Keywords: Working motivation; nurses; ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Franco và cộng sự (2004) thiếu động lực làm việc ở cán bộ y tế có thể được thể hiện bằng nhiều cách, nhưng sự biểu hiện phổ biến có thể gồm: thiếu chỉ thị lịch sự với bệnh nhân, sự chậm chạp và vắng mặt không có lý do; cung cấp dịch vụ kém chất lượng, không tuân thủ đúng các quy trình như sai sót trong thực hiện khám cho bệnh nhân, và sai sót trong phương pháp điều trị bệnh nhân [1]. Theo Abbas Daneshkohan và các cộng sự năm (2015), các yếu tố ảnh hưởng đến động lực lao động của cán bộ y tế gồm quản lý tốt, người giám sát và hỗ trợ từ người quản lý, mối quan hệ tốt với đồng nghiệp, mặt khác đối xử bất công, quản lý kém và thiếu sự đồng cảm là yếu tố gây giảm động lực lao động [2]. Wilbroad Mutale và cộng sự (2013) động lực của cán bộ y tế chịu ảnh hưởng về giới tính, loại cán bộ y tế, được tập huấn và thời gian làm việc [3].

Tại nước ta, Dieleman, Lê Vũ Anh, Phạm Việt Cường và cộng sự cho thấy động lực lao động ở cán bộ y tế bị tác động bởi cả yếu tố tài chính và phi tài chính, trong đó các yếu tố chính tác động đến động lực lao động của cán bộ y tế gồm sự đồng cảm của những người quản lý, đồng nghiệp và cộng đồng; công việc và thu nhập ổn định. Các yếu tố ảnh hưởng đến giảm động lực của cán bộ y tế bao gồm lương thấp và điều kiện làm việc khó khăn [4]. Theo Lê Quang Trí năm (2013) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về động lực làm việc chung của của điều dưỡng tại bệnh viện với các yếu tố: tình trạng hôn nhân, công việc, thừa nhận thành tích, thăng tiến, thành đạt, quan hệ lãnh đạo và đồng nghiệp, chính sách và chế độ quản trị, điều kiện làm việc [5]. Theo Nguyễn Việt Triều (2015) cho thấy nhân viên y tế có động lực làm việc khác nhau theo từng yếu tố từ 58,6% (yếu tố tiền lương và các khoản thu nhập) đến 96,6% (yếu tố quan hệ đồng nghiệp) và tỷ lệ động lực làm việc chung là 85,5% [6].

Nhằm tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực qua đó xác định các giải pháp can thiệp nâng cao động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên, từ đó nâng cao chất

lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên tại các khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Các điều dưỡng đang trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc, tiếp đón bệnh nhân tại các khoa Hồi sức cấp cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu và có thời gian công tác tối thiểu là 6 tháng.

2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3/2017 đến tháng 7/2017

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ số lượng điều dưỡng đang trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc, tiếp đón bệnh nhân tại các khoa Hồi sức cấp cứu.

Bảng 1. Số cán bộ tại các khoa hồi sức cấp cứu

Khoa	Số lượng
Hồi sức Cấp cứu	50
Hồi sức Ngoại	72
Hồi sức Sơ sinh	90
Hồi sức Tim mạch	16
Cấp cứu chống độc	45
Tổng	273

Số phiếu thu thập được thực tế là 250/273, đạt tỷ lệ 91,57%. 23 trường hợp không thu được phiếu do nghỉ sinh và chuyên công tác.

4. Thang đo đánh giá động lực nơi làm việc

Các biến số về động lực nơi làm việc của điều dưỡng được xây dựng dựa trên thuyết 2 nhân tố của F. Herzberg [7] và tham khảo thêm nghiên cứu của Lê Quang Trí (2013) [5], Huỳnh Văn Hai (2016) [8] và Nguyễn Việt Triều (2015) [6].

Đồng thời trong quá trình xây dựng bộ công cụ, nhóm nghiên cứu cũng đã điều chỉnh một số câu hỏi về chế độ chính sách của Bệnh viện Nhi Trung ương cho phù hợp với

nội dung nghiên cứu, địa bàn nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Yếu tố đặc điểm nhân khẩu học và động lực làm việc

Yếu tố SL		Động lực thấp		Động lực cao		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Tuổi	<30	60	52,63	54	47,37	0,4461	1,21 (0,74-2,00)
	>30	65	47,79	71	52,21		
Giới tính	Nam	29	50,88	28	49,12	0,8802	1,05 (0,58-1,89)
	Nữ	96	49,74	97	50,26		
Hôn nhân	Độc thân, ly hôn, góa	31	57,41	23	42,59	0,2189	1,46 (0,80-2,69)
	Có vợ/chồng	94	47,96	102	52,04		
Sức khỏe	Tốt	122	49,80	123	50,20	0,999	0,66 (0,11-4,03)
	Kém	3	60,00	2	40,00		
Người thân mắc bệnh	Có	1	14,29	6	85,71	0,1197	0,16 (0,02-1,35)
	Không	124	51,03	119	48,97		
TỔNG		125	50,00	125	50,00		

Kết quả cho thấy các đặc điểm nhân khẩu học và động lực làm việc của điều dưỡng cho thấy không có yếu tố nào trong số các yếu tố đặc điểm nhân khẩu học

(tuổi, giới tính, hôn nhân, sức khỏe và người thân mắc bệnh) có mối liên quan với động lực làm việc của điều dưỡng ($p>0,05$).

Bảng 3. Yếu tố chuyên môn, kinh nghiệm và động lực làm việc

Yếu tố SL		Động lực thấp		Động lực cao		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Trình độ đào tạo	Sau ĐH, đại học	53	58,24	38	41,76	0,0486	1,69 (1,001-2,84)
	CĐ, TC	72	45,28	87	54,72		
Kinh nghiệm	<5 năm	61	50,41	60	49,59	0,8993	1,03 (0,63-1,70)
	5-10 năm	64	49,61	65	50,39		
Vị trí công việc	Chuyên môn	122	49,39	125	50,61	-	-
	Quản lý	3	100,00	0	0,00		
TỔNG		125	50,00	125	50,00		

Nghiên cứu cho thấy các yếu tố chuyên môn, kinh nghiệm và động lực làm việc của điều dưỡng cho thấy chỉ

có trình độ đào tạo của đối tượng nghiên cứu có mối liên quan với động lực ($p< 0,05$).



Bảng 4. Yếu tố thu nhập và động lực làm việc

Yếu tố SL		Động lực thấp		Động lực cao		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Tổng thu nhập	≤ 10 triệu	82	51,57	77	48,43	0,511	1,19 (0,71-1,99)
	> 10 triệu	43	47,25	48	52,75		
Phụ cấp, thưởng/tháng	≤ 5 triệu	55	47,83	60	52,17	0,525	0,85 (0,52-1,40)
	> 5 triệu	70	51,85	65	48,15		
Mức đóng góp thu nhập gia đình	≤ 50%	67	52,76	60	47,24	0,3759	1,25 (0,76-2,06)
	> 50%	58	47,15	65	52,85		
TỔNG		125	50,00	125	50,00		

Các yếu tố thu nhập và động lực làm việc của điều dưỡng cho thấy không có yếu tố nào trong số các yếu tố thu nhập (tổng thu nhập, phụ cấp, thưởng và mức đóng góp thu nhập gia đình) có mối liên quan với động lực làm việc của điều dưỡng ($p > 0,05$).

Bảng 5. Yếu tố thời gian và khối lượng công việc đến động lực làm việc

Yếu tố SL		Động lực thấp		Động lực cao		P	OR (95%CI)
		SL	%	SL	%		
Làm thêm giờ ngoài bệnh viện	Có	3	50,00	3	50,00	1	1 (0,20-5,05)
	Không	122	50,00	122	50,00		
Quá tải	Không	11	42,31	15	57,69	0,4073	0,71 (0,31-1,61)
	Có	114	50,89	110	49,11		
Thời gian chăm sóc gia đình	Không đủ	31	67,39	15	32,61	0,009	2,42 (1,23-4,75)
	Đủ	94	46,08	110	53,92		
Công việc phù hợp chuyên môn	Không	1	50,00	1	50,00	1	1 (0,06-16,17)
	Có	124	50,00	124	50,00		
Phân công công bằng	Không	3	60,00	2	40,00	0,999	1,51 (0,25-9,21)
	Có	122	49,80	123	50,20		
TỔNG		125	50,00	125	50,00		

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố thời gian và khối lượng công việc, chỉ có thời gian chăm sóc gia đình của đối tượng nghiên cứu có mối liên quan với động lực ($p < 0,05$).

III. BÀN LUẬN

Kết quả từ các nghiên cứu trước cho thấy có nhiều yếu tố liên quan đến động lực làm việc của cán bộ y tế,

trong đó bao gồm điều dưỡng tại các bệnh viện. Các yếu tố đó có thể bao gồm các yếu tố cá nhân của cán bộ y tế như nhóm tuổi, giới tính, trình độ, đối tượng nhân viên y

tế, tham gia đào tạo, thâm niên công tác, thu nhập, khối lượng công việc... hoặc cũng có thể liên quan đến việc triển khai thực hiện các chính sách, chế độ, quy trình trong các đơn vị cung cấp dịch vụ y tế cũng như các yếu tố tác động từ phía bên ngoài của các đơn vị này. Tuy nhiên có một điểm cần chú ý ở đây đó động lực làm việc của mỗi đối tượng cán bộ y tế là khác nhau, các yếu tố liên quan đến động lực của cán bộ y tế cũng phụ thuộc vào đối tượng nghiên cứu, đặc thù của đơn vị, thời điểm triển khai nghiên cứu cùng với sự tác động của các chính sách vĩ mô về công tác nhân lực.

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi trung ương cho thấy không có nhiều mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa động lực với các nhóm yếu tố. Cụ thể, chỉ có các yếu tố về trình độ học vấn, thời gian chăm sóc gia đình được xác định là các yếu tố có mối liên quan đến động lực làm việc của các cán bộ điều dưỡng trong bệnh viện. Kết quả về các yếu tố này cũng được chỉ ra trong các nghiên cứu của Ninh Trọng Thái năm 2016 [9], Hoàng Mạnh Toàn năm 2013 [10] và Hoàng Hồng Hạnh năm 2011 [11]. Một trong những yếu tố thường được xác định là yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của cán bộ y tế là thu nhập lại không được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi. Như đã đề cập phía trên, có thể do thu nhập của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi trung ương cao hơn so với mặt bằng chung, mặc dù không đòi hỏi quá nhiều về mặt bằng cấp (trình độ trung cấp chiếm 42,4%). Trong khi đó, nghiên cứu của Huỳnh Văn Hai tại Bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự, Đồng Tháp năm 2016 có đến 46,7% nhân viên chưa có động lực làm việc với yếu tố lương và các khoản thu nhập do trong khoảng 05 năm trở lại đây, nguồn thu nhập tăng thêm của nhân viên bệnh viện có sự sụt giảm đi nhiều trong khi giá cả và các sinh hoạt phí luôn tăng dần theo theo từng ngày [8]. Hơn nữa có thể thấy, với việc triển khai Nghị định 43/2006-NĐ-CP về tự chủ bệnh viện, các bệnh viện tuyển trung ương như Bệnh viện Nhi trung ương thường có lợi thế trong việc thu hút bệnh nhân, tăng nguồn thu bệnh viện và từ đó nâng cao thu nhập cho cán bộ y tế [12]. Qua đó có thể thấy, việc cải thiện thu nhập chỉ là yếu tố cần chứ chưa phải là quan trọng nhất trong việc tạo động lực làm việc cho nhân viên. Trong khi đó, một số cán bộ điều dưỡng cho rằng chính sách khen thưởng định kỳ hàng tháng mà bệnh viện đang áp dụng vẫn chưa phản ánh đúng kết quả thực hiện công việc của cán bộ y tế nên làm cho một số điều dưỡng thấy

mức tiền thưởng mà họ nhận được chưa tương xứng. Các tiêu chuẩn đánh giá thực hiện công việc của cán bộ y tế tại bệnh viện còn chưa rõ ràng và cũng chưa lượng hóa được. Vì thế, đánh giá thực hiện công việc còn mang tính chủ quan. Kết quả là đa số cán bộ y tế đều được đánh giá hoàn thành nhiệm vụ trừ những người vi phạm kỷ luật hoặc không đảm bảo ngày công giờ công. Từ đó, bệnh viện không phân loại được chính xác thành tích của cán bộ y tế và không đảm bảo tính công bằng trong phân phối thu nhập tăng thêm.

Một yếu tố khác cũng được xác định có mối liên quan với động lực làm việc là giới tính trong các nghiên cứu khác nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan. Cụ thể, các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sơn năm 2014 [13], Ninh Trọng Thái năm 2016 [9], Wilbroad Mutale và cộng sự tại 3 huyện của Zambia năm 2013 [3] đều cho thấy tỷ lệ nhóm cán bộ y tế là nam giới có động lực thấp ít hơn so với nhóm nữ mặc dù số lượng nam giới thường ít hơn nữ giới, đặc biệt là trong các cán bộ điều dưỡng.

Bên cạnh đó, một yếu tố nữa cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Wilbroad Mutale và cộng sự năm 2013 tại Zambia có liên quan đến động lực làm việc của cán bộ y tế đó là vị trí làm việc [3]. Cụ thể, kết quả nghiên cứu này cho thấy những cán bộ làm việc không thuộc đơn vị trực tiếp khám chữa bệnh như khoa dược, khoa xét nghiệm thường có động lực làm việc cao hơn so với các khoa còn lại. Tuy nhiên, điều này không khai thác được trong nghiên cứu của chúng tôi.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 250 điều dưỡng viên tại các khoa hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến động lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên gồm có trình độ cán bộ và thời gian chăm sóc gia đình của điều dưỡng viên.

Từ kết quả nghiên cứu, bệnh viện cần có các biện pháp nâng cao động lực cho điều dưỡng viên, trong đó cần lưu ý đến các điều dưỡng viên có trình độ đại học và sau đại học, cần có chế độ đãi ngộ và cơ hội tốt cho các điều dưỡng có trình độ chuyên môn và năng lực tốt. Bên cạnh đó, do điều dưỡng tại các khoa hồi sức cấp cứu thường phải trực đêm, nên cần có sự phân công công việc hợp lý, đảm bảo cho các điều dưỡng vừa có khả năng hoàn thành tốt công việc vừa có khả năng chăm sóc cho gia đình.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franco, L.M., et al., *Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia*. Soc Sci Med, 2004. 58(2): p. 343-55.
2. Daneshkohan, A., et al., *Factors Affecting Job Motivation among Health Workers: A Study From Iran*. Global Journal of Health Science, 2015. 7(3): p. 153-160.
3. Mutale, W., et al., *Measuring health workers' motivation in rural health facilities: baseline results from three study districts in Zambia*. Hum Resour Health, 2013. 11: p. 8.
4. Dieleman, M., et al., *Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam*. Hum Resour Health, 2003. 1(1): p. 10.
5. Trí, L.Q., *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2013*. 2013, Trường đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
6. Triều, N.V., *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế, tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ, Minh Hải, Cà Mau năm 2015*. 2015, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
7. Herzberg, F., *The Motivation to Work 1959*, New York: Wiley
8. Hai, H.V., *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp năm 2016*. 2016, Trường đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
9. Thái, N.T., *Động lực làm việc của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Thể thao Việt Nam và một số yếu tố liên quan năm 2016*. 2016, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
10. Toàn, H.M., *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng viên lâm sàng Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương năm 2013*. 2013, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
11. Hạnh, H.H., *Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sỹ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011*. 2011, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
12. *Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ về việc Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập*. 2006.
13. Sơn, N.H., *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Lấp Vò, Đồng Tháp năm 2014*. 2014, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.

THỰC TRẠNG HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VỚI VIỆC TIẾP ĐÓN VÀ THỜI GIAN CHỜ ĐỢI TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

Vũ Thị Tú Uyên¹, Phạm Thu Hiền¹, Lã Ngọc Quang², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hài lòng của bệnh nhân với thủ tục đón tiếp và thời gian chờ đợi tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, sử dụng thang đo do Bộ Y tế trước đó đánh giá tại Bệnh viện Nhi Trung ương trên 400 người chăm sóc trẻ. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng chung là 88,5% trong đó hài lòng việc NVYT tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình 91,75%; hài lòng với thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám 14%; hài lòng với thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp 11,25%; hài lòng với thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp 85%. **Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng chung chiếm 88,5%, trong đó mức hài lòng thấp ở thời gian chờ kết quả xét nghiệm, chiếu chụp và chờ thủ tục đăng ký khám, chờ đến lượt khám.

Từ khóa: Sự hài lòng; tiếp đón; thời gian chờ đợi.

ABSTRACT: PATIENT'S SATISFACTION WITH REGISTRATION AND WAITING TIME AT OUTPATIENT CLINIC, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To describe the patient's satisfaction with registration procedures and waiting time at Outpatient clinics, Vietnam National Children's hospital (VNCH) in 2017. **Methodology:** A cross-sectional study combined with quantitative and qualitative method was conducted on 400 care – givers, using Evaluation Scale by MOH. **Result:** Percentage of satisfaction was 88,5% in which the satisfaction with medical staff in registration procedure was 91,75%; satisfaction with waiting time for examination was 14%; satisfaction with waiting time for testing and X-ray was 11,25%; satisfaction with waiting

time for test result was 85%. **Conclusion:** The common satisfaction accounts for 88,5%, in which patients feel less satisfied with waiting time for test result and X-ray and for examination.

Keywords: Satisfaction; registration; waiting time

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy vai trò quan trọng của hài lòng của khách hàng trong kết quả điều trị, trong đó mức độ hài lòng có ảnh hưởng đến thời gian nằm viện ít hơn, hoặc bệnh nhân có tình trạng sức khỏe tốt hơn [1], [2], [3], [4].

Ở nước ta nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành và cộng sự năm 2006 về sự hài lòng của khách hàng nằm nội trú về chất lượng CSSK tại các bệnh viện tỉnh Hòa Bình đã cho thấy khía cạnh tiếp cận dịch vụ với yếu tố thời gian chờ đợi là cao nhất với điểm trung bình là 3,84 và 3,95; khía cạnh giao tiếp và tương tác với yếu tố nhân viên cũng tương đối cao với điểm trung bình từ 3,47 đến 3,86; khía cạnh các vật thể hữu hình với yếu tố cơ sở vật chất /trang thiết bị có điểm trung bình thấp nhất từ 2,67 đến 3,61 cho thấy khách hàng không hài lòng nhất; khía cạnh kết quả CSSK có điểm ghi hài lòng cũng tương đối cao với điểm trung bình từ 3,51 đến 3,81. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng khách hàng cho thấy hiệu quả điều trị là yếu tố tác động nhiều nhất tới điểm trung bình hài lòng về chất lượng CSSK; Trình độ học vấn cũng là yếu tố tác động thứ hai tới điểm trung bình hài lòng về chất lượng CSSK. Các yếu tố liên quan được phân tích, giải thích 17,1% sự biến thiên về điểm trung bình hài lòng chất lượng CSSK [5].

Bệnh viện Nhi Trung ương là một trong những bệnh viện thường xuyên xảy ra quá tải dịch vụ khám, chữa bệnh, đặc biệt là khu vực khám bệnh. Mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận hàng nghìn ca khám bệnh. Do nhân lực mỏng,

1. Bệnh viện Nhi Trung ương;
2. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
3. Bộ Y tế

trang thiết bị, phương tiện còn chưa đáp ứng được, nên sự quá tải xảy ra thường xuyên.

Nhằm tìm kiếm các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ và tăng mức hài lòng của người chăm sóc trẻ tại khoa khám bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: **“Thực trạng hài lòng của bệnh nhân với sự tiếp đón và thời gian chờ đợi tại khoa khám bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”**.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Người chăm sóc trẻ (NCST): cha, mẹ, hoặc người thân khác... là người chăm sóc chính cho bệnh nhi hàng ngày, và là người đại diện hợp pháp của bệnh nhi tại bệnh viện. Đây là những người chăm sóc bệnh nhi vừa khám xong tại Khoa Khám bệnh.

- Lãnh đạo khoa khám bệnh, lãnh đạo phòng truyền thông, chăm sóc khách hàng.

2. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích, kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

3. Cỡ mẫu

- Nghiên cứu định lượng:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

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

Trong đó:

$p = 0,50$ là tỷ lệ giả định khách hàng hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện, giả định mức 50% số khách hàng.

$Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

$d = 0,05$ là sai số tuyệt đối cho phép

Thay các giá trị trên vào công thức ta được $n = 385$ số đối tượng tối thiểu cần tham gia nghiên cứu, cộng với 5% mẫu dự phòng, tổng số mẫu nghiên cứu là 400 người chăm sóc trẻ tại Khoa Khám bệnh.

- Nghiên cứu định tính:

Đối tượng là người chăm sóc trẻ chính được chọn theo các cặp đối tượng: bệnh nhân mạn tính/bệnh nhân mắc bệnh thông thường; bệnh nhân sơ sinh/bệnh nhân không phải sơ sinh; bệnh nhân nặng/bệnh nhân nhẹ; bệnh nhân ở nội thành Hà Nội/bệnh nhân ở tỉnh khác; bệnh nhân dân tộc Kinh/bệnh nhân người dân tộc khác;

Thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu cho đối tượng là người cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế): tiến hành phỏng vấn sâu 7 cán bộ y tế tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Nhi Trung ương.

4. Công cụ đánh giá: Phiếu hài lòng khách hàng dựa trên thang đo trước đó được Bộ Y tế thí điểm tại Bệnh viện Nhi Trung ương [6] và theo nghiên cứu trước đó của Bộ Y tế chúng tôi điều chỉnh thang đo phù hợp với phiếu khảo sát thực tế tại bệnh viện.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hài lòng sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

Chỉ tiêu	Hài lòng		Không hài lòng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu	392	98,00	8	2,00
Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện	388	97,00	12	3,00
Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai	392	98,00	8	2,00

Nhìn chung hầu hết các khách hàng hài lòng với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị. Tuy vậy vẫn còn khoảng 2% đến 3% không hài lòng về minh bạch thông tin và thủ tục khám, điều trị.

Nghiên cứu định tính cũng cho thấy, đa phần khách hàng đều không biết cụ thể về giá dịch vụ như ý kiến một khách hàng: *“Bệnh viện bảo nộp bao nhiêu chúng tôi nộp bấy nhiêu, chứ giá chúng tôi cũng không biết rõ”* (Một khách hàng từ Bắc Ninh).

Quy trình khám bệnh được quy định rõ, một số khách

hàng cảm thấy hiểu biết, tuy nhiên nhiều người vẫn không hiểu quy trình thế nào đặc biệt là những đối tượng lần đầu đưa con đi khám và thường xuyên phải hỏi các cán bộ y tế *“Mời đưa cháu xuống khám, tôi cũng không biết quy trình thế nào, phải hỏi mấy cô y tá”* (Khách hàng từ Vĩnh Phúc).

Về quy trình thủ tục KCB, đa số các khách hàng đều không nắm rõ quy trình thủ tục KCB, và đến bước nào họ đều phải hỏi cán bộ hướng dẫn. *“Về thủ tục khám bệnh chi cũng không rõ, may có mấy em đứng tiếp đón và chỉ dẫn”* (Khách hàng đến từ Thái Nguyên).

Nghiên cứu định tính lãnh đạo khoa khám bệnh cho thấy các quy trình thủ tục hiện nay đã và đang được công khai minh bạch. Tại một số dịch vụ bệnh viện có niêm yết giá, tuy vậy với số lượng dịch vụ là rất nên việc niêm yết

không thể thực hiện hết được. “*Nếu mà ghi đầy đủ các dịch vụ tại phòng khám thì không có chỗ để ghi đủ, hiện nay một số dịch vụ cơ bản bệnh viện cũng đã niêm yết giá*” (Lãnh đạo Khoa Khám bệnh).

Bảng 2. Hải lòng với thủ tục đón tiếp, chờ đợi khám bệnh, điều trị

Chỉ tiêu	Hải lòng		Không hải lòng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
NVYT tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình	367	91,75	33	8,25
Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp	362	90,50	38	9,50
Thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám	344	86,00	56	14,00
Thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám	352	88,00	48	12,00
Thời gian được bác sỹ khám và tư vấn	355	88,75	45	11,25
Thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp	355	88,75	45	11,25
Thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp	340	85,00	60	15,00

Tỷ lệ không hải lòng cao nhất là thời gian chờ kết quả xét nghiệm, chiếu chụp với 15%, tiếp đến là thời gian chờ làm thủ tục đăng ký khám với 14%, thấp nhất là chỉ số NVYT tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình với mức không hải lòng chỉ chiếm 8,25%.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy một số cán bộ y tế không tươi cười khi tiếp xúc với người bệnh. “*Thấy các nhân viên y tế mặt lạnh, chẳng tươi cười*” (Một khách hàng từ Phú Thọ). Tuy vậy cũng đa số khách hàng lại phản ánh hoàn toàn khác “*Các cô y tá tiếp đón và chỉ dẫn từ công, nói chung cũng dễ hỏi*” (Một khách hàng từ Hà Nam).

Thời gian chờ đợi, đa số khách hàng đều phản ánh thời gian chờ đợi lâu đặc biệt là chờ đợi các kết quả xét nghiệm. “*Đi khám bệnh ngại nhất là khâu đợi chờ và vật mệt mỏi, nhất là chờ kết quả xét nghiệm*” (Một khách hàng từ Bắc Giang). Nhìn chung đa số khách hàng đồng ý với việc chờ đợi do đông bệnh nhân “*Đi khám bệnh viện nào cũng phải chờ thôi, tuy nhiên nếu chờ lâu quá thì mệt mỏi cho các cháu và cho bản thân gia đình đưa cháu đi khám*” (Một khách hàng từ Vĩnh Phúc).

Nghiên cứu định tính lãnh đạo Phòng Truyền thông – Chăm sóc khách hàng thì hiện nay bệnh viện đã huy động nhiều cán bộ, tình nguyện viên, học viên đang theo học tại bệnh viện tham gia tiếp đón và hướng dẫn khách hàng tại khoa khám bệnh. “*Hiện nay Phòng truyền thông – chăm sóc khách hàng huy động lực lượng vài chục đến hơn một trăm học viên, sinh viên đang thực tập tại bệnh viện, tuy vậy phải nhìn nhận rằng do lượng bệnh nhân đông, hơn nữa kỹ năng giao tiếp cán bộ tiếp đón còn thiếu cần được tập huấn thêm*” (Lãnh đạo Phòng TT-CSKH).

Nghiên cứu định tính cho thấy bệnh viện không ngừng tăng cường nhân lực, trang thiết bị, cho phòng khám tuy vậy do công tác khám bệnh là khó chủ động được nên đôi khi vẫn xảy ra tình trạng quá tải nên bệnh viện phải chờ lâu “*Tại phòng khám có hôm đông bệnh nhân, có hôm ít bệnh nhân nên rất khó chủ động bố trí được đủ nhân lực những hôm đông bệnh nhân*” (Lãnh đạo Khoa Khám bệnh).

Mặt khác, quá trình xét nghiệm cần có đủ số mẫu để máy chạy, khi máy chạy cũng cần có thời gian để lấy kết quả nên bắt buộc phải chờ đợi. Bệnh viện cũng đã sắp xếp để bệnh nhân lấy mẫu bệnh phẩm trước rồi làm các thủ tục



khám khác (Chụp CT-Scan, siêu âm, X-Quang...) để bệnh nhân đỡ phải chờ. “*Bệnh viện đã cố gắng lập quy trình khám để người bệnh đỡ phải chờ đợi kết quả, tuy nhiên nhiều khi cũng không thể chủ động trong việc thay đổi quy trình khám*” (Lãnh đạo Khoa Khám bệnh).

Một số hình thức như chuyển kết quả đến tận nhà đã và đang được nghiên cứu áp dụng “*Hiện nay đang đề xuất thử nghiệm việc trả kết quả khám tại nhà hoặc qua email, thời gian tới sẽ thực hiện được do vậy bệnh nhân đi khám bệnh sẽ ít phải chờ đợi*”. (Lãnh đạo phòng TT-CSKH). Tuy vậy, nhiều trường hợp cũng cần phải đợi vì chỉ khi có kết quả khám thì bác sỹ mới kê đơn thuốc hoặc đề nghị chuyển sang nằm nội trú được.

Đánh giá chung tỷ lệ không hài lòng với các thủ tục, tiếp đón và thời gian chờ chiếm đến 11,50%, tỷ lệ hài lòng chiếm 88,50%.

IV. BÀN LUẬN

Minh bạch thông tin và thủ tục KCB:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu mức hài lòng chiếm 98%, trong khi mức không hài lòng chiếm 2%. Thực tế, quy trình KCB đã được bệnh viện thực hiện bằng các hướng dẫn khi bệnh nhân đến các quầy đăng ký và được nhân viên đón tiếp hướng dẫn thực hiện các bước khám chữa bệnh. Do mỗi bệnh nhân khác nhau, thì việc thực hiện quy trình KCB là khác nhau, do vậy không thể niêm yết rõ ràng chung cho các bệnh nhân, bằng các bảng biểu. Tuy nhiên, theo chúng tôi bệnh viện cần có hướng dẫn thực hiện quy trình trên website hoặc các thông tin đại chúng khác để NCST có thể dễ dàng tiếp cận.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về chỉ tiêu đánh giá quy trình, thủ tục khám bệnh đơn giản thuận tiện có 97% hài lòng, trong khi đó 3% là chưa hài lòng. Trong những năm qua, Bệnh viện Nhi Trung ương đã có những nỗ lực trong việc thay đổi các thủ tục hành chính đơn giản. Tuy vậy, do bệnh nhân đồng bệnh nhân khi phải chờ đợi đăng ký phiếu khám, chờ đợi lấy kết quả cũng có thể là nguyên nhân gây lên sự không hài lòng người bệnh. Tương tự theo Hà Kim Phượng tại Nam Định trong lần khảo sát 1 cho thấy kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân: 5% ĐDV không giải thích khi làm các thủ tục hành chính [7]. Theo Nghiên cứu của Trần Kim Liên và cộng sự tại Bệnh viện Tim Hà Nội (2010) cho thấy việc hướng dẫn thủ tục của nhân viên đón tiếp tại Khoa Khám bệnh như sau: Tốt 55%; Khá 31,4%; Trung bình 12,7% [8];

Nghiên cứu Chu Văn Long, không hài lòng thủ tục hành chính chiếm tỷ lệ 37,3% [9]. Theo Hà Thị Soạn (2007) tại Phú Thọ, lý do không hài lòng là thủ tục nhập viện lâu và không được hướng dẫn thủ tục nhập viện chiếm 10,4% [10].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hài lòng giá dịch vụ niêm yết công khai đạt 98% và không hài lòng đến 2%. Bệnh viện cũng đã niêm yết một số bảng giá dịch vụ tại các khu vực khám, xét nghiệm, tuy nhiên không thể đáp ứng được hết các dịch vụ. Mặc dù vậy, ở những nhóm dịch vụ bệnh viện cũng có thể công khai trên website. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức năm 2009 trên đối tượng là người bệnh cho thấy việc không có sự công khai, hướng dẫn sử dụng thuốc là 3,9% [9].

Đón tiếp người bệnh:

Đón tiếp nhiệt tình giúp cho khách hàng cảm thấy sự thân thiện, và có thể yên tâm tuân thủ thực hiện các kỹ thuật trong KCB và các thủ tục hành chính đúng quy định. Kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nở, tận tình hài lòng chiếm tỷ lệ 91,75%, không hài lòng chiếm 8,25%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với Hoàng Tiến Thắng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây cho thấy: 93,7% người bệnh phản ánh là đón tiếp niềm nở đối với bệnh nhân [11]. Tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện E năm 2012 cho thấy: tỷ lệ đón tiếp không niềm nở của nhân viên y tế là 2%; niềm nở 97% [12]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu can thiệp của Đỗ Mạnh Hùng tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐDV có thái độ đón tiếp tận tình, chu đáo tăng từ 50,27% lên 51,22%[13]. Lý giải điều này do sự quá tải khối lượng công việc, NVYT thường cảm thấy mệt mỏi và khó có thể niềm nở được với khách hàng.

Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp tỷ lệ hài lòng trong nghiên cứu chiếm 90,50%, không hài lòng chiếm 9,50%. Xếp hàng theo thứ tự là cách thể hiện sự công bằng trong việc cung cấp các dịch vụ KCB tại bệnh viện. Tương tự so với Đỗ Mạnh Hùng tỷ lệ khách hàng cảm nhận được đối xử công bằng tại khoa khám bệnh chiếm tỷ lệ 87,8%, tại khu vực nội trú chiếm 72,2% [13].

Thời gian chờ đợi của khách hàng để làm thủ tục khám và được bác sỹ khám phụ thuộc vào lượng bệnh nhân và lượng NVYT. Ở Bệnh viện Nhi Trung ương thì

tình trạng quá tải là thường xuyên xảy ra do vậy bệnh nhân thường phải chờ lâu. Nghiên cứu cho thấy thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký mức hài lòng chiếm 86% và không hài lòng chiếm 14%; thời gian chờ đến lượt bác sỹ khám có tỷ lệ hài lòng là 88% và tỷ lệ không hài lòng là 12%; thời gian được bác sỹ khám và tư vấn mức độ hài lòng là 88,75%, mức độ không hài lòng là 11,25%. Tỷ lệ hài lòng trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Hoàng Tiến Thắng tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây cho thấy: 93,7% người bệnh phản ánh là đón tiếp niềm nở đối với bệnh nhân; ĐDV hướng dẫn quyền và nghĩa vụ của người bệnh khi nằm viện chiếm 93%; thời gian của người bệnh để khám và điều trị quá lâu chiếm 4% [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện E năm 2012 cho thấy thời gian chờ đợi quá lâu chiếm tỷ lệ 10,6% [12].

Thời gian chờ đến lượt xét nghiệm, chiếu chụp và chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp ngoài ảnh hưởng bởi lượng bệnh nhân quá tải, nhân lực mà còn có thể do TTB không đáp ứng theo nhu cầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hài lòng với thời gian chờ đến lượt làm xét nghiệm chiếu chụp là 88,75%, không hài lòng là 11,25%; Thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp có tỷ lệ hài lòng là 85% và tỷ lệ không hài lòng là 15%. So sánh với nghiên cứu của Lê Thanh Hải và cộng sự (2014) cũng tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy phản ánh thời gian chờ lấy mẫu bệnh phẩm mức độ rất kém và kém chiếm 30,6%, mức độ tốt và rất tốt chiếm 16,3%; thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm mức độ kém và rất kém chiếm 49,6% mức độ tốt và rất tốt chiếm 9,2% [14].

Đánh giá chung về thủ tục, tiếp đón và thời gian chờ cho thấy tỷ lệ không hài lòng chiếm 11,5%, tỷ lệ hài lòng chiếm 88,50%. Vấn đề tăng cường nhân lực, trang thiết bị phục vụ công tác KCB từ lâu đã được bệnh viện quan tâm và đầu tư. Tuy vậy, do nhu cầu KCB ngày càng tăng, lượng bệnh nhân cũng đông lên, do đó khoa khám bệnh thường xuyên gặp các vấn đề quá tải. Bệnh viện mặc dù đã có các biện pháp huy động nguồn nhân lực từ các khoa, tuy nhiên vẫn là chưa đủ vì mới chỉ là huy động NVYT tham gia đón tiếp còn thiếu một số cán bộ chuyên môn phụ trách thì vẫn chưa có nhiều biến chuyển.

VI. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu bằng cách phỏng vấn trên 400 người chăm sóc trẻ tại khoa khám bệnh và phòng vấn sâu một số người chăm sóc trẻ và lãnh đạo phòng Truyền thông chăm sóc khách hàng và Khoa Khám Bệnh tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy mức độ hài lòng chung về tiếp đón và chờ đợi chiếm 88,50%. Trong đó, mức hài lòng thấp ở các chỉ số về thời gian chờ kết quả xét nghiệm, chiếu chụp và chờ thủ tục đăng ký khám, chờ đến lượt khám.

Bệnh viện Nhi Trung ương cần đẩy mạnh hơn nữa việc đầu tư nhân lực, trang thiết bị, phương tiện trong việc giảm tải tại Khoa Khám bệnh, trong đó đặc biệt quan tâm đến các giải pháp trong việc giảm thời gian chờ đợi lấy kết quả xét nghiệm, chiếu chụp, thời gian chờ đến lượt khám và thời gian làm xét nghiệm. Đẩy mạnh thực hiện các giải pháp như tăng số tình nguyện viên, học viên tham gia đón tiếp và chỉ dẫn khách hàng; thử nghiệm giải pháp trả kết quả qua bưu điện hoặc email ở các trường hợp kiểm tra sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K. Otani, P. A. Herrmann, and R. S. Kurz, "Improving patient satisfaction in hospital care settings," *Health Serv. Manage. Res.*, vol. 24, no. 4, pp. 163–169, Nov. 2011.
2. S.-H. Cheng, M.-C. Yang, and T.-L. Chiang, "Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care," *Int. J. Qual. Health Care J. Int. Soc. Qual. Health Care*, vol. 15, no. 4, pp. 345–355, Aug. 2003.
3. C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster, N. Richards, and T. Chandola, "Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care," *Qual. Saf. Health Care*, vol. 11, no. 4, pp. 335–339, Dec. 2002.
4. P. L. Nguyen Thi, S. Briançon, F. Empereur, and F. Guillemin, "Factors determining inpatient satisfaction with care," *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 54, no. 4, pp. 493–504, Feb. 2002.
5. Nguyễn Đức Thành, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện tỉnh Hòa Bình, Báo cáo kết quả đề tài cấp cơ sở." 2006.



6. Bộ Y tế, “Báo cáo Kết quả triển khai thí điểm đo lường sự hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.” Tháng-2015.
7. Hà Kim Phượng, “Đánh giá thực trạng tiêm an toàn sau triển khai chương trình thí điểm tiêm an toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương và huyện Kim Sơn - Ninh Bình,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VI, Bệnh viện Nhi Trung ương*, pp. 8–16, 2010.
8. Trần Kim Liên, “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2007 - 2010,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VII*, pp. 71–83, 2010.
9. Chu Văn Long, “Thực trạng giao tiếp ứng xử của cán bộ y tế đối với người bệnh và gia đình người bệnh tại Bệnh viện Việt Đức,” 2010.
10. Hà Thị Soạn, “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III*, pp. 17–23, 2007.
11. Hoàng Tiến Thắng, “Đánh giá sự hài lòng người bệnh nội trú thông qua kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây,” *Hội nghị khoa học Điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ VII*, pp. 142–147, 2010.
12. Trịnh Thị Kim Oanh, Nguyễn Thị Ngọc Minh và Trần Thị Phương Mỹ, “Nhận xét trình độ của viên chức và công tác đào tạo tại Bệnh viện E trong 5 năm, 2007-2011,” *Tạp chí Y học Thực hành, Bộ Y tế, ISSN 1859 - 1663*, vol. số 845/2012, tr.37–41., 2012.
13. Đỗ Mạnh Hùng, “Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp - Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng,” 2014.
14. Lê Thanh Hải và cộng sự, “Ý kiến phản hồi của khách hàng về thời gian chờ lấy mẫu bệnh phẩm và kết quả xét nghiệm tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2009-2013,” *Tạp chí Y học Thực hành, Bộ Y tế*, vol. 926/2014.

STRESS NGHỀ NGHIỆP Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TRONG QUÁ TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

Trần Văn Thơ¹, Phạm Thu Hiền¹, Lã Ngọc Quang², Nguyễn Thanh Hà³

I. TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả yếu tố stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên trong quá trình chăm sóc bệnh nhi tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, sử dụng thang đo NSS (Nursing Stress Scale) trên 287 điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Stress do thực hiện chăm sóc bệnh nhân đau đớn mức điểm $2,29 \pm 0,76$, mức thường xuyên 32,7%; Stress do chứng kiến bệnh nhân trải qua những cơn đau mức điểm $2,36 \pm 0,7$, mức thường xuyên 40,8%; stress do cảm thấy bất lực khi thấy bệnh nhân không cải thiện được mức điểm $2,17 \pm 0,65$, mức thường xuyên 32,7%. **Kết luận:** Stress nghề nghiệp trong tiếp xúc với bệnh nhi có mức độ cao ở chỉ số chứng kiến bệnh nhân trải qua cơn đau, chăm sóc bệnh nhân đau đớn, cảm thấy bất lực khi bệnh nhân không cải thiện được.

Từ khóa: *Stress nghề nghiệp; điều dưỡng viên; bệnh nhi.*

ABSTRACT: WORK STRESS IN NURSING PROFESSION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To describe stressful factors in nursing profession in patient care at Vietnam National Children's Hospital (VNCH) in 2017. **Methodology:** A cross-sectional study combined with qualitative and quantitative method was conducted on 287 nurses at VNCH, using Nursing Stress Scale (NSS). **Result:** Stress score due to giving care for patients with pain was $2,29 \pm 0,76$, frequency level was 32,7%; Stress due to see patients suffering from pains was $2,36 \pm 0,7$, frequency level was 40,8%; stress due to be unable to get patients improved was $2,17 \pm 0,65$, frequency level was 32,7%. **Conclusion:** Stressful factors in nursing profession include seeing

patients suffering from pains, giving care for patients who suffer lots of pain and the helpless feeling when patients cannot get better.

Keywords: *Work stress in nursing profession; nurses; patients*

II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress nghề nghiệp là “phản ứng lại, con người có thể có khi có yêu cầu và áp lực công việc mà nó không đồng hành với kiến thức, khả năng và điều đó thay đổi khả năng đương đầu. Theo WHO(1948): stress hiện diện trong tất cả các môi trường làm việc, tuy nhiên, nó sẽ trở thành tiêu cực khi người lao động không nhận được sự khích lệ đầy đủ từ cấp trên, đồng nghiệp hoặc khi người lao động không được tự chủ trong quá trình làm việc [1]. Theo Zuccolo (2013), các tác nhân gây stress được phân loại thành nguyên nhân thể chất hoặc nguyên nhân tâm lý. Những tác nhân này cũng có thể được phân loại trên phương diện môi trường, xã hội tâm sinh lý hoặc nhận thức và cảm xúc [1].

Điều dưỡng là một môn nghệ thuật và khoa học nghiên cứu cách chăm sóc bệnh nhân [2]–[4]. Quá trình chăm sóc bệnh nhân có thể sinh ra các vấn đề stress có thể do thiếu sự chuẩn bị hoặc mắc stress do các nhận thức và cảm xúc khi chứng kiến cơn đau, cái chết ở người bệnh.

Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá stress nghề nghiệp, tuy vậy các nghiên cứu stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên sử dụng thang đo NSS còn hạn chế. Nhằm đánh giá thực trạng qua đó tìm ra giải pháp can thiệp stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “**Stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên trong quá trình chăm sóc bệnh nhi, tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017**”.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương;
2. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
3. Bộ Y tế

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng viên làm việc tại Bệnh viện Nhi trung ương, đồng ý tham gia nghiên cứu, có thời gian làm việc tại Bệnh viện Nhi Trung ương tối thiểu là 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu định lượng, sau khi có kết quả sơ bộ sẽ tiến hành kết hợp định tính để bổ sung những thông tin chưa được làm rõ.

3. Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang xác định một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

n: là số ĐDV cần lựa chọn tham gia nghiên cứu.

p = 0,408 (là tỷ lệ giả định ĐDV Bệnh viện Nhi Trung

ương mắc stress nghề nghiệp, ước tính theo kết quả nghiên cứu của Mai Hòa Nhung tại Bệnh viện GTVT năm 2014)[1]

Z = 1,96

d = 0,09 là sai số tuyệt đối

k=2 là hệ số tác động của phương pháp chọn mẫu dự kiến (chọn mẫu cụm)

Thay các giá trị trên vào công thức ta được n = 230, cộng 10% mẫu dự phòng. Tổng số ĐDV dự kiến cần chọn là 260 người. Thực tế chọn được 287 mẫu tham gia nghiên cứu

4. Thang đo đánh giá stress nghề nghiệp ở điều dưỡng:

Nghiên cứu sử dụng thang đo NSS (Nursing Stress Scale) là thang đo được sử dụng phổ biến trong việc đo lường stress liên quan đến nghề nghiệp ở ĐDV [5].

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. SNN do chứng kiến cơn đau, cái chết của bệnh nhi theo thang đo NSS

Chỉ số stress nghề nghiệp	Điểm (n=287)		Mức thường xuyên (n=287)	
	Trung bình	SD	SL	Tỷ lệ %
Thực hiện chăm sóc bệnh nhân đau đớn	2,29	0,76	94	32,7
Chứng kiến kiến bệnh nhân trải qua những cơn đau	2,36	0,7	117	40,8
Cảm thấy bất lực khi thấy bệnh nhân không cải thiện được	2,17	0,65	94	32,7
Nghe hoặc nói với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân về khả năng người bệnh sẽ chết	1,96	0,7	49	17,1
Chứng kiến cái chết của bệnh nhân	2,03	0,69	46	16,0
Thấy cái chết của bệnh nhân có mối quan hệ quen biết/thân thuộc	1,7	0,71	27	9,4
Bác sỹ không có mặt khi bệnh nhân tử vong	1,53	0,69	23	7,6

Các yếu tố SNN có mặt ở ĐDV cao nhất là chứng kiến bệnh nhân trải qua cơn đau với điểm trung bình là 2,36 ± 0,70 và mức độ chịu đựng do chứng kiến thường xuyên là 40,8%. Trong khi đó thấp nhất là ĐDV chứng kiến BN chết khi bác sỹ không có mặt với điểm trung bình là 1,53±0,69, mức độ thường xuyên là 7,6%..

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy tất cả các ĐDV đều phải chứng kiến cơn đau của người bệnh,

đặc biệt là ở những khoa cấp cứu. “Ở khoa này [Khoa cấp cứu chống độc] ngày nào chúng tôi trực cũng phải chứng kiến những cơn đau của bệnh nhi trong suốt ca trực” (ĐDV khoa Cấp cứu - Chống độc). Nhiều ĐDV cho biết họ không nén nổi cảm xúc khi thấy bệnh nhân vật vã trước cơn đau, có những ĐDV đã khóc khi chăm sóc người bệnh: “Bệnh nhân đau đớn vật vã, khi chăm sóc, nhiều người đã khóc vì cảm thấy bất lực trước cơn

đau” (ĐDV khoa Hồi sức cấp cứu). Nghiên cứu định tính cũng cho thấy các ĐD khi chứng kiến cái chết của bệnh nhi, nhiều người cảm thấy rất buồn bã và chia sẻ cùng nỗi đau của gia đình người bệnh. *“Mỗi ca tử vong, dù là nguyên nhân gì đi nữa, chúng tôi vẫn cảm thấy chưa hoàn thành trách nhiệm với công việc”* (ĐD khoa hồi sức cấp cứu).

Về đề xuất giảm SNN do chứng kiến cái chết, đa phần ĐDV đều mong muốn bệnh viện đầu tư TTB đầy đủ, các NVYT được đào tạo tốt và cần giảm bớt giờ làm cho cán bộ ĐDV làm công tác cấp cứu. *“Ngày nào chúng tôi cũng phải chịu đựng những cảnh đau đớn, những cái chết, nên khi làm việc liên tục như vậy chúng tôi sẽ dễ mắc [bệnh] tâm thần mất”* (Một ĐD khoa cấp cứu).

Bảng 2. Stress nghề nghiệp do ĐDV thiếu sự chuẩn bị trước khi tiếp xúc với BN

Chỉ số stress nghề nghiệp	Điểm (n=287)		Mức thường xuyên (n=287)	
	Trung bình	SD	SL	Tỷ lệ %
Cảm giác thiếu sự chuẩn bị để giúp đỡ với những cảm xúc của gia đình NB	1,84	0,61	25	8,7
Được bệnh nhân hỏi những điều mà không thỏa mái trả lời	2,10	0,68	57	19,9
Cảm giác thiếu sự chuẩn bị để giúp đỡ nhu cầu cảm xúc của người bệnh	1,97	0,57	39	13,6

Như vậy, trong các chỉ số SNN do thiếu sự chuẩn bị ở ĐDV, chỉ số do bệnh nhân hỏi những điều mà không thỏa mái trả lời được có điểm cao nhất với $2,1 \pm 0,68$, trong đó mức thường xuyên chiếm 19,9%. Thấp nhất là ĐDV cảm giác thiếu sự chuẩn bị để giúp đỡ với những cảm xúc của gia đình người bệnh.

Nghiên cứu định tính cho thấy nguyên nhân thiếu sự chuẩn bị thường là do ĐDV quá tải bệnh nhân. *“Một ca trực chị phải chăm sóc gần 20 bệnh nhân thì làm sao mà có thể chăm sóc, giúp đỡ bệnh nhân đầy đủ hết về mặt cảm xúc hay trả lời câu hỏi người nhà bệnh nhân”* (ĐDV khu vực cấp cứu). *“Em đón tiếp một ngày hàng trăm bệnh nhân, nên cố gắng trả lời hết câu hỏi người nhà, nhưng chắc là cũng không trả lời được hết”* (ĐDV khu vực phòng khám).

Nghiên cứu định tính cho thấy các giải pháp đưa ra là cần chủ động trong công tác kế hoạch qua đó phân bổ khối lượng công việc hợp lý, và đa phần ĐDV thừa nhận vai trò quan trọng việc đào tạo, tập huấn thường xuyên kỹ năng ứng xử với BN. *“Cần có kế hoạch phân công bố trí người hợp lý, đặc biệt là những hôm đông bệnh nhân, như vậy mới đảm bảo được ĐD thực hiện được tốt công việc của mình”* (Một ĐDV khu vực cấp cứu).

V. BÀN LUẬN

*** SNN do chứng kiến cơn đau, cái chết của BN theo thang đo NSS**

ĐDV là một nghề không chỉ đòi hỏi trình độ chuyên môn, kỹ năng mà nó còn đòi hỏi đạo đức, tình thương đối với mỗi bệnh nhân [4]. Phải chứng kiến cơn đau đớn, cái chết bệnh nhân thường làm cho ĐDV ám ảnh, làm thay đổi suy nghĩ, cảm xúc của bản thân mỗi ĐDV và điều đó gây ra stress nghề nghiệp ở ĐDV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐDV phải thực hiện chăm sóc bệnh nhân đau đớn có mức điểm là $2,29 \pm 0,76$, mức thường xuyên và rất thường xuyên chiếm 32,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Thị Ngọc Mai ở nhóm ĐDV vừa học vừa làm có mức điểm chăm sóc bệnh nhân đau đớn là $1,99 \pm 1,28$ [6]. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chăm sóc bệnh nhân đau đớn thường ở các khoa hồi sức cấp cứu, Cấp cứu - chống độc nhiều hơn ở các khoa nội trú khác.

Nghiên cứu định tính của chúng tôi cũng cho thấy nhiều ĐDV không nén nổi cảm xúc khi thấy bệnh nhân vật vã trước cơn đau, có những ĐDV đã khóc khi chăm sóc người bệnh. Sự thay đổi cảm xúc, sự ám ảnh với cơn đau của ĐDV gây stress nghề nghiệp của ĐDV và có thể ảnh hưởng đến chất lượng công việc mỗi ĐDV, ảnh hưởng đến các rối loạn cảm xúc và sức khỏe của điều dưỡng sau khi thực hiện công việc, Do vậy, bố trí công việc trong đó tiếp xúc với bệnh nhân đau đớn ở mức thời gian hợp lý là cần thiết.

Nghiên cứu cho thấy ĐDV cảm thấy bất lực khi thấy bệnh nhân không cải thiện được có mức điểm $2,17 \pm 0,65$,



mức thường xuyên phải chứng kiến chiếm đến 32,7%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với của Trần Thị Ngọc Mai với mức điểm ở chỉ số này là $1,85 \pm 1,0$, tần suất stress 0,99 [6]. Cảm thấy bất lực chính là cảm nhận không đáp ứng được nhu cầu chuyên môn trong sự kỳ vọng của người bệnh và gia đình người bệnh, điều đó có thể gây ra sự dằn vặt lương tâm, sự thất vọng bản thân trong việc chăm sóc người bệnh.

Ở chỉ số ĐDV nghe hoặc nói với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân về khả năng người bệnh sẽ chết trong nghiên cứu có mức điểm $1,96 \pm 0,7$, mức thường xuyên ở ĐDV chiếm 17,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Thị Ngọc Mai trong đó mức điểm là $0,69 \pm 1,15$, tần suất gây stress là 0,36 [6]. Nghe nói hoặc nói về người bệnh khả năng sẽ chết là việc phải truyền tải các thông tin không mong muốn. Điều đó gây ra những căng thẳng và sự ám ảnh cho mỗi ĐDV. Theo Đỗ Mạnh Hùng điều dưỡng là nghề mà đòi hỏi tình thương, sự cảm thông chia sẻ với những nỗi đau, mất mát của người bệnh và gia đình người bệnh [4].

Trong nghiên cứu việc ĐDV chứng kiến cái chết của bệnh nhân có mức điểm $2,03 \pm 0,7$, mức độ thường xuyên và rất thường xuyên chiếm 16,0%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Trần Thị Ngọc Mai với mức điểm trung bình là $2,37 \pm 1,69$ [6]. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy việc chứng kiến cái chết thường gây ra sự ám ảnh, nỗi buồn vì sự bất lực, điều đó có thể gây ra tâm trạng tự trách bản thân, tâm trạng buồn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi việc ĐDV thấy cái chết của bệnh nhân có mối quan hệ quen biết/thân thuộc có mức điểm $1,70 \pm 0,71$, mức thường xuyên chứng kiến là 9,41%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Trần Thị Ngọc Mai với mức điểm trung bình là $1,13 \pm 1,29$, tần suất stress 0,53 [6]. Bệnh nhân, nhất là người quen thuộc đối với ĐDV, gây ra tâm trạng buồn hơn, và có thể làm suy sụp tinh thần cũng như sự tự tin vào bản thân trong việc điều trị người bệnh.

Trong nghiên cứu việc bác sỹ không có mặt khi bệnh nhân chết có mức điểm $1,53 \pm 0,69$, mức thường xuyên và rất thường xuyên chiếm 7,67%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với Trần Thị Ngọc Mai trong đó mức điểm là $1,39 \pm 1,66$, tần suất stress ở chỉ số này là 0,40 [6]. Công việc chăm sóc và điều trị người bệnh thường có sự tham gia của đội ngũ y tá, điều dưỡng và kỹ thuật viên. Đôi khi vì một lý do nào đó bệnh nhân suy giảm chức năng sống, sự vắng mặt của bác sỹ, thường gây ra những lo lắng, đôi khi là sự tuyệt vọng trong những trường hợp bệnh nhân tử vong.

SNN do ĐDV thiếu sự chuẩn bị trong tiếp xúc với BN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐDV cảm giác thiếu sự chuẩn bị để giúp đỡ với những cảm xúc của gia đình bệnh nhi có mức điểm $1,84 \pm 0,6$, mức thường xuyên là 8,7%. Theo Đỗ Mạnh Hùng hỗ trợ cảm xúc cho gia đình bệnh nhi bằng những lời động viên, an ủi là cần thiết giúp quá trình chăm sóc bệnh nhi được tốt hơn [4]. Do vậy, sự thiếu thời gian hỗ trợ cảm xúc cho gia đình tạo nên sự khó khăn hơn và căng thẳng hơn trong việc chăm sóc người bệnh.

Việc ĐDV được bệnh nhân hỏi những điều mà không thỏa mái trả lời có mức điểm $2,10 \pm 0,68$, mức thường xuyên và rất thường xuyên chiếm tỷ lệ 19,9%. Không thỏa mái trả lời chính là không đáp ứng được với nhu cầu người bệnh, điều đó tạo ra sự căng thẳng trong công việc của ĐDV. Theo Đỗ Mạnh Hùng trả lời đầy đủ các câu hỏi của người bệnh chính là nghĩa vụ công việc hàng ngày của mỗi ĐDV [4].

Việc ĐDV cảm giác thiếu sự chuẩn bị để giúp đỡ nhu cầu cảm xúc của người bệnh có mức điểm trung bình là $1,98 \pm 0,6$, mức thường xuyên và rất thường xuyên chiếm 13,6%. Nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Mai cho thấy ĐDV không đủ thời gian để hỗ trợ tâm lý người bệnh có mức điểm $1,36 \pm 0,98$, tần suất stress là 1,07 (059) [6].

Thực tế tại Bệnh viện Nhi Trung ương, với nguồn nhân lực còn mỏng, trong khi công tác chăm sóc bệnh nhi thường thiếu chủ động, tình trạng quá tải tại bệnh viện là phổ biến thì việc chuẩn bị tốt là việc rất khó khăn. Mặc dù vậy, bệnh viện cũng cần đảm bảo thực hiện tốt công tác tập huấn kỹ năng cho cán bộ, để hạn chế việc mất chủ động trong việc chăm sóc người bệnh.

VI. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 287 điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy trong quá trình chăm sóc bệnh nhi stress do chứng kiến cơn đau, cái chết bệnh nhi cao nhất là các chỉ số chứng kiến bệnh nhân trải qua cơn đau, chăm sóc bệnh nhân đau đớn, cảm thấy bất lực khi bệnh nhân không cải thiện được. Stress do thiếu sự chuẩn bị cao nhất là do được bệnh nhân hỏi những điều mà không thỏa mái trả lời.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh viện cần có thời gian làm việc hợp lý cho các điều dưỡng viên chăm sóc các bệnh nhi nặng, đặc biệt ở các khoa cấp cứu. Bệnh viện cũng cần tập huấn trang bị các kỹ năng và sự chuẩn bị tâm lý khi tiếp xúc với bệnh nhi nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iyi, Obiora, “Stress Management and Coping Strategies among Nurses: A Literature Review,” Degree Thesis, Arcada, Lovisa City, Finland, 2015.
2. Lê Thị Bình, “Đánh giá thực trạng năng lực chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và đề xuất giải pháp can thiệp,” Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương., Hà Nội, 2008.
3. Phí Thị Nguyệt Thanh, “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., Hà Nội, 2009.
4. Đỗ Mạnh Hùng, “Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp - Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng,” 2013.
5. P. Gray-Toft and J. G. Anderson, “The Nursing Stress Scale: Development of an instrument,” *J. Behav. Assess.*, vol. 3, no. 1, pp. 11–23, Mar. 1981.
6. Trần Thị Ngọc Mai, Nguyễn Hữu Hùng, Trần Thị Thanh Hương, “Thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng viên lâm sàng đang theo học hệ cử nhân vừa học vừa làm tại Trường Đại học Thăng Long và Đại học Thành Tây,” pp. 110–115, Apr-2014.

-----oOo-----

TỶ LỆ SỰ CỐ TRONG VẬN CHUYỂN CẤP CỨU NỘI VIỆN TẠI KHOA CẤP CỨU & CHỐNG ĐỘC - BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

Đỗ Quang Việt¹, Đỗ Mạnh Hùng¹, Lã Ngọc Quang², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sự cố trong vận chuyển cấp cứu nội viện các trường hợp bệnh nhi có suy giảm chỉ số sinh tồn tại khoa cấp Cứu – chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu định lượng mô tả cắt ngang trên 350 các trường hợp các bệnh nhi vận chuyển cấp cứu nội viện và các nhân viên y tế, thiết bị tham gia vận chuyển. **Kết quả:** Sự cố liên quan đến hệ thống chiếm 41,43% trong đó tắc ống nội khí quản 2,57%; máy thở không hoạt động 6%; bơm bật không liên tục 30%. Sự cố liên quan đến bệnh nhi chiếm 24,57%. **Kết luận:** Hơn một nửa số trường hợp vận chuyển cấp cứu nội viện xảy ra sự cố, trong đó phần lớn là sự cố hệ thống hay sự cố do nhân viên hoặc thiết bị y tế.

Từ khóa: Sự cố; vận chuyển cấp cứu nội viện; bệnh nhi.

ABSTRACT: PERCENTAGE OF ERRORS IN INPATIENT TRANSPORT AT EMERGENCY DEPARTMENT, VIETNAM NATIONAL CHILDREN’S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To identify the errors in inpatient transport in patients with vital signs failure at Emergency department, Vietnam National Children’s Hospital (VNCH) in 2017. **Methodology:** The study was conducted on 350 cases of inpatient transport and on medical staff and medical transport. **Result:** The systematic errors accounts for 41,43% in which endotracheal tube obstruction was 2,57%; non-operated mechanical ventilation was 6%; non-continuous pump was 30%. The break-down relating

1. Bệnh viện Nhi Trung ương;
2. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
3. Bộ Y tế

to patients accounts for 24,57%. **Conclusion:** More than half of cases transported inside the hospital suffer from the break-down, most of which are systematic errors or errors made by medical staff or medical equipment.

Keywords: *Medical errors; inpatient transport; patients*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vận chuyển cấp cứu nội viện là vận chuyển các bệnh nhân nặng trong một bệnh viện đến nơi thích hợp nhất, phục vụ cho mục đích chăm sóc, chẩn đoán và điều trị tốt nhất. Các thành tố và quá trình vận chuyển an toàn bao gồm: đội vận chuyển, tình trạng bệnh nhân, trang thiết bị cấp cứu, thông tin bàn giao liên lạc với nơi chuyển đến, giảm rủi ro có thể xảy ra một cách tối thiểu nhất [1].

Trong vận chuyển cấp cứu có thể xảy ra sự cố, theo các nghiên cứu tỉ lệ này là khá cao gần 70% [2], [3]. Sự cố được phân loại thành rủi ro liên quan đến hệ thống chăm sóc người bệnh hoặc là suy chức năng cơ quan cơ thể người bệnh [4], [5]. Sự cố liên quan tới trang thiết bị dao động từ 11% đến 34% [1], [2], [6]. Beckmann và cộng sự (2004) cho thấy 39% tình huống xảy ra do vấn đề về thiết bị. Với tỷ lệ thấp hơn Gillman và cộng sự (2006) cho thấy 9% các sự cố liên quan đến thiết bị [1].

Sự cố do nhân viên y tế gây ra, theo Theo Waydhas tỉ lệ rủi ro/ thuận lợi, dao động từ 40-50% phụ thuộc cách thức xử trí người bệnh [2]. Nghiên cứu của Beckmann (2004) 61% các sự cố liên quan đến các vấn đề quản lý nhân lực tham gia [7]. Tác giả Gillman và cộng sự (2006) chậm trễ bàn giao: 38%; trong đó chậm trễ hơn giờ chiếm 14% [1].

Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu về vận chuyển cấp cứu nội viện. Nhằm đánh giá tỷ lệ các sự cố xảy ra trong quá trình vận chuyển cấp cứu nội viện qua đó tìm ra giải pháp can thiệp tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Tỷ lệ sự cố trong vận chuyển cấp cứu nội viện tại khoa Cấp cứu - chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Các trường hợp bệnh nhi:

Đang điều trị cấp cứu tại khoa Cấp cứu & chống độc, có chỉ định vận chuyển trong nội viện để thực hiện các xét nghiệm (CT-scan, X-Quang, MRI,...), hoặc thực hiện các điều trị (như xạ trị, vật lý trị liệu, gây mê, phẫu thuật,...), chuyển hồi sức, phẫu thuật và các chuyên khoa thích hợp.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân bao gồm: Bệnh nhân có độ tuổi từ 0 đến 16 tuổi nhập viện điều trị tại Khoa Cấp cứu

& chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương trong tình trạng cấp cứu. Có các biểu hiện suy giảm hoặc tổn thương chức năng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh hoặc chấn thương.

- Các cán bộ y tế tham gia vận chuyển nội viện:

- Phương tiện, trang thiết bị, thuốc được sử dụng trong quá trình vận chuyển nội viện:

2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu kết hợp định lượng định tính

3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

$p = 30\% = 0,3$ là tỷ lệ các sự cố xảy ra trong các lần vận chuyển nội viện [2],[15].

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

$d = 0,05$ là sai số tuyệt đối, lấy mức 5%.

$n = 323$: Cỡ mẫu cần nghiên cứu, lấy tròn khoảng 350 trường hợp bệnh nhi cần vận chuyển cấp cứu nội viện.

4. Tiêu chuẩn đánh giá: Nghiên cứu của chúng tôi phân loại theo nghiên cứu của tác giả D. Day (2010) [4] đã tổng hợp các rủi ro chính quá trình vận chuyển cấp cứu nội viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhi được vận chuyển

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi	Sơ sinh	78	22,29
	1-12 tháng	192	54,86
	12-24 tháng	36	10,29
	24-60 tháng	18	5,14
	>60 tháng	26	7,43
Giới tính	Nam	223	63,71
	Nữ	127	36,29
TỔNG		350	100

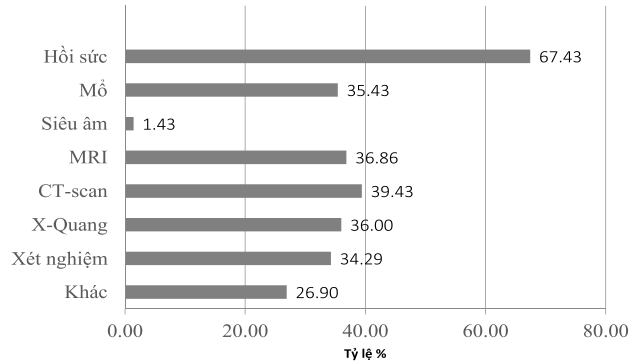
Đa số bệnh nhi được vận chuyển là bệnh nhi sơ sinh và dưới 12 tháng tuổi chiếm hơn 67%, giới tính đa số là trẻ nam với 63,71%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhi cấp cứu trước vận chuyển

Đặc điểm		Số lượng (n=350)	Tỷ lệ %
Hô hấp	Chất xuất tiết/đờm rãi ứ đọng	64	18,29
	Hút dịch	68	19,43
	Thở ô xy	127	36,29
	Mở khí quản	2	0,57
	Tăng nhịp thở	163	46,57
	Giảm bão hòa oxy	13	3,71
	Bóp bóng – nội khí quản	125	35,71
	Dẫn lưu màng phổi	4	1,14
Tuần hoàn	Dấu hiệu chảy máu	21	6,00
	Truyền máu	190	54,29
	Đường truyền tĩnh mạch Trung tâm	26	7,43
Thần kinh	Tư thế bất thường	13	3,71
	Co giật	13	3,71
	Ly bì, hôn mê	129	36,86
Đặc điểm khác	Sốt cao	40	11,43
	Phát ban	6	1,71
	Nôn	17	4,86
	Đi ngoài	14	4,00
	Chảy máu	15	4,29

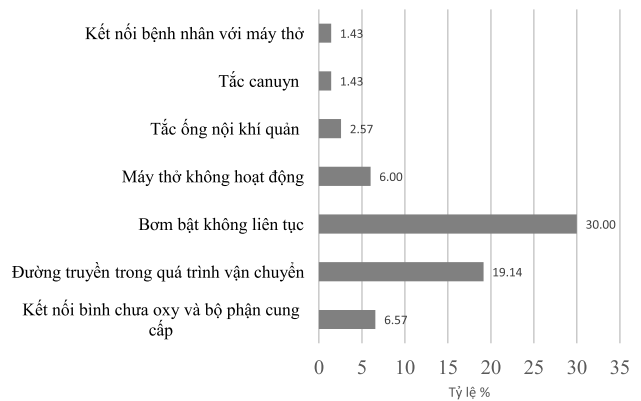
Đặc điểm lâm sàng bệnh nhi cấp cứu trước vận chuyển hầu hết có các biểu hiện suy giảm các chỉ số sinh tồn cơ quan hô hấp, tuần hoàn, thần kinh. Trong đó về hô hấp tỷ lệ đặt ống nội khí quản là 36,29%, bóp bóng nội khí quản 35,71%, về tuần hoàn hơn một nửa số ca phải truyền máu (54,29%). Về thần kinh hơn 1/3 số bệnh nhân trong trạng thái ly bì hôn mê (36,86%) và co giật chiếm tới 3,71%, tư thế bất thường cơ quắp 3,71%.

Biểu 1. Nơi vận chuyển đến



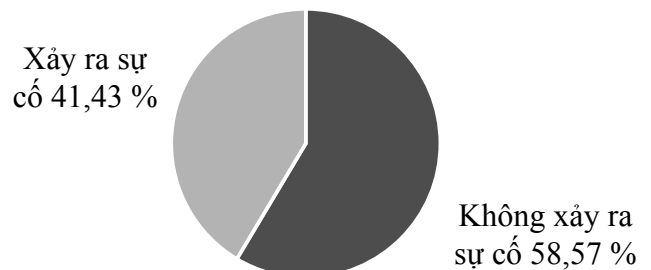
Nơi vận chuyển đến cao nhất là đưa sang phòng hồi sức với 67,43%, tiếp đến là các hoạt động chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm với tỷ lệ từ 34-39%, các hoạt động khác như phòng mổ, sơ sinh, hồi sức ngoại chiếm 26,9%.

Biểu 2. Sự cố liên quan đến hệ thống



Sự cố liên quan đến hệ thống là do bơm bật không liên tục trong quá trình vận chuyển cấp cứu chiếm tỷ lệ cao nhất với 30%, tiếp đến là đường truyền trong quá trình vận chuyển với 19,14%.

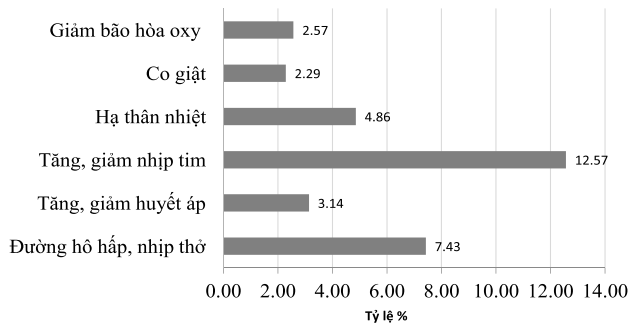
Biểu 3. Đánh giá tỷ lệ chung về sự cố liên quan đến hệ thống



Tỷ lệ các ca xảy ra sự cố liên quan đến hệ thống bao gồm lỗi trang thiết bị do hỏng hóc hoặc do kỹ thuật sử dụng sai TTB chiếm 41,43% số ca vận chuyển cấp cứu.

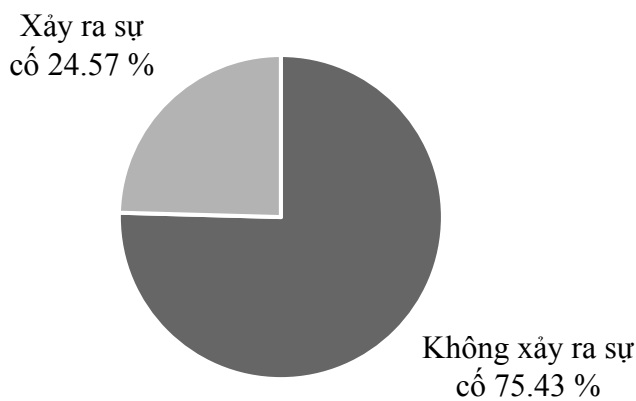


Biểu 4. Sự cố liên quan đến người bệnh



Các sự cố liên quan đến người bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng, giảm nhịp tim với 12,57%, tiếp đến là các sự cố đường hô hấp, nhịp thở với 7,43%, sự cố hạ thân nhiệt với gần 5%.

Biểu 5. Sự cố liên quan đến người bệnh



Tỷ lệ các sự cố liên quan đến người bệnh chiếm 24,57% số ca vận chuyển cấp cứu



Biểu 6. Đánh giá chung về tỷ lệ sự cố

Tỷ lệ xảy ra ít nhất một sự cố chiếm 53,14% số bệnh nhi tham gia vận chuyển cấp cứu nội viện.

IV. BÀN LUẬN

Sự cố từ hệ thống bao gồm các rủi ro do thiết bị và do nhân viên y tế [2], [8]. Nghiên cứu cho thấy các sự cố liên quan đến hệ thống (Do TTB và do cán bộ y tế) xảy ra trong quá trình vận chuyển nội viện là: Sự cố do kết nối bệnh nhân với máy thở 1,43%, tắc cannunyn 1,43%, tắc ống nội khí quản 2,57%, máy thở không hoạt động 6%, bơm bật không liên tục 30%, đường truyền trong quá trình vận chuyển 19,14%, kết nối bình chứa oxy và bình chứa cung cấp 6,57%.

Điều này đã được giải thích một phần sự cố liên quan đến hệ thống là do thiếu TTB, nhân lực trong công tác VCCC nội viện. Các thiết bị hiện nay chủ yếu vẫn là các thiết bị dùng chung với thiết bị cấp cứu tại khoa Cấp cứu & chống độc và không có các thiết bị phục vụ công tác VCCC nội viện riêng rẽ, do vậy đã gặp khó khăn trong việc chuẩn bị trước vận chuyển.

Mặt khác, cán bộ vận chuyển không phải là những cán bộ chuyên trách, tất cả cán bộ đều thực hiện kiêm nhiệm giữa chăm sóc, điều trị bệnh nhân và vận chuyển, sự điều động cán bộ cũng gặp nhiều khó khăn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đánh giá chung kết quả của chúng về sự cố liên quan đến hệ thống là 41,43%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Smith I trong đó trong VCCC nội viện sự cố liên quan đến thiết bị là 34% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với sự cố liên quan đến thiết bị theo Wallen E và cộng sự (1995) trong VCCC nội viện sự cố liên quan đến TTB là 10%[10]. Nghiên cứu của Hurst JM sự cố trong VCCC nội viện liên quan đến TTB là 5% [11]. Sự cố liên quan đến TTB trong VCCC nội viện theo Evans A là 11% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các sự cố liên quan đến người bệnh bao gồm, giảm sự bão hòa oxy máu 2,57%, hạ thân nhiệt 4,86%, tăng giảm nhịp tim là 12,57%, tăng giảm huyết áp 3,14%, sự cố đường hô hấp 7,43%.

So sánh với nghiên cứu của Wallen E cho thấy sự cố trong VCCC nội viện ở trẻ em do tăng, giảm nhịp tim chiếm đến 46,7%, sự cố do huyết áp chiếm 21,1%, sự cố do tăng giảm nhịp thở chiếm 28,9%, sự cố do giảm sự bão hòa oxy chiếm 6,1% [10].

Sự cố giảm thân nhiệt chiếm tỷ lệ cao trong các ca chấn thương sọ não trong VCCC nội viện theo nghiên cứu của Andrews PJ [12], trong đó tỷ lệ giảm thân nhiệt chiếm khoảng trên dưới 10%. Cũng theo Andrews PJ tỷ lệ giảm oxy trong máu chiếm khoảng 9% [12].

Nghiên cứu của Index M cho thấy trong VCCC nội viện sự cố sự cố tăng nhịp tim chiếm 21%, sự cố tăng huyết áp chiếm 40%, sự cố tăng hô hấp chiếm 20%, sự cố giảm sự bão hòa oxy chiếm 21% [13].

Theo nghiên cứu của Hurst JM cho thấy sự cố tăng nhịp tim chiếm 27%, tăng huyết áp chiếm 36%, tăng nhịp thở chiếm 20%, giảm sự bão hòa oxy chiếm 2%.

Nhìn chung là các nghiên cứu ở những quần thể khác nhau thì sự cố liên quan đến người bệnh cũng là khác nhau. Thực tế, ở mỗi nhóm tuổi khác nhau có các đặc điểm sinh lý khác nhau, ở mỗi bệnh, tật, chấn thương khác nhau thì có sự tác động lên các hệ cơ quan là khác nhau do vậy tỷ lệ cũng rất là khác biệt.

Nhìn chung sự cố liên quan đến người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số đồng nghiệp nước ngoài. Điều này có thể giải thích do nhiều nguyên nhân trong đó ngoài do đối tượng khác nhau, còn nguyên nhân là sự ghi nhận của đội ngũ y tế trong quá trình vận chuyển cấp cứu. Sự thiếu hụt các thiết bị theo dõi trong quá trình vận chuyển cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ sự cố đo được.

Beckmann và cộng sự (2004) có đến 61% sự cố liên quan đến các vấn đề về nhân lực tham gia bao gồm việc giao tiếp kém hiệu quả và kiểm soát thiếu chặt chẽ, 39% sự cố xảy ra do vấn đề về thiết bị, và 31% xảy ra do sức khỏe người bệnh diễn biến bất thường [7].

Tỷ lệ sự cố nói chung trong nghiên cứu là 53,14%, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Wallen E và cộng sự, trong đó tỷ lệ sự cố chung là 76,1% [10], nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Andrews PJD trong đó tỷ lệ sự cố trong VCCC nội viện là 51%, nghiên cứu của Smith I là 34% [9], nghiên cứu của Index M là 68%, nghiên cứu của Hurst JM là 66%. Tuy vậy một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sự cố trong VCCC nội viện là rất thấp, trong đó nghiên cứu của Szem JW và cộng sự là 5,9% [14], nghiên cứu của Stearley HE và cộng sự tỷ lệ sự cố chung là 15,5%.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 350 các trường vận chuyển hợp cấp cứu nội viện cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân (53,14%) là xảy ra sự cố. Trong đó, sự cố liên quan đến hệ thống chiếm đa số (41,43%), sự cố liên quan đến người bệnh chiếm tỷ lệ thấp hơn (24,57%) nhưng có biểu hiện nghiêm trọng hơn.

Bệnh viện Nhi Trung ương cần có các biện pháp can thiệp trong việc giảm các sự cố trong quá trình vận chuyển cấp cứu nội viện. Trong đó đảm bảo đầy đủ nhân lực, trang thiết bị trong quá trình tập huấn và thực hiện tốt quy trình cấp cứu nội viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L. Gillman, G. Leslie, T. Williams, K. Fawcett, R. Bell, and V. McGibbon, "Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit," *Emerg. Med. J. EMJ*, vol. 23, no. 11, pp. 858–861, Nov. 2006.
2. C. Waydhas, "Intrahospital transport of critically ill patients," *Crit. Care Lond. Engl.*, vol. 3, no. 5, pp. R83-89, 1999.
3. M. Caruana and K. Culp, "Intrahospital transport of the critically ill adult: a research review and implications," *Dimens. Crit. Care Nurs. DCCN*, vol. 17, no. 3, pp. 146–156, Jun. 1998.
4. D. Day, "Keeping patients safe during intrahospital transport," *Crit. Care Nurse*, vol. 30, no. 4, p. 18–32; quiz 33, Aug. 2010.
5. A. Evans and E. H. Winslow, "Oxygen saturation and hemodynamic response in critically ill, mechanically ventilated adults during intrahospital transport," *Am. J. Crit. Care Off. Publ. Am. Assoc. Crit.-Care Nurses*, vol. 4, no. 2, pp. 106–111, Mar. 1995.
6. J. P. N. Papon, K. L. Russell, and D. M. Taylor, "Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients," *Acad. Emerg. Med. Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.*, vol. 14, no. 6, pp. 574–577, Jun. 2007.
7. U. Beckmann, D. M. Gillies, S. M. Berenholtz, A. W. Wu, and P. Pronovost, "Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care," *Intensive Care Med.*, vol. 30, no. 8, pp. 1579–1585, Aug. 2004.
8. M. A. Lovell, M. Y. Mudaliar, and P. L. Klineberg, "Intrahospital transport of critically ill patients: complications



and difficulties,” *Anaesth. Intensive Care*, vol. 29, no. 4, pp. 400–405, Aug. 2001.

9. I. Smith, S. Fleming, and A. Cernaianu, “Mishaps during transport from the intensive care unit,” *Crit. Care Med.*, vol. 18, no. 3, pp. 278–281, Mar. 1990.

10. E. Wallen, S. T. Venkataraman, M. J. Grosso, K. Kiene, and R. A. Orr, “Intrahospital transport of critically ill pediatric patients,” *Crit. Care Med.*, vol. 23, no. 9, pp. 1588–1595, Sep. 1995.

11. J. M. Hurst, K. Davis, D. J. Johnson, R. D. Branson, R. S. Campbell, and P. S. Branson, “Cost and complications during in-hospital transport of critically ill patients: a prospective cohort study,” *J. Trauma*, vol. 33, no. 4, pp. 582–585, Oct. 1992.

12. P. J. Andrews, I. R. Piper, N. M. Dearden, and J. D. Miller, “Secondary insults during intrahospital transport of head-injured patients,” *Lancet Lond. Engl.*, vol. 335, no. 8685, pp. 327–330, Feb. 1990.

13. M. Indeck, S. Peterson, J. Smith, and S. Brotman, “Risk, cost, and benefit of transporting ICU patients for special studies,” *J. Trauma*, vol. 28, no. 7, pp. 1020–1025, Jul. 1988.

14. J. W. Szem, L. J. Hydo, E. Fischer, S. Kapur, J. Klemperer, and P. S. Barie, “High-risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary ‘road trip,’” *Crit. Care Med.*, vol. 23, no. 10, pp. 1660–1666, Oct. 1995.



TỶ LỆ BẠO LỰC NƠI LÀM VIỆC Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN DO BỆNH NHÂN GÂY RA TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Đào Ngọc Phúc¹, Phạm Thu Hiền¹, Lã Ngọc Quang², Nguyễn Thanh Hà³

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do bệnh nhân gây ra tại các Khoa Lâm sàng, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính trên 300 điều dưỡng viên bằng bộ công cụ phỏng vấn. **Kết quả:** Bạo lực lời nói chiếm 69,7% trong đó chửi bới, xúc phạm 57,67%; lăng mạ, xúc phạm 29,33%; đe dọa 29%, nhóm khác 6,67%. Tỷ lệ bạo lực thể chất 32,6% số điều dưỡng trong đó đánh đập, xô đẩy 17,33%, cào cấu, cắn 6%, phá đồ đạc cá nhân 7,67%; dùng dao/ súng các vật khác 2,67%. Đánh giá chung, tỷ lệ từng bị bạo lực 72,7%, từng bị bạo lực trong 12 tháng qua 59,6%. **Kết luận:** Bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do bệnh nhân gây ra tại các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Trung ương là phổ biến, trong đó chiếm tỷ lệ cao là các bạo lực lời nói.

Từ khóa: Bạo lực nơi làm việc; điều dưỡng viên; khoa lâm sàng.

ABSTRACT: WORKING VIOLENCE PERCENTAGE OF NURSES AT CLINICAL DEPARTMENTS, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To identify working violence percentage of nurses due to patients at clinical departments, Vietnam National Children's hospital in 2017. **Methodology:** A cross-sectional and quantitative, qualitative study was done on 300 nurses using questionnaires. **Result:** speech violence was 69,7% in which cursing accounted for 57,67%; insulting, offending was 29,33%; threatening was 29%, others was 6,67%. Physical violence accounted for 32,6% in which beating was 17,33%, scratching, shallowing was 6%, destroying personal stuff was 7,67%; using knife/ gun/others 2,67%. Percentage of staff

suffering from violence was 72,7%, staff who suffer from violence for the last 12 months was 59,6%. **Conclusion:** It is popular that nurses at clinical departments, VNCH suffer from violence, in which the higher percentage is speech violence.

Keywords: Working violence; nurses; clinical departments

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Ủy Ban Châu Âu thì bạo lực nơi làm việc là những rủi ro mà nhân viên làm việc bị lạm dụng, đe dọa hoặc bị tấn công trong những hoàn cảnh liên quan đến nghề nghiệp của họ, nó xuất phát hoặc tác động đến công việc, bao gồm một nguy cơ rõ ràng hay tiềm tàng tới sự an toàn của họ, sự hạnh phúc hoặc sức khỏe [1]. Theo nghiên cứu tội phạm tại Anh cho thấy điều dưỡng viên có 5% là nạn nhân của tấn công thể chất tại nơi làm việc, số liệu cao gấp 4 lần số liệu trung bình toàn Vương Quốc Anh [2]. Theo phân tích của Bộ Lao động Mỹ, có tới 60% người lao động bị tấn công trong chăm sóc sức khỏe và hầu hết những cuộc tấn công gây ra bởi các bệnh nhân [3]. Bạo lực nơi làm việc có thể gây ra stress nghề nghiệp. Ngoài ra các tổn thất về kinh phí cho điều trị những nạn nhân bị bạo lực cũng rất lớn, chi phí điều trị cho điều dưỡng viên bị tấn công, theo một nghiên cứu là 31.643 USD [3].

Thông thường các ĐDV cung cấp dịch vụ có nguy cơ cao bạo lực vì họ tiếp tục phải giao tiếp với cộng đồng. ĐDV phải giao tiếp với một cộng đồng mà ở đó là những người mắc bệnh, rối loạn, bị mắc stress (do bản thân hoặc người nhà bị bệnh), đau đớn và cảm giác bất lực, họ có thể bị tác động bởi thuốc hoặc rượu. tất cả những điều kiện này có thể tăng khả năng bạo lực hoặc hành vi hung hăng. Ở một trạng thái mỗi người tưng quẫn nhân cách, phẩm giá và trở nên bị phụ thuộc vào người khác về chăm sóc,

1. Bệnh viện Nhi Trung ương;
2. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
3. Bộ Y tế

có thể là nguyên nhân họ bị áp lực dẫn tới sự hung hăng [2], [4]–[6].

Trong quá trình chăm sóc bệnh nhân, đã có nhiều trường hợp phản ánh ĐDV bị các bậc phụ huynh đưa con đi khám, chữa bệnh có hành vi đe dọa, lăng mạ thậm chí hành hung. Nhằm tìm hiểu thực trạng qua đó tìm ra các giải pháp can thiệp hiệu quả chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Tỷ lệ bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do bệnh nhân gây ra tại các Khoa Lâm sàng, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: ĐDV làm việc tại các khoa lâm sàng của bệnh viện:

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính.

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu
- Z: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95%, tra bảng có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- p = 0.5 (Do chúng tôi không tìm thấy nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng bạo lực đối với điều dưỡng viên nên chọn p = 0.5 để có được cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất).
- d: sai số tuyệt đối cho phép, lấy d = 0,06 (sai số cho phép 6%).
- Thay số vào ta được kết quả n = 267 mẫu. Dự phòng 10% đối tượng nghiên cứu bỏ cuộc hoặc điền thiếu thông tin nên cỡ mẫu sẽ là 300 mẫu.

3. Công cụ nghiên cứu:

Bộ câu hỏi dựa vào nghiên cứu “Bạo lực tại nơi làm việc đối với điều dưỡng ở 3 cơ sở y tế khác nhau của Hy Lạp” năm 2014 và được đăng trên tạp chí WORK của tác giả Falfiora E và cộng sự (2015) [18].

Bộ câu hỏi được tạo ra dựa trên các tiêu chuẩn của Văn phòng người lao động quốc tế (International Labour Office), Hội Điều dưỡng thế giới (International Council of Nurses); Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization) và mỗi phần của bộ câu hỏi được thiết lập từ các nghiên cứu có liên quan [27]. Bộ câu hỏi được điều chỉnh phù hợp với thực tiễn khám, chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, được hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua và triển khai thử nghiệm tại Bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ các loại bạo lực lời nói

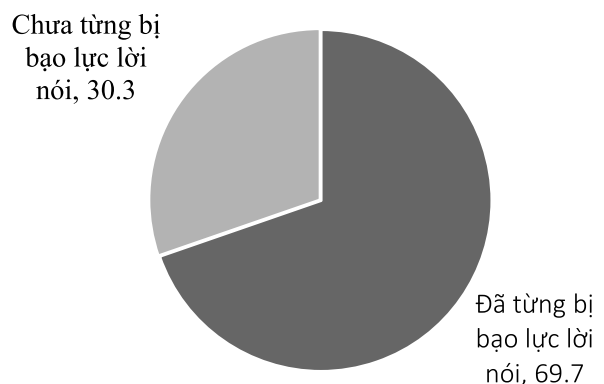
Loại bạo lực	Số lượng	Tỷ lệ %
Lời nói chửi bới, xúc phạm	173	57,67
Lăng mạ, xúc phạm	88	29,33
Đe dọa	87	29,00
Nhóm khác	20	6,67

Có đến gần 60% số dưỡng cho biết họ từng bị chửi bới trong khi thực hiện CSBN. Tỷ lệ lăng mạ, xúc phạm và đe dọa chiếm trên dưới 30%.

Nghiên cứu định tính cũng cho thấy đa số ĐDV bị người nhà bệnh nhân chửi bới, dùng những từ ngữ thô tục, thiếu văn hóa. Tình huống bị chửi bới khu khám bệnh thường là thời gian chờ đợi xếp hàng hoặc lấy kết quả lâu. “Do quá tải bệnh nhân, đến lượt chờ khám lâu nên họ xông vào chửi bới” (ĐDV khu khám bệnh). Ở khu vực cấp cứu thì ngoài chửi bới, việc khách hàng đe dọa ĐDV là phổ biến, nguyên nhân chủ yếu là việc ngăn cản người nhà bệnh nhi vào khu vực cấp cứu: “Con họ cấp cứu, họ sốt ruột lên lao vào khu cấp cứu, mà theo quy định chỉ có nhân viên y tế được vào, họ không được vào nên chửi bới” (ĐDV khu cấp cứu).

Các hành vi đe dọa mà ĐDV phản ánh thường là dọa bị đánh, dọa có quan hệ với người nợ người kia. “Họ dọa đánh nếu điều dưỡng ngăn cản họ vào khu điều trị” (ĐDV khu nội trú). “Họ nói là con của ông to nào đó và đòi được quyền ưu tiên khám chữa bệnh, nếu không sẽ điện thoại cho người này, người khác” (ĐDV khu khám bệnh).

Biểu 1. Tỷ lệ bị bạo lực lời nói ở ĐDV



Như vậy có đến 69,7% số điều dưỡng viên cho biết bản thân đã từng bị khách hàng chửi bới, đe dọa, lăng mạ.

* Bạo lực thể chất

Bảng 2. Tỷ lệ bị các loại bạo lực thể chất ở ĐDV

Loại bạo lực	Số lượng	Tỷ lệ %
Đánh đập, xô đẩy	52	17,33
Cào, cấu, cắn	18	6,00
Phá đồ vật cá nhân	23	7,67
Dùng dao/ súng/ các vật khác	8	2,67

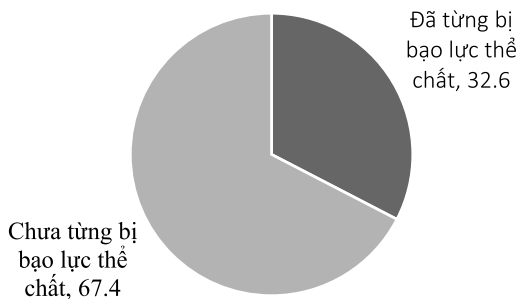
Hơn 17% ĐDV từng bị khách hàng đánh đập, xô đẩy, gần 8% ĐDV từng bị khách hàng phá đồ đạc, 6% ĐDV đã từng bị khách hàng cấu cắn và gần 3% ĐDV từng bị khách hàng cầm dao, gây đuối đánh.

Nghiên cứu định tính cũng cho thấy ĐDV từng bị khách hàng đây là khá phổ biến. Do mức độ ít nghiêm trọng nên ĐDV thường bỏ qua và không có phản ứng lại. *“Khách hàng xô đẩy là chuyện bình thường, đôi khi họ bức tức vì một lý do nào đó họ có thể xô đẩy nhân viên”* (ĐDV khu nội trú).

Mặc dù vậy, bệnh viện cũng có những trường hợp người nhà bệnh nhân côn đồ, cầm dao vào bệnh viện đuối đánh cán bộ điều dưỡng. Nghiên cứu định tính cho thấy một trường hợp bỏ của bệnh nhi tại khu cấp cứu cầm dao vào dọa nạt rồi đánh đấm điều dưỡng viên ngay tại phòng cấp cứu. *“Bố của bệnh nhi cầm dao vào bệnh viện đuối đánh một điều dưỡng viên, em thấy vậy can ngăn thì bị đánh lại, chuyện này nhiều báo cũng đã đăng tin”* (ĐDV khu cấp cứu).

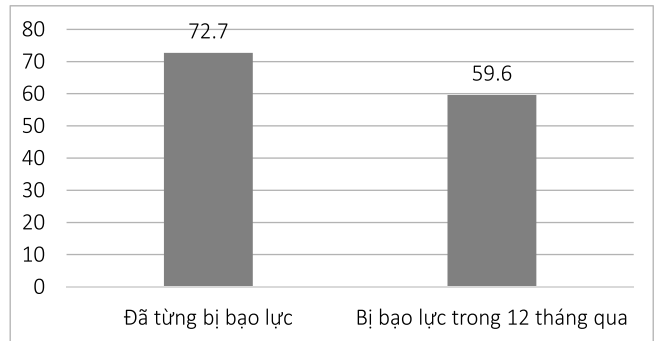
Nghiên cứu cũng cho thấy đối tượng gây ra bạo lực không chỉ là các bậc phụ huynh mà nhiều khi còn là chính bệnh nhi. Khi phải tiêm, làm thủ thuật, bệnh nhi thường có tâm lý hoảng loạn và có thể cắn, cào ĐDV. *“Chuyện bệnh nhi cào cấu phản ứng lại là chuyện bình thường khi chăm sóc bệnh nhi, vì bệnh nhi chưa có đủ nhận thức và dễ bị hoảng loạn”* (ĐDV khu vực nội trú)

Biểu 2. Tỷ lệ bị bạo lực thể chất



Như vậy, tỷ lệ ĐDV đã từng bị bạo lực thể chất do khách hàng gây ra chiếm tới gần 1/3 tổng số ĐDV.

Biểu 3. Đánh giá chung tỷ lệ bị bạo lực ở ĐDV



Như vậy có tới 218 ĐDV chiếm 72,7% đã từng bị bạo lực và 130 ĐDV chiếm 59,6% đã từng bị bạo lực trong 12 tháng qua.

IV. BÀN LUẬN

* Bạo lực về lời nói

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐDV bị khách hàng nói chửi xác lược chiếm 57,67%; bị lăng mạ, xúc phạm chiếm 29,33%, đe dọa chiếm 29%, nhóm khác chiếm 6,67%. Nghiên cứu định tính cho kết quả đa số ĐDV bị người nhà bệnh nhân chửi bới, dùng những từ ngữ thô tục, thiếu văn hóa. Các hành vi đe dọa mà ĐDV phản ánh thường là dọa bị đánh, dọa có quan hệ với người họ người kia. Một số có lời đe dọa đánh, giết điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có đến 69,7% ĐDV từng bị bạo lực về lời nói.

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Farrell và cộng sự 2006, trong số đó, điều dưỡng từng trải qua một số bạo lực, sự thô lỗ (82,1%), la hét (68,1%), chế nhạo (64%) và chửi rủa (61,9%) là những dạng phổ biến. 26,4% đã từng bị đe dọa lời nói với BL thể chất và 2,2% đe dọa gia đình họ [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn kết quả của Distasio, Hall và Beachley (2005), trên nghiên cứu 378 ĐDV, trong số đó 83% đã từng trải qua bạo lực lời nói, 72% điều dưỡng ghi nhận sự đe dọa và hăm dọa. Đe dọa hầu hết chống lại người điều dưỡng và công việc của họ, nhưng còn có đe dọa với cuộc sống họ, gia đình và tài sản [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Willey (2007) trong đó chỉ có 26% cho thấy có lạm dụng lời nói, lạm dụng lời nói là dạng bạo lực phổ biến [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn của McKenna và cộng sự (2003) tại New Zealand, trong năm đầu tiên làm việc, 35% ĐDV ghi nhận bị đe dọa lời nói. Nghiên cứu của Chovanec-Toy (2000) ghi nhận BLNLV năm 2000 với 60% được ghi nhận đã từng bị lạm dụng lời nói từ BN [9].



Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Roche và cộng sự (2010) tại Úc 94 y tế và phẫu thuật viên ở 21 bệnh viện công tại Úc cho thấy 66% hiểu được đe dọa bạo lực và tới 65% hiểu được lạm dụng lời nói. [10]. Nghiên cứu của Opie và cộng sự (2010) tỷ lệ trải qua bị bạo lực về lời nói hung hãn với 79,5% số điều dưỡng [11]. Chapman và cộng sự (2010) 75% ghi nhận bị BL lời nói [12].

Bạo lực về lời nói có thể làm điều dưỡng viên sợ hãi do bị đe dọa và do vậy có thể ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc bệnh nhi. Những lời nói thô tục, thiếu văn hóa, xúc phạm nhân phẩm thường làm giảm cảm giác gắn bó với nghề nghiệp, và giảm đi sự yêu nghề. Trong khi đó theo Đỗ Mạnh Hùng, điều dưỡng không chỉ là một nghề đòi hỏi chuyên môn, năng lực mà nó còn đòi hỏi tinh thương, sự cảm thông chia sẻ với người bệnh [13]. Do vậy, với thực trạng bạo lực lời nói là phổ biến ở ĐDV thì Bệnh viện Nhi cần có các giải pháp can thiệp kịp thời là rất cần thiết.

*** Bạo lực thể chất**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐDV bị khách hàng đánh đập xô đẩy chiếm đến 17,33%, điều dưỡng viên bị cào, cấu, cắn chiếm 6%, tỷ lệ bị phá đồ vật cá nhân chiếm 7,67%, tỷ lệ bị dùng dao, súng và các đồ vật khác hiếm 2,67%.

Nghiên cứu định tính cũng cho thấy ĐDV từng bị khách hàng đây là khá phổ biến. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy đã có những trường hợp người nhà bệnh nhân côn đồ, cầm dao vào bệnh viện đuổi đánh cán bộ điều dưỡng và phải có sự can thiệp của công an thành phố Hà Nội.

Nghiên cứu cũng cho thấy đối tượng gây ra bạo lực không chỉ là các bậc phụ huynh mà nhiều khi còn là chính bệnh nhi. Khi phải tiêm, làm thủ thuật, bệnh nhi thường có tâm lý hoảng loạn và có thể cắn, cào ĐDV.

Kết quả đánh giá chung cho thấy có số ĐDV đã từng bị bạo lực thể chất chiếm 32,6% tổng số ĐDV, tức là cứ 3 điều dưỡng có một điều dưỡng đã từng bị bạo lực thể chất. Tỷ lệ này cho thấy mức đáng báo động cần có giải pháp can thiệp trong việc giảm tỷ lệ bạo lực tại bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Well và Bowers (2002) khoảng 9,5% điều dưỡng làm việc tại các bệnh viện đa khoa tại Anh Quốc bị tấn công ít nhất 1 lần/năm. Điều này bao gồm bị tấn công bị hoặc không bị thương tích [14].

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với McKenna et

al. 2003 tại New Zealand 29% ĐDV cho biết bị dọa dẫm bạo lực, 22% ĐDV từng là mục tiêu của tấn công, 29% ĐDV bị tấn công nhưng không cần phải can thiệp y tế, và 4% yêu cầu có sự can thiệp y tế sau đó [15].

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Roche và cộng sự (2010) có tới 50% nhận thức bạo lực thể chất [10]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn của Farrell và cộng sự (2006) tại Tasmanian ghi nhận 69,3% ĐDV bị đánh đập bằng tay, đấm hoặc khuỷu tay và 46,1% ĐDV bị xô đẩy hoặc kéo, bị cào, cấu, đá, kéo tóc [7].

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Chapman và cộng sự (2010) miền tây nước Úc, 52% điều dưỡng viên bị tấn công thể chất trong khoảng thời gian 12 tháng [12].

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Ryan và Maguire (2006) tại Ireland bạo lực thể chất nhẹ là 22,9% và bạo lực thể chất nghiêm trọng chiếm 2,8% điều dưỡng viên, hành vi hung hăng phá phách với 45,7% điều dưỡng viên ghi nhận [16].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn của Opie và cộng sự (2010) nghiên cứu tại Úc có 28,6% ĐDV từng bị bạo lực thể chất trong vòng 12 tháng, nghiên cứu này không phân biệt loại hoặc mức độ trầm trọng của bạo lực [11].

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Wiley (2007) ở điều dưỡng Nebraska ghi nhận 11% từng trải qua bạo lực (Wiley 2007)[6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với Hội Điều dưỡng cấp cứu, Mỹ (Emergency Nurses Association) với 12,9% ghi nhận tấn công thể chất, với bị kéo giật hoặc đẩy là hình thức phổ biến [17]. Willey (2007) cũng ghi nhận đề cập đến cào và cấu là loại bạo lực thể chất phổ biến [6].

Tấn công bằng vũ khí là dạng bạo lực nguy hiểm, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng của ĐDV. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận nhiều trường hợp ĐDV bị tấn công bằng dao, súng. Nghiên cứu của Farrell 2006 tại Tasmanian 23,9% ĐDV bị tấn công với việc bị ném có mục tiêu hoặc không có mục tiêu vào họ [7]. Nghiên cứu của Chapman và cộng sự (2010) ghi nhận 38% ĐDV bị tấn công bằng 1 vũ khí [12].

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các cộng sự nước ngoài cho thấy bạo lực thể chất là phổ biến ở ĐDV. Điều đó cho thấy ĐDV là một ngành nghề có mức độ rủi ro nghề nghiệp cao.

*** Đánh giá chung tỷ lệ bạo lực ở ĐDV**

Kết quả tổng hợp cho thấy ĐDV từ bị tất cả các dạng bạo lực chiếm 72,7%, điều dưỡng bị bạo lực trong 12

tháng chiếm 59,6%. Như vậy đa phần ĐDV đều bị bạo lực thể chất và tâm thần.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Farrell, Bobrowski, C. và Bobrowski, P., (2006) tại Tasmania năm 2002 cho thấy 63,5% ĐDV cho biết đã từng bị bạo lực về lời nói hoặc thể chất ở tropng 4 tuần làm việc [7].

Tương tự nghiên cứu của Hegney, Eley, Plank, Buikstra, và Parker (2006) tại Úc gần 50% ĐDV làm việc ở khu vực riêng và gần 60% điều dưỡng làm việc ở khu vực khác trải qua một số hình thức BLNLV trong 3 tháng ngay trước thời điểm nghiên cứu [18].

Nghiên cứu của Hills (2008) tại Úc với 76% ĐDV tại các bệnh viện đa khoa khu vực nông thôn đã trải qua bạo lực từ bệnh nhân trong vòng 3 tháng [19]. Nghiên cứu của Chapman và cộng sự (2010) bạo lực trong vòng 12 tháng là 75% ĐDV, bạo lực hàng tuần xảy ra với 25% ĐDV (Chapman và cộng sự 2010) [12].

Mặc dù các nghiên cứu có số thời gian theo dõi đánh

giá là khác nhau, tuy vậy các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các cộng sự nước ngoài cho thấy tỷ lệ bạo lực ở ĐDV là khá phổ biến. Đây là một tỷ lệ đáng báo động và cần có sự quan tâm đúng mức của các ngành các cấp trong việc phòng ngừa và kỹ năng ứng phó với các dạng bạo lực trong bệnh viện.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu mô tả trên 300 điều dưỡng viên các Khoa Lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỷ lệ bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do bệnh nhân gây ra tại các Khoa Lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Trung ương là phổ biến với 72,7% điều dưỡng đã từng bị bạo lực và 59,6% điều dưỡng đã từng bị bạo lực trong 12 tháng qua, trong đó chiếm tỷ lệ cao là các bạo lực lời nói với tỷ lệ 69,7%, bạo lực về thể chất chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng tác động nặng hơn đối với điều dưỡng chiếm tỷ lệ 32,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Labour Office/International Council of Nurses/ and World Health Organization/Public Services International, *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: The training manual*. Geneva, International Labour Office, 2002, 2002.
2. F. Badger and B. Mullan, "Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury," *J. Clin. Nurs.*, vol. 13, no. 4, pp. 526–533, May 2004.
3. D. M. Gates, G. L. Gillespie, and P. Succop, "Violence against nurses and its impact on stress and productivity," *Nurs. Econ.*, vol. 29, no. 2, p. 59–66, quiz 67, Apr. 2011.
4. Gates, D., & Kroeger, D, *Violence against nurses: the silent epidemic.*, 29 (1) vols. ISNA Bulletin, 2002.
5. Y. McKoy and M. H. Smith, "Legal Considerations of Workplace Violence in Healthcare Environments," *Nurs. Forum (Auckl.)*, vol. 36, no. 1, pp. 5–14, Jan. 2001.
6. K. K. Wiley, "2007 Nebraska nurses survey results. Making a world of difference: workplace violence and nursing," *Nebr. Nurse*, vol. 40, no. 4, pp. 14–19, Feb. 2007.
7. G. A. Farrell, C. Bobrowski, and P. Bobrowski, "Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study," *J. Adv. Nurs.*, vol. 55, no. 6, pp. 778–787, Sep. 2006.
8. Distasio, C., Hall, K., & Beachley, M, "The Maryland Nurses Association workplace violence survey report," pp. 22–26, 2005.
9. Chovanec-Toy, J, "Professionally speaking. HNA's workplace violence survey indicates need for legislative action, *Hawaii Nurse*, 7, 1, pp. 4-5. Viewed 3 May 2012," 2000.
10. M. Roche, D. Diers, C. Duffield, and C. Catling-Paull, "Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes," *J. Nurs. Scholarsh. Off. Publ. Sigma Theta Tau Int. Honor Soc. Nurs.*, vol. 42, no. 1, pp. 13–22, Mar. 2010.
11. T. Opie *et al.*, "Levels of occupational stress in the remote area nursing workforce," *Aust. J. Rural Health*, vol. 18, no. 6, pp. 235–241, Dec. 2010.
12. R. Chapman, I. Styles, L. Perry, and S. Combs, "Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation," *Int. J. Ment. Health Nurs.*, vol. 19, no. 3, pp. 186–194, Jun. 2010.



13. Đỗ Mạnh Hùng, “Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp - Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng,” 2013.
14. J. Wells and L. Bowers, “How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?,” *J. Adv. Nurs.*, vol. 39, no. 3, pp. 230–240, Aug. 2002.
15. B. G. McKenna, S. J. Poole, N. A. Smith, J. H. Coverdale, and C. K. Gale, “A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice,” *Int. J. Ment. Health Nurs.*, vol. 12, no. 1, pp. 56–63, Mar. 2003.
16. D. Ryan and J. Maguire, “Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments?,” *J. Nurs. Manag.*, vol. 14, no. 2, pp. 106–115, Mar. 2006.
17. American nurse, “Workplace violence against emergency nurses remains high, *American Nurse*, 43, 6, p. 7. Viewed 3 May 2012.” 2011.
18. D. Hegney, R. Eley, A. Plank, E. Buikstra, and V. Parker, “Workplace violence in Queensland, Australia: the results of a comparative study,” *Int. J. Nurs. Pract.*, vol. 12, no. 4, pp. 220–231, Aug. 2006.
19. D. Hills, “Relationships between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general hospital nurses’ experiences of patient aggression,” *Contemp. Nurse*, vol. 31, no. 1, pp. 20–31, Dec. 2008.

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI TÁI NHIỄM Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2017

Phạm Ngọc Toàn¹, Lê Thị Minh Hương¹, Lê Thanh Hải¹

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Tóm tắt: Viêm phế quản phổi tái nhiễm là tình trạng VPQP xảy ra ít nhất 2 lần/1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt VPQP trong cuộc đời, gặp khoảng 7-15% số bệnh nhân VPQP được điều trị nội trú. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số vấn đề dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của VPQP tái nhiễm ở trẻ em dưới 5 tuổi. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** Bệnh nhân nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi, được chẩn đoán VPQP tái nhiễm, điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 2/2016 đến tháng 8/2017. **Kết quả:** 96 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, chủ yếu trẻ dưới 12 tháng độ tuổi trung bình là 12.4 ± 7.9 tháng, trẻ trai 57 (59.4%), 66% trẻ sống ở khu vực nông thôn, số lần mắc VPQP từ 3-5 lần. Ho, khò khè, thở nhanh (>90%), thương tổn dạng nốt rải rác trên XQ (53.8%), tỉ lệ cấy dương tính (7.3%) chủ yếu do HI, phế cầu và tụ cầu. Thiếu máu (30.2%), còi xương (53.1%), suy dinh dưỡng (28.1%); **Kết luận:** VPQP tái nhiễm gặp nhiều ở lứa tuổi dưới 1 tuổi và tuổi càng nhỏ tình trạng VPQP càng nặng đặc biệt ở trẻ dưới 12 tháng.

Từ khóa: Viêm phế quản phổi, tái nhiễm, trẻ em

ABSTRACT: CHARACTERISTICS OF RECURRENT PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

Background: Recurrent pneumonia has been defined as at least 2 pneumonia episodes in 1 year or more than 3 at any time, with radiographic clearing between episodes. From 7 to 15% of children having bronchopneumonia require hospitalization.

Objectives: To find out epidemiological, clinical and paraclinical characteristics of recurrent bronchopneumonia in children under 5. **Method:** Cross-sectional study. **Subjects:** children from 2 months old to 5 years old diagnosed with recurrent pneumonia have required hospitalization from

February 2016 to August 2017. **Results:** 96 patients met the criteria of the study. The major number of participants: children under 12 months old (mean age was 12.4 ± 7.9 months of age, 57 male patients (59.4%), 66% of patients living in countryside and suffered from pneumonia 3 to 5 times/year. More than 90% of patients presented with coughing, wheezing, tachypnea. 53.8% of patients had bronchopneumonia infiltration determined by X-ray, nasopharyngeal culture with positive results (7.3%) majorly due to HI, Streptococcus and Staphylococcus. 30.2% of patients had anemia (30.2%), 53.1% of patients suffered from rickets and 28.1% suffered from malnutrition **Conclusions:** Recurrent pneumonia often occurred in group of patients under 12 months old. The younger the patients were, the severer the disease they suffered (especially in patients under 12 months of age)

Keywords: Bronchopneumonia, recurrent, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phế quản phổi tái nhiễm là bệnh chiếm tỷ lệ cao, một số nghiên cứu cho thấy viêm phế quản phổi tái nhiễm là viêm phế quản phổi xảy ra ít nhất 2 lần trong vòng 1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt VPQP nào trong đời và phim chụp XQ giữa các lần hoàn toàn bình thường [1], [2]. Trong số bệnh nhân VPQP thường gặp VPQP tái nhiễm chiếm từ 7% đến 15%. Đây là một bệnh lý phức tạp với diện mạo lâm sàng đa dạng, phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh trực tiếp ở mỗi đợt tái nhiễm cũng như các tổn thương cơ bản của hệ thống hô hấp và bệnh lý nền của bệnh nhân. Bệnh thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh nền kèm theo như suy dinh dưỡng, đẽ non, còi xương, bất thường đường hô hấp, luồng trào ngược, suy giảm miễn dịch, tim bẩm sinh, hen phế quản... [3, 4]. Tỷ lệ tử vong và biến chứng khá cao và phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh và bệnh nền của trẻ.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Ở Việt Nam, tại các bệnh viện tuyến trung ương, tỷ lệ VPQP tái nhiễm không nhỏ với bệnh cảnh lâm sàng thường nặng nề, tỉ lệ tử vong và biến chứng cao. Tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Ngày nay điều kiện khoa học kỹ thuật phát triển trong labo đã giúp chúng ta tìm hiểu được thêm nhiều nguyên nhân gây bệnh. Để tìm hiểu một cách toàn diện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “*Đặc điểm viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhi từ 2 tháng đến 60 tháng được chẩn đoán là viêm phế quản phổi (VPQP) tái nhiễm, điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 2/2016 đến 8/2017.

2. Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang nghiên cứu định lượng

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán VPQP tái diễn:

Có bệnh cảnh của VPQP rõ rệt thể hiện ở:

- Lâm sàng: Sốt, ho, ho đờm, khô khè, thở rít, rale ẩm ở phổi

- XQ; có hình ảnh thâm nhiễm nhu mô phổi với 4 loại thâm nhiễm là: rải rác, tập trung theo định khu giải phẫu, thâm nhiễm nhu mô kẽ và các hình ảnh hỗn hợp

- Tiền sử có ≥ 2 đợt VPQP/1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt VPQP trong cuộc đời.

- Giữa các đợt VPQP tình trạng hô hấp của trẻ và XQ tim phổi bình thường

4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch thứ phát
- Bệnh lý thần kinh cơ
- Bệnh phổi mạn tính: loạn sản phổi, thiếu sản phổi, giãn phế quản, lao phổi

- Bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia nghiên cứu

5. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, địa dư, một số yếu tố trong tiền sử, bệnh sử, số lần mắc, bệnh nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng của bệnh.

6. Phương pháp thu thập và thống kê: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu, sử dụng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2016-8/2017, có 96 bệnh nhân VPQP tái nhiễm đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học trẻ mắc VPQP tái nhiễm

Đặc điểm		Số lượng (n=96)	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	57	59,4
	Nữ	39	40,6
Tuổi	≤ 12 tháng	63	65,6
	<12-36 tháng	31	32,3
	<36-60 tháng	2	2,1
Địa dư	Nông thôn	67	69,8
	Thành thị	29	30,2

Giới tính: Trẻ nam có 57 (59.4%), tỷ lệ nam/nữ là 1,46.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 12.4 ± 7.9 (2-42 tháng), trong đó tỉ lệ tuổi dưới 12 tháng chiếm 65.6%. Phân bố bệnh nhân theo địa dư: Nông thôn/thành thị 2,3/1.

Bảng 2. Tìm hiểu một số yếu tố tiền sử bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n=96)	Tỷ lệ %
Tuổi thai	- <32 tuần	1	1
	- 32-36 tuần	9	9,4
	>36 tuần	86	89,6
Cân nặng sau sinh	≤ 2500 g	14	14,6
	>2500g	82	85,4
Suy hô hấp sau sinh	Có	12	12,5
	Không	84	87,5
Tiếp xúc khói thuốc lá	Có	48	50,0
	Không	48	50,0
Số con trong gia đình	1	32	33,3
	2	49	51,0
	≥ 3	15	15,6
Còi xương		63	65,6
Suy dinh dưỡng		27	28,1

Tỉ lệ trẻ tiếp xúc với khói thuốc khá cao chiếm tới 50%; gia đình có ≤ 2 con chiếm tỉ lệ cao >80%.

Bảng 3. Số đợt tái nhiễm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số đợt tái nhiễm			
	2 đợt	3-5 đợt	>5 đợt	Tổng
2-12 tháng	15 (23,8%)	41 (65,1%)	7 (11,1%)	63 (100%)
13-36 tháng	13 (41,9%)	15 (48,4%)	3 (9,7%)	31 (100%)
37-60 tháng	0	0	2 (100%)	2 (100%)
Tổng số	28 (29,2%)	56 (58,3%)	12 (12,5%)	96 (100%)

Trong các nhóm tuổi nghiên cứu gặp chủ yếu là nhóm tuổi dưới 12 tháng và số lần VPQP tái nhiễm chủ yếu từ 3-5 lần

2. Dấu hiệu lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n=96)	Tỷ lệ %
Cơ năng		
Ho	94	97,9
Sốt	58	60,4
Khò khè	87	90,6
Bú kém, bỏ bú	58	60,4
Thần kinh kích thích hoặc li bì	29	30,2
Rối loạn tiêu hóa	20	20,8
Thực thể		
Thở nhanh	92	95,8
Rales phổi	93	96,9
Rối loạn nhịp thở	19	19,8
Nhịp tim nhanh	42	43,8
Rút lõm lồng ngực	73	76,0
Tím tái	22	22,9
Biến chứng lồng ngực	6	6,3

Triệu chứng cơ năng: Hầu hết các bệnh nhân mắc các biểu hiện ho, khò khè, phần lớn bệnh nhân sốt và bú kém, bỏ bú

Biểu hiện thực thể: Hầu hết bệnh nhân thở nhanh, rales phổi, đa phần có biểu hiện rút lõm lồng ngực.

3. Xét nghiệm cận lâm sàng

Bảng 5: Kết quả cận lâm sàng

Giá trị	VPQP tái nhiễm (X ± SD); (n=96)	Min	Max
Bạch cầu (10 ³ /ml)	14,71±6,53	3,93	37,4
Bạch cầu trung tính (10 ³ /ml)	6,78±4,79	1,02	19,33
Bạch cầu lympho(10 ³ /ml)	5,36±2,82	0,84	13,3
Hemoglobin (Hb) (g/L)	112,32±14,88	69	144
Thể tích trung bình hồng cầu (fL)	73,7±8,5	38,5	91,4
Lượng Hb trung bình hồng cầu (g/L)	321,5±30,7	254	553
Số lượng tiểu cầu(10 ³ /ml)	375,6±146,9	47	996
CRP (mg/L)	17,6±27,8	0,09	157,21

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá tình trạng thiếu máu phát hiện tỉ lệ thiếu máu chiếm tới 30.2% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu và chủ yếu là thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ.

Kết quả chụp XQ tim phổi: Thâm nhiễm dạng nốt rải rác chiếm 53.8%, thâm nhiễm theo định khu giải phẫu chiếm 20.9%

Kết quả xét nghiệm virus: cúm A: 2/66 (2.1%), Cúm B: 0%, RSV 6/51 (6.2%), Adenovirus 14/67 (14.6%)



IV. BÀN LUẬN

Trong số bệnh nhân nghiên cứu đa phần bệnh nhân tập trung tại các vùng khu vực nông thôn và độ tuổi dưới 1 tuổi là chủ yếu. Nghiên cứu này cũng tương tự như các nghiên cứu của Đào Minh Tuấn [5] và Tô Văn Hải [6], tuổi càng nhỏ thì tỉ lệ bệnh tật càng tăng và mức độ càng nặng đặc biệt nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi, điều này có thể liên quan tới các yếu tố về kinh tế xã hội. Tỉ lệ trẻ trai gặp nhiều hơn trẻ gái tương tự nghiên cứu của Owayed và cộng sự [7].

Theo nghiên cứu của Patria [8], khi đánh giá về tiền sử bệnh tật như tuổi thai, cân nặng sau sinh, số con trong gia đình cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên tỉ lệ suy hô hấp sau sinh của chúng tôi thấp hơn (12.5%) so với 17.8%, và tỉ lệ tiếp xúc với khói thuốc cao hơn 50% so với 37.7%, sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Patria và cộng sự.

Các nghiên cứu trên thế giới về lĩnh vực này cho thấy các đợt tái nhiễm của VPQP có bệnh cảnh lâm sàng tương tự của VPQP cấp tính. Các triệu chứng cơ năng như: ho, sốt, khô khè, thở nhanh, ăn kém bỏ bú, rale ở phổi là những dấu hiệu chính trong chẩn đoán bệnh nhân VPQP tái nhiễm và đều chiếm tỉ lệ >50%. [9], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tăng bạch cầu, CRP không nhiều điều này phản ánh thực tế bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh từ trước tại nhà hoặc tuyến cơ sở.

Ngoài ra số lượng bệnh nhân thiếu máu cũng chiếm tới 30% trong tổng số bệnh nhân, và kết hợp với tình trạng còi xương và suy dinh dưỡng được coi là những yếu tố nguy cơ hay gặp ở bệnh nhân VPQP tái nhiễm [7]. Điều này cũng giải thích được do bệnh nhân thường bị bệnh nhiều đợt, nằm viện lâu kèm theo với tình trạng dinh dưỡng kém khi nằm viện giống như nghiên cứu của Chizoba và cộng sự [10]. Ngoài các yếu tố trên một số nghiên cứu còn chỉ ra một số yếu tố liên quan/bệnh nền kết hợp hay gặp như luồng trào ngược dạ dày thực quản, hội chứng hít, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, di vật đường thở bỏ quên, hen phế quản [1], [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 96 bệnh nhân VPQP tái nhiễm chúng tôi thấy tỉ lệ nam nhiều hơn nữ và gặp nhiều ở lứa tuổi dưới 1 tuổi và tuổi càng nhỏ tình trạng VPQP càng nặng. Suy dinh dưỡng, còi xương, thiếu máu và tiếp xúc với khói thuốc là những yếu tố thường gặp trong bệnh nhân VPQP tái nhiễm. Cần thêm những nghiên cứu để tìm hiểu thêm các yếu tố liên quan của bệnh nhân VPQP tái nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brand, P.L.P., M.F.P. Hoving, and E.P.d. Groot, *Evaluating the child with recurrent lower respiratory tract infections*. Paediatric Respiratory Reviews 2012. **13**: p. 135-138.
2. Osman ÖZDEMİR1, et al., *Underlying diseases of recurrent pneumonia in Turkish children*. Turk J Med Sci, 2010. **40**(1): p. 25-30.
3. Hoving, M.P. and P.L. Brand, *Causes of recurrent pneumonia in children in a general hospital*. Journal of Paediatrics and Child Health, 2013. **49** p. E208-E212.
4. Maria Francesca Patria and S. Esposito, *Recurrent Lower Respiratory Tract Infections in Children: A Practical Approach to Diagnosis*. Paediatric Respiratory Reviews, 2013. **14**: p. 53-60.
5. Dao Minh Tuan, Nguyen Cong Khanh, and D.H. Dung, *Đặc điểm lâm sàng ở 54 bệnh nhi VPQP tái nhiễm vào viện nhi từ 1/1998-12/1998*. Tạp chí YHHTH, 1999. **9**(371): p. 24-26.
6. Hải, T.V., *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan tới viêm phế quản phổi ở trẻ em từ 1 tới 60 tháng tuổi*. Tạp chí YH Việt nam, 2004. **5**(298): p. 56-64.
7. Abdullah F. Owayed, M., M. Douglas M. Campbell, and M. Elaine E. L. Wang, FRCPC, *Underlying Causes of Recurrent Pneumonia in Children*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2000. **154**: p. 190-194.
8. Francesca Patria1, et al., *Clinical profile of recurrent community-acquired pneumonia in children*. BMC Pulmonary Medicine 2013, 13:60, 2013. **13**: p. 60.
9. William J Barson, M., *Pneumonia in children: Epidemiology, pathogenesis, and etiology*. UpToDate®, Mar 2017.
10. Chizoba B. Wonodi, et al and the Pneumonia Methods Working Group and PERCH Site Investigators, *Evaluation of Risk Factors for Severe Pneumonia in Children: The Pneumonia Etiology Research for Child Health Study*. Clinical Infectious Diseases 2012;54(S2):S124-31, 2012. **54**(S2): p. S124-31.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN CỦA AUSTRALIA (ATS) TRONG PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI KHOA CẤP CỨU – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Quang Vĩ¹, Lê Ngọc Duy¹, Phạm Ngọc Toàn¹

TÓM TẮT

Phân loại bệnh nhân là sắp xếp bệnh nhân vào các nhóm ưu tiên để xử trí phù hợp với mức độ bệnh. Đánh giá phân loại tập trung vào việc lựa chọn các dấu hiệu cấp cứu và khu vực điều trị thích hợp nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá ứng dụng thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (ATS) trong phân loại bệnh nhân tại khoa Cấp cứu – chống độc. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang 1942 bệnh nhân nhập khoa từ tháng 12/2014-3/2015. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 2/1, chủ yếu là bệnh nhân dưới 3 tuổi (68%), trẻ được nhập viện vào ca ngày (54%) nhiều hơn ca đêm (46%). Về phân loại bệnh nhân: loại 4 là nhiều nhất, tiếp đó là loại 3, loại 5, loại 2. Tỷ lệ bệnh nhân loại 1 chiếm thấp nhất. Vấn đề về hô hấp là dấu hiệu hay gặp nhất ở các bệnh nhân nặng, tiếp đó là các bất thường về tri giác, thần kinh. Dấu hiệu nặng ở hệ tuần hoàn ít gặp hơn. Không có sự khác biệt về phân loại bệnh nhân của bác sỹ và điều dưỡng. **Kết luận:** Nhóm trẻ có nguy cơ bệnh nặng và nhóm nguy cơ đe dọa tính mạng gặp nhiều nhất, do đó cần áp dụng thang điểm phân loại bệnh nhân một cách thường quy để phát hiện và xử trí kịp thời các trường hợp nặng.

Từ khóa: Thang điểm ATS, phân loại bệnh nhi, cấp cứu,

ABSTRACT: ASSESSMENT OF THE AUSTRALIAN TRIAGE SCALES FOR CHILDREN HOSPITALIZED IN THE EMERGENCY AND POISON CONTROL DEPARTMENT, NATIONAL'S CHILDREN HOSPITAL

Triage assessment is classified patients into priority groups for treatment consistent with medical degree. Triage assessment focuses on the collection of data that enables decisions regarding urgency and the most appropriate treatment area. **Objective:** To assess the Australian triage scales for patients hospitalized in the Emergency and poison control department. **Methods:**

A descriptive and cross-sectional study in 1942 children hospitalized in the department, from 12/2014 to 3/2015. **Result:** male/female ratio was 2/1, mainly for children under 3 years (68%), daytime hospitalized 54%, nighttime hospitalized 46%. On the classification of patients: most of them were classified level 4, lever 3, lever 5, lever 2. The percentage of patients with level 1 occupies the lowest. Airway and breathing obstruction is the most common sign in severely ill patients, followed by a perceptual abnormalities, neurological. Signs of severe circulatory system is less common. No difference of lever triage between assessment of doctors and nurses. **Conclusion:** Most children hospitalized with urgent and less urgent, so need to apply ATS for patients routinely.

Keywords: Australian Triage Scales (ATS); classified patients; emergency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân loại bệnh nhân là một đánh giá lâm sàng nhanh nhằm sàng lọc những bệnh nhân ưu tiên trong một nhóm bệnh nhân lớn nhằm mục đích sắp xếp bệnh nhân nặng vào đúng nơi, nhận được đúng những can thiệp y tế phù hợp với mức độ trầm trọng của bệnh [4], đặc biệt quan trọng ở những nơi có số lượng bệnh nhân đông, nhân lực còn thiếu.

Mục đích của việc đánh giá phân loại là xác định mức độ cấp cứu của bệnh nhân – các dấu hiệu đe dọa tính mạng, những tiên lượng xấu về kết quả điều trị và khả năng ổn định để đưa ra các can thiệp khẩn cấp nhằm cải thiện tình trạng bệnh [4].

Hiện tại với lưu lượng bệnh nhân đến khám và cấp cứu tại khoa Cấp cứu – chống độc trung bình khoảng trên 100 bệnh nhân trong một ngày, việc sàng lọc bệnh nhân theo mức độ bệnh là việc làm rất cần thiết [1]. Bên cạnh đó, tỷ lệ tử vong chung của Bệnh viện có xu hướng giảm nhưng tỷ lệ bệnh nhân tử vong trước 24h lại gia tăng. Điều này

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

có thể phòng tránh được nếu những trẻ rất nặng nhanh chóng được đánh giá và điều trị ngay khi tới bệnh viện. Chính những vấn đề trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá ứng dụng thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (ATS) trong nhận định và phân loại bệnh nhân tại khoa Cấp cứu – chống độc năm 2014-2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Tất cả các trẻ được nhập viện tại khoa Cấp cứu – chống độc từ 1/12/2014 – 31/3/2015

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

- Các bệnh nhân không được nhận định và phân loại theo thang điểm Úc hoặc không được tái phân loại trước khi chuyển khoa.

- Các bệnh nhân không hoàn thành quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu cắt ngang.

Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

Công cụ nghiên cứu: Thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (ATS)

Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân trong đối tượng nghiên cứu sẽ được điền thông tin thu thập nghiên cứu theo một mẫu thống nhất: tuổi, giới tính, thời gian nhập viện, dấu hiệu để phân loại, mức độ nặng, kết quả điều trị.

Bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu – chống độc được bác sĩ và điều dưỡng tiếp đón nhận định và phân loại → ghi vào phiếu đánh giá. Quy trình của bác sĩ và điều dưỡng được thực hiện độc lập nhau.

Bệnh nhân được tái phân loại cấp cứu bởi bác sĩ và điều dưỡng phòng bệnh trước khi chuyển khoa → ghi vào phiếu đánh giá.

Bệnh nhân được theo dõi dọc từ lúc vào viện cho đến khi ra viện hoặc tử vong/xin về hoặc chuyển đơn vị HSCC hoặc chuyển chuyên khoa.

2.3. Thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (Australian triage scales) [4]

Bảng 1: Thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (ATS)

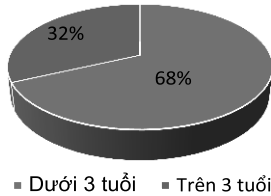
Phân loại	Đường thở Airway	Thở Breathing	Tuần hoàn Circulation	Thần kinh Disability
Loại 1 Đe dọa tính mạng tức thì Xử trí ngay lập tức	Tắc nghẽn Tắc nghẽn 1 phần+khó thở nặng	Không thở hoặc giảm thông khí Khó thở nặng	Không có tuần hoàn Tim chậm <60l/ph ở trẻ bú mẹ Giảm huyết động nặng Chảy máu không cầm	Glasgow <8 Co giật
Loại 2 Đe dọa tính mạng Xử trí trong 15 phút	Tắc nghẽn 1 phần + khó thở vừa	Có thở Khó thở vừa	Có tuần hoàn Giảm huyết động vừa Trên 6 dấu hiệu mất nước	Glasgow từ 9-12 Giảm hoạt động nặng Đau nặng, giảm thần kinh mạch nặng
Loại 3 Nguy cơ đe dọa tính mạng Thăm khám trong 30 phút	Thông thoáng Tắc nghẽn 1 phần + khó thở nhẹ	Có thở Khó thở nhẹ	Có tuần hoàn Giảm huyết động nhẹ 3-6 triệu chứng mất nước	Glasgow >13 Giảm hoạt động vừa Đau vừa, giảm thần kinh mạch vừa
Loại 4 Nguy cơ bệnh nặng Thăm khám trong 1 giờ	Thông thoáng	Có thở Không khó thở	Có tuần hoàn Không giảm huyết động Dưới 3 dấu hiệu mất nước	Glasgow bình thường hoặc không thay đổi cấp tính điểm Glasgow thông thường Giảm nhẹ hoạt động, Đau nhẹ
Loại 5 Không khẩn cấp Khám theo thứ tự	Thông thoáng	Có thở Không khó thở	Có tuần hoàn Không giảm huyết động Không có dấu hiệu mất nước	Glasgow bình thường hoặc không thay đổi cấp tính Glasgow thông thường Không thay đổi hoạt động Không đau hoặc đau nhẹ

Các dấu hiệu mắt nước: Giảm mức độ tinh táo/hoạt động, thời gian làm đầy mao mạch >2s, khô niêm mạc, mắt trũng, giảm độ đàn hồi da, thờ sâu, không có nước mắt, mạch yếu, nhịp tim nhanh, giảm bài tiết nước tiểu.

III. KẾT QUẢ

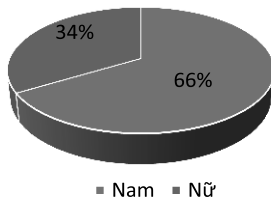
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi



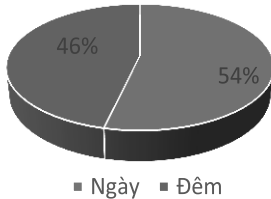
Biểu đồ 1 cho thấy bệnh nhi dưới 3 tuổi là 1321 cháu chiếm tỷ lệ 68%; trên 3 tuổi có 621 cháu chỉ chiếm 32%.

Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



Có sự khác biệt về giới tính với trẻ nam 1282 cháu chiếm 66% và trẻ nữ có 660 cháu chiếm 34%.
Tỷ số nam/nữ = 2/1.

Biểu đồ 3.3. Thời điểm nhập khoa



1049 bệnh nhân nhập khoa vào ca ngày tính từ 8h-18h chiếm 54%; 893 bệnh nhân vào ca đêm tính từ 18h-8h hôm sau chiếm 46%.

3.2. Phân loại bệnh nhân nhập viện theo thang điểm ATS

Bảng 3.1. Phân loại bệnh nhân theo thang điểm ATS

Phân loại	1	2	3	4	5	Tổng (%)
BS	73(3,8)	141(7,3)	653(33,6)	910(46,9)	165(8,4)	1942 (100)
ĐĐ	58(2,9)	157(8,1)	557(28,7)	962(49,5)	209(10,8)	1942 (100)

Trong số 1942 bệnh nhân nhập viện: Có 910 bệnh nhân được bác sỹ phân loại 4 chiếm 46,9%. 653 bệnh nhân phân loại 3 (33,6%), 165 bệnh nhân phân loại 5, và 214 bệnh nhân được phân loại nặng (loại 1, 2). Điều dưỡng phân loại 215 bệnh nhân nặng chiếm 11%, 557 bệnh nhân loại 3 (28,7%), 962 bệnh nhân loại 4 (49,5%), 209 bệnh nhân loại 5. Tuy có sự khác biệt giữa phân loại của bác sỹ và điều dưỡng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Dấu hiệu phân loại trong số bệnh nhân nặng

Phân loại	1			2			3		
	HH	TH	TK	HH	TH	TK	HH	TH	TK
BS	39	11	22	55	24	22	249	104	296
ĐĐ	33	8	17	61	27	17	222	82	249

Theo phân loại của bác sỹ và điều dưỡng, đường thở và thờ có tắc nghẽn là dấu hiệu hay gặp nhất ở các bệnh nhân nặng, tiếp đó là các bất thường về tri giác, thần kinh. Dấu hiệu nặng ở hệ tuần hoàn ít gặp hơn.



IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân dưới 3 tuổi nhập viện chiếm đa số (68%), giới nam (66%) nhiều hơn nữ. Theo tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa Cấp cứu năm 2012, tỷ lệ nam là 61% [2]. Bệnh nhân vào ca ngày 54% và ca đêm 46%. Khoa Cấp cứu – chống độc là nơi tiếp đón, phân loại bệnh nhân và xử trí cấp cứu [1], bệnh nhân nhập khoa vào bất cứ thời điểm nào trong ngày.

4.2. Phân loại bệnh nhân

Trong 1942 bệnh nhân được bác sỹ và điều dưỡng phân loại, bệnh nhân được xếp loại 4 là nhiều nhất. Những bệnh nhân này có nguy cơ bệnh nặng hoặc tình trạng khẩn cấp hoặc những triệu chứng phải chú ý, được xếp vào khu lưu theo dõi và được nhân viên y tế thăm khám trong vòng 1 giờ để chẩn đoán, ổn định bệnh nhân, hội chẩn chuyên khoa và điều trị ban đầu. Nhóm bệnh nhân có nguy cơ đe dọa tính mạng (xếp loại 3) được thăm khám trong vòng 30 phút chiếm 33,6% theo phân loại của bác sỹ và 28,7% theo phân loại của điều dưỡng. Nhóm bệnh nhân không khẩn cấp xếp loại 5 được tiếp đón theo thứ tự. Nhóm bệnh nhân đe dọa tính mạng xếp loại 2 được chuyển vào phòng cấp cứu và xử trí trong vòng 15 phút. Tỷ lệ bệnh nhân loại 1 chiếm thấp nhất, theo phân loại của bác sỹ chỉ có 3,8%, phân loại của điều dưỡng 2,9%. Đây là những bệnh nhân bị đe dọa tính mạng tức thì, được hồi sức ngay lập tức. Theo tác giả Đỗ Thị Hải Vân (2008) số bệnh nhân ở trong tình trạng cấp cứu chiếm xấp xỉ 43% chứng tỏ việc phân loại bệnh nhân chưa tốt dẫn đến việc nhiều trường hợp có thể trì hoãn nhưng vẫn được bác sỹ khám ngay làm giảm sự tập trung nguồn nhân lực vào các ca cấp cứu khác. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân nhẹ đi sau phân loại và xử trí 1 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (80,2%) và đó chính là hiệu quả của phân loại bệnh nhân cũng như các can thiệp y tế kịp thời [3].

Dù có sự khác nhau trong xếp loại từng nhóm bệnh

nhân nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ cả bác sỹ và điều dưỡng đều được đào tạo cơ bản về phân loại bệnh nhân. Theo nghiên cứu của tác giả Cao Thị Hoa thì điều dưỡng sau chương trình đào tạo năm 2013, kiến thức và kỹ năng thực hành đúng trong phân loại bệnh nhân là 77%, vẫn còn 23% số phiếu chưa thực hiện phân loại đúng [1].

Việc phân loại bệnh nhân vẫn áp dụng theo trình tự ABCD, trong đó tình trạng bất thường về thở và đường thở (A, B) vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Hải và cộng sự năm 2007-2011, mặt bệnh nổi bật vào khoa cấp cứu là hô hấp 19-24%, bệnh ngoại khoa hay gặp thứ 2 chiếm 18-19% [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 1942 trẻ nhập khoa Cấp cứu- chống độc từ tháng 12/2014 đến tháng 3/2015, chúng tôi thấy:

Đa số là bệnh nhân dưới 3 tuổi (68%), trẻ nam (66%) nhiều hơn trẻ nữ, nhập viện ca ngày (54%) nhiều hơn ca đêm (46%). Về phân loại bệnh nhân: số bệnh nhân được xếp loại 4 là nhiều nhất, tiếp đó là loại 3, loại 5, loại 2. Tỷ lệ bệnh nhân loại 1 chiếm thấp nhất. Đường thở và thở có tắc nghẽn là dấu hiệu hay gặp nhất ở các bệnh nhân nặng, tiếp đó là các bất thường về tri giác, thần kinh. Dấu hiệu nặng ở hệ tuần hoàn ít gặp hơn. Không có sự khác biệt giữa phân loại của bác sỹ và điều dưỡng.

VI. KIẾN NGHỊ

- 1- Tổ chức đào tạo và cập nhật kiến thức về phân loại bệnh nhân thường xuyên.
- 2- Áp dụng thang điểm phân loại bệnh nhân của Úc (ATS) một cách thường quy tại khoa Cấp cứu cũng như tại khoa Khám và các khoa lâm sàng khác.
- 3- Xem xét việc xếp loại bệnh nhân theo màu để tiện cho việc theo dõi và chăm sóc bệnh nhân trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Thị Hoa (2013) Đánh giá kết quả đào tạo điều dưỡng về phân loại bệnh nhân và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện phân loại bệnh nhân của điều dưỡng tại khoa Cấp cứu, BV Nhi Trung ương năm 2013. *Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
2. Lê Thanh Hải, Trương Thị Mai Hồng, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Thùy Dung (2007-2011) Mô hình bệnh tật tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương 2007-2011. *Tạp chí Y học Thực hành*. Bộ Y tế.
3. Đỗ Thị Hải Vân (2008) *Bước đầu đánh giá tình hình phân loại bệnh nhân theo mức độ cấp cứu tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai*, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. The Advanced Life Support Group (2012) *Advanced Paediatric Life Support*, 5th Ed the Australia and Newzealand. Appendix G, 318.
5. The Canadian Association of Emergency Physicians (1998) *The Canadian Paediatric E.D. Triage and Acuity Scale*

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG DO DỊ NGUYÊN D.PTERONYSSINUS LỨA TUỔI 6-14 TUỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH ĐẶC HIỆU ĐƯỜNG DƯỚI LƯỠI

Trần Thái Sơn¹, Vũ Minh Thực², Lương Xuân Tuyến³, Phạm Văn Thúc⁴,
Nguyễn Quang Hùng⁵, Nguyễn Thị Vinh Hà⁶

TÓM TẮT:

Bệnh viêm mũi dị ứng (VMDU) thường bắt đầu ngay từ khi còn nhỏ tuổi và xuất hiện các triệu chứng cụ thể liên quan đến tình trạng này ở trẻ trước tuổi đến trường cũng như thời kỳ thiếu niên. Những nghiên cứu về dịch tễ học trong ba thập niên cuối cho thấy tỷ lệ VMDU ở lứa tuổi học đường 6-14 tuổi thường chiếm tỷ lệ 10-30%, ở Việt Nam tỷ lệ này khoảng 10-20%. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc, tự đối chứng cho 51 bệnh nhân lứa tuổi 6-14 tuổi được xác định là VMDU do dị nguyên D.pteronyssinus được điều trị miễn dịch đặc hiệu (MDĐH) đường dưới lưỡi. Kết quả: sau 24 tháng các triệu chứng lâm sàng: cơ năng và thực thể đều được cải thiện rõ rệt, bệnh nhân không hắt hơi: 49,02%, chảy mũi 41,18% , nghẹt mũi 45,10%. Hiệu quả điều trị chung mức độ khá-tốt đạt 92,16%. Kết luận: MDĐH đường dưới lưỡi là phương pháp điều trị đặc hiệu, an toàn, dễ điều trị, đặc biệt đối với trẻ em lứa tuổi học đường 6-14 tuổi.

Từ khóa: Viêm mũi dị ứng, D.pteronyssinus, miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi

SUMMARY

Allergic rhinitis (AR) usually begins in childhood and the emergence of specific symptoms related to AR in pre-school children as well as teens period. The epidemiological studies in the three recent decades, the percentage of AR in school age 6-14 is 10-30 %, the rate is about 10-20 % in Vietnam. Patients and method: the auto controlled descriptive follow-up study on 45 patients age

6-14 years old with allergic rhinitis by D.pteronyssinus. Patients are treated by specific sublingual immunotherapy (SLIT). Results: After 24 months of treatment, the clinical symptoms were markedly improved: there is significant progress for the symptoms of AR: Patients have no sneezing 49,02 %, rhinorrhea 41,18 %, blocked nose 45.10 %. The overall good treatment rate is 92,16%. Conclusion: sublingual immunotherapy is specific treatment, safety and ease, especially for school children ages 6-14.

Keywords: Allergic rhinitis, D.pteronyssinus, sublingual immunotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là một bệnh rất tương gặp, phần lớn do miễn tiếp xúc với các dị nguyên kéo dài với số lượng lớn và đây được coi yếu tố bệnh nguyên.(1). Các dị nguyên thường gặp rất đa dạng trong đó mạt bụi nhà D.pteronyssinus , các nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ VMDU có xu hướng ngày càng gia tăng đặc biệt ở lứa tuổi học đường dao động từ 10 đến 20%.

Triệu chứng của VMDU thường là nghẹt mũi, hắt hơi, sổ mũi, ngứa mũi, ngứa/đau/đỏ mắt và chảy nước mắt. Bệnh nhân cũng khó chịu khi có thêm các triệu chứng như ngứa rất họng, nặng mặt hoặc đau đầu, chảy mũi. Không những thế bệnh nhân có khi còn phải trải qua những cơn khó khè, nhiều loạn giấc ngủ hoặc mệt mỏi. Việc điều trị VMDU có thể làm giảm được các triệu chứng dị ứng, làm tăng chất lượng cuộc sống và có thể làm giảm số lượng người mắc bệnh hoặc mức độ nặng

1. Bệnh viện Nhi TW
2. Bệnh viện Tai Mũi Họng TW
3. Viện Y học Biển Hải Phòng
4. Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng
5. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng
6. Bệnh viện ĐK Tâm Anh

của các chứng rối loạn đồng phát như bệnh hen phế quản, bệnh rhino-sinusitis, bệnh giảm chức năng vòm nhĩ, bệnh viêm tai giữa, các bệnh liên quan dị ứng, mất ngủ và có thể cải thiện chức năng sinh lý... Ngày nay chiến lược điều trị viêm mũi dị ứng và hen phụ thuộc vào 4 nguyên lý cơ bản là tránh tiếp xúc với dị nguyên, điều trị thuốc, điều trị miễn dịch đặc hiệu (MDDH) và tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng (3).

Tất cả các thuốc điều trị dị ứng hiện nay chỉ hướng tới các triệu chứng của dị ứng mà không tác động đến những nguyên nhân gây ra hoặc ảnh hưởng đến xu hướng phát triển tự nhiên ngày càng xấu đi của bệnh. Theo các chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), điều trị MDDH là “phương pháp điều trị duy nhất làm thay đổi sự tiến triển tự nhiên của bệnh dị ứng”. Điều trị MDDH bằng con đường dưới lưỡi sẽ đơn giản hóa việc đưa vào cơ thể một lượng dị nguyên hiệu quả đảm bảo an toàn, dễ sử dụng, trẻ em dễ tiếp nhận điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Đánh giá hiệu quả lâm sàng của MDDH đường dưới lưỡi với dị nguyên D.pt ở bệnh nhân VMDU lứa tuổi 6-14 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VMDU do MBN điều trị bằng MDDH đường dưới lưỡi theo dõi trước và sau điều trị 24 tháng

Địa điểm thực hiện: Tại Viện Y học Biển Hải Phòng
Thời gian từ 01/2011- 11/2013

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc, tự đối chứng.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu.

a) Phương pháp điều trị MDDH

- Tiến hành tại Viện Y học Biển Hải Phòng.
- Dị nguyên D.pt do phòng Miễn dịch - Dị nguyên,

Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương điều chế, nồng độ 10 IR/ml, 100 IR/ml và 300 IR/ml.

*** Kỹ thuật tiến hành: Theo quy trình điều trị của Bousquet:**

Thì bắt đầu nhanh: Thuốc sử dụng duy nhất 1 lần vào buổi sáng lúc đói. Bơm trực tiếp vào dưới lưỡi và để yên trong vòng 2 phút trước khi nuốt. Thuốc được sử dụng theo kiểu tăng liều hàng ngày cho đến khi đạt được liều duy trì. Thời gian thường kéo dài 1 tháng.

Thì duy trì: Liều duy trì được sử dụng. Đây là nồng độ đã được các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng xác định. Bệnh nhân được theo dõi và ghi chép tình trạng diễn biến bệnh và làm các xét nghiệm miễn dịch ở các thời điểm trước điều trị và sau điều trị 24 tháng.

b) Đánh giá hiệu quả về lâm sàng: Sự thay đổi triệu chứng cơ năng dựa vào hỏi bệnh trực tiếp, sự thay đổi triệu chứng thực thể qua thăm khám bằng nội soi. Tùy vào mức độ thay đổi mà chúng tôi cho điểm và đánh giá hiệu quả là tốt, khá, trung bình hay kém.

+ Các triệu chứng cơ năng: Gồm 4 triệu chứng, ngứa mũi, hắt hơi, chảy mũi và ngạt mũi (chia 4 mức độ theo thang phân loại quốc tế TNSS, Total Nasal Symptoms Score, mà nhiều nhà tai mũi họng trong và ngoài nước vẫn thường áp dụng): Nặng liên tục, thành dòng: Trung bình: Từng lúc, Nhẹ: Ít khi, không: Không có biểu hiện.

+ Các triệu chứng thực thể (được chia thành 3 mức độ):

- Trạng thái niêm mạc mũi: Phù nề nhiều, xuất tiết: Phù nề nhẹ và Bình thường

- Tình trạng cuốn dưới:

Quá phát nhiều: không hoặc ít đáp ứng với thuốc co mạch; Quá phát nhẹ, còn đáp ứng với thuốc co mạch: Bình thường.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong quá trình nghiên cứu được xử lý bằng chương trình SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Mức độ thay đổi các triệu chứng cơ năng (%)

Mức độ	T,C cơ năng		Ngứa mũi		Hắt hơi		Chảy mũi		Ngạt mũi	
	Trước ĐT	Sau ĐT	Trước ĐT	Sau ĐT	Trước ĐT	Sau ĐT	Trước ĐT	Sau ĐT	Trước ĐT	Sau ĐT
Nặng	23,53	0	21,57	0	29,41	0	17,65	0		
Trung bình	47,06	13,73	47,06	13,73	43,14	11,76	43,14	3,92		
Nhẹ	29,41	39,22	31,37	37,25	27,45	47,06	25,49	50,98		
Không	0	47,06	0	49,02	0	41,18	13,73	45,10		

Các triệu chứng cơ năng đều giảm ở cả mức độ và số trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2. Các triệu chứng thực thể

3.2.1. Tình trạng niêm mạc mũi

Bảng 2. Mức độ thay đổi của niêm mạc mũi

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kém	3	5,88
Khá	37	72,55
Tốt	11	21,57
Tổng	51	100

Sau 24 tháng điều trị tình trạng niêm mạc mũi Hiệu quả điều trị niêm mạc mũi được cải thiện lên tới 94,12%, trong đó đa số là mức độ khá (giảm 1 bậc và hết hẳn) (72,55%).

3.2.2. Tình trạng cuốn mũi dưới

Bảng 3. Mức độ thay đổi của tình trạng cuốn dưới

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kém	10	19,61
Khá	37	72,55
Tốt	4	7,84
Tổng	51	100

Sau điều trị tình trạng cuốn mũi dưới hầu hết thay đổi ở mức độ tốt và khá với 80,39%, trong đó mức độ khá 72,55%, tốt chiếm 7,84% và mức độ kém chỉ đạt 19,61%

3.3. Đánh giá chung hiệu quả lâm sàng sau điều trị MDDH

Bảng 4. Hiệu quả lâm sàng sau điều trị MDDH

Thời điểm Mức độ	Sau điều trị	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Trung bình	4	7,84
Khá	23	45,10
Tốt	24	47,06
Tổng	51	100

- 92,16 % số bệnh nhân có hiệu quả tốt và khá.
- Còn 7,84 % số bệnh nhân sau điều trị mức độ thay đổi thấp, chủ yếu là dấu hiệu ngạt mũi liên tục và tình trạng cuốn mũi dưới không co hồi khi đặt thuốc co mạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng.

Phân tích tiền sử bệnh là căn cứ để phân biệt đây là một VMDU thực sự hay chỉ là đợt cấp của viêm mũi do lạnh. Triệu chứng điển hình của VMDU quanh năm là tắc ngạt mũi, các triệu chứng hắt hơi thành tràng, chảy mũi và ngứa mũi đi kèm theo nhưng không nổi trội như trong VMDU theo mùa. VMDU quanh năm nhất thiết phải có từ hai trong số triệu chứng trở lên (chứng hắt hơi, ngứa mũi, chảy mũi, ngạt mũi), biểu hiện hơn một giờ mỗi ngày ngoài đợt nhiễm vi rút. Nghiên cứu của Vũ Thị Minh Thục, Phạm Văn Thúc (5,6) thì 100% đều có tam chứng hắt hơi, chảy mũi, ngạt mũi.

Triệu chứng ngứa mũi: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân có biểu hiện ngứa mũi; đa số bệnh nhân chiếm 70,59%. có triệu chứng ngứa mũi ở mức độ trung bình và nặng. Tuy nhiên sau điều trị, các bệnh nhân có triệu chứng ngứa mũi ở mức độ trung bình và nặng đều giảm, mức độ nặng không còn bệnh nhân nào, mức nhẹ và trung bình chiếm 52,94 %. Đặc biệt là có 47,06% số BN không còn biểu hiện ngứa mũi khi tiếp xúc với DN D.pt. Như vậy, sau điều trị triệu chứng ngứa mũi ở nhóm BN được điều trị có sự cải thiện rõ rệt về số lượng cũng như mức độ ngứa mũi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đương nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh (3)

Vũ Thị Minh Thục, Phạm Văn Thúc và CS (5,6) nghiên cứu trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng do dị nguyên lông vũ thấy mức độ ngứa mũi nặng và trung bình trước điều trị 89,04 %; sau 24 tháng điều trị chỉ còn ở 49,84 % và có 20,93% số BN không còn biểu hiện ngứa mũi.

Triệu chứng hắt hơi: Trước điều trị, 100% số bệnh nhân có các triệu chứng hắt hơi ở các mức độ khác nhau, trong đó đa số bệnh nhân có triệu chứng hắt hơi ở mức độ trung bình, chiếm 47,06%.

Sau điều trị, số bệnh nhân bị hắt hơi giảm còn 50,98%, trong đó mức độ nặng không còn bệnh nhân nào. Chúng tôi cũng nhận thấy trong từng bệnh nhân cụ thể có sự thay đổi rất rõ về mức độ hắt hơi ở nhóm điều trị bằng MDDH, trong đó các bệnh nhân sau điều trị chủ yếu là giảm 2 bậc về mức độ hắt hơi, chiếm 86,27%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh (3) với tỷ lệ giảm triệu chứng hắt hơi sau điều trị MDDH với D.pt là 81 - 85%.

Triệu chứng chảy mũi: Trước điều trị, 100% các bệnh nhân có triệu chứng chảy mũi chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ 29,41% trong đó mức độ chảy mũi trung bình gặp cao nhất 43,14%. Sau điều trị, có 41,18 % số bệnh nhân không còn chảy mũi, mức độ chảy mũi nặng không còn bệnh nhân nào. Phân tích từng ca cho thấy mức độ giảm của triệu chứng chảy mũi chúng tôi thấy đa số là giảm 2 bậc chảy mũi là ở mức độ trung bình và không có



bệnh nhân nào chảy mũi tăng lên.

Như vậy sau điều trị MDDH đường dưới lưỡi làm giảm tình trạng viêm bởi vậy giảm sự tiết dịch biểu hiện bằng tỷ lệ giảm triệu chứng chảy mũi ở BN cả về số trường hợp cũng như mức độ chảy mũi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước Vũ Minh Thục

Triệu chứng ngạt mũi: Trước điều trị, có 17,65% ngạt mũi mức độ nặng, có 43,14 % số bệnh nhân ngạt mũi ở mức độ trung bình. Số bệnh nhân có triệu chứng ở mức độ nhẹ và không ngạt mũi là 68,63%.

Sau điều trị, mức độ nhẹ và không ngạt mũi tăng lên là 96,08%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,01$). Nghiên cứu đối chiếu trên từng trường hợp, chúng tôi thấy mức độ ngạt mũi giảm 1 bậc chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Nhật Linh (3). Một số tác giả nước ngoài khác (8,9) cũng đưa ra những kết quả tương tự sau điều trị MDDH đường dưới lưỡi.

Như vậy, sau điều trị hầu hết các triệu chứng cơ năng đều thuyên giảm đặc biệt là các dấu hiệu ngứa mũi, hắt hơi và chảy mũi. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác khi nghiên cứu VMDU do các loại dị nguyên. Điều này cho thấy việc điều trị MDDH bằng DN D.ptc cũng cho kết quả khả quan.

4.2. Mức độ cải thiện các triệu chứng thực thể.

Tình trạng niêm mạc mũi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước điều trị tất cả các bệnh nhân đều có tình trạng niêm mạc phù nề ở các mức độ khác nhau chủ yếu là ở mức độ phù nề nhẹ, nhợt màu, đặc biệt không có bệnh nhân nào có tình trạng niêm mạc mũi bình thường. Sau điều trị có kết quả cho thấy 21,57% cho kết quả điều trị tốt, 72,55% cho kết quả điều trị khá, và chỉ còn 5,88% cho kết quả điều trị kém, không có trường hợp nào kết quả mức trung bình.

Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với kết quả của các tác giả (3,6) khi điều trị miễn dịch đặc hiệu đường niêm dưới da bằng dị nguyên bụi bông, cũng công bố các kết quả tương tự.

Tình trạng cuốn mũi dưới:

Sau điều trị tình trạng cuốn mũi dưới hầu hết thay đổi ở mức độ tốt và khá với 80,39%, trong đó mức độ khá 72,55%, tốt chiếm 7,84% và mức độ kém chỉ đạt 19,61%. Từ kết quả nghiên cứu thu được chúng tôi cho rằng sự quá phát, thoái hoá của niêm mạc cuốn mũi không nằm trong bệnh cảnh của phản ứng dị ứng tại mũi mà được coi là hậu

quả chung của một quá trình bệnh lý kéo dài tại đây. Do sự thiếu hiểu biết về thuốc co mạch vì thế bệnh nhân thường tự nhỏ vào mũi các loại thuốc có tác dụng co mạch trong một thời gian dài mà không hề có sự hướng dẫn của bác sĩ, đã gây ra sự tổn thương niêm mạc mũi rất khó hồi phục, còn gọi là viêm mũi do thuốc. Nhận định này của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Nguyễn Nhật Linh, Vũ Trung Kiên, Vũ Minh Thục (2,3,4,6). Kết quả đánh giá tình trạng cuốn mũi sau điều trị của chúng tôi cho thấy 3 trong số bệnh nhân, có cuốn mũi dưới quá phát nặng không đáp ứng với thuốc co mạch cũng chính là 3 bệnh nhân ngạt mũi nặng không thể cải thiện sau điều trị. Các trường hợp này nên chăng đến một giai đoạn nào đó phải áp dụng chính hình cuốn dưới để đảm bảo sự thông khí qua mũi giúp giảm bớt nguy cơ bệnh mũi xoang cũng như các bệnh tai mũi họng khác và viêm nhiễm đường hô hấp dưới.

4.3. Hiệu quả chung lâm sàng sau điều trị

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng chung về lâm sàng của phương pháp điều trị bằng miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi với dị nguyên bụi nhà D.pteronysinus đã mang lại các kết quả tốt cụ thể. Có tới 92,16 % số bệnh nhân có hiệu quả tốt và khá, trong đó số bệnh nhân sau điều trị ở mức độ thay đổi thấp còn 7,84 % với biểu hiện chủ yếu ngạt mũi liên tục và tình trạng cuốn mũi dưới không co hồi khi đặt thuốc co mạch. Đặc biệt trong số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong quá trình điều trị. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của tác Nguyễn Trọng Tài (4) và cao hơn kết quả của các tác Phạm Văn Thức (5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều trị bằng MDDH bằng đường dưới lưỡi mang lại sự an toàn cũng như hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Sau 24 tháng điều trị MDDH bằng đường dưới lưỡi kết quả cho thấy các triệu chứng lâm sàng đều được cải thiện rõ rệt:

- Các triệu chứng cơ năng (hắt hơi, chảy nước mũi, ngạt mũi, ngứa mũi) giảm nhiều cả về mức độ và số trường hợp so với trước điều trị.
- Tình trạng niêm mạc mũi cho kết quả điều trị khá và tốt chiếm 94,12%
- Tình trạng cuốn mũi dưới ít thay đổi sau điều trị.
- Hiệu quả lâm sàng tốt và khá sau điều trị chiếm tỷ lệ cao: 80,39%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An và cộng sự (1999), Viêm mũi dị ứng, tình hình, nguyên nhân, ảnh hưởng môi trường và những biện pháp phòng chống tại cộng đồng. Đề tài thuộc chương trình 01.08. Hà Nội.

2. Vũ Trung Kiên (2013) “Thực trạng viêm mũi dị ứng của học sinh trung học cơ sở thành phố Thái bình, Hải Phòng và hiệu quả điều trị miễn dịch đặc hiệu bằng dị nguyên *Dermatophagoides Pteronyssinus*” Luận án tiến sĩ Y học
3. Nguyễn Nhật Linh (2001). “Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị Giải miễn cảm Đ đặc hiệu trong viêm mũi dị ứng bằng dị nguyên mạt bụi nhà”. Luận văn thạc sỹ y học. p. 24 – 45
4. Nguyễn Trọng Tài (2010). “Nghiên cứu điều trị giải miễn cảm đặc hiệu bằng đường dưới lưỡi ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng do dị nguyên *Dermatophagoides pteronyssinus*”. *Luận án tiến sĩ*: p. 49 - 98.
5. Phạm Văn Thức, Vũ Sản, Phùng Minh Sơn (1999), “Bước đầu ứng dụng phương pháp GMCDH trên bệnh nhân hen phế quản dị ứng do bụi nhà và bụi lông vũ tại Hải Phòng”, *Báo cáo khoa học, Hội nghị giảng dạy và nghiên cứu Miễn dịch học hàng năm lần IX*, Hà Nội.
6. Vũ Minh Thực và cs (2004). *Đánh giá hiệu quả điều trị miễn dịch đặc hiệu đường tiêu ở bệnh nhân Viêm mũi dị ứng do dị nguyên mạt bụi nhà D. pteronyssinus*. Đề tài cấp Bộ Y tế.
8. Yousef A. Taher, Paul A.J. Henricks, Antoon J.M. van Oosterhout (2010), “Allergen-specific subcutaneous immunotherapy in allergic asthma: immunologic mechanisms and improvement, Libyan”, *Journal of Medicine*.
9. Yoshitaka Okamoto, Syuji Yonekura, Daiju Sakurai, Shigetoshi Horiguchi, Toyoyuki Hanazawa, Atsuko Nakano, Fumiyo Kudou, Yoji Nakamaru, Kohei Honda, Akira Hoshioka, Naoki Shimojo, Yoichi Kohno (2010), “Sublingual Immunotherapy with House Dust Extract for House Dust-Mite Allergic Rhinitis in Children”, *Allergology International*, 59, pp. 381 – 388.

-----oOo-----

THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ TIÊU MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG DO DỊ NGUYÊN *D. PTERONYSSINUS* LỬA TUỔI 6-14 TUỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH ĐẶC HIỆU ĐƯỜNG DƯỚI LƯỠI

Vũ Minh Thực¹, Trần Thái Sơn², Lương Xuân Tuyến³, Nguyễn Thị Vinh Hà⁴,
Phạm Văn Thức⁵, Nguyễn Quang Hùng⁶

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc, tự đối chứng cho 51 bệnh nhân từ 6-14 tuổi được chẩn đoán xác định VMDU do dị nguyên *D. pteronyssinus* tại Hải Phòng. Sau 24 tháng điều trị Kết quả cho thấy các chỉ tiêu miễn dịch đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê: Test kích thích mũi sau điều trị có 5,88% (-) và 72,55% (+) so với trước điều trị dương tính 100%, trong đó chủ

yếu là (++) và (+++): 90,02%; Phản ứng tiêu bạch cầu: trước điều trị 100% dương tính, sau điều trị 35,29% âm tính; IgE toàn phần trước điều trị $545,14 \pm 360,70$; sau điều trị $331,84 \pm 232,31$ UI/ml; IgG toàn phần trước điều trị $993,71 \pm 110,24$; sau điều trị $1876,18 \pm 274,24$ mg%.

Từ khóa: Viêm mũi dị ứng, *D. pteronyssinus*, miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi.

1. Bệnh viện Tai Mũi Họng TW
2. Bệnh viện Nhi TW
3. Viện Y học Biển Hải Phòng
4. Bệnh viện ĐK Tâm Anh
5. Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng
6. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

SUMMARY

The auto controlled descriptive follow-up study on 51 patients age 6-14 years old with allergic rhinitis by D.pteronyssinus at HaiphongCity. After 24 months of treated by specific sublingual immunotherapy (SLIT), all immunological parameters significantly had been improved ($p < 0.05$) such as: Before the treatment, 100% of nasal provocation test (NPT) was positive, but after the treatment the number reduces and 5,88% with NPT have negative:, especially number of patients with NPT (++) and (+++) decrease from 90,02% to 21,57%. Destroying leucocyte test before treatment: 100% were positive and after 35,29% negative ($p < 0,05$). Moreover, the treatment makes changes in serum immunoglobulin, such as reduction of total IgE level (before the treatment, IgE level was $545,14 \pm 360,70$ UI/ml, after the treatment that was $331,84 \pm 232,31$ UI/ml), increase in total IgG synthesis (before the treatment IgG levels were $993,71 \pm 110,24$ mg% and after the treatment that was $1876,18 \pm 274,24$ mg% ($p < 0.05$)).

Keywords: Allergic rhinitis; D.pteronyssinus; sublingual immunotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là một trong những thể bệnh được xếp vào nhóm các bệnh lý miễn dịch (9). Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng, đặc biệt trẻ em dễ bị tổn thương bởi các bệnh này. Theo ước tính tỷ lệ mắc bệnh VMDU chiếm từ 10 đến 20% các trẻ ở lứa tuổi học đường và từ 15 đến 30% ở lứa tuổi thiếu niên(10). Ở Việt Nam tỷ lệ VMDU ở trẻ em cũng không nằm ngoài quy luật (1). Bệnh thường ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như số lượng người mắc bệnh. Cho đến nay VMDU được xếp loại như một căn bệnh hô hấp mạn tính và là nguyên nhân thứ 2 dẫn tới căn bệnh mạn tính ở nhiều nước.

Chiến lược điều trị VMDU viêm mũi dị ứng và hen phụ thuộc vào 4 nguyên lý cơ bản là tránh tiếp xúc với dị nguyên, điều trị thuốc, điều trị miễn dịch đặc hiệu (MDDH), và tuyên truyền giáo dục cho bệnh nhân. Tất cả các thuốc điều trị dị ứng hiện nay chỉ hướng tới các triệu chứng của dị ứng mà không tác động đến những nguyên nhân gây ra hoặc ảnh hưởng đến xu hướng phát triển tự nhiên ngày càng xấu đi của bệnh. Theo các chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới (WHO)(9), “MDDH là phương pháp điều trị duy nhất làm thay đổi sự tiến triển tự nhiên của bệnh dị ứng”. Điều trị MDDH đường dưới lưỡi đơn

giản hóa việc đưa vào cơ thể một liều dị nguyên hiệu quả đảm bảo an toàn, dễ sử dụng, trẻ em dễ tiếp nhận điều trị. Dựa trên những sự thay đổi của các xét nghiệm miễn dịch kết hợp với sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng có thể đánh giá chính xác được hiệu quả của MDDH đối với VMDU. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: **Đánh giá sự biến đổi một số chỉ tiêu miễn dịch ở bệnh nhân bệnh nhân VMDU do D.pteronyssinus lứa tuổi 6-14 tuổi sau 24 tháng điều trị miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VMDU do MBN điều trị bằng MDDH đường dưới lưỡi theo dõi trước và sau điều trị 24 tháng

Địa điểm thực hiện: Viện Y học Biển Hải Phòng.

* Thời gian từ 07/2011-08/2013.

2. Phương pháp nghiên cứu

Kỹ thuật nghiên cứu

- Phản ứng tiêu bạch cầu hạt

Nguyên lý: Phức hợp KH-KT được hình sẽ tương tác lên màng tế bào làm thay đổi cấu trúc màng cũng như các chuyển hóa trong tế bào kết quả thoát hạt trong bào tương.

Đánh giá kết quả:

+ Phản ứng âm tính (-): số lượng tế bào không thay đổi hoặc tỷ lệ phân hủy < 10%.

+ Phản ứng dương tính khi tế bào bị phân hủy được chia làm 4 mức: (+): Số tế bào phân hủy từ 10 - 20%, (++) : Số tế bào bị phân hủy > 20 - 30%, Dương tính (+++): Số tế bào bị phân hủy > 30 - 40%, (++++): Số tế bào bị phân hủy > 40%

- Định lượng IgE toàn phần bằng kỹ thuật miễn dịch đánh dấu với bộ sinh phẩm của hãng DRG (Cộng hòa liên bang Đức)

- Định lượng IgG toàn phần trong huyết thanh: bằng kỹ thuật tua với bộ sinh phẩm của hãng Beckman coulter (Mỹ)

- Test kích thích mũi (Nasal provocation test).

Tiến hành nhỏ vào mỗi bên mũi 2-3 giọt nước muối sinh lý làm chứng, nếu không có phản ứng gì thì sau 15 phút bắt đầu nhỏ 3 giọt dung dịch D.pt vào mỗi bên mũi với nồng độ tăng dần từ 1000, 2000, 5000 đến 10000 PNU/ml. Nhận định kết quả sau 20 phút.

Kết quả: Âm tính (-) không có biểu hiện trên khi thử

đến nồng độ 10000 PNU/ml. Dương tính (+) có ít nhất 2 triệu chứng năng, hoặc so sánh độ thông khí của mũi qua gương Glazel trước và sau khi làm test và tình trạng niêm mạc hốc mũi và cuốn dưới: phù nề, tăng xuất tiết, cụ thể (+) ở nồng độ 10000 PNU/ml, (++) nồng độ 5000 PNU/ml, (+++), nồng độ 2000 PNU/ml, (++++). Đáp ứng ở nồng độ 1000 PNU/ml

Phương pháp điều trị MDDH

- Tiến hành tại Viện Y học Biển Hải Phòng.
- Dị nguyên D.pt, với nồng độ 10 IR/ml, 100 IR/ml và 300 IR/ml.

* Kỹ thuật tiến hành: Theo quy trình điều trị của Bousquet:

Thì bắt đầu nhanh: thuốc sử dụng 1 lần vào buổi sáng lúc đói. Bơm trực tiếp vào dưới lưỡi và để yên trong vòng 2 phút trước khi nuốt. Thuốc được sử dụng theo kiểu tăng liều hàng ngày cho đến khi đạt được liều duy trì. Thời gian thường kéo dài 1 tháng.

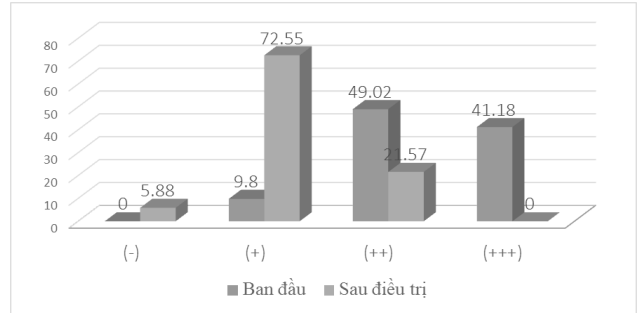
Thì duy trì: Liều duy trì được sử dụng. Đây là nồng độ đã được các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng xác định. Bệnh nhân được theo dõi và ghi chép tình trạng diễn biến bệnh và làm các xét nghiệm miễn dịch ở

các thời điểm trước điều trị và sau điều trị 12, 24 tháng.

3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong quá trình nghiên cứu được xử lý bằng chương trình SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 3.1. Test kích thích mũi trước và sau điều trị



Nhận xét: Trước điều trị 100% bệnh nhân cho kết quả dương tính nhưng không có trường hợp nào (++++), chủ yếu là (++) và (+++): 90,02%. Sau điều trị, chủ yếu bệnh nhân ở nhóm (+): 72,55%; không có bệnh nhân nào (+++) và có 5,88% cho kết quả (-).

Bảng 1. Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu trước và sau điều trị

Mức độ		Trước điều trị (1)		Sau điều trị (2)		P
		SL	%	SL	%	
Dương tính	(+)	20	39,22	21	41,18	p _{1,2} <0,05
	(++)	19	37,25	11	21,57	
	(+++)	9	17,65	1	1,96	
	(++++)	3	5,88	0	0	
Âm tính		0	0	18	35,29	
Tổng		51	100	51	100	

Kết quả bảng 1 cho thấy phản ứng tiêu bạch cầu 35,29% bệnh nhân cho kết quả âm tính, (p<0,05). đặc hiệu tăng rõ rệt sau điều trị 24 tháng. Sau điều trị có

Bảng 2. Hàm lượng IgE toàn phần trong huyết thanh trước và sau điều trị.

Thời điểm	Thấp nhất (UI/ml)	Cao nhất (UI/ml)	\bar{X} (UI/ml)	SD (UI/ml)	P
Trước điều trị	167,32	1476,89	545,14	360,70	<0,05
Sau điều trị	92,23	841,03	331,84	232,31	

Hàm lượng IgE toàn phần trung bình ở bệnh nhân giảm đi rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05.



Bảng 3. Hàm lượng IgG toàn phần trong huyết thanh trước và sau điều trị.

Thời điểm	Thấp nhất (mg/%)	Cao nhất (mg/%)	\bar{X} (mg/%)	SD (mg/%)	p
Trước điều trị	816,00	1259,00	993,71	110,24	<0,05
Sau điều trị	1213,00	2413,00	1876,18	274,24	

Sau điều trị tất cả các bệnh nhân đều có hàm lượng IgG tăng rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Test kích thích mũi

Test kích mũi giá trị trong chẩn đoán dị ứng đặc hiệu đặc biệt có độ nhạy cao trường hợp VMDU. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng test kích thích mũi để chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị MDĐH. Sau 24 tháng điều trị kết quả cho thấy trước điều trị 100% bệnh nhân cho kết quả dương tính nhưng không có trường hợp nào (++++), chủ yếu là (++) và (+++): 90,02% và sau điều trị, chủ yếu bệnh nhân ở nhóm (+): 72,55%; không có bệnh nhân nào (+++) và có 5,88% cho kết quả (-). Điều này chứng tỏ mức độ dương tính của test kích thích mũi sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả của Imleat và Vũ Minh Thực khi điều trị MDĐH bằng dị nguyên *D.Pte* đường dưới lưỡi cho bệnh nhân VMDU người lớn nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Mạnh Hùng khi điều trị bằng đường tiêm trong da cho bệnh nhân hen phế quản dị ứng phải chăng phương pháp điều trị MDĐH bằng các đường khác nhau kết quả thu được cũng khác nhau

2. Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu

Kết quả của chúng tôi cho thấy sau 24 tháng điều trị phản ứng tiêu bạch cầu hạt đặc tăng lên rõ rệt 35,29% trong khi trước điều trị tỷ lệ này chỉ chiếm 5,77% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc biệt mức độ (++++) giảm xuống 0% và (+++) cũng giảm xuống còn 1,96% so với trước điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Mạnh Hùng (3) cao hơn cả về tỷ lệ dương tính cũng như mức đáp ứng dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng dị nguyên *D.Pte* có nguồn gốc từ Việt Nam, trong khi nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng lại sử dụng dị nguyên bụi nhà của pháp. Như vậy phản ứng tiêu bạch cầu hạt đặc hiệu sẽ cho các kết quả khác nhau khi sử dụng dị nguyên *D.Pte* có nguồn gốc khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Mạnh Hùng. Sau 24 tháng điều trị,

không còn bệnh nhân nào cho tỷ lệ dương tính (++++), chủ yếu tập trung ở mức độ (+) và (++) , tuy nhiên mức độ (++) đã giảm rõ rệt so với trước chỉ còn 11,54%. Đặc biệt có 32,69% bệnh nhân cho kết quả âm tính. Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,01$.

3. Biến đổi nồng độ IgE

IgE là kháng thể gắn liền với bệnh lý dị ứng typ I, nó đóng vai trò quan trọng nhất trong cơ chế dị ứng. Người bình thường nồng độ dao động 0 - 135 UI/ml. Khi bị bệnh dị ứng, IgE có thể tăng tới hàng chục, thậm chí hàng trăm lần.

Nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh của nhóm VMDU trước điều trị: $545,14 \pm 360,70$ UI/ml. Kết quả này cao hơn hẳn so với nhóm đã được điều trị $212,70 \pm 95,05$ UI/ml. Nghiên cứu của các tác giả (2,3,4) đều chỉ ra nhóm các đối tượng bị hen, VMDU do bụi bông, bụi nhà nồng độ IgE đều cao hơn rõ rệt rõ rệt so với nhóm người bình thường đều với ($p < 0,01$).

Sau điều trị 24 tháng bằng MDĐH với dị nguyên MBN nồng độ 300IR/ml, nồng độ IgE giảm xuống rõ rệt còn $331,84 \pm 232,31$ UI/ml có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Điều này đã đánh giá gián tiếp sự giảm dần của IgE đặc hiệu với dị nguyên MBN ở các bệnh nhân HPQ đang được điều trị MDĐH. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Trịnh Mạnh Hùng (3) tiến hành điều trị MDĐH với *D.pte* của Pháp cho các bệnh nhân HPQ tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu của Delaunoy L. cũng có cho thấy khi tiến hành điều trị MDĐH trên 73 bệnh nhân thấy 91% bệnh nhân có hàm lượng IgE trong huyết thanh giảm và có kết quả đánh giá trên lâm sàng là tốt.

4. Biến đổi nồng độ IgG toàn phần

Bên cạnh sự suy giảm nồng độ IgE toàn phần, chúng tôi tiến hành định lượng nồng độ IgG toàn phần trong huyết thanh. IgG4 được coi là kháng thể bảo vệ ở bệnh nhân bị dị ứng với một loại dị nguyên nào đó sau khi được tiến hành điều trị MDĐH với dị nguyên đó.

Nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã chỉ ra các bệnh nhân sau khi điều trị bằng liệu pháp MDĐH có nồng độ IgG4 cao hơn nhóm người bình thường và nhóm người bị VMDU không được điều trị MDĐH. Tuy nhiên do điều kiện hiện tại của Việt Nam,

chưa triển khai được kỹ thuật định lượng IgG4 nên việc tiến hành xác định nồng độ IgG toàn phần trước và sau điều trị MDDH theo từng thời điểm cũng góp phần đánh giá được hiệu quả điều trị đối với bệnh nhân.

Khi định lượng IgG toàn phần ở các bệnh nhân điều trị MDDH với MBN trước và sau điều trị 24 tháng, kết quả của chúng tôi cho thấy lượng IgG trước điều trị là $993,71 \pm 110,24$ mg%, tăng hơn so với nhóm đã được điều trị với ($p < 0,05$ và có sự biến đổi ngược so với hàm lượng IgE toàn phần. Điều đó chứng tỏ ở các bệnh nhân VMDU do MBN có sự nhạy cảm với dị nguyên và tăng sản xuất kháng thể dị ứng (IgE) và giảm sản xuất kháng thể bảo vệ (IgG).

Điều này cũng phù hợp với mức độ dương tính các test da, phản ứng phân hủy mastocyte, phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu. Sau 24 tháng điều trị MDDH bằng MBN 300 nồng độ IR/ml hàm lượng IgG tăng lên. Điều đó chứng tỏ sau điều trị MDDH bằng MBN, các bệnh nhân VMDU đã tăng lượng kháng thể bảo vệ.

Sự tăng nồng độ IgG cùng với sự giảm xuống của IgE sau điều trị so với trước điều trị chứng tỏ đáp ứng miễn dịch đã thay đổi, thể hiện ở chỗ các test lấy da, phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu đã giảm hẳn mức độ dương tính. Tất cả các thay đổi này phù hợp với sự tốt lên của các triệu chứng lâm sàng sau điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Võ Thanh Quang và Vũ Minh

Thục cũng như kết quả của Imleat và Vũ Minh Thục (3,4, 6,7) và cao hơn kết quả của Phạm Văn Thúc và CS (5) khi điều trị bằng dị nguyên bụi nhà và bụi lông vũ theo đường tiêm trong da.

Như vậy sau 24 tháng điều trị VMDU do MBN bằng MDDH đường dưới lưỡi với MBN nồng độ 300IR/ml chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt về các chỉ tiêu miễn dịch ở trẻ. Hơn nữa phương pháp này thể hiện được sự ưu việt hơn với đường tiêm vì tính an toàn rất cao, trẻ em có tâm lý ổn định dễ dàng phối hợp điều trị, không có trường hợp nào xảy ra tai biến do dị nguyên và cũng không có bệnh nhân nào phải bỏ điều trị vì tác dụng phụ của dị nguyên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VMDU được điều trị bằng miễn dịch đặc hiệu sau 24 tháng cho thấy các chỉ tiêu miễn dịch đều cải thiện rõ rệt:

- Tỷ lệ test kích mũi (-) tăng 5,88% trong khi tỷ lệ dương tính (+) chiếm 72,55 %.

- Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu sau điều trị tỷ lệ âm tính tăng 35,29 % . Đặc biệt không còn bệnh nhân nào có phản ứng (++++),

- Nồng độ IgE toàn phần giảm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

- Nồng độ IgG toàn phần tăng có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An và CS (2005). *Bài giảng dị ứng miễn dịch lâm sàng*. Nxb Y học. Hà Nội.
2. Đoàn Thị Thanh Hà (2002). “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị miễn dịch viêm mũi dị ứng do dị nguyên bụi nhà”. *Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội*. p. 74 - 81.
3. Trịnh Mạnh Hùng (2000), Kết quả chẩn đoán và điều trị hen phế quản bụi nhà, Luận án tiến sĩ Y học Đại học Y, Hà Nội.
4. Imleat, Vũ Minh Thục (2006), *Đánh giá hiệu quả điều trị MDDH trong VMDU ở người lớn do dị nguyên Dermatophagoides pteronyssinus bằng đường dưới lưỡi*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Phạm Văn Thúc, Vũ Sản, Phùng Minh Sơn (1999), “Bước đầu ứng dụng phương pháp GMCĐH trên bệnh nhân hen phế quản dị ứng do bụi nhà và bụi lông vũ tại Hải Phòng”, *Báo cáo khoa học, Hội nghị giảng dạy và nghiên cứu Miễn dịch học hàng năm lần IX*, Hà Nội.
6. Vũ Minh Thục (2003). “Điều chế, tiêu chuẩn hóa dị nguyên mạt bụi nhà Dermatophagoides pteronyssinus, ứng dụng trong lâm sàng” *Đề tài cấp bộ*. p. 6 - 29.
7. Vũ Minh Thục và cs (2004). “Đánh giá hiệu quả điều trị miễn dịch đặc hiệu đường tiêm ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng do dị nguyên mạt bụi nhà D.pteronyssinus”. *Đề tài cấp Bộ*.
8. Andre C, Vatrinet C, Galvain S, Carat F, Sicard H (2000), *Safety of sublingual-swallow immunotherapy in children and adults*. International Archives of Allergy and Immunology.121, 3, pp.229-234.
9. Bousquet J. ARIA, WHO J. of Allergy and clin. Imm.(2001) vol 108.P 155- 162.
10. Downie J. Allergy, (2004), Vo 159 p 320-326

SỰ THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM CỦA NGƯỜI CAO TUỔI KHI TRIỂN KHAI MÔ HÌNH PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH TẠI PHƯỜNG TRẦN PHÚ, QUẬN HOÀNG MAI, HÀ NỘI, NĂM 2017

Lê Đức Hoàng¹, Nguyễn Minh Hoàng², Dương Kim Tuấn², Đỗ Mai Hoa²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả sự thay đổi về kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường và sử dụng dịch vụ y tế tại TYT phường của người cao tuổi khi triển khai thử nghiệm mô hình phòng khám bác sĩ gia đình lồng ghép với TYT. Nghiên cứu này được tiến hành tại 2 thời điểm trước và sau khi thực hiện can thiệp 1 năm. Kết quả cho thấy có 36,5% người cao tuổi bị tăng huyết áp, 32,7% mắc tiểu đường, tỷ lệ người cao tuổi tập thể dục hàng ngày, thường xuyên đạt 77,3%, 29,9% người cao tuổi áp dụng chế độ ăn lành mạnh, tỷ lệ người cao tuổi sử dụng dịch vụ tại trạm y tế phường tăng 14,2%. Hoạt động tư vấn kiến thức tại TYT và duy trì hoạt động của CLB người cao tuổi có ảnh hưởng tích cực tới sự thay đổi kiến thức và thực hành phòng chống bệnh của người cao tuổi. Nghiên cứu cho thấy để duy trì hoạt động của mô hình phòng khám bác sĩ gia đình cần có cơ chế chi trả phí dịch vụ tại trạm y tế phù hợp để động viên cán bộ trạm y tế thực hiện các hoạt động theo nguyên lý y học gia đình.

Từ khóa: Bác sĩ gia đình, kiến thức, thực hành, đái tháo đường, tăng huyết áp

ABSTRACT: THE CHANGE OF KNOWLEDGE, PRACTICAL PREVENTION OF NCDs OF ELDERLY UPON MODEL LAUNCHES FAMILY DOCTOR IN TRAN PHU WARD, HOANG MAI DISTRICT, HANOI, 2017

This cross-sectional research aims to identify the change of the knowledge, practice among elder people in preventing hypertension, diabetes and using health services at the ward health station following the model of family doctor clinic integrated with the Commune

health center in Tran Phu ward, Hoang Mai district, Hanoi. This study was conducted twice before and after 1 year of the intervention. The result showed 36,5% of elders had hypertension, 32,7% had diabetes, the rate of elders doing exercises daily, regularly was 77,3%, 29,9% elders practiced healthy diet, the rate of elders using health services provided at ward health clinic increased by 14,2%. Consulting activities of knowledge at clinics and maintain operation of the elderly Club has positive influence to the change in the knowledge and practice prevention of NCDs of the elderly. Research shows that to maintain the operation of the model family physician clinic should have the mechanism to pay service fees at clinics tailored to motivate officials clinics performed the activities according to the principles of family medicine.

Key words: Family doctor, diabetes, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung bình mỗi NCT ở nước ta phải chịu 15,3 năm bị bệnh tật và phải đương đầu với sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN), đặc biệt là tiểu đường và tăng huyết áp. Mô hình BSGĐ là một cái cách quan trọng của hệ thống y tế nhằm đáp ứng sự gia tăng gánh nặng bệnh tật đối với các BKLN và sự già hóa dân số của các quốc gia châu Âu và châu Á[1]. Tính ưu việt của mô hình là có thể cung cấp các dịch vụ CSSK thể chất và tinh thần cho NCT ngay tại gia đình và cộng đồng họ, giúp hạn chế được quá trình tiến triển và biến chứng của các BKLN hay gặp, đồng thời phát hiện và điều trị sớm các bệnh cấp tính ở NCT. Tại Hà Nội, với sự hỗ trợ của Sở Khoa học Công nghệ của thành phố Hà Nội, Trường Đại học Y tế Công cộng đã phối hợp với TTYT Hoàng Mai, triển khai can thiệp tại mô hình phòng khám bác sĩ

1. Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Tuyên Quang
2. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 13/09/2017 | » Ngày phản biện: 18/09/2017 | » Ngày duyệt đăng: 23/09/2017

gia đình lồng ghép với trạm y tế phường Trần Phú từ năm 2015-2017, bằng các giải pháp truyền thông, nâng cao năng lực CBYT, thành lập CLB sức khỏe... Nghiên cứu nhằm mô tả sự thay đổi kiến thức và thực hành phòng chống cao huyết áp, đái tháo đường của người cao tuổi và một số yếu tố liên quan trước và sau khi thử nghiệm Mô hình phòng khám bác sĩ gia đình lồng ghép với TYT.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 2 thời điểm trước và sau khi thực hiện can thiệp 1 năm, nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp với kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi (trên 60 tuổi) đang sinh sống tại phường Trần Phú, quận Hoàng Mai. Địa điểm nghiên cứu tại phường Trần Phú, quận Hoàng Mai, Hà Nội. Thời gian từ 2/2017 – 6/2017.

2.2 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu định lượng: Ước tính theo công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó n: Cỡ mẫu can thiệp tối thiểu, p1: ước tính tỷ lệ % người dân sử dụng dịch vụ y tế tại trạm y tế khi ốm, p2: giả thiết là can thiệp có thể làm tăng tỷ lệ người dân sử dụng dịch vụ y tế tại trạm y tế lên 20% so với trước can thiệp, p = (p1 + p2) / 2, z α /2 = 1,64 - giá trị của phân bố chuẩn đối với mức sai số α =5%, cho kiểm định 1 phía (giả thuyết là tỷ lệ sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp), z β = 0,80 (giá trị của phân bố chuẩn đối với lực mẫu mong muốn β = 80%) tổng số NCT cần điều tra là 210 người. Chọn mẫu: trên thực tế, kết quả khảo sát đánh giá ban đầu cho biết tổng số người đồng ý tham gia điều tra là 211, đáp ứng được cỡ mẫu yêu cầu.

Cỡ mẫu định tính: 02 cán bộ y tế tuyến cơ sở, 5 người cao tuổi tại địa phương. Chọn mẫu: với cán bộ y tế cơ sở, chọn những người tham gia, quản lý, điều hành các hoạt động can thiệp. Với người cao tuổi, chọn những người cao tuổi là cán bộ tổ dân phố.

2.3 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Định lượng: Tiến hành phỏng vấn bằng bảng hỏi để tìm hiểu thông tin chung, tình hình ốm và việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, quản lý BKLN của NCT. Định tính: Phỏng vấn sâu các đối tượng bằng hướng dẫn phỏng vấn sâu. Số liệu định lượng được mã hóa làm sạch, quản

lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu định tính được ghi âm bằng điện thoại di động và được gõ bằng, phân tích trên Microsoft Word 2007.

2.4 Chỉ số hiệu quả

Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được sử dụng để đánh giá sự thay đổi tuyệt đối của chỉ số sau can thiệp so với chỉ số trước can thiệp. Công thức đánh giá hiệu quả:

$$\text{Chỉ số hiệu quả} = ((\text{Chỉ số sau can thiệp} - \text{Chỉ số trước can thiệp}) / \text{Chỉ số trước can thiệp}) \times 100$$

2.5 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng. Nghiên cứu được sự chấp thuận của cộng đồng địa phương, sự ủng hộ của chính quyền và cơ quan y tế quản lý địa bàn nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Thực trạng kiến thức và thực hành sức khỏe của người cao tuổi phường Trần Phú

Trong tổng số 211 người cao tuổi tham gia nghiên cứu, có 37% đối tượng nghiên cứu là nam, 63% là nữ. Đa số đối tượng nghiên cứu (50.7%) có trình độ học vấn cấp 2. Chỉ có 10.4 % trình độ trung cấp, đại học và 1.9% mù chữ. Mặt khác, 54% NCT có lương hưu, 20% đang lao động kiếm sống. 19% nhận được con/ cháu chu cấp. Tỷ lệ người cao tuổi bị tăng huyết áp là 36,5% và mắc tiểu đường là 32,7%.

Trong số này, có 78.7% người cao tuổi trả lời đúng chỉ số huyết áp cao, cao hơn 28,5% trước can thiệp. 40.3% người cao tuổi trả lời đúng các dấu hiệu của bệnh tiểu đường cao hơn 33,7% trước can thiệp. 60.7% người cao tuổi trả lời đúng và đầy đủ các cách giữ gìn sức khỏe và phòng chống bệnh tật thay đổi tăng 40,3% (Bảng 2.1.)

Bảng 2.1. Sự thay đổi kiến thức phòng chống bệnh không lây nhiễm

	Đánh giá	Trước(%)	Sau(%)	P	CSHQ (%)
Biết dấu hiệu tiểu đường	Đầy đủ	14(6.6)	85(40.3)	<0.05	510.6
	Chưa đủ	197(93.4)	126(59.7)		
Biết Chỉ số CHA	Đúng	106(50.2)	166(78.7)	<0.05	14.5
	Sai	105(49.8)	45(21.3)		



77.3% NCT có tập thể dục hàng ngày, thường xuyên, tăng 20%. Thời gian tập thể dục từ 30 phút trở lên của NCT đạt 66.4% tăng 16.2%. 29.9% người cao tuổi có áp dụng chế độ ăn lành mạnh là tăng 19,2% so với trước can thiệp.

76.6% NCT có đi khám sức khỏe định kỳ, cao hơn 36% so với trước can thiệp. Thói quen hút thuốc lá/ rượu và uống bia thường xuyên của các ĐTNC không có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (Bảng 2.2)

Bảng 2.2. Sự thay đổi thực hành phòng chống bệnh không lây nhiễm

	Đánh giá	Trước(%)	Sau(%)	P	CSHQ (%)
Tập thể dục hàng ngày, thường xuyên	Không	90(42.7)	48(22.7)	<0.05	34.9
	Có	121(57.3)	163(77.3)		
Hút thuốc lá, rượu	Có	19(9.0)	14(6.6)	>0.05	-26.7
	Không	192(91.0)	197(93.4)		
Uống rượu/bia hàng ngày, thường xuyên	Có	19(9.0)	27(12.8)	>0.05	42.2
	Không	192(91.0)	184(87.2)		
Đi khám sức khỏe định kỳ	Có đi	92(43.6)	168(79.6)	<0.05	82.6
	Không đi	119(56.4)	43(20.4)		
Thói quen ăn lành mạnh	Có	22(10.4)	63(29.9)	<0.05	187.5
	Không	189(89.6)	227(93.4)		

Những người cao tuổi làm nghề tự do ít tập thể dục hơn 2,630 lần những người cao tuổi không còn lao động kiếm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$). Nhóm

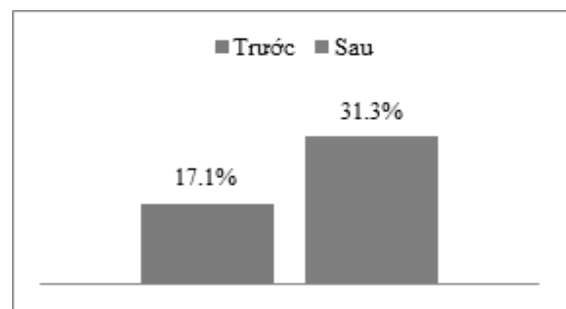
người này cũng có xu hướng ăn lành mạnh cao hơn 2.347 lần nhóm còn lại ($p<0.05$).

Bảng 2.3: Một số yếu tố liên quan tới hành vi phòng chống BKLN sau can thiệp

Yếu tố	Tập thể dục thường xuyên, hàng ngày				OR	P
		Có	Không			
Làm nghề tự do	Có	26(16,0%)	16(33,3%)	2.630	<0.05	
	Không	137(84,0%)	32(66,7%)			
	Thói quen ăn lành mạnh					
Làm nghề tự do	Có	19(30,2%)	23(15,5%)	2.347	<0.05	
	Không	44(69,8%)	125(84,5%)			

2. Thực trạng sử dụng dịch vụ tại TYT của người cao tuổi

31.3% người cao tuổi sử dụng dịch vụ y tế của TYT phường trong 1 năm qua tăng 14.2% so với trước can thiệp, chỉ số hiệu quả là 83,0%.



Bảng 3.1: Tỷ lệ người cao tuổi sử dụng dịch vụ trạm y tế

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa giới tính sử dụng dịch vụ y tế sau can thiệp

	Không	Có	OR	P
Nam	60(41,4%)	18(27,3%)	1.88	<0.05
Nữ	85(58,6%)	48(72,7%)		

Những người cao tuổi nữ giới có xu hướng đi khám chữa bệnh tại TYT cao hơn 1.88 lần người cao tuổi là nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ người cao tuổi mắc tiểu đường ở phường Trần Phú là 32.7%. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2004 cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực lần lượt là: miền núi 7,8%; đồng bằng 8,2%; trung du 7,9% và thành phố là 13,4%. Trong khi đó tỷ lệ NCT mắc THA là 36,5%, tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Đức Thuận Anh tại Thừa Thiên Huế [2].

Hoạt động truyền thông nâng cao kiến thức của người cao tuổi về phòng bệnh không lây nhiễm có những hiệu quả đáng ghi nhận. Tỷ lệ NCT có tập thể dục hàng ngày, thường xuyên, tăng 20%. Tỷ lệ NCT trả lời đúng và đầy đủ các cách giữ gìn sức khỏe và phòng chống bệnh tật thay đổi tăng 40,3% và tỷ lệ NCT có áp dụng chế độ ăn lành mạnh là tăng 19,2% so với trước can thiệp. Những người cao tuổi làm nghề tự do ít tập thể dục hơn 2,63 lần những người cao tuổi không còn lao động kiếm sống ($p<0.05$, bảng 2.2). Điều này có thể giải thích do những người phải lao động thường xuyên có ít thời gian quan tâm tới sức khỏe của bản thân. Mặt khác, NCT có nhiều khả năng suy giảm các chức năng nghe, nhìn nói và trí nhớ. Một vấn đề khác là NCT thường có xu hướng sử dụng kinh nghiệm đã trải nghiệm trong cuộc sống trước đây để vận dụng vào hiện tại, điều này cản trở NCT tiếp nhận kiến thức mới.

Có 31.3% người cao tuổi sử dụng dịch vụ y tế của TYT phường trong 1 năm qua tăng 9.1% so với trước can thiệp,

chỉ số hiệu quả đạt 83,0%, trong đó nữ giới sử dụng nhiều hơn nam giới 1,88 lần ($p<0.05$, bảng 3.2). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trong một nghiên cứu tại tỉnh Long An về tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cho thấy tỷ lệ NCT đến khám chữa bệnh tại TYT là 19,7%, tại cơ sở y tế tư nhân là 17,5% [3].

Mô hình phòng khám bác sĩ gia đình lồng ghép với TYT phường Trần Phú đã nhận những đánh giá tích cực từ phía những người cao tuổi đã đến sử dụng dịch vụ tại TYT. Cần tiếp tục duy trì và nhân rộng mô hình phòng khám bác sĩ gia đình lồng ghép với TYT.

Tuy vậy, việc duy trì hoạt động của mô hình còn gặp những trở ngại nhất định. CBYT cơ sở cho biết công việc của cán bộ trạm y tế phường rất bận, phải thực hiện nhiều nhiệm vụ khác nhau, ngoài điều trị và dự phòng bệnh và còn thực hiện các nhiệm vụ chính trị - xã hội khác. Hoạt động của trạm y tế chỉ có nguồn từ ngân sách, ngoài ra không có nguồn nào khác.

Đời sống được nâng cao cùng với sự phát triển kinh tế xã hội, giao thông thuận tiện của Thủ đô trong thời gian gần đây làm cho việc lựa chọn các cơ sở y tế khác cho việc khám, chữa bệnh của người cao tuổi trở nên dễ dàng, người cao tuổi có xu hướng lựa chọn các cơ sở y tế đầu ngành tại địa phương để khám bệnh, tình trạng vượt tuyến khám bảo hiểm diễn ra thường xuyên. Mô hình phòng khám BSGĐ lồng ghép trong TYT phường đã được triển khai 2 năm tại Trần Phú nhưng CBYT tham gia đề án không được hưởng thêm thu nhập, việc này có thể làm giảm khả năng thu hút được nhân lực có chất lượng về công tác tại phòng khám.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy vấn đề sức khỏe thường gặp nhất là THA (36.5%), thứ 2 là tiểu đường (32.7%). Hoạt động của phòng khám bác sĩ gia đình lồng ghép với trạm y tế khá hiệu quả. Tỷ lệ NCT sử dụng dịch vụ tại TYT tăng 9,1%. 92.4% người cao tuổi đánh giá thái độ phục vụ của cán bộ TYT là rất tốt và tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martin Roland, DM, et al., Primary Medical Care in the United Kingdom, Editor 2012.
2. Dương Thị Minh Tâm và Phùng Đức Nhật, Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ của NCT tại huyện Cần Đước tỉnh Long An năm 2009, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 14(2).
3. Hoàng Đức Thuận Anh, Tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế, năm 2013. Tạp chí Y học Thực hành, 876 - số 7/2013.

TUÂN THỦ QUY TRÌNH TIÊM TÍNH MẠCH QUA ĐẶT KIM LUỒN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ, 2017

Nguyễn Thị Kim Phượng¹, Ông Huy Thanh², Lê Ngọc Cửa¹, Đỗ Mai Hoa³

TÓM TẮT

Tiêm thuốc đường tĩnh mạch qua đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên cho bệnh nhi là một kỹ thuật điều dưỡng xâm lấn, được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện nên tuân thủ theo quy trình nhằm ngăn ngừa các sự cố không mong muốn có thể xảy ra và giảm chi phí điều trị do khắc phục hậu quả. Để tìm hiểu về sự tuân thủ quy trình này tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu 1/Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luồn của điều dưỡng, 2/ Xác định một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ.

Nghiên cứu thực hiện với 206 lần quan sát trực tiếp trên 103 điều dưỡng trên quy trình tiêm thuốc qua đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên tại 6 khoa nội trú Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được tiến hành theo sau trong NC định tính để bổ sung cho NC định lượng. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình đạt 66,5%. Trong đó, tỷ lệ đạt 5 bước quan trọng là 68,38%, tuân thủ thấp nhất là bước Rửa tay 79,13% và cao nhất là bước tiêm đúng tĩnh mạch và đúng tốc độ với 96,6%. Tỷ lệ CHƯA tuân thủ cao nhất là Hỏi về tiền sử dùng thuốc, giải thích và công khai thuốc 74,27%. Một số yếu tố như đặc điểm khoa làm việc có liên quan đến thực hành của điều dưỡng ($p < 0,05$), chưa tìm thấy ý nghĩa thống kê giữa yếu tố đào tạo liên tục, kiểm tra giám sát và bối cảnh làm việc của điều dưỡng với tuân thủ quy trình ($p > 0,05$). Thông tin từ NC định tính ghi nhận ý thức trách nhiệm cá nhân, sự hỗ trợ của người quản lý chẳng những nhắc nhở sự tuân thủ tốt mà còn động viên, giúp đỡ các điều dưỡng kịp thời theo đặc thù công việc từng khoa. Dựa trên kết quả, các khuyến nghị đã đưa ra nhằm cải thiện môi trường làm việc của ĐD để đạt tuân thủ tốt hơn.

Từ khóa: *Tiêm truyền tĩnh mạch, kim luồn tĩnh mạch ngoại biên, nhi khoa, tuân thủ, điều dưỡng*

ABSTRACT: COMPLIANCE OF NURSES WITH THE INTRAVENOUS INFUSION PROTOCOL VIA PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL, 2017

Intravenous infusion via peripheral intravenous catheters for children is an invasive technique that nurses perform regularly in hospitals. The earnest compliance of protocol can prevent unwanted incidents and reduce the cost of treatment. To learn about compliance with this process at Cantho Children's Hospital, we conducted this study with two objectives: 1/ Describe the current status of compliance of nurses with intravenous infusion protocol via peripheral intravenous catheters and 2/ Identify factors related to the compliance.

The study was conducted with 206 direct observations of 103 nurses on doing intravenous infusion based on the protocol in 6 inpatient departments of Cantho Children's Hospital. In-depth interviews and focus group discussions were conducted in qualitative research to supplement quantitative study. Results showed that the rate of compliance with intravenous catheter insertion was 66.5%. The rate of finishing 5 important steps was 68.38%, the lowest compliance was hand washing (79.13%) and the highest compliance occurred in the step of injecting veins exactly and proper infusion rate (96.6%). The highest non-compliance rate was asking what medications had been used, explanation and transparency of medications (74.27%). Some factors, such as seniority and kinds of inpatient departments related significantly to practice ($p < 0.05$). Other factors such as continuous education, surveillance, working conditions of nurses has not yet found relevance to protocol compliance ($p > 0.05$). Information from the qualitative research recognizes the sense of personal responsibility, the regular support of the manager not only prompts for good adherence, but also motivates

1. Bệnh viện Nhi đồng, Cần Thơ. Tác giả Nguyễn Kim Phượng, SĐT: 0292 831 837, Email: bvnhidong@cantho.gov.vn
2. Khoa Khoa học Sức khỏe - Đại học Cửu Long
3. Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 09/09/2017 | » Ngày phản biện: 14/09/2017 | » Ngày duyệt đăng: 19/09/2017

and supports the nursing staff in a timely manner according to job characteristics. Recommends from this study proposed strategies to improve the working environment of the nurse in order to achieve better compliance

Key words: *Intravenous infusion, peripheral intravenous catheter, pediatric, compliance, nurses.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm thuốc cho bệnh nhi qua đặt kim luân tĩnh mạch ngoại biên là một kỹ thuật điều dưỡng xâm lấn, cần thực hiện nghiêm túc và vô khuẩn đúng quy trình. Sự tuân thủ này đảm bảo an toàn bệnh nhi, ngăn ngừa và giảm chi phí điều trị do khắc phục hậu quả từ các sự cố có thể xảy ra, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc tại bệnh viện.

Viện Y học Hoa Kỳ đã ước tính có ít nhất một lỗi dùng thuốc mỗi ngày trên các người bệnh nằm viện và mỗi năm có hơn 1,5 triệu người bệnh có tổn thương từ những sai sót trong sử dụng thuốc có thể phòng ngừa được [6]

Sai sót trong dùng thuốc có thể đe dọa kết cục điều trị của người bệnh, thường liên quan đến công việc của điều dưỡng. Trẻ em càng dễ bị tổn thương hơn do sai sót trong dùng thuốc [1]. Quản lý dùng thuốc đường tĩnh mạch có nhiều nguy cơ và mức độ sai sót nghiêm trọng hơn so với đường khác. Sai sót có thể liên quan đến kiến thức, kinh nghiệm hoặc hành vi tại nơi làm việc [15].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về quy trình tiêm an toàn cho thấy thực hành đạt chuẩn an toàn khá thấp (32,%) và kiến thức đạt 64,3% [7], điểm tuân thủ quy trình đặt kim luân tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Trung ương đạt 15,13/20 điểm [8] và tỷ lệ tuân thủ tiêm tĩnh mạch tại Cà Mau là 59,6% [14].

Để giải đáp câu hỏi “Thực trạng tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luân của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ như thế nào?” và “Yếu tố nào liên quan đến sự tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luân?”, vấn đề này là quan trọng mà chúng tôi cần nghiên cứu tại Cần Thơ với đề tài: ***Tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luân của điều dưỡng tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2017.***

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định lượng

Những mũi tiêm thuốc qua đặt kim luân tĩnh mạch ngoại biên của điều dưỡng (ĐD). Không chọn những mũi tiêm thuốc đường qua kim luân đã có sẵn.

2.1.2. Nghiên cứu định tính

Đối tượng chủ đích nghiên cứu là cán bộ lãnh đạo, cán bộ quản lý ĐD và các ĐDV.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/ 2017 đến tháng 08/ 2017. Tại nhóm khoa chăm sóc đặc biệt (Cấp cứu, Sơ sinh) và nhóm khoa chăm sóc thường (Nội tổng hợp, Nội hô hấp, Truyền nhiễm và khoa Nội tiêu hóa)

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được xác định theo ước tính một tỷ lệ.

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

Trong đó, $p = 60\%$ (NC tại Cà Mau năm 2014 [14]), $Z_{(1-\alpha/2)}$ khoảng tin cậy 95% = 1,96 và d là sai số ước lượng = 0,07. Thay số vào và dự phòng 10% thì $n = 200$ mũi tiêm.

Trên thực tế, chúng tôi đã quan sát trên 103 điều dưỡng có mặt và phù hợp tiêu chuẩn để thu thập mẫu, mỗi điều dưỡng quan sát 2 lần ($n = 206$ mũi tiêm). Chọn 02 cán bộ lãnh đạo và quản lý của phòng điều dưỡng cho các cuộc phỏng vấn sâu; 6 điều dưỡng trưởng khoa và 6 điều dưỡng viên (ĐDV) cho thảo luận nhóm.

2.4. Thu thập số liệu

2.4.1. Nghiên cứu định lượng

Mỗi ĐDV được quan sát trực tiếp 2 lần trên quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luân tại 6 khoa. Điều tra viên chọn mũi tiêm thuận tiện quan sát mỗi ngày theo từng khoa, đánh dấu phiếu quan sát để thu thập đủ 2 lần trên mỗi ĐDV. Sau khi quan sát thực hành thì tập trung các ĐDV từng khoa để thu thập phiếu phát vấn kiến thức.

2.4.2. Nghiên cứu định tính.

Sau khi có số liệu định lượng và xử lý sơ bộ thì bổ sung thông tin vào bộ câu hỏi định tính, đặt cuộc hẹn và tiến hành phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

2.5. Biến số quan trọng

- Biến phụ thuộc: có 21 bước trong quy trình với 5 bước được xác định là quan trọng: Kiểm tra 5 đúng, rửa tay, dấu hiệu tiêm đúng, đúng tốc độ và đúng thời gian.

- Biến độc lập: các yếu tố đặc điểm cá nhân, đào tạo liên tục, kiểm tra giám sát, trang thiết bị dụng cụ, nhóm khoa làm việc, số lần tiêm/ ngày, số bệnh nhi được phân công chăm sóc, số lần trực/ tháng.

2.6. Phân tích số liệu

Tính độ tin cậy trong quan sát trực tiếp bằng phương pháp KAPPA, sự tương đồng $\geq 80\%$.

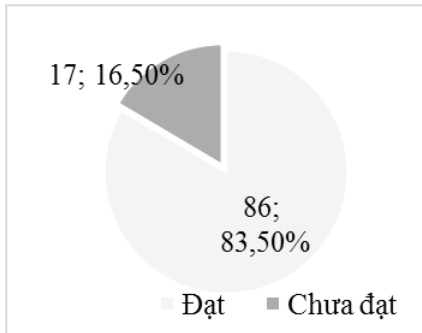
Số liệu định lượng nhập vào Epidata và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0 với thống kê mô tả, suy luận và phép kiểm khi bình phương (χ^2) để tìm mối liên quan. Thông tin định tính được gỡ băng ghi âm và phân tích theo chủ đề



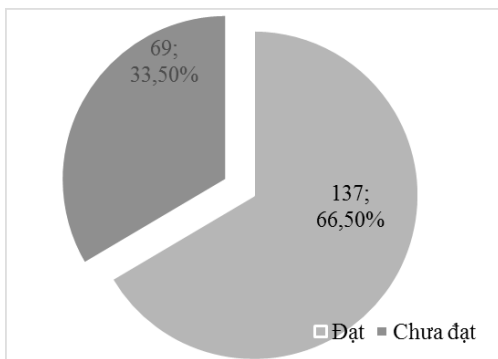
III. KẾT QUẢ

Có 103 ĐD tại 6 khoa nội trú tham gia vào nghiên cứu. Kết quả như sau:

Hình 3.1. Tỷ lệ đạt kiến thức tiêm TM qua đặt kim luân



Hình 3.2. Tỷ lệ đạt tuân thủ thực hành quy trình tiêm TM qua đặt kim luân



Tỷ lệ đạt kiến thức chiếm 83,50% và 66,5% mũi tiêm đạt tuân thủ thực hành.

Bảng 3.1. Tỷ lệ tuân thủ thực hành quy trình theo các bước quan trọng

Nội dung các bước	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kiểm tra 5 đúng	194	94,17
Rửa tay	163	79,13
Dấu hiệu tiêm đúng tĩnh mạch	199	96,60
Đúng tốc độ	199	96,60
Đúng thời gian	180	87,38
Đạt các bước quan trọng	141	68,45

Tỷ lệ đạt cả 5 bước quan trọng là 68,45%. Thấp nhất ở bước Rửa tay (79,13%) và Đúng thời gian (87,38%), các bước còn lại đạt từ 94 – 96%

Bảng 3.2. Tỷ lệ các bước CHƯA tuân thủ nhiều nhất trong quy trình

Nội dung các bước	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hỏi tiền sử dùng thuốc, giải thích và công khai thuốc	153	74,27
Vị trí tiêm thích hợp, sát khuẩn 3 lần và để khô 30 giây	142	68,93
Chuẩn bị đủ dụng cụ theo quy định	141	68,45
Theo dõi, quan sát phản ứng của trẻ và dặn dò người nhà	134	65,05

Tỷ lệ CHƯA ĐẠT cao nhất là bước Hỏi về tiền sử dùng thuốc, giải thích và công khai thuốc của điều dưỡng (74,27%). Các bước còn lại từ 65 - 69%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa bối cảnh làm việc với thực hành quy trình tiêm tĩnh mạch qua đặt kim luân

Nội dung		Đạt n, (%)	Chưa đạt n, (%)	p, OR với 95% CI
Số lần ĐDV trực/ tháng	Từ 8 – 10 lần	87 (63,50)	51 (73,91)	p = 0,13 OR=1,63 95%(0,86-3,1)
	< 8 lần	50 (36,50)	18 (26,08)	
Số bệnh nhi/ điều dưỡng viên	≤ 10 bệnh	66 (48,17)	28 (40,58)	p = 0,30 OR = 1,36 95%(0,76-2,44)
	> 10 bệnh	71 (51,82)	41 (59,42)	

Nội dung		Đạt n, (%)	Chưa đạt n, (%)	p, OR với 95% CI
Số mũi tiêm/ điều dưỡng viên	≤ 10 mũi tiêm	86 (62,77)	44 (63,77)	p = 0,88 OR = 0,95 95%(0,52-1,75)
	> 10 mũi tiêm	51 (37,22)	25 (36,23)	
Nhóm khoa làm việc của điều dưỡng viên	Chăm sóc đặc biệt	69 (75,00)	23 (25,00)	p = 0,02 OR = 2,03 95%(1,11-3,71)

Điều dưỡng viên (ĐDV) trực từ 8 -10 lần/ tháng đạt gấp 1,6 lần ĐDV trực ít hơn 8 lần (OR = 1,63 với 95% CI 0,86-3,1), ĐDV chăm sóc dưới 10 bệnh nhi thì đạt gấp 1,36 lần so với hơn 10 bệnh nhi (OR = 1,36 với 95% CI 0,76-2,44) và ĐDV thực hiện ít hơn 10 mũi tiêm/ phiên thì đạt gấp 1 lần so với ĐDV thực hiện hơn 10 mũi tiêm (OR = 0,95 với 95% CI 0,52-1,75), mối liên quan này chưa tìm thấy ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). ĐDV thuộc nhóm khoa chăm sóc đặc biệt tuân thủ đúng gấp 2 lần nhóm khoa chăm sóc thường (OR = 2,03 với 95% CI 1,11-3,71), mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ quy trình tiêm TM qua đặt kim luồn còn thấp chỉ 66,5%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu (NC) của Lâm Quốc Tuấn (59,6%) [14], Phạm Thị Liên (31,5%) [4] và Nguyễn Viết Tứ (52,4%) [13], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (75%) [12] và Nguyễn Kim Sơn (15,13/ 20 điểm SD = 2,09) [8]. NC của Đoàn Thị Ngọc Diệp tỷ lệ sai sót dùng thuốc tiêm TM là 42,7% [3]. NC của Taxi và Barber tỷ lệ lỗi trong dùng thuốc tiêm truyền TM 49%, sai lỗi nghiêm trọng 1%, lỗi trung bình 29% và 19% lỗi tiêm ần [10], NC khác của Johanna và Marilyn tại Úc có 69,7% có ít nhất 1 lỗi lâm sàng [15].

Kết quả các bước quan trọng, bước Rửa tay đạt 79% xấp xỉ NC của Nguyễn Viết Tứ (81%) [13] và Lâm Quốc Tuấn (81,8%) [14], cao hơn NC của Nguyễn Kim Sơn (62,5%) [8]. Bước bơm thuốc đúng tốc độ (96%) cao hơn NC Lâm Quốc Tuấn (78,9%) [14] và thấp hơn NC Nguyễn Viết Tứ (100%) [13]. Bước thực hiện 5 đúng (91%) cao hơn NC Lâm Quốc Tuấn (65,5%) [14] và thấp hơn NC của Nguyễn Kim Sơn (100%) [8]. Bước tiêm đúng tĩnh mạch (96%) thấp hơn NC Nguyễn Kim Sơn (100%) [8] và cao hơn NC Lâm Quốc Tuấn (82,4%) [14].

Bước CHỮA ĐẠT cao nhất là Hối tiền sử dị ứng thuốc, giải thích và công khai thuốc (74,27%). Trong NC

khác là các bước sát khuẩn tay, mang găng tay (35,7%) [4], kim không ngập trong mạch máu (24,4%), trang phục của ĐDV (25,6%) [8], bước căng da, đâm kim vào tĩnh mạch 40,0% và sát khuẩn vùng tiêm 31,6% [14]. NC của Johanna và Marilyn là bước sai tốc độ, sai pha rút thuốc, sai thể tích và tương tác thuốc (91,7%) [15], NC của Chua SS và Chua HM là sai thời gian (28,8%), sai chuẩn bị (26%), quên cử thuốc (16,3%) và liều không đúng (11,5%) [2]. Các bước quan trọng và CHỮA tuân thủ đúng trong NC chúng tôi có thể khác một số nghiên cứu, do đặc điểm bệnh nhân tuy nhiên phương pháp nghiên cứu thì tương tự.

Yếu tố nhóm khoa chăm sóc đặc biệt đạt gấp 2 lần nhóm khoa chăm sóc thường (OR = 2,03 với 95% CI 1,11-3,71), kết quả này tương tự NC của Nguyễn Kim Sơn ($p < 0,05$) [8] và Huỳnh Thị Mỹ Thanh ($p < 0,001$) [11]. Tại Đài Loan, Fu-in Tang chỉ ra ĐDV ở khoa chăm sóc đặc biệt thì tỷ lệ sai lỗi thấp hơn (33,3%) so với khoa khác (36,1%), NC này cũng cho biết các lỗi không chi liên quan đến ĐDV mà hệ thống chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân và bác sĩ đều có liên quan ($p > 0,05$) [9].

Những ĐD trực 8 -10 lần/ tháng đạt gấp 1,6 lần so với ĐDV trực ít hơn 8 lần (OR = 1,63 với 95% CI 0,86-3,1), ĐDV chăm sóc dưới 10 bệnh nhi đạt gấp 1,36 lần so với hơn 10 bệnh nhi (OR = 1,36 với 95% CI 0,76-2,44) và ĐD thực hiện ít hơn 10 mũi/ phiên làm việc thì đạt hơn 1 lần so với ĐD thực hiện hơn 10 mũi tiêm (OR = 0,95 với 95% CI 0,52-1,75), các mối liên quan này chưa tìm thấy ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự NC của Đoàn Thị Quỳnh Như tại Lâm Đồng [5] và NC của Lâm Quốc Tuấn tại Cà Mau [14] ($p > 0,05$).

Kết quả từ NC định tính ghi nhận ý thức trách nhiệm cá nhân, sự quan tâm, hỗ trợ của người quản lý chẳng những giúp giám sát, nhắc nhở sự tuân thủ tốt hơn mà còn động viên, giúp đỡ ĐDV kịp thời trong bối cảnh làm việc đặc thù nhi khoa.



V. KẾT LUẬN

Tuân thủ quy trình tiêm TM qua đặt kim luồn trong NC này đạt chỉ có 66,5%, nhưng phù hợp với thực tế và xấp xỉ một vài NC trong khu vực, tuân thủ tất cả bước quan trọng chiếm chưa cao (68%). Mối liên quan giữa tuân thủ quy trình với yếu tố nhóm khoa làm việc có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố liên quan về số lần trực, số bệnh nhi

và số mũi tiêm của điều dưỡng viên với tuân thủ quy trình chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu khuyến nghị nên chú trọng giám sát, huấn luyện các bước quan trọng và CHỮA tuân thủ đúng quy trình. Đồng thời, cần quản lý tốt môi trường làm việc của điều dưỡng viên, tăng cường cập nhật kiến thức để tuân thủ quy trình đạt cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Vụ Khoa học và đào tạo. Điều dưỡng Nhi khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2004.
2. Chua SS, Chua HM, Omar A. Drug administration errors in paediatric wards: a direct observation approach. *Eur J Pediatr.* 2010;169(5):603-11.
3. Diệp ĐTN. Khảo sát sai sót trong thực hành thuốc tại một số khoa lâm sàng ở Bệnh viện Nhi Trung ương. Hà Nội: Trường Đại học Dược; 2014.
4. Liên PT. Kiến thức, thực hành về tiêm an toàn và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng tại 4 khoa lâm sàng hệ nhi Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên năm 2015. Hà Nội: Trường ĐH Y tế Công cộng; 2015.
5. Như ĐTQ, Hiến NV. Tần suất sử dụng các kỹ năng của điều dưỡng trung học tại các Bệnh viện tỉnh Lâm Đồng năm 2013. *Tạp chí Y học Dự phòng.* 2013;6(166):452-60.
6. Philip J Fracica, Sharon Wilson, Lakshmi P. Chelluri. Patient Safety. *Medical Quality Management Theory and Practice.* Prathibha Varkey ed. London: John and Bartlett Publisher and American College of Medical Quality; 2010. p. 43-74.
7. Phượng HTK. Kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên và các yếu tố liên quan tại 3 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2014. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2014.
8. Sơn NK. Thực trạng tuân thủ quy trình đặt và chăm sóc kim luồn tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại 3 khoa hồi sức Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2014.
9. Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing.* 2007;16(3): 447-57.
10. Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *BMJ* 2003;326(7391):684-7.
11. Thanh HTM, Yến NTP, Nga LTT, Hải TT. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy trình tiêm tại Bệnh viện đa khoa An Giang. *Kỷ yếu Hội nghị khoa học điều dưỡng 2014.*
12. Thom NT. Thực trạng kiến thức, thực hành của điều dưỡng về qui trình kỹ thuật tiêm thuốc cho người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2014. Hà Nội: Trường ĐH Y tế Công cộng Hà Nội; 2014.
13. Tứ NV. Thực hành cho người bệnh dùng thuốc và yếu tố liên quan của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế, năm 2016. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2016.
14. Tuấn LQ. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành quy trình tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng viên tại Bệnh viện đa khoa khu vực Cái Nước, Cà Mau. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2015.
15. Westbrook JI, Rob MI, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ Quality & Safety.* 2011;20(12):1027-34.

ĐẶC ĐIỂM PHÂN TỬ GEN FHBP CỦA VI KHUẨN NEISSERIA MENINGITIDIS LƯU HÀNH TẠI MỘT SỐ ĐƠN VỊ QUÂN ĐỘI KHU VỰC MIỀN BẮC VIỆT NAM TỪ 2008 -2017

Lê Thu Trang¹, Trần Xuân Thạch¹, Triệu Phi Long², Trần Văn Lực³, Nguyễn Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Giang An³, Đồng Văn Quyền¹, Nguyễn Minh Hoàng¹

TÓM TẮT

Viêm màng não mô cầu là một bệnh nguy hiểm trên người, do vi khuẩn não mô cầu *Neisseria meningitidis* gây ra, có khả năng lây lan nhanh thành dịch và thường để lại hậu quả lâu dài thậm chí là tử vong. Nhóm có nguy cơ cao là trẻ em dưới 5 tuổi và người trẻ tuổi từ 15 đến 24 tuổi, trong đó *N. meningitidis* serotype B (NmB) là tác nhân chính gây bệnh ở thanh niên. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra protein vỏ liên kết yếu tố H ở người fHbp của NmB là đích vaccine tiềm năng. Trong nghiên cứu này, đặc điểm phân tử gen *fHbp* của một số chủng *N. meningitidis* thu thập tại các doanh trại quân đội ở miền Bắc Việt Nam được lần đầu đánh giá. Kết quả cho thấy trình tự gen *fHbp* có mức độ tương đồng khá cao giữa các chủng *N. meningitidis*, đa số chủng mang allele 14 và 17 (tương ứng peptide 7 và 19, nhóm đa hình 2/3 và 3). Tuy vậy cũng tìm thấy sự biến dị di truyền nhất định giữa các chủng của Việt Nam và các chủng trên thế giới, đặc biệt một số chủng mang biến dị mới chưa được phân loại tại vùng mã hóa của gen *fHbp*. Đây có thể là đại diện của một nhóm miễn dịch riêng cần được quan tâm nghiên cứu sâu hơn ở Việt Nam.

Từ khóa: Não mô cầu, nhóm huyết thanh, gen fHbp.

ABSTRACT: MOLECULAR CHARACTERISTIC OFF HBP GENE FROM NEISSERIA MENINGITIDIS CAUSING BACTERIAL MENINGITIS AT SOME MILITARY UNITS IN NORTHERN VIETNAM, 2008-2017

Bacterial meningitis is a dangerous human disease caused by meningococcal bacteria *Neisseria meningitidis*. It can quickly spread into an epidemic and leaves serious permanent sequaele, if not fatal. The highest-risk groups for bacterial meningitis are children under five years old

and adolescents between 15 and 24 years of age. Among all serotypes, *N. meningitidis* B (MnB) is the most common cause for bacterial meningitis in adolescents. Recent studies have identified factor H binding protein (fHbp) as a potential vaccine candidate for MnB. In this study, *fHbp* gene from *N. meningitidis* strains collected from various military units in Northern Vietnam was characterized for the first time. Our results showed that there was a high level of homology among the studied *fHbp* genes, with most bacterial strains carried allele 14 or 17 (equivalent to peptide 7 and 19, or immunological family variant 2/3 and 3, respectively). However, we also discovered some new *fHbp* sequence variants that have not been annotated. Those can be the representatives for a new immunological group of *N. meningitidis* from Vietnam that need to be further elucidated.

Keywords: *Neisseria meningitidis*, serogroup, fHbp gen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn não mô cầu *Neisseria meningitidis* là nguyên nhân chính gây bệnh viêm màng não mô cầu ở trẻ em và thanh niên, gây tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng lâu dài khi không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [1]. Tỷ lệ mang vi khuẩn não mô cầu khác biệt tùy từng độ tuổi và vùng địa lý, nhưng có xu hướng chung là tăng cao ở các nhóm cộng đồng sinh hoạt tập trung như ký túc xá, doanh trại quân đội [2]. Trên toàn thế giới, 6 type huyết thanh gây bệnh chủ yếu của *N. meningitidis* là A, B, C, W, X và Y, trong đó *N. meningitidis* B (NmB) là tác nhân gây bệnh chủ yếu ở thanh niên [3,4]. Hiện nay, vaccine được sử dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia trong chiến lược phòng tránh viêm màng não là vaccine cộng hợp vỏ polysaccharide, tuy rất thành công trong việc khống chế dịch do NmA, NmC, NmY và NmW gây ra, lại đạt kết quả rất hạn chế với NmB [5].

1. Viện Công nghệ sinh học, Viện Hàn lâm khoa học và công nghệ Việt Nam. Tác giả liên hệ: nguyen.huong.m@gmail.com

2. Viện Y học dự phòng quân đội

3. Trường Đại học Vinh

Trong vài năm trở lại đây, các nghiên cứu tìm kiếm những protein biểu hiện trên bề mặt vỏ NmB có khả năng trở thành đích phát triển vaccine đặc hiệu cho NmB chỉ ra protein liên kết yếu tố H ở người fHbp (Human factor H binding protein) có thể là ứng cử viên tiềm năng, nhờ tỷ lệ biểu hiện rộng rãi ở > 97% chủng NmB hiện đang lưu hành [6]. Về mặt miễn dịch, fHbp có thể được phân ra làm hai phân họ lớn, A và B, hoặc 3 nhóm đa hình chính, 1, 2 và 3. Phân họ A và nhóm đa hình 2 và 3 thể hiện tính miễn dịch chéo, nhưng hoàn toàn không tương tác miễn dịch với nhóm đa hình 1 và phân họ B [6,7]. Một số công ty dược lớn trên thế giới đã và đang nghiên cứu vaccine cộng hợp sử dụng vùng epitope đặc trưng của một số nhóm và phân họ của fHbp, chẳng hạn Trumenba (fHbp phân họ A và B) hay 4CMenB (Bexsero, fHbp phân họ B). Ngân hàng dữ liệu PubMLST (<https://pubmlst.org/neisseria/>) chứa dữ liệu kiểu gen và đa dạng hệ gen của hơn 43300 chủng *Neisseria spp.* trên khắp thế giới cho phép so sánh đối chiếu trình tự, định danh và tham khảo chéo giữa các hệ thống phân loại, định danh các gen, allele và nhóm đa hình đã biết của *N. meningitidis*.

Tại Việt Nam vaccine phòng viêm não mô cầu NmB hiện đều nhập từ nước ngoài, trong đó phổ biến là vaccine vỏ polysaccharide VA-MENGOC-BC (CuBa) và gần đây có 4CMenB (Bexsero, Norvatis), do đó có thể sẽ không có sự tương thích kháng nguyên cao với các chủng vi khuẩn đang lưu hành trong nước và làm giảm hiệu quả phòng bệnh của vaccine. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ đa hình di truyền cũng như đặc điểm phân tử của gen *fHbp* của các chủng *N. meningitidis* tại Việt Nam. Trong bài báo này chúng tôi trình bày kết quả giải trình tự nucleotide và phân tích đặc điểm di truyền cũng như quan hệ tiến hóa của gen *fHbp* của một số chủng *N. meningitidis* phân lập được trong giai đoạn 2009 - 2017 tại một số tỉnh miền Bắc Việt Nam. Những nghiên cứu về đặc điểm di truyền của gen *fHbp* sẽ là kết quả quan trọng giúp định hướng và đánh giá các chiến lược phát triển vaccine NmB tại Việt Nam trong tương lai.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Nuôi cấy và phân lập *N. meningitidis* từ mẫu bệnh phẩm

Mẫu bệnh phẩm là dịch nhầy họng hoặc dịch não tủy được thu tại các doanh trại quân đội trên một số tỉnh miền Bắc Việt Nam, cụ thể là Bắc Giang, Thái Nguyên, Vĩnh Phúc, Hà Nội và Hải Phòng, từ năm 2009 đến 2017 (Bảng 1). Phương pháp lấy, bảo quản, xử lý mẫu bệnh phẩm và thu thập số liệu lâm sàng được thực hiện theo các chuẩn thường quy. Vi khuẩn *N. meningitidis* được phân lập trên môi trường thạch máu 5%, ủ qua đêm ở 37°C có bổ sung

5% CO₂ và > 50% độ ẩm. Chủng thuần sau phân lập được định danh trên máy Vitek 2 Compact (bioMerieux, Pháp) bằng phương pháp hóa sinh tiêu chuẩn.

2.2. Tách chiết DNA tổng số vi khuẩn *N. meningitidis*

Mẫu vi khuẩn được giữ trong NaCl 0.9%, bổ sung thêm đệm chiết (4% SDS, 10 mM EDTA, 10 μl Proteinase K) và trộn đều bằng máy vortex. Hỗn hợp mẫu được ủ ở 60°C trong 2 tiếng, chiết hai lần với Phenol: Chloroform: Isoamyl Alcohol (25:24:1) và một lần với Chloroform: Isoamyl Alcohol (24:1) theo tỷ lệ 1:1. DNA tổng số sau đó được tủa qua đêm với isopropanol, tỉ lệ tương đương. Tủa DNA được rửa hai lần với ethanol lạnh 70% sau đó ly tâm trong điều kiện chân không với máy miVac trong 3 phút để loại hết ethanol. DNA tổng số sau đó được hòa lại vào đệm TE và bảo quản ở -20°C.

2.3. Định danh và xác định type huyết thanh của các chủng *N. meningitidis* bằng phương pháp PCR

Kết quả định danh trên máy Vitek 2 Compact được khẳng định lại bằng phương pháp PCR sử dụng hai cặp mồi đặc hiệu loài cho *N. meningitidis* là *ctrA* [8] và *sodC* [9] theo quy trình gợi ý của Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống bệnh (CDC, Mỹ). Type huyết thanh của các chủng *N. meningitidis* đã phân lập được xác định bằng phương pháp PCR sử dụng hai cặp mồi đặc hiệu allele *synD* và *synE* [10].

2.4. Khuếch đại và giải trình tự gen *porA* và *fHbp* của các chủng *N. meningitidis* phân lập được

Trình tự các cặp mồi đặc hiệu và quy trình PCR dùng để khuếch đại toàn bộ vùng mã hóa protein của gen *fHbp* (895 bp) được tham khảo theo tài liệu hướng dẫn của Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống bệnh (CDC, Mỹ) [11] với một số chỉnh sửa. Phản ứng PCR được tiến hành ở thể tích 25 μl sử dụng DreamTaq Master mix (Thermo Scientific); 50 ng DNA khuôn; 20 pmol mỗi xuôi CDC3UNI và 30 pmol mỗi ngược CDC5UNI. Phản ứng PCR được thực hiện theo phương pháp touchdown, cụ thể 95°C trong 5 phút; 30 chu kỳ: 94°C trong 1 phút, 65°C trong 1 phút (sau mỗi chu kỳ giảm 0,5°C), 72°C trong 1 phút; 15 chu kỳ: 94°C trong 1 phút, 50°C trong 1 phút, 72°C trong 1 phút; cuối cùng 72°C trong 2 phút và giữ máy ở 4°C sau khi kết thúc chu trình. Sản phẩm PCR được điện di kiểm tra trên agarose gel 1% trước khi tinh sạch và gửi giải trình tự hai chiều sử dụng cặp mồi CDC3UNI/CDC5UNI tại Hàn Quốc (Macrogen).

2.5. Xử lý số liệu

Trình tự các chuỗi nucleotide được phân tích bằng phần mềm Chromas (Technelysium, Úc). So sánh đối chiếu giữa các trình tự nucleotide trong nghiên cứu này với các trình tự nucleotide từ ngân hàng gen được thực hiện bằng phần mềm BioEdit v7.2.6.1. Quan hệ nguồn gốc phát sinh chủng

loại của các mẫu được phân tích bằng phần mềm MEGA7 [12], theo phương pháp tối đa tương đồng (maximum likelihood) với mức tin cậy bootstrap 1000.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả định type huyết thanh của các chủng *N. meningitidis* phân lập được ở miền Bắc Việt Nam

Kết quả định type huyết thanh của 19 mẫu *N. meningitidis* trong nghiên cứu này cho thấy trong những năm gần đây, ở đối tượng thanh niên 19 – 25 tuổi, type

huyết thanh lưu hành phổ biến ở miền Bắc Việt Nam là type B, chiếm 73,7% (14/19) tổng số mẫu thu được trong nghiên cứu này (Bảng 1). Serogroup còn lại là nhóm C, chiếm 26,3% (5/19) tổng số mẫu thu được. Trong số 19 mẫu thu được trong nghiên cứu này, không thấy xuất hiện serogroup A, W, X và Y. Kết quả thu được phù hợp với các công bố gần đây tại Mỹ [6], Châu Âu [13] và Úc[14], theo đó NmB là type huyết thanh gây bệnh chủ yếu trong nhóm các chủng *N. neisseria* gây bệnh ở thanh thiếu niên đang lưu hành tại các khu vực này.

Bảng 1. Danh sách các chủng *N. meningitidis* cung cấp trình tự gen *fHbp* cho phân tích quan hệ di truyền và nguồn gốc xuất xứ trong nghiên cứu này

Ký hiệu mẫu	Địa điểm thu mẫu	Năm phân lập	Serogroup	fHbp		
				Allele ^a	Peptide ^b	Nhóm đa hình Novartis ^c
Ngọc	Vĩnh Phúc	2009	B	x	x	x
1237C	Hải Phòng	2012	C	17	19	2/3
37C	Hải Phòng	2012	B	17	19	2/3
40C	Hải Phòng	2012	C	17	19	2/3
14156	Hà Nội	2014	B/C	17	19	2/3
14155	Hà Nội	2014	C	17	19	2/3
14072	Bắc Giang	2014	B	x	x	x
14075	Bắc Giang	2014	B	x	x	x
14089	Bắc Giang	2014	B	x	x	x
14196	Thái Nguyên	2014	B	14	7	3
14157	Hà Nội	2014	C	17	19	2/3
1513	Hà Nội	2015	B	x	x	x
1532	Hà Nội	2015	B	x	x	x
16406	Hà Nội	2016	B	x	x	x
16408	Hà Nội	2016	B	x	x	x
16416	Hà Nội	2016	B	x	x	x
17084	Hà Nội	2017	B	14	7	3
17088	Hà Nội	2017	B	14	7	3
17090	Hà Nội	2017	B	14	7	3

a, b, c: Kết quả định danh đối chiếu trình tự DNA theo hệ phân loại allele, trình tự protein theo hệ phân loại peptide và nhóm đa hình Novartis tại ngân hàng dữ liệu PubMLST

(Oxford, Vương quốc Anh)

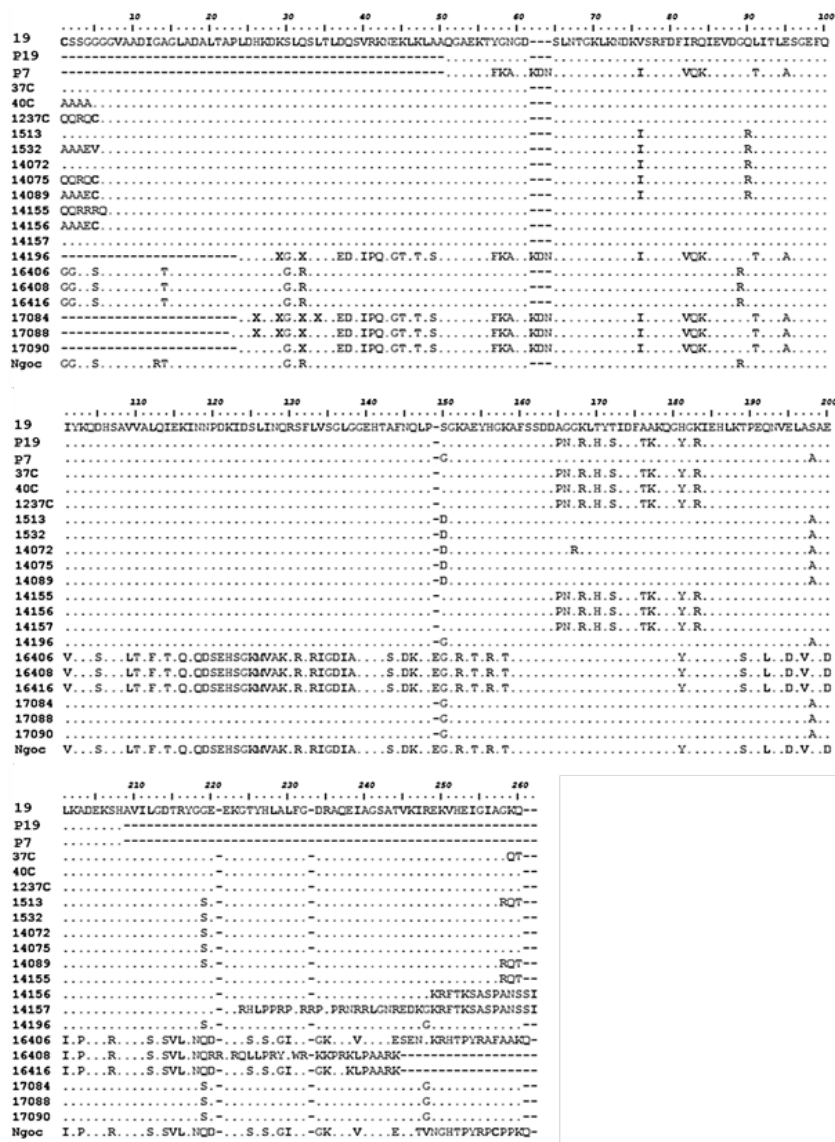
x: trình tự mới chưa được định danh allele



3.2. Phân tích trình tự gen *fHbp* của các chủng *N. meningitidis*

Các trình tự nucleotide của vùng mã hóa gen *fHbp* từ 19 chủng *N. meningitidis* thu được từ kết quả lắp ráp hai chiều giải trình tự sử dụng cặp mồi CDC3UNI/CDC5UNI trong nghiên cứu này được sử dụng để truy cập vào ngân hàng dữ liệu kiểu gen của *Neisseria spp.* (<https://pubmlst.org/neisseria/>). Kết quả định danh trình tự nucleotide, cũng như trình tự axit amin suy diễn của vùng mã hóa gen *fHbp* từ 19 chủng *N. meningitidis* được trình bày như trong Bảng 1. Theo đó, đa số vi khuẩn não mô cầu đang lưu hành ở miền Bắc Việt Nam thu được trong nghiên cứu này mang allele 17 (6/19 mẫu, 31,6%), tiếp đó là allele 14

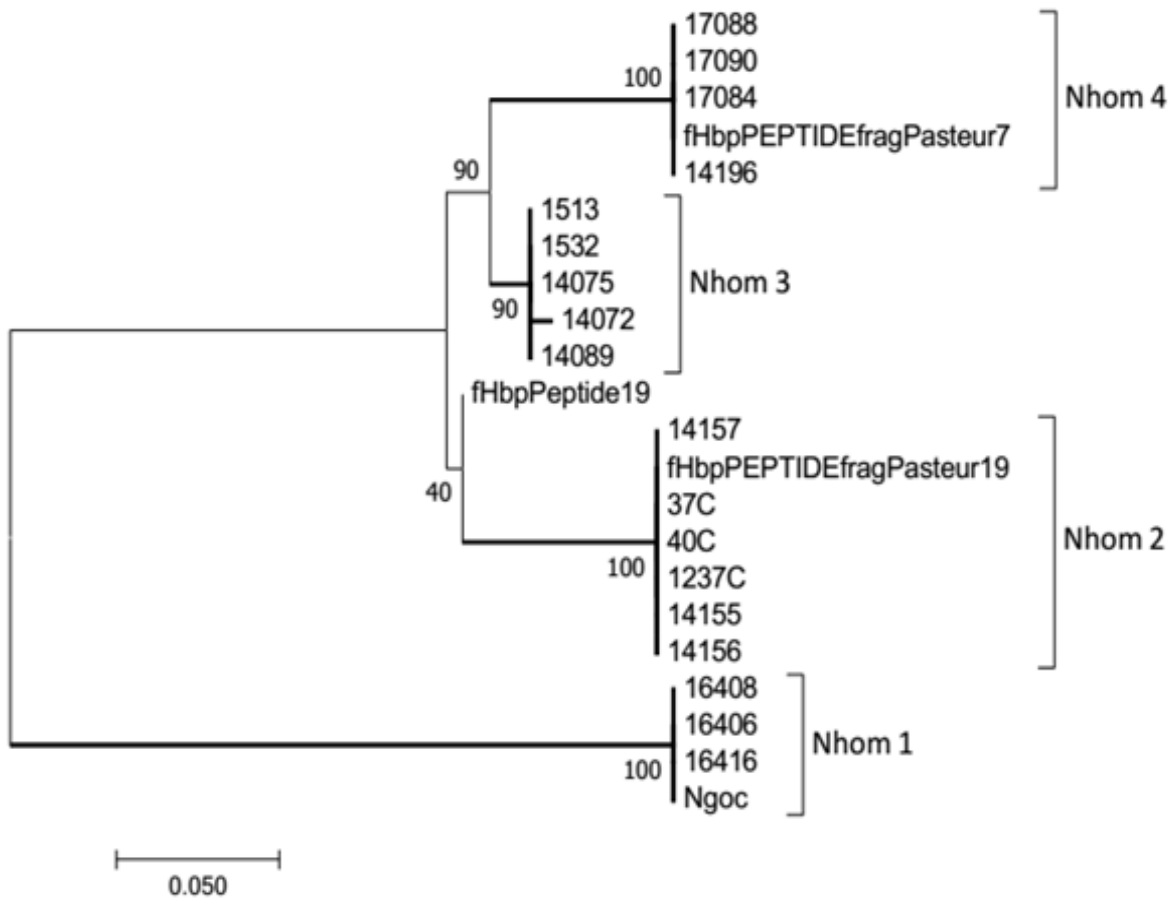
(4/19 mẫu, 21,1%) của locus *fHbp*. 9/19 mẫu thu được còn lại (47,3%) mang biến dị di truyền mới, chưa được định danh. Kết quả đối chiếu trình tự axit amin suy diễn cũng cho thấy đa số vi khuẩn não mô cầu hiện đang lưu hành ở miền Bắc Việt Nam biểu hiện nhóm đa hình 2/3 hoặc 3 (lần lượt là peptide 19 hoặc 7) của protein fHbp. Đây là những trình tự đã được chỉ ra có đáp ứng miễn dịch với vaccine 4CMenB (Bexsero) của Novartis hiện đã được FDA cấp phép ở Mỹ. 47,3% số mẫu thu được còn lại (9/19 mẫu) mang biến dị mới chưa được định danh. Phân tích so sánh trình tự chuỗi axit amin suy diễn của các chủng Việt Nam với các đoạn peptide từ ngân hàng dữ liệu PubMLST được trình bày như ở Hình 1.



Hình 1. So sánh trình tự axit amin của protein fHbp của các chủng *N. meningitidis* lưu hành tại miền Bắc Việt Nam với các trình tự fHbp truy cập từ ngân hàng dữ liệu PubMLST kiểu gen của *Neisseria spp.* (19: Peptide 19, P19: PEPTIDEfragment Pasteur 19, P7: PEPTIDEfragment Pasteur 7)

Sử dụng phần mềm MEGA7, bằng phương pháp tối đa tương đồng với hệ số tin cậy bootstrap 1000, kết quả đa hình di truyền và quan hệ phát sinh của các chủng *N. meningitidis* tại miền Bắc Việt Nam dựa vào trình tự axit amin của protein fHbp với các trình tự peptide đại diện các phân họ miễn dịch của fHbp trên thế giới được trình bày như ở Hình 2. Có thể thấy rõ các chủng *N. meningitidis* ở miền Bắc Việt Nam phân thành 4 nhóm đa hình di truyền rõ rệt, với 4 mẫu Ngọc, 16406, 16408, 16416 tập trung thành một nhánh riêng khác biệt rõ rệt (Nhóm 1) với các chủng còn lại của Việt Nam, cũng như các chuỗi peptide đã biết của protein fHbp tại ngân hàng dữ liệu PubMLST. Các mẫu còn lại của Việt Nam phân thành 3 nhóm nhỏ, trong đó Nhóm 2 (gồm các chủng 37C, 40C, 1237C, 14155, 14156, 14157) thể hiện mức độ tương đồng 100%

với đoạn peptide Pasteur 19, thuộc nhóm đa hình 2/3, của protein fHbp. Tất cả các chủng thuộc serotype C thu được trong nghiên cứu này đều thuộc nhóm nói trên. Nhóm 4 (gồm các chủng 14196, 17084, 17088, 17090) tập trung xung quanh đoạn peptide Pasteur 7, thuộc nhóm đa hình 3, của protein fHbp, mức độ tương đồng 100%. Các chủng 1513, 1532, 14072, 14075 và 14089 tập trung thành một nhóm riêng, Nhóm 3, có quan hệ di truyền gần với đoạn peptide Pasteur 7. Trong nhóm, riêng chủng 14072 thể hiện biến dị di truyền so với các chủng còn lại. Có thể thấy trình tự các chuỗi axit amin của protein fHbp từ các chủng *N. meningitidis* ở miền Bắc Việt Nam tập trung thành 4 nhóm rõ rệt, tuy vậy mức độ biến dị di truyền giữa các nhóm là không quá lớn.



Hình 2. Đa hình di truyền và quan hệ phát sinh chủng loại giữa các chủng *N. meningitidis* ở miền Bắc Việt Nam với các phân họ miễn dịch theo thành phần axit amin của protein fHbp phân tích bằng phần mềm MEGA7, theo phương pháp tối đa tương đồng. Đơn vị chiều dài các nhánh là số axit amin sai khác trên tổng số axit amin so sánh.

3.3. Mối quan hệ di truyền phát sinh chủng loại của các chủng *N. meningitidis* tại miền Bắc Việt Nam

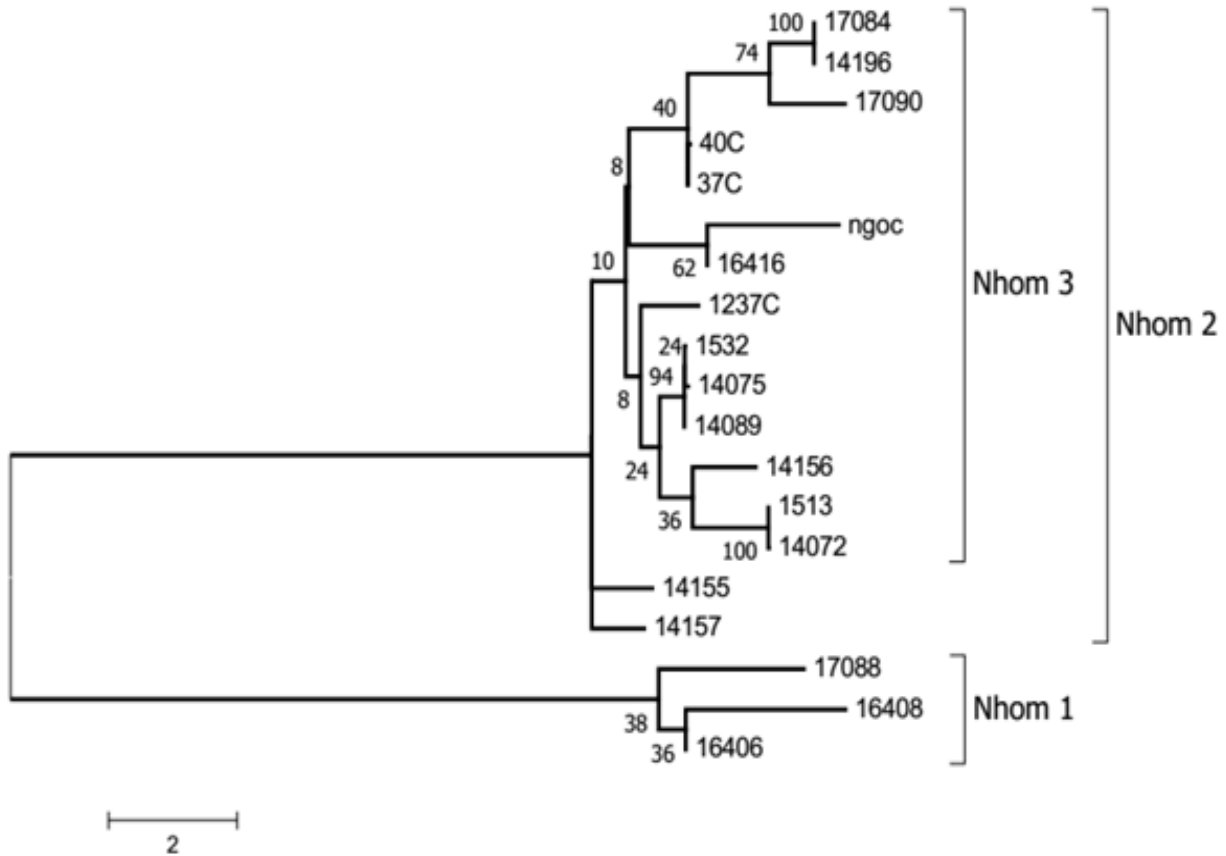
Mối quan hệ di truyền của các chủng *N. meningitidis* tại miền Bắc Việt Nam được đánh giá dựa trên trình tự mã hóa protein của gen *fHbp*, sử dụng phương pháp tối

đa tương đồng của phần mềm MEGA7 với hệ số tin cậy bootstrap 1000, được trình bày ở Hình 3. Theo đó, tổng quan có thể thấy các chủng não mô cầu ở miền Bắc Việt Nam trong nghiên cứu này phân thành hai nhóm rõ rệt, Nhóm 1 gồm các chủng 16406, 16408 và 17088. Nhóm



2 có thể chia thành 2 phân nhóm nhỏ, một nhánh gồm 2 chủng 14155 và 14157, còn lại là phân nhóm lớn Nhóm 3, chia thành các phân nhánh nhỏ. Độ dài các nhánh của cây phát sinh chủng loại được dựng theo tỷ lệ, đơn vị là

mỗi sai khác nucleotide ở một vị trí. Một cách trực quan, có thể nhận định ngoài sự sai khác rõ rệt giữa các nhóm, các chủng trong từng nhóm thể hiện mức độ đồng nhất di truyền tương đối cao.



Hình 3. Quan hệ di truyền phát sinh chủng loại giữa các chủng *N. meningitidis* theo thành phần nucleotide của gen *fHbp* phân tích bằng phần mềm MEGA7, theo phương pháp tối đa tương đồng. Đơn vị chiều dài các nhánh là số sai khác nucleotide trên tổng số nucleotide so sánh

IV. KẾT LUẬN

GenfHbp là một trong số ít các gen mã hóa cho các protein bề mặt quyết định tính kháng nguyên vô của vi khuẩn *N. meningitidis* serotype B (NmB) hiện đang được nghiên cứu như là đích vaccine tiềm năng. Kết quả nghiên cứu đặc điểm gen *fHbp* của 19 chủng vi khuẩn *N. meningitidis* thu tại một số doanh trại quân đội ở miền Bắc Việt Nam cho thấy các chủng *N. meningitidis* hiện đang lưu hành tại miền Bắc Việt Nam thể hiện tính đồng nhất khá cao về mặt di truyền. Về đặc tính miễn dịch, tất cả các chủng serotype C thuộc nhóm đa hình 2/3 của protein fHbp, trong khi đó không có chủng nào thuộc serotype B thuộc phân nhóm miễn dịch này. Serotype

B thể hiện mức độ đa dạng di truyền cao hơn, phân bố thành 3 cụm, trong đó 1 cụm thuộc nhóm đa hình 3 của protein fHbp và 1 cụm có mức biến dị di truyền gần gũi với phân nhóm miễn dịch này. Đáng chú ý là 3 chủng NmB 16406, 16408 và 16416 phân lập tại Hà Nội trong năm 2016 thể hiện đặc điểm di truyền riêng, cụm thành một nhóm với chủng NmB Ngọc phân lập tại Vĩnh Phúc năm 2009, phân biệt hẳn với các chủng còn lại, không nằm trong các phân họ hoặc các nhóm đa hình miễn dịch đã biết của protein fHbp. Đây có thể là đại diện của một nhóm miễn dịch riêng cần được quan tâm nghiên cứu sâu hơn ở Việt Nam.

V. LỜI CẢM ƠN

Cảm ơn Quỹ Phát triển khoa học và Công nghệ

quốc gia Nafosted đã hỗ trợ kinh phí cho đề tài mã số 106-NN.02-2015.66 để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Read RC. *Neisseria meningitidis*; clones, carriage, and disease. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20:391–395
2. Mariagrazia Pizza, Rino Rappuoli. *Neisseria meningitidis*: pathogenesis and immunity. *Current Opinion in Microbiology.*2015; 23: 68-72
3. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, et al. Meningococcal disease. *N Engl J Med.* 2001;344:1378–1388
4. Soeters HM, McNamara LA, Whaley M, et al. Serogroup B meningococcal disease outbreak and carriage evaluation at a college – Rhode Island, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64:606–607
5. Ashesh Gandhi, Paul Balmer & Laura J. York. Characteristics of a new meningococcal serogroup B vaccine, bivalent rLP2086 (MenB-FHbp; Trumenba®). *Postgraduate Medicine.* 2016; 128:6, 548-556
6. Fletcher LD, Bernfield L, Barniak V, et al. Vaccine potential of the *Neisseria meningitidis* 2086 lipoprotein. *Infect Immun.* 2004;72:2088–2100
7. Massignani V, Comanducci M, Giuliani MM, et al. Vaccination against *Neisseria meningitidis* using three variants of the lipoprotein GNA1870. *J Exp Med.* 2003;197:789–799
8. Mothershed, E. A., C. T. Sacchi, A. M. Whitney, G. A. Barnett, G. W. Ajello, S. Schminck, L. W. Mayer, M. Phelan, T. H. Taylor, Jr., S. A. Bernhardt, N. E. Rosenstein, and T. Popovic. 2004. Use of real-time PCR to resolve slide agglutination discrepancies in serogroup identification of *Neisseria meningitidis*. *Journal of Clinical Microbiology.* 2004. 42:320-328
9. Dolan Thomas, J., C.P. Hatcher, D.A. Satterfield, M.J. Theodore, M.C. Bach, K.B. Linscott, X. Zhao, X. Wang, R. Mair, S. Schminck, K.E. Arnold, D.S. Stephens, L.H. Harrison, R.A. Hollick, A.L. Andrade, J. Lamaro-Cardoso, A.P.S. de Lemos, J. Gritzfeld, S. Gordon, A. Soysal, M. Bakir, D. Sharma, S. Jain, S.W. Satola, N.E. Messonnier, and L.W. Mayer. sodC-Based Real-Time PCR for Detection of *Neisseria meningitidis*. *PLoS One.* 2001; 6:e19361
10. Borrow, R., H. Claus, M. Guiver, L. Smart, D. M. Jones, E. B. Kaczmarski, M. Frosch, and A. J. Fox. Non-culture diagnosis and serogroup determination of meningococcal B and C infection by a sialyltransferase (siaD) PCR ELISA. *Epidemiology and Infection.* 1997. 118:111-117
11. Center for Disease Control. “Laboratory Methods for the Diagnosis of Meningitis Caused by *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, and *Haemophilus influenzae*”. 1998. p. 20.
12. MEGA7: Molecular Evolutionary Genetics Analysis version 7.0 for bigger datasets. Kumar S, Stecher G, and Tamura K (2016) *Molecular Biology and Evolution* 33:1870-1874
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe. 2011
14. M.M. Lahra, R.P. Enriquez. Australian Meningococcal Surveillance Programme annual report, 2013. *Commun Dis Intell Q Rep.* 2014. 38, E301-E308



KIẾN THỨC VỀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2011

Trần Tuấn Cường¹, Lê Thị Hương², Đoàn Thị Thùy Linh², Nguyễn Văn Lâm³, Lưu Minh Châu⁴

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kiến thức tuân thủ điều trị ARV (TTĐT) của người chăm sóc chính (NCSC) của trẻ nhiễm HIV tại Bệnh viện Nhi Trung ương, từ tháng 5-8/2011.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, kết hợp điều tra định lượng 209 NCSC tại thời điểm nghiên cứu với hồ sơ sổ sách, báo cáo và hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt về TTĐT tương đối thấp (58,9%) so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Đa số NCSC biết điều trị ARV là suốt đời (97,6%) và 92,9% trả lời đúng mức độ TTĐT bắt buộc trên 95%. Tuy nhiên chỉ có 59,3% NCSC trả lời đúng mục đích chính của điều trị ARV là “ức chế sự nhân lên của vi rút”. Tỷ lệ khá cao (89%) NCSC biết xử trí đúng khi quên cho trẻ uống ARV. 58,8% NCSC biết cả ba hậu quả của không TTĐT (kháng thuốc, thất bại điều trị, chuyển đổi phác đồ).

Kết luận: Kiến thức của NCSC là yếu tố quyết định thành công trong TTĐT ở trẻ em. Cán bộ y tế (CBYT) cần duy trì, tăng cường tư vấn về thuốc ARV và hỗ trợ NCSC xây dựng kế hoạch TTĐT cho trẻ để đảm bảo hiệu quả điều trị tối ưu.

Từ khóa: Điều trị ARV, trẻ nhiễm HIV, tuân thủ điều trị, người chăm sóc trẻ chính

SUMMARY: KNOWLEDGE ON ART ADHERENCE OF CARE GIVER IN NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL IN 2011

Purpose: research aimed at evaluating knowledge on ART adherence (TTĐT) of care givers (NCSC) in National pediatric hospital from April 5-8, 2011.

Method: Study design cross cutting, combine quantitative survey with review reports and patient chart records. **Results:** The rate of knowledge on ART adherence is low (58.9%) compared with other research in Vietnam. All of care givers know antiretroviral treatment is lifelong

treatment (97.6%), and 92.9% of care givers correct replies about the level required on the 95%. However only 59.3% of care givers answer correctly the main purpose of ARV treatment is “inhibit the replication of viruses”. The rate quite high (89%) care givers know solve correctly when the children had forgotten ARV drugs. 58.8% of care givers answer correctly three consequences of ART adherence consists of: HIV drug resistance, failed treatment and replacement regimen.

Conclusion: Care giver’s knowledge of HIV is the deciding factor in success ART adherence in children. Health care staffs need to sustain and strengthen counselling ARV drugs for care givers and support them development of the plan for ART adherence to ensure effective ARV treatment.

Keywords: ARV treatment, infected children , adherence, care givers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thuốc kháng HIV (ARV) bắt đầu tại Việt Nam từ năm 2005 và được triển khai mở rộng rất nhanh chóng. Cho đến tháng 3/2013, số người tiếp cận điều trị ARV là 74.401 người, trong đó có 3.884 trẻ em [2].

TTĐT là một trong những yếu tố quyết định thành công của điều trị ARV, đồng thời ảnh hưởng đến nhiều yếu tố quan trọng (chuyển hoá thuốc, đáp ứng miễn dịch, nhiễm trùng cơ hội và đặc biệt là kháng thuốc). Uống đủ số thuốc quy định (>95%) là rất cần thiết để đạt được liều ức chế vi rút tối đa. TTĐT kém hơn có thể gây kháng thuốc và thất bại điều trị. Điều trị HIV/AIDS là suốt đời nên TTĐT rất quan trọng [1].

Các nghiên cứu trong nước và quốc tế chủ yếu về TTĐT ở người lớn và rất ít về TTĐT ở trẻ em. Để đánh giá kiến thức của NCSC về TTĐT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá kiến thức về tuân thủ điều trị HIV/AIDS**

1. Bệnh viện Phổi Trung ương
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS
3. Bệnh viện Nhi Trung ương
4. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

» Ngày nhận bài: 31/08/2017 | » Ngày phản biện: 05/09/2017 | » Ngày duyệt đăng: 11/09/2017

của người chăm sóc trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, chọn mẫu toàn bộ 209 NCSC tại Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS (PKNT) thuộc Bệnh viện Nhi Trung ương, kết hợp hồi cứu sổ sách, báo cáo và hồ sơ bệnh án.

Sử dụng câu hỏi phát để đánh giá kiến thức TTĐT của NCSC. Cách tính điểm kiến thức về TTĐT tham khảo từ những nghiên cứu kiến thức, thái độ thực hành, nội dung đánh giá kiến thức tư vấn về TTĐT tại Hướng dẫn quốc gia về điều trị và chăm sóc cho trẻ nhiễm HIV [1].

NCSC hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và được bảo mật tất cả thông tin liên quan. Số liệu thu thập được làm sạch, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 mô tả một số đặc điểm nhân khẩu học của NCSC. Tổng số có 209 NCSC tham gia nghiên cứu, tương đương cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá TTĐT thuốc kháng vi rút của Bệnh viện Nhi đồng 1 (213 NCSC) [3]. Trong

đó, trên 2/3 NCSC là nữ giới. NCSC đang trong độ tuổi lao động chiếm nhiều nhất và tập trung vào các độ tuổi từ 30-39 (45,9%), từ 20-29 (24,9%) và từ 40-59 (22%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính năm 2009 (>90%) [4].

Phần lớn NCSC chỉ có trình độ học vấn THCS (31,6%) và PTTH (32%). Học vấn dưới Tiểu học (15,9%); tỷ lệ này thấp hơn nhiều lần so với nghiên cứu về TTĐT tại Addis Ababa, Ethiopia với 45,1% NCSC có học vấn dưới Tiểu học [6].

NCSC là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (35,9%), tuy nhiên vẫn có 8,1% NCSC không có việc/thất nghiệp. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang với tỷ lệ NCSC thất nghiệp chỉ có 1,5% [5].

NCSC đã có gia đình và đang sống cùng vợ/chồng chiếm ưu thế với (56,9%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Ethiopia với 44,6% [6]. Kết quả nghiên cứu này chỉ có 4,8% NCSC ly dị hoặc ly thân và 6,2% NCSC chưa lập gia đình.

Hơn 70% NCSC là cha/mẹ ruột của trẻ, số còn lại là ông/bà nội/ngoại hoặc họ hàng và những người thân khác. Tỷ lệ này tương đương với khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang (~68%) [5].

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của NCSC (n=209)

Đặc điểm	Thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	62	29,7
	Nữ	147	70,3
Tuổi Trẻ nhất là 20 tuổi, già nhất là 71 tuổi, trung bình 37,75 ± 12,36	Từ 20-29	52	24,9
	Từ 30-39	96	45,9
	Từ 40-59	46	22,0
	Trên 60	15	7,2
Dân tộc	Kinh	200	95,7
	Khác	9	4,3
Trình độ học vấn	Dưới Tiểu học (1-5, mù chữ)	33	15,9
	Trung học cơ sở (6-9)	66	31,6
	Phổ thông trung học (10-12)	67	32,0
	Trên PTTH (sơ cấp trở lên)	43	19,5



Đặc điểm	Thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Không có việc/thất nghiệp	17	8,1
	Nông dân (làm ruộng, làm vườn)	75	35,9
	Lao động tự do	26	12,4
	Viên chức/công chức	24	11,5
	Công nhân	21	10,1
	Khác (buôn bán, nội trợ,...)	46	22,0
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình	13	6,2
	Đang sống cùng vợ hoặc chồng	119	56,9
	Ly dị hoặc ly thân	10	4,8
	Góa	65	31,1
	Khác	2	1,0
Mối quan hệ với trẻ	Cha/mẹ ruột	153	73,2
	Ông/bà nội/ngoại	43	20,6
	Họ hàng (ông, bà, cô, dì, chú, bác)	5	2,4
	Khác	8	3,8

3.2. Kiến thức của NCSC về phòng lây nhiễm HIV và TTĐT

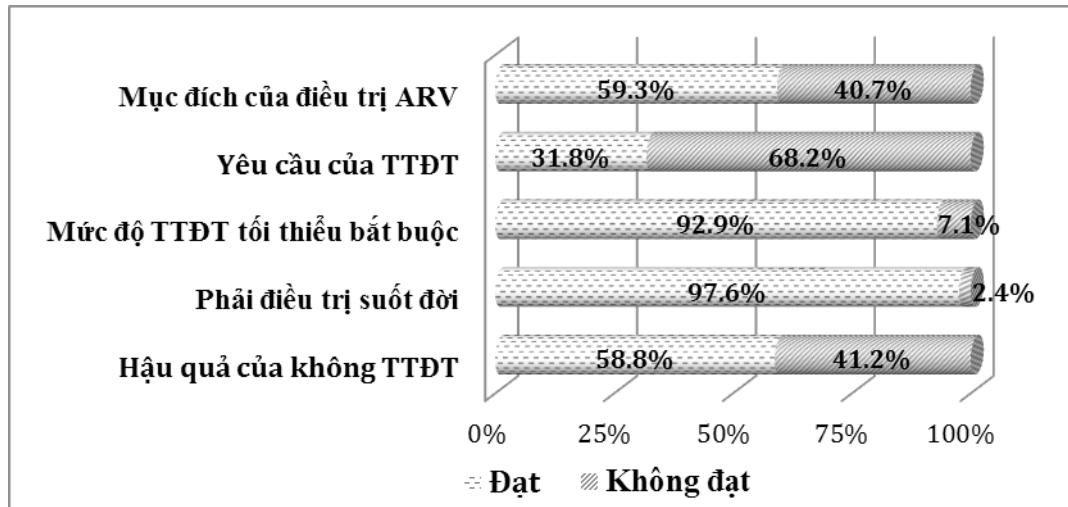
Bảng 2. Kiến thức của NCSC về phòng lây nhiễm HIV (n=209)

Nội dung	Trả lời	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các đường lây nhiễm HIV chính	Đường máu, tiêm chích	199	94,3
	Lây truyền HIV từ mẹ sang con	192	91,0
	Ăn uống, dùng chung bát, đĩa	0	0
	Qua muỗi đốt	6	2,8
	Qua tiếp xúc: nắm tay, trò chuyện	0	0
	Qua QHTD	189	89,6
Cách phòng lây nhiễm HIV	Kiên QHTD	41	19,4
	Sử dụng bao cao su khi QHTD	192	91,0
	Không tiếp xúc, nắm tay với người nhiễm HIV	3	1,4
	Không ăn uống chung với người nhiễm HIV	0	0
	Chung thủy một bạn tình	138	65,4

Kết quả nghiên cứu (Bảng 2) cho thấy, đa số NCSC đều biết lây nhiễm HIV có 3 đường: đường máu và tiêm chích (94,3%), lây truyền HIV từ mẹ sang con (91%) và lây qua quan hệ tình dục (QHTD) là 89,6%. Về cách phòng lây nhiễm HIV, phần lớn NCSC đều lựa chọn cách sử dụng bao cao su khi QHTD (91%); 65,4% lựa chọn

cách chung thủy một bạn tình; có ít hoặc hầu như không có NCSC lựa chọn cách không tiếp xúc, nắm tay, ăn uống hoặc dùng chung bát đĩa với người nhiễm HIV. Kết quả này cho thấy công tác tư vấn và truyền thông các kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, chống kỳ thị phân biệt, đối xử đối với người nhiễm HIV đã đem lại hiệu quả nhất định.

Biểu đồ 1. Kiến thức của NCSC về mục đích, nguyên tắc của điều trị ARV và hậu quả của không TTĐT (n=209)



Theo quy trình điều trị ARV, trước khi bắt đầu điều trị ARV cho trẻ, NCSC bắt buộc phải trải qua quy trình chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV cho trẻ nhiễm HIV với 3 lần tư vấn cá nhân, bao gồm: kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, nhiễm trùng cơ hội, điều trị bằng thuốc ARV, tuân thủ điều trị, phác đồ điều trị, cách dùng thuốc, phát hiện tác dụng phụ và xử trí một số tình huống trong TTĐT, lập kế hoạch TTĐT và theo dõi chăm sóc trẻ [1]. Mặc dù kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn NCSC đều biết rằng việc điều trị ARV là suốt đời (97,6%), 92,9% NCSC trả lời đúng mức độ tuân thủ điều trị bắt buộc trên 95%, 89% NCSC biết cách xử trí

đúng khi quên cho trẻ uống thuốc. Tuy nhiên, chỉ có 68,4% NCSC biết cách xử trí đúng khi trẻ bị nôn sau uống thuốc ARV trong vòng 1 giờ, 68,2% NCSC trả lời đúng các yêu cầu bắt buộc của TTĐT và 58,8% NCSC trả lời đạt cả ba hậu quả của không TTĐT là kháng thuốc, thất bại điều trị và chuyển đổi phác đồ (Biểu đồ 1 và Bảng 3). Tỷ lệ này thấp hơn so với yêu cầu của Cục Phòng, chống HIV/AIDS; đồng thời cũng chỉ ra rằng, PKNT cần phải tăng cường hơn nữa tư vấn về xử trí các tình huống trong TTĐT, các yêu cầu bắt buộc của TTĐT và hậu quả của không TTĐT.

Bảng 3. Kiến thức của NCSC về xử trí một số tình huống trong TTĐT (n=209)

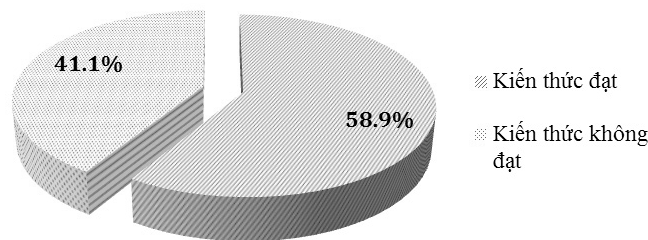
Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
1. Xử trí khi quên cho trẻ uống thuốc		
Bỏ qua liều đó, liều tiếp theo vẫn uống đúng giờ quy định	13	6,2
Uống ngay liều đó khi nhớ ra. Liều tiếp theo uống theo giờ quy định nhưng cách liều trước ít nhất 4 tiếng	186	89,0
Uống liền 2 liều một lúc khi nhớ ra	3	1,5
Cách khác	7	3,3
2. Xử trí khi trẻ bị nôn sau uống ARV trong vòng 1 giờ		
Uống bù ngay một liều khác. Các liều sau uống đúng giờ quy định	143	68,4
Không uống bù và đợi đến giờ quy định mới cho trẻ uống liều tiếp	57	27,3
Đợi đến giờ quy định cho trẻ uống 2 liều liền	3	1,4
Cách khác	6	2,9



Tổng hợp kết quả trả lời các câu hỏi về kiến thức TTĐT của NCSC, tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt (≥ 5 trên tổng số 7 điểm) là 58,9%. Kết quả này cao hơn so với

khảo sát kiến thức NCSC trẻ nhiễm HIV và các yếu tố ảnh hưởng tới TTĐT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang năm 2009 [5].

Biểu đồ 2. Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt về TTĐT (n=209)



IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đây là một trong số ít nghiên cứu được công bố tại Việt Nam về kiến thức TTĐT ARV trong bệnh nhân HIV/AIDS trẻ em. Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt về TTĐT tương đối thấp (58,9%) so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam.

Từ những kết quả trên, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

- Duy trì, tăng cường tư vấn về thuốc ARV và cách sử dụng cho NCSC trước - trong quá trình điều trị ARV của trẻ; kết hợp truyền thông, tư vấn chăm sóc trẻ nhiễm HIV, tư vấn dinh dưỡng và cách xử trí tác dụng phụ nhẹ; nâng cao sự phối hợp giữa nhân viên tư vấn tại PKNT, đồng đẳng viên, nhóm chăm sóc tự nguyện và nhóm tự lực,

nhằm đảm bảo NCSC không chán nản, muốn ngừng điều trị thông qua.

- CBYT tăng cường hỗ trợ NCSC trong xây dựng kế hoạch TTĐT cho trẻ. Thường xuyên đánh giá TTĐT của trẻ, tránh tâm lý chủ quan của NCSC khi thấy sức khỏe của trẻ ổn định, duy trì ý thức tuân thủ thường xuyên cho NCSC và trẻ.

- Cần có những tư vấn hoặc tập huấn kỹ hơn cho NCSC là nam giới hoặc có trình độ học vấn dưới phổ thông trung học.

- Duy trì đào tạo nâng cao năng lực cho CBYT làm việc tại PKNT (kỹ năng tư vấn, quá trình phát triển tâm sinh lý của trẻ,...) để bổ sung kỹ năng, thông tin tư vấn TTĐT cho NCSC và trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS (ban hành kèm Quyết định số 4746/QĐ-BYT ngày 08/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2013 và trọng tâm kế hoạch 6 tháng cuối năm 2013 (ban hành kèm Báo cáo số 506/BC-BYT ngày 04/07/2013 của Bộ Y tế)* Hà Nội, truy cập ngày 28/08/2013, tại trang web http://vaac.gov.vn/Download.aspx/9A75D23895A541D284DEB4D2D18A4469/1/Bao_cao_so_ket_6_thang_nam_2013_final.pdf.
3. Trương Hữu Khanh, Mai Đào Ái Như và Đoàn Thị Ngọc Diệp (2008), *Đánh giá tình hình tuân thủ thuốc kháng Retrovirus ở bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi đồng 1*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 13: 212-8, truy cập ngày 29/09/2011, tại trang web <http://www.tcyh.yds.edu.vn/>.
4. Nguyễn Văn Kính (2010), "Thực trạng quản lý, chăm sóc, điều trị cho trẻ em và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại Trung tâm Giáo dục - Lao động xã hội số II Hà Nội năm 2007", *Tạp chí Y học Thực hành*. 742+743, tr. 485-488.
5. Trương Hoàng Mỗi, Võ Thị Kim Hoàn và Đặng Xuân Điền (2009), *Khảo sát kiến thức người chăm sóc trẻ và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tại Phòng khám ngoại trú Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang, An Giang*, truy cập ngày 09/03/2011, tại trang web <http://www.bvag.com.vn/down.php?file=22...pdf>.
6. Biadgilign Sibhatu, et all. (2008), *Adherence to highly active antiretroviral therapy and its correlates among HIV infected pediatric patients in Ethiopia*, BMC Pediatrics 2008, 8:53, accessed by 17/03/2011, available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/53>.

ẢNH HƯỞNG CỦA SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG LÊN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH TRÀ VINH

Phạm Thanh Bình¹, Nguyễn Quang Việt², Ngô Thị Quỳnh Lan³, Trần Thiện Thuận³

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 994 người cao tuổi tại tỉnh Trà Vinh với mục tiêu xác định điểm số chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và tìm hiểu ảnh hưởng sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi tại tỉnh Trà Vinh. Kết quả cho thấy sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với mức điểm trung bình 19,81 điểm. Kết quả cho thấy vấn đề đau răng miệng có điểm trung bình cao nhất (4,16), tiếp đến là giới hạn chức năng răng miệng với điểm trung bình 2,97 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thay đổi tâm lý với điểm trung bình 2,28. Có 6 yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống gồm: thói quen ăn rau, củ, quả tươi, có bệnh lý kèm, thói quen chải răng, thói quen sử dụng kem đánh răng, thói quen sử dụng tăm xỉa răng với $p < 0,05$.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, người cao tuổi, Trà Vinh

ABSTRACT:

EFFECTIVE OF ORAL HEALTH TO QUALITY OF LIFE ELDERLY IN TRA VINH PROVINCE

Cross-sectional study of 994 elderly people in Tra Vinh province was conducted to determine the quality of life of the elderly and to examine the impact of oral health on the quality of life among the elderly in the province. Tra Vinh. Results show that oral health affects quality of life with an average score of 19.81 points. Results showed that oral cavity had the highest average score (4.16), followed by oral function limit with mean score of 2.97, and the least affective matter was psychological change with GPA 2.28. There are 6 factors related to the quality of life including: eating habits of vegetables, roots, fresh fruits, diseases, brushing habits, habit of using toothpaste, habit of using toothpicks with $p < 0.05$.

Keywords: *Quality of life, elderly, Tra Vinh.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở hầu hết các nước, tỉ lệ người 60 tuổi trở lên đang tăng nhanh hơn so với các nhóm tuổi khác, số NCT trên toàn thế giới khoảng 688 triệu người vào năm 2006, dự đoán sẽ lên đến gần 2 tỷ người vào năm 2050, trong đó số người trên 80 tuổi sẽ phát triển nhanh nhất và chiếm tỉ lệ 20%, tại Đông Nam Á có gần 8% dân số trên 60 tuổi [1].

Sức khỏe răng miệng có vai trò rất quan trọng đối với sức khỏe toàn thân, và ngược lại những thay đổi sinh lý, bệnh lý của cơ thể cũng ảnh hưởng lên tình trạng sức khỏe răng miệng. Hầu hết các dịch vụ chăm sóc nha khoa thường được đặt tại khu vực đô thị, còn vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa, vùng người dân tộc vẫn chưa tiếp cận được, có thể do điều kiện kinh tế, trang thiết bị, nguồn nhân lực. Bên cạnh đó, chất lượng cuộc sống sức khỏe răng miệng (CLCS-SKRM) đang được xác định là lĩnh vực sức khỏe ưu tiên trong bối cảnh các vấn đề chất lượng cuộc sống đi đầu trong các chính sách y tế công cộng [5]. Mặc dù vậy, các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng tại Việt Nam còn chưa nhiều và cũng mới chỉ được quan tâm trong vài năm trở lại đây.

Trà Vinh là một tỉnh nghèo thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Theo số liệu thống kê năm 2015, dân số toàn tỉnh khoảng 1,1 triệu người, trong đó người dân tộc Khmer chiếm 30%, số NCT là 99.878 người, chiếm 9,08%. Cho đến nay, chưa có số liệu nào về sức khỏe răng miệng ở NCT trên địa bàn tỉnh. Nghiên cứu thực hiện nhằm mục đích tìm hiểu ảnh hưởng sức khỏe răng miệng lên CLCS ở NCT tại tỉnh Trà Vinh.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

- *Đối tượng nghiên cứu:* Là người cao tuổi trên 60 tuổi được chọn ngẫu nhiên hệ thống đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Trà Vinh.

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. SĐT: 0906 303 334, Email: binhtravinhhrhm@gmail.com
2. Bệnh viện Răng Hàm Mặt tp Hồ Chí Minh
3. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện tại tỉnh Trà Vinh.

- **Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả

- **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:**

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

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; α : mức ý nghĩa ($\alpha=0,05$), $d=0,05$

$DE=3$: hệ số thiết kế khi chọn mẫu cụm trong cộng đồng.

$p= 0,799$ (tỷ lệ mắc bệnh răng miệng tại Cần Thơ theo điều tra năm 2009 [2])

Vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 740. Thực tế, nghiên cứu lấy vào 994 người.

Chọn mẫu: Chiến lược chọn mẫu cho nghiên cứu là chọn 30 cụm ngẫu nhiên theo PPS

Bước 1: Chọn 30 cụm, mỗi cụm là 1 xã, phường, trong số 106 xã phường trên toàn tỉnh để đảm bảo tính đại diện cho dân số.

N: Dân số chọn mẫu là 99.878 người cao tuổi trên toàn tỉnh Trà Vinh. (theo báo của chi cục dân số 2014)

Khoảng cách mẫu $k=N/30=99.878/30=3330$

Số x ngẫu nhiên là 2.345 (thỏa điều kiện $1 \leq x \leq 3330$)

n là cụm được chọn (n: 1,2,3,..., 30). Các xã phường tiếp theo được chọn lựa theo quy tắc: Số dân số xã cộng dồn $\geq x + (n-1)k$ với n: 0,1,2,...,30 (*phụ lục*)

Bước 2: Lập danh sách người ≥ 60 tuổi tại mỗi xã, chọn ngẫu nhiên đơn 34 người tại mỗi xã phường.

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí đưa vào: Người ≥ 60 tuổi có khả năng giao

tiếp, Người dân đang sinh sống tại địa điểm nghiên cứu. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chí loại ra: Không đủ năng lực trả lời câu hỏi nghiên cứu (bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ). Không có mặt trong thời gian nghiên cứu

Công cụ thu thập dữ liệu: Phiếu điều tra được soạn sẵn

Các chỉ số nghiên cứu:

Bộ câu hỏi OHIP gồm 14 câu hỏi (về hoạt động bị ảnh hưởng) chia làm 7 lĩnh vực như sau: Để tính toán điểm số OHIP-14VN, sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ đánh giá tần suất các hoạt động bị ảnh hưởng bởi tình trạng SKRM (0: chưa bao giờ, 1: hiếm khi, 2: thỉnh thoảng, 3: thường xuyên, 4: rất thường xuyên). Điểm trung bình của từng lĩnh vực là trung bình cộng của 2 hoạt động bị ảnh hưởng (xem bảng mô tả trên). Tổng điểm trung bình OHIP-14 là trung bình của 14 hoạt động bị ảnh hưởng của cả 7 lĩnh vực. Như vậy điểm trung bình OHIP-14 càng cao cho thấy CLCS-SKRM của bệnh nhân càng thấp.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata12, Epi-Data. So sánh sự khác biệt kiểm định Independent Sample T Test, phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, giá trị p ngưỡng $< 0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài đã được Hội đồng khoa học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua trước khi triển khai nghiên cứu. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Chất lượng cuộc sống theo thang điểm OHIP-14VN

Bảng 3.1. Chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng (n= 994)

Chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng theo thang điểm OHIP-14VN	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]
Q1. Gặp khó khăn khi phát âm một số từ nào đó	1,22 ± 0,58	1 [1-1]
Q2. Cảm thấy vị giác của mình bị kém đi	1,75 ± 1,07	1 [1-2]
Q3. Cảm thấy đau hay khó chịu trong miệng	1,88 ± 1,10	1 [1-3]
Q4. Không thoải mái khi ăn bất cứ loại thức ăn nào	2,28 ± 1,19	1 [1-3]
Q5. Thiếu tự tin	1,21 ± 0,55	1 [1-1]
Q6. Cảm thấy căng thẳng	1,23 ± 0,59	1 [1-1]

Chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng theo thang điểm OHIP-14VN	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]
Q7. Việc ăn uống không vừa ý hay không thể chấp nhận	1,68 ± 1,00	1 [1-2]
Q8. Tạm dừng bữa ăn	1,26 ± 0,64	1 [1-1]
Q9. Cảm thấy khó thư giãn	1,17 ± 0,48	1 [1-1]
Q10. Cảm thấy bối rối	1,11 ± 0,38	1 [1-1]
Q11. Dễ cáu gắt với người khác	1,12 ± 0,41	1 [1-1]
Q12. Cảm thấy khó khăn khi làm những việc thông thường	1,23 ± 0,58	1 [1-1]
Q13. Cảm thấy chất lượng cuộc sống nói chung bị kém đi	1,47 ± 0,82	1 [1-2]
Q14. Hoàn toàn không thể làm được những việc như mong muốn	1,19 ± 0,52	1 [1-1]
Điểm chung	19,81 ± 6,15	18 [14-23]

Sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với mức điểm trung bình 19,81. Trong đó, điểm trung bình vấn đề về không thoải mái khi ăn bất cứ loại thức ăn nào là cao nhất (2,28), tiếp đến vấn đề về cảm thấy đau hay khó

chịu trong miệng với mức điểm trung bình 1,88 và cảm thấy vị giác bị kém đi với điểm trung bình 1,75. Bên cạnh đó vấn đề cảm thấy bối rối ít bị ảnh hưởng nhất với mức điểm trung bình là 1,11 và dễ cáu gắt với mức điểm trung bình 1,12.

Bảng 3.2. Chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng theo thang điểm OHIP-14VN theo từng lĩnh vực (n= 994)

Chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng theo thang điểm OHIP-14VN theo từng lĩnh vực		Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]
Q1, Q2	Giới hạn chức năng răng miệng	2,97 ± 1,38	2 [2-4]
Q3, Q4	Đau về răng miệng	4,16 ± 1,90	4 [2-6]
Q5, Q6	Không thoải mái về tinh thần	2,44 ± 0,99	2 [2-2]
Q7, Q8	Khó khăn trong việc ăn uống	2,94 ± 1,33	2 [2-4]
Q9, Q10	Thay đổi tâm lý	2,28 ± 0,80	2 [2-2]
Q11, Q12	Hạn chế về quan hệ xã hội	2,35 ± 0,85	2 [2-2]
Q13, Q14	Mất khả năng	2,66 ± 1,16	2 [2-3]

Kết quả cho thấy vấn đề đau răng miệng có điểm trung bình cao nhất (4,16), tiếp đến là giới hạn chức năng răng miệng với điểm trung bình 2,97 và vấn đề ít ảnh hưởng

nhất là thay đổi tâm lý với điểm trung bình 2,28.

3.2. Mối liên quan điểm số Chất lượng cuộc sống với tình trạng răng miệng

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa Điểm số Chất lượng cuộc sống theo thang đo OHIP-14VN và đặc tính mẫu nghiên cứu (n= 994)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Tần số	Điểm số CLCS theo OHIP-14VN		P
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Giới tính				
Nữ	614	19,70	6,04	0,677
Nam	380	19,87	6,23	



Nhóm tuổi				
Dưới 70 tuổi	562	19,62	6,35	0,493 ***
Từ 70 đến dưới 80 tuổi	276	19,97	5,84	
Từ 80 tuổi trở lên	156	20,22	6,00	

Phép kiểm T

***Phép kiểm Anova

****Phép kiểm Kruskal-Wallis

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Trong đó,

nhóm biết đọc biết viết và hoàn thành tiểu học có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất với điểm trung bình 20,07 và nhóm hoàn thành THPT có điểm số chất lượng cuộc sống nhỏ nhất với điểm trung bình 17,08.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa Điểm số CLCS theo OHIP-14VN và thói quen sống (n= 994)

Thói quen sống	Tần số	Điểm số CLCS theo OHIP-14VN		p
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Ăn đồ quá nóng hoặc quá lạnh				
Không	378	20,08	6,15	0,278
Có	616	19,64	6,16	
Ăn rau, củ, quả tươi				
Không	291	21,22	6,38	<0,001
Có	703	19,23	5,97	
Uống rượu bia trong 12 tháng qua				
Không	795	19,90	6,19	0,341
Có	199	19,44	6,02	
Hiện đang hút thuốc				
Không	759	19,68	6,09	0,226
Có	235	20,23	6,35	
Bệnh lý kèm theo				
Không	260	18,78	5,16	<0,001
Có	734	20,17	6,44	

Phép kiểm T

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thói quen ăn

rau, củ, quả tươi, bệnh lý kèm theo với điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa Điểm số CLCS theo OHIP-14VN và vệ sinh răng miệng (n= 994)

Vệ sinh răng miệng	Tần số	Điểm số CLCS theo OHIP-14VN		p
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Chải răng				
Không	185	21,31	5,72	<0,001
Có	809	19,47	6,20	
Sử dụng kem đánh răng				
Không	237	20,57	5,78	0,029
Có	757	19,57	6,25	
Dùng tăm xỉa răng				
Không	332	20,69	6,32	0,001
Có	662	19,37	6,03	
Súc miệng				
Thường xuyên	870	19,66	6,06	0,097 ***
Thỉnh thoảng	82	21,12	6,47	
Không bao giờ	42	20,40	7,19	

Phép kiểm T ***Phép kiểm Anova
 Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thói quen chải

răng, thói quen sử dụng kem đánh răng, thói quen dùng
 tăm xỉa răng với điểm số chất lượng cuộc sống (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chất lượng cuộc sống và bệnh răng miệng

Sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với mức điểm trung bình 19,81 ±6,15. Trong đó, điểm trung bình vấn đề về không thoải mái khi ăn bất cứ loại thức ăn nào là cao nhất (2,28), tiếp đến vấn đề về cảm thấy đau hay khó chịu trong miệng với mức điểm trung bình 1,88 và cảm thấy vị giác bị kém đi với điểm trung bình 1,75. Bên cạnh đó vấn đề cảm thấy bối rối ít bị ảnh hưởng nhất với mức điểm trung bình là 1,11 và dễ cấu gât với mức điểm trung bình 1,12.

Kết quả cho thấy vấn đề đau thực thể có điểm trung bình cao nhất (4,16), tiếp đến là giới hạn chức năng răng miệng với điểm trung bình 2,97 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thay đổi tâm lý với điểm trung bình 2,28.

Điểm OHIP-14 trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 19.81 ±6,15 cao hơn so với nghiên cứu của Rodakowska sử dụng phương pháp điều tra cắt ngang trên 178 người trên 55 tuổi sống một mình ở Đông Bắc Phần Lan, được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi OHIP-14, kết quả trung bình điểm OHIP-14 là 17,6 ± 14,3; [8], cao

hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Lan trên đối tượng mất răng đến khám tại Khoa RHM, Đại học Y Dược Tp HCM (2014) [3] và nghiên cứu của Inukai M năm 2010 ở Tokyo, Nhật Bản trên 489 bệnh nhân mất răng từng phần [7]. Điều này có thể do nghiên cứu của hai tác giả trên đối tượng đang mắc phải một tình trạng răng miệng nào đó và có nhu cầu điều trị nên ảnh hưởng đến CLCS liên quan SKRM cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 14 câu hỏi của OHIP-14, điểm trung bình cao nhất ở các câu hỏi 3 (Đau hay khó chịu trong miệng), và 4 (Cảm thấy khó chịu khi ăn), kết quả này giống với nghiên cứu của Lâm Kim Triển (2014), [4] và Skoskiewicz Katarzyna ở Ba lan [9].

Trong 7 lĩnh vực của OHIP-14 trung bình của lĩnh vực “đau thực thể” là cao nhất với các câu hỏi OHIP3 và OHIP 4 về vấn đề đau hay khó chịu trong miệng và khó chịu khi ăn các loại thức ăn hằng ngày. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu đã thực hiện ở Việt Nam và một số nước trên thế giới như nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Lan tại Tp HCM [3], và nghiên cứu của Skoskiewicz Katarzyna ở Ba Lan [9]. Điều này có thể do NCT ở nước ta có tình trạng răng miệng kém, phải chịu các cơn đau do bệnh sâu



răng và nha chu cũng như khó khăn trong ăn nhai do mất răng nhiều.

Lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều thứ 2 của nghiên cứu chúng tôi là “giới hạn chức năng” với các câu hỏi của OHIP 1 và OHIP 2 về vấn đề khó khăn khi phát âm và cảm giác vị giác bị kém đi. Kết quả này giống với nghiên cứu ở Tây Ban Nha, nghiên cứu cắt ngang, trên 270 người trưởng thành cho kết quả “giới hạn chức năng” xếp thứ 2 [6]. Tuy nhiên kết quả này khác với nghiên cứu TpHCM [3], có lĩnh vực “không thoải mái về tâm lý” với câu hỏi OHIP 5, OHIP 6 xếp thứ 2. Sự khác biệt này có lẽ do sự khác nhau về mẫu nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu cũng như vấn đề sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu.

Lĩnh vực ít ảnh hưởng thứ nhất là “thiếu năng về tâm lý” với các câu hỏi OHIP 9, OHIP 10 và lĩnh vực “thiếu năng về xã hội” với các câu hỏi OHIP 11, OHIP 12 ảnh hưởng ít thứ nhì. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lâm Kim Triển [4] với lĩnh vực ít ảnh hưởng nhất là “tàn tật” và nghiên cứu ở Ba Lan [9] với kết quả lĩnh vực ít ảnh hưởng thứ nhất là “thiếu năng về xã hội” và lĩnh vực “tàn tật” ảnh hưởng ít thứ nhì. Tuy có sự khác nhau nhưng nhìn chung NCT cảm thấy sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến ăn nhai chứ không làm ảnh hưởng đến các lĩnh vực tâm lý, xã hội. Như vậy cho thấy SKRM ảnh hưởng đến

CLCS NCT, tuy nhiên phần lớn NCT thích nghi với tình trạng răng miệng của mình, nên họ cho rằng đây là vấn đề thông thường ít gây khó khăn khi làm công việc bình thường.

4.2. Mối liên quan giữa Điểm số Chất lượng cuộc sống

Sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với mức điểm trung bình 19,81 điểm. Có 6 yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống gồm: thói quen ăn rau, củ, quả tươi, có bệnh lý kèm, thói quen chải răng, thói quen sử dụng kem đánh răng, thói quen sử dụng tăm xỉa răng với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Sức khỏe răng miệng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với mức điểm trung bình 19,81 điểm. Kết quả cho thấy vấn đề đau răng miệng có điểm trung bình cao nhất (4,16), tiếp đến là giới hạn chức năng răng miệng với điểm trung bình 2,97 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thay đổi tâm lý với điểm trung bình 2,28. Có 6 yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống gồm: thói quen ăn rau, củ, quả tươi, có bệnh lý kèm, thói quen chải răng, thói quen sử dụng kem đánh răng, thói quen sử dụng tăm xỉa răng với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giang Thanh Long (2012) *Bảo trợ xã hội cho người già ở Việt Nam: Thách thức và các biện pháp cải cách-Hội nghị quốc tế về người cao tuổi.*, Malaysia
- Đặng Thành Nam (2013) *Kiến thức, thái độ, thực hành về an toàn tình dục của học sinh THPT Bình An tại Bình Dương năm 2013*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế công cộng, Đại học Y Dược TP.HCM,
- Hoàng Thị Ngọc Lan (2014) *Ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa RHM-Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2013-2014*, Luận văn Bác sỹ Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,
- Lâm Kim Triển (2014) *Tác động của Sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại một số viện dưỡng lão ở thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn Bác sỹ Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Sale G (2002) “Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life”. *Illinois: Quintessence Publishing* pp.3.
- Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, ernándezMartín LA, Rosel-Gallardo EM (2009) “Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain”. *J Oral Res*, 5 (1), pp.13-18.
- Inukai M (2010) “Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (118), pp.1-6.
- Rodakowska, et al (2014) “Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland”. *BMC Oral Health*, 14 (106), pp.1-8.
- Skoskiewicz K (2014) *Validation of the Polish Version of the Oral Health Impact Profile-14*

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TIÊM VÀ TRUYỀN AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2016

Phạm Trí Dũng¹, Hoàng Thị Hoa², Phùng Thanh Hùng¹, Phạm Quỳnh Anh¹

TÓM TẮT

An toàn người bệnh, an toàn trong thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh luôn là vấn đề thời sự, là một trong những ưu tiên hàng đầu của chăm sóc y tế. Thực hành tiêm, truyền phải đạt các tiêu chuẩn về an toàn ở mọi lúc, mọi nơi có hoạt động tiêm, truyền. Theo đánh giá tình hình tiêm an toàn tại 8 tỉnh của Bộ Y tế (BYT) năm 2008, tính trung bình người bệnh điều trị nội trú được tiêm 2,2 mũi/ngày [4].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu kiến thức, thực hành của điều dưỡng về tiêm an toàn tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Hà Giang 6 tháng đầu năm 2016. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính được tiến hành từ tháng 1 đến tháng 6/2016 tại BVĐK tỉnh Hà Giang. Đối tượng nghiên cứu định lượng là toàn bộ 139 điều dưỡng viên đang công tác tại 10 khoa lâm sàng với tổng số 278 mũi tiêm được quan sát. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức chung của nhân viên y tế về tiêm an toàn còn thấp chiếm tỷ lệ 24,5%; tỷ lệ nhân viên y tế (NVYT) thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn 61,9%, tỷ lệ NVYT thực hành truyền tĩnh mạch an toàn 57,6%.

Từ khóa: Tiêm an toàn, truyền an toàn, điều dưỡng.

SUMMARY:

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF SAFETY INJECTION OF NURSING AT CLINICAL DEPARTMENTS OF HA GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2016

Patient safety, safety in implementing patient care techniques is always a current issue, one of the top priorities of health care. Injection, transmission practices must meet safety standards at any time, anywhere with injection, transmission practices. According to the evaluation of the safety injection situation at 8 provinces

made by Ministry of Health in 2008, inpatients were only injected 2,2 injection per day on average.

We conducted a study to describe the knowledge and practices of Nursing in safety injection at the clinical departments of Ha Giang Province General Hospital in first 6 months of 2016. The objects of quantitative research were all 139 nurses working at 10 clinical departments with a total number of 278 injections were observed. The research results showed that the general knowledge of healthcare workers about the safe injection was low in proportion of 24.5%; the proportion of healthcare workers implemented the safe intravenous injection was 61.9%, the proportion of healthcare workers implemented the safe intravenous transmission was 57.6%.

Keywords: *Safety injection, nursing.*

II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm, toàn thế giới có khoảng 16 tỷ mũi tiêm được thực hiện, trong đó có khoảng 90-95% số mũi tiêm nhằm mục đích điều trị và khoảng 5-10% mũi tiêm dành cho dự phòng [7]. Vì vậy An toàn người bệnh hiện đang là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu của ngành y tế, trong đó tiêm an toàn (TAT) đặc biệt được chú ý bởi tính phổ biến, tầm quan trọng đối với công tác điều trị, cũng như ảnh hưởng của nó đến hiệu quả điều trị [6]. Nhận thức tầm quan trọng của TAT, WHO đã thành lập Mạng lưới TAT toàn cầu (viết tắt là SIGN - Safe Injection Global Network) [8]. Tại Việt Nam, vấn đề TAT luôn nhận được sự quan tâm của BYT. Từ năm 2000, Hội Điều dưỡng Việt Nam đã phát động phong trào “Tiêm an toàn” trong toàn quốc. Đồng thời, trong TT07/2011/TT-BYT năm 2011 của Bộ Y tế cũng bao gồm các nội dung liên quan đến TAT trong công tác chăm sóc người bệnh [1]. Thực hành TAT cũng đã được cụ thể hóa thông qua quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

của BHYT “Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh” [2,3].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang là BVĐK tuyến tỉnh thực hiện công tác chăm sóc người bệnh, không những về con người mà cả chuyên môn. Một thực trạng tại bệnh viện là số lượng ĐDV còn thiếu so với chỉ tiêu, đa phần trẻ tuổi mới được tuyển dụng, chưa có nhiều kinh nghiệm lâm sàng... Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu kiến thức, thực hành của điều dưỡng về tiêm an toàn tại các khoa lâm sàng tại BVĐK tỉnh Hà Giang trong 6 tháng đầu năm 2016.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Điều dưỡng trực tiếp thực hiện các mũi tiêm, truyền tĩnh mạch cho người bệnh tại 10 khoa lâm sàng tại các khoa lâm sàng BVĐK tỉnh Hà Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang.
- Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2016 đến tháng 6/2016.
- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả để xác định một tỷ lệ:

Trong đó:

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

+ n: cỡ mẫu tối thiểu.

+ $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96: là giá trị tương ứng với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$.

+ p = 0,321 tỷ lệ mũi TAT theo nghiên cứu của Hà Thị Kim Phượng, khi sử dụng bộ công cụ gồm 21 tiêu chuẩn để đánh giá thực hành tiêm an toàn. Bộ công cụ này cũng được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng để đúng với quy định của BHYT về thực hiện các thời điểm rửa tay nên chúng tôi thêm bước 22 là bước Rửa tay/sát khuẩn tay nhanh [5].

+ d = 0,06: độ chính xác tuyệt đối mong muốn.

Sau khi thay số vào công thức, cỡ mẫu của nghiên cứu

là n = 232 mũi tiêm, truyền. Qua tham khảo một số nghiên cứu về kiến thức, thực hành TAT tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu quan sát từ 1 đến 2 mũi tiêm. Trên thực tế, để thuận lợi cho việc tính toán số mũi tiêm/1 điều dưỡng viên, chúng tôi chọn toàn bộ 139 điều dưỡng viên, với 02 mũi tiêm/điều dưỡng viên (gồm 01 mũi tiêm tĩnh mạch và 01 mũi truyền tĩnh mạch) nghiên cứu thực hiện quan sát 278 mũi tiêm (gồm 139 mũi tiêm tĩnh mạch và 139 mũi truyền tĩnh mạch)

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 139 điều dưỡng viên đang công tác ở 10 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang. Điều dưỡng tại Bệnh viện chủ yếu là nữ giới với 113 cán bộ chiếm 81,3%; nam giới chiếm 18,7%.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34,12 tuổi, điều dưỡng viên trẻ nhất ở độ tuổi 22 và cao tuổi nhất là 54 tuổi. Phần lớn thuộc nhóm trên 30 tuổi chiếm 53,2% và nhóm nhỏ hơn hoặc bằng 30 tuổi chiếm 46,8%.

Về trình độ học vấn, điều dưỡng viên có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao 77% và nhóm có trình độ cao đẳng và đại học chiếm 23%.

Thời gian công tác trung bình của điều dưỡng viên 9,26; ít nhất là nhân viên công tác 1 năm và lâu năm nhất là 36 năm. Về thâm niên công tác chủ yếu từ 5 đến 10 năm chiếm 54,7%; đứng thứ hai là nhóm trên 10 năm chiếm tỷ lệ 27,3% và thấp nhất là nhóm dưới 5 năm chiếm tỷ lệ 18%.

4.2. Kiến thức về tiêm, truyền an toàn của đối tượng nghiên cứu

Hầu hết điều dưỡng viên đều biết đến khái niệm tiêm an toàn là không làm tổn hại đến người được tiêm, không làm tổn hại đến người tiêm và không làm tổn hại đến cộng đồng chiếm tỷ lệ 96,4%. Bên cạnh đó vẫn còn 3,6% có kiến thức chưa đúng về khái niệm tiêm an toàn cho rằng tiêm an toàn chỉ là không làm tổn hại đến người được tiêm. Có 74,1% biết rằng nguy cơ của tiêm không an toàn là áp xe tại nơi tiêm; 71,9% biết là nhiễm khuẩn chéo giữa những người bệnh; 61,9% biết là sóc phản vệ.

Bảng 4.1. Kiến thức về chuẩn bị người bệnh, người điều dưỡng

Đặc điểm	Số lượng (n = 139)	Tỷ lệ (%)
Có mấy thời điểm cần vệ sinh tay		
5 thời điểm	119	85,6

Đặc điểm	Số lượng (n = 139)	Tỉ lệ (%)
Khác	20	14,4
Thời điểm phải rửa tay bằng nước và xà phòng		
Khi trên tay có vết bẩn nhìn thấy được	30	21,6
Khác	109	78,4
Động tác cần làm trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm truyền		
Vệ sinh tay	133	95,7
Khác	6	4,3
5 đúng cần để đảm bảo an toàn cho người bệnh trước khi tiêm		
Người bệnh, thuốc, liều lượng, thời điểm, đường tiêm	113	81,3
Khác	26	18,7
Điều cần chú ý trước khi tiêm kháng sinh mũi đầu tiên		
Hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn	9	6,5
Khác	130	93,5
Chỉ định mang găng trong trường hợp		
Khi có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của người bệnh hoặc da tay của NVYT bị tổn thương	117	84,2
Khác	22	15,8
Điều dưỡng phải thay găng tay sau khi thực hiện		
Tiêm cho 1 người bệnh	132	95,0
Khác	7	5,0
Điều dưỡng được chỉ định mang khẩu trang trong trường hợp		
Người bệnh mắc bệnh lây qua đường hô hấp	55	39,6
Khác	84	60,4

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về chuẩn bị người bệnh, người điều dưỡng chưa cao: chỉ 21,6% biết thời điểm phải rửa tay bằng nước và xà phòng là khi trên tay có vết bẩn nhìn thấy được; 6,5% biết hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn trước khi tiêm kháng sinh mũi đầu tiên. 95,7% điều dưỡng biết động tác cần làm

trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm truyền là vệ sinh tay và 81,3% nhắc được 5 đúng để đảm bảo an toàn cho người bệnh trước tiêm. Bên cạnh đó, chỉ có 84,2% điều dưỡng biết chỉ định mang găng trong trường hợp khi có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của người bệnh hoặc da tay của NVYT bị tổn thương.

Bảng 4.2. Kiến thức về dụng cụ tiêm và chuẩn bị thuốc tiêm

Đặc điểm	Số lượng (n = 139)	Tỉ lệ (%)
Kiến thức về dụng cụ tiêm		
Cơ số thuốc trong hộp chống sốc gồm		
Adrenalin 1 mg x 2 ống, Solumedrol 40 mg hoặc Depersolon 30 mg x 2 ống	132	95,0



Đặc điểm	Số lượng (n = 139)	Tỉ lệ (%)
Khác	7	5,0
Thùng đựng vật sắc nhọn (VSN) phải đảm bảo những yếu tố nào		
Thành và đáy cứng không bị xuyên thủng	115	82,7
Có khả năng chống thấm	2	1,4
Có nắp đóng mở dễ dàng	12	8,6
Thời điểm niêm phong thùng đựng VSN		
Đầy $\frac{3}{4}$ thùng	54	38,8
Khác	85	61,2
Loại cồn dùng để sát khuẩn da vùng tiêm		
70 Cồn và cồn iod	21	15,1
Khác	118	84,9
Kiến thức về chuẩn bị thuốc tiêm		
Khi lấy thuốc tiêm cần thực hiện động tác		
Không pha 2 hay nhiều loại thuốc vào 1 BKT	108	77,7
Không lưu kim lấy thuốc	25	18,0
Cách bẻ ống thuốc đúng		
Sát khuẩn, dùng gạc bẻ thuốc	101	72,7
Khác	38	27,3
Cách trì hoãn thực hiện mũi tiêm		
Đậy kim tiêm bằng kỹ thuật mức 1 tay sau đó đưa vào bao ni lông đựng bơm tiêm	72	51,8
Khác	67	48,2
Trường hợp lưu kim lấy thuốc trên lọ thuốc đa liều		
Không được để lưu kim trong bất kỳ tình huống nào	114	82,0
Khác	25	18,0

Kết quả cho thấy kiến thức về dụng cụ tiêm của NVYT còn thấp như 1,4% điều dưỡng viên biết thùng đựng VSN có khả năng chống thấm; 8,6% thùng đựng VSN có nắp đóng mở dễ dàng; 38,8% biết thời điểm niêm phong thùng đựng VSN khi đầy $\frac{3}{4}$ thùng và 15,1% biết loại cồn dùng để sát khuẩn da vùng tiêm là cồn 70° và cồn iod.

Về kiến thức về chuẩn bị thuốc tiêm: có 77,7% biết cần thực hiện động tác không pha 2 hay nhiều loại thuốc

vào 1 bơm kim tiêm và 18% biết cần thực hiện động tác là không lưu kim lấy thuốc. 72,7% NVYT biết cách bẻ ống thuốc đúng là sát khuẩn và dùng gạc bẻ thuốc. 51,8% biết cách trì hoãn thực hiện mũi tiêm bằng cách đậy kim tiêm bằng kỹ thuật mức 1 tay sau đó đưa vào bao ni lông đựng bơm tiêm. Và 82% điều dưỡng viên biết không được để lưu kim trong bất kỳ tình huống nào.

Bảng 4.3. Kiến thức về kỹ thuật tiêm thuốc và xử lý chất thải sau tiêm

Đặc điểm	Số lượng (n = 139)	Tỉ lệ (%)
Kiến thức về kỹ thuật tiêm thuốc		
Phương thức sát khuẩn da vùng tiêm trước khi tiêm đúng		
Sử dụng kẹp không máu gấp bông gạc tẩm cồn, sau mỗi buổi tiêm phải hấp vô khuẩn. Dùng tay (sau khi đã vệ sinh tay) để cầm bông cồn sát khuẩn. Sử dụng tăm bông tẩm cồn để sát khuẩn.	65	46,8
Khác	74	53,2
Kỹ thuật nào sát khuẩn da vùng tiêm đúng		
Sát khuẩn da vùng tiêm theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10 cm cho đến khi sạch	114	82,0
Khác	25	18,0
Góc độ kim tiêm trong tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch ngoại biên		
15 – 30 độ	105	75,5
Khác	34	24,5
Kiến thức về xử lý chất thải sau tiêm		
Cách xử lý bơm kim tiêm (BKT) sau tiêm		
Bỏ cả BKT vào thùng đựng VSN	43	30,9
Khác	96	69,1
Thời điểm BKT được cô lập vào hộp đựng VSN sau khi tiêm		
Ngay sau khi rút kim ra khỏi vị trí tiêm	56	40,3
Khác	83	59,7
Xử lý các VSN sau khi tiêm		
Phân loại chất thải ngay tại nguồn	69	49,6
Cô lập ngay các VSN vào hộp kháng thùng đủ tiêu chuẩn	82	59,0
Không đập lại nắp kim	39	28,1
Không uốn cong hoặc bẻ gãy kim	60	43,2

Về kỹ thuật tiêm thuốc 46,8% NVYT biết phương thức sát khuẩn da vùng tiêm trước khi tiêm đúng là gồm 3 hoạt động. 82% điều dưỡng viên biết kỹ thuật sát khuẩn da vùng tiêm theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10 cm cho đến khi sạch và 75,5% biết góc độ kim tiêm trong tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch ngoại biên là 15 – 30 độ.

Về xử lý chất thải sau tiêm: có 30,9% NVYT biết cách xử lý bơm kim tiêm sau tiêm là bỏ cả vào thùng đựng vật sắc nhọn và 40,3% biết thời điểm bơm kim tiêm được cô lập vào hộp đựng vật sắc nhọn sau khi tiêm là ngay sau khi rút kim ra khỏi vị trí tiêm. Kiến thức về xử lý các vật sắc nhọn sau khi tiêm của NVYT chưa cao; 59% biết cô lập

ngay các vật sắc nhọn vào hộp kháng thùng đủ tiêu chuẩn; 49,6% biết phân loại chất thải ngay tại nguồn và chỉ có 28,1% biết không đập lại nắp kim.

4.3. Thực hành về tiêm, truyền an toàn của đối tượng nghiên cứu

4.3.1. Thực hành tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng viên

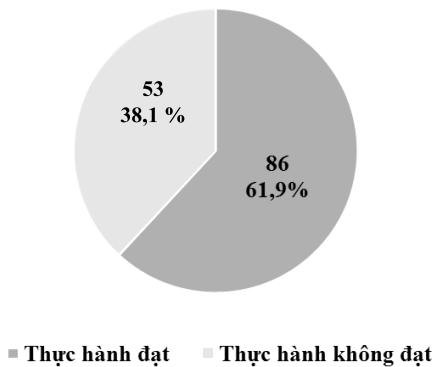
Về thực hành các bước chuẩn bị tiêm: trong chuẩn bị người bệnh, có 99,3% điều dưỡng thực hiện 5 đúng, nhận định, giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm, trợ giúp tư thế an toàn, thuận tiện. Có 51,8% điều dưỡng viên sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân và chỉ có 35,3% điều dưỡng viên thực hiện rửa tay thường qui/sát khuẩn tay



nhanh. Về việc chuẩn bị dụng cụ NVYT làm rất tốt với 3 hoạt động đạt 100% thực hiện đúng như: Hộp chống sốc, cơ số và còn hạn sử dụng; Thùng đựng VSN và thùng đựng chất thải sau tiêm và chai đựng dung dịch sát khuẩn tay nhanh có sẵn trên xe tiêm. Còn hoạt động chuẩn bị bông gạc tẩm cồn đúng qui định chiếm tỷ lệ 93,5%. Có 4 hoạt động chuẩn bị thuốc tiêm trong đó 2 hoạt động điều dưỡng làm rất tốt đạt 100% đó là: Xé bỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc và kim lấy thuốc và kim tiêm không chạm vùng không vô khuẩn. Chỉ có 66,9% điều dưỡng kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.

Về thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc và xử lý chất thải sau tiêm: có 1 kỹ thuật mà điều dưỡng viên thực hành đạt 100% là Sát khuẩn lại vị trí tiêm, dùng bông khô đặt lên vị trí tiêm phòng chảy máu; đứng thứ hai là hoạt động xác định vị trí tiêm, đặt gối kê tay và thắt dây garo đúng qui định (Dây garo trên vị trí tiêm 10 – 15cm) chiếm tỷ lệ 99,3% và hoạt động kém nhất là Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (tối thiểu 2 lần) chiếm tỷ lệ 38,1%. Kỹ thuật xử lý chất thải sau tiêm có ba hoạt động nhưng không đạt được 100%. Cao nhất là hoạt động rửa tay/sát khuẩn tay nhanh ngay sau khi kết thúc quy trình tiêm chiếm tỷ lệ 91,4% và thấp nhất là hoạt động không dùng tay để đẩy nắp kim tiêm hoặc tháo kim tiêm ra khỏi bơm tiêm chiếm tỷ lệ 36%.

Biểu đồ 4.1. Thực hành về tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng



Đánh giá thực hành tiêm, truyền tĩnh mạch an toàn theo quy trình bao gồm 22 bước. Trong đó điều dưỡng viên nhất thiết phải thực hiện được 2 bước quan trọng trong quy trình là: bước 1 và bước 15 và trên 17 điểm.

Điểm thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng cao nhất là 22 điểm và trung bình 18,3 điểm. Có 24 điều dưỡng viên thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt tất cả các bước. Kết quả biểu đồ 4.1 cho thấy 86 điều dưỡng viên có thực hành đạt về tiêm tĩnh mạch an toàn chiếm 61,9% và

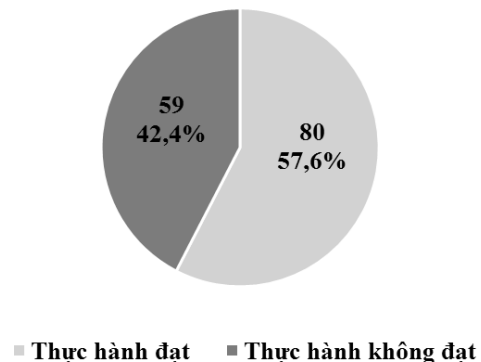
38,1% điều dưỡng thực hành không đạt.

4.3.2. Thực hành truyền tĩnh mạch của điều dưỡng viên

Về thực hành các bước chuẩn bị truyền: Đối với vấn đề chuẩn bị người bệnh của điều dưỡng viên, kết quả cho thấy hoạt động “Thực hiện 5 đúng, nhận định, giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm, trợ giúp tư thế an toàn, thuận tiện” đạt 100%. Thấp nhất là hoạt động rửa tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh chiếm tỷ lệ 36%. Về việc chuẩn bị dụng cụ, điều dưỡng viên làm rất tốt với 2 hoạt động đạt 100% thực hiện đúng như: Hộp chống sốc, cơ số và còn hạn sử dụng; Thùng đựng VSN và thùng đựng chất thải sau tiêm. Còn hoạt động chuẩn bị bông gạc tẩm cồn đúng qui định chiếm tỷ lệ 95,7% và chuẩn bị chai đựng dung dịch sát khuẩn tay nhanh có sẵn trên xe tiêm chiếm tỷ lệ 98,6%. Có 4 hoạt động chuẩn bị thuốc tiêm trong đó 2 hoạt động điều dưỡng làm rất tốt đạt 100% đó là: Xé bỏ bao bơm truyền và cắm đầu bầu dây truyền vào chai thuốc/dịch, mở khóa cho chảy 2/3 bầu để thông kim rồi khóa lại và kim lấy thuốc và kim truyền không chạm vùng không vô khuẩn.

Về thực hiện kỹ thuật truyền thuốc và xử lý chất thải sau tiêm, 100% điều dưỡng thực hiện đúng hoạt động Hết thuốc, gỡ băng dính, căng da rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn và hoạt động Sát khuẩn lại vị trí tiêm, dùng bông khô đặt lên vị trí chọc kim vừa rút phòng chảy máu. Hoạt động thực hiện kém nhất là Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (tối thiểu 2 lần), chiếm tỷ lệ 44,6%. Hoạt động xử lý chất thải sau truyền có ba hoạt động nhưng không hoạt động nào đạt được 100%. Cao nhất là hoạt động rửa tay/sát khuẩn tay nhanh ngay sau khi kết thúc quy trình truyền chiếm tỷ lệ 92,8% và thấp nhất là hoạt động không dùng tay để đẩy nắp kim truyền hoặc tháo kim truyền ra khỏi bơm tiêm chiếm tỷ lệ 40,3%.

Biểu đồ 4.2. Thực hành về truyền tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng viên



Điểm thực hành truyền tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng cao nhất là 22 điểm và trung bình 18,2 điểm. Có 20 điều dưỡng thực hành truyền tĩnh mạch an toàn đạt tất cả các bước. Kết quả biểu đồ 4.2 cho thấy 80 điều dưỡng có thực hành đạt về truyền tĩnh mạch an toàn chiếm 57,6% và 42,4% không đạt thực hành.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm, truyền an toàn

- Điều dưỡng viên biết khái niệm tiêm an toàn là tương đối cao, chiếm tỷ lệ 96,4%.
- 91,4% điều dưỡng viên biết hành động đầu tiên khi người bệnh biết có sốc phản vệ là ngưng truyền ngay.
- 74,1% điều dưỡng viên biết rằng nguy cơ của tiêm không an toàn là áp xe tại nơi tiêm.
- 89,2% biết luôn mang theo hộp chống sốc khi đi tiêm.
- 85,6% điều dưỡng viên biết có 5 thời điểm cần vệ sinh tay nhưng chỉ 21,6% có kiến thức đúng về thời điểm rửa tay bằng nước và xà phòng là khi trên tay có vết bẩn nhìn thấy được.
- 6,5% điều dưỡng biết hỏi người bệnh về tiền sử dị

ứng thuốc, thức ăn khi tiêm kháng sinh mũi đầu tiên.

5.2. Thực hành của điều dưỡng viên về tiêm, truyền an toàn

- Tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành đạt về tiêm tĩnh mạch an toàn là 61,9%.
- Trong thực hành tiêm an toàn, tỷ lệ điều dưỡng viên thực hành rửa tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh còn thấp (35,3%), và Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (tối thiểu 2 lần) thấp (38,1%). Chỉ 36% điều dưỡng viên thực hiện không dùng tay để đẩy nắp kim tiêm hoặc tháo kim tiêm ra khỏi bơm tiêm.
- Tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành đạt về truyền tĩnh mạch an toàn là 57,6%.
- Trong thực hành truyền an toàn, tỷ lệ điều dưỡng viên thực hành rửa tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh còn thấp (36%). Hoạt động Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (tối thiểu 2 lần) cũng có tỷ lệ thực hành thấp (44,6%). 40,3% điều dưỡng viên thực hiện không dùng tay để đẩy nắp kim tiêm hoặc tháo kim tiêm ra khỏi bơm tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 07/2011/TT- BYT ngày 26/1/2011 về việc hướng dẫn công tác điều dưỡng và chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
2. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 về việc chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam.
3. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 về việc hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. Phòng Điều dưỡng - Bộ Y tế (2008), *Kết quả nghiên cứu tiêm an toàn tại bệnh viện điểm - Tài liệu tiêm an toàn*, Hà Nội.
5. Hà Thị Kim Phượng (2014), *Kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên lâm sàng và các yếu tố liên quan tại 3 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2014*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. Tổ chức Y tế thế giới (2011), *Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân*, Tổ chức Y tế thế giới, Geneva.
7. HutinYJ, Hauri AM and Armstrong GL (2003), "Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates", *BMJ*. 327(7423), pg. 15 - 24.
8. WHO (2003), *Safe Injection Global Network*, Geneva.



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA KHÁCH HÀNG ĐỐI VỚI CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Nguyễn Thị Hiền¹, Lã Ngọc Quang², Hà Anh Đức³

TÓM TẮT

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những nhân tố quan trọng trong chăm sóc sức khỏe với phương châm lấy người bệnh làm trung tâm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính này nhằm mô tả sự hài lòng của khách hàng qua mô hình SERQUAL 5 khía cạnh: độ tin cậy, đáp ứng, đảm bảo, cảm thông, phương tiện hữu hình và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng. Phỏng vấn có cấu trúc được thực hiện với 225 người đại diện hợp pháp của bệnh nhi được lựa chọn ngẫu nhiên, phỏng vấn sâu với 6 nhân viên y tế (NVYT) và 5 khách hàng. Kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (DV KCB) tại khoa khám bệnh là 87,1%. Cụ thể, điểm trung bình (ĐTB) hài lòng của khách hàng theo khía cạnh đảm bảo ($3,96 \pm 0,39$), tin tưởng ($3,82 \pm 0,39$), khả năng đáp ứng ($3,69 \pm 0,49$), đồng cảm là ($3,53 \pm 0,50$) và phương tiện hữu hình ($3,69 \pm 0,46$). Sự hài lòng của khách hàng bị ảnh hưởng bởi: quá tải bệnh viện, quy trình KCB Bảo hiểm y tế (BHYT) còn phức tạp, thái độ phục vụ và trình độ chuyên môn của NVYT. Cần bổ sung thêm phòng khám vào thời gian cao điểm, xem xét điều chỉnh các quy định liên quan đến KCB BHYT cho đơn giản, nhanh chóng; nâng cao trình độ chuyên môn và tăng cường tổ chức các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử cho NVYT tại khoa khám bệnh.

Từ khóa: Sự hài lòng, Sự hài lòng của khách hàng

ABSTRACT: PATIENT SATISFACTION AND SOME FACTORS AFFECTING THE PATIENTS' SATISFACTION IN MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT SERVICES IN THE

OUTPATIENT DEPARTMENT OF NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

The Patient satisfaction is one of the most important factors in health care with a patient-centered guideline. A cross – sectional study in combination of quantitative and qualitative methods counseling to describe customer satisfaction across the SERQUAL model with 5 aspects: reliability, responsiveness, assurance, sympathy, tangibles and analyze factors affecting. Structured interviews with 225 representative people of patient were selected randomly, 6 depth interviews with medical workers and 5 customers showed that overall rates of customer satisfaction with medical services hospital at outpatient department is 87,1%. Concretely, the mean score of customer satisfaction about the assurance aspect was ($3,96 \pm 0,39$), reliability aspect ($3,82 \pm 0,39$), responsiveness aspect ($3,69 \pm 0,49$), sympathy aspect ($3,53 \pm 0,50$) and tangibles aspect ($3,69 \pm 0,46$). The customer satisfaction affected by hospital overload, the examination and treatment of health insurance process is complicated, the service attitude and professional skills of health workers. Important recommendations of this study are as follows: to give additional consulting-room in the rush hour, consider adjusting regulations related to health insurance for more convenience with patients; Improve professional skills of health workers and enhancing training courses to improve communication skills for medical workers at the outpatient department.

Key words: Satisfaction, Patient satisfaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam, những năm đầu của thập kỷ qua, tổng tỷ suất sinh có xu thế giảm

1. Cục quản lý Dược, Bộ Y tế
2. Trường Đại học Y tế Công cộng
3. Văn phòng Bộ Y tế

khá vững chắc và đã đạt dưới mức sinh thay thế [1]. Hiện nay, mức giảm tỷ lệ sinh ở Việt Nam < 0,1%o /năm [2]. Mức thu nhập của các hộ gia đình được cải thiện, cùng với sự phát triển của nền kinh tế đòi hỏi các dịch vụ cũng ngày một cao hơn, đặc biệt là trong lĩnh vực y tế, chăm sóc sức khỏe đối với những người bệnh nhỏ tuổi. Điều này đặt áp lực lên các cơ sở cung cấp DVYT cho trẻ em phải đổi mới đáp ứng những nhu cầu ngày càng cao từ phía cha mẹ trẻ và trẻ em luôn là đối tượng cần có sự quan tâm đặc biệt không chỉ ngành Y tế nói riêng mà còn là của toàn xã hội.

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện hạng I đầu ngành về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em trực thuộc Bộ Y tế. Theo báo cáo kết quả hoạt động bệnh viện năm 2016, bệnh viện đã khám 851.097 lượt bệnh nhân với 82.922 bệnh nhân nội trú và 8.246 bệnh nhân ngoại trú. Chính vì vậy việc đảm bảo sự hài lòng trong các DV KCB tại bệnh viện, đặc biệt là tại khoa Khám bệnh nơi đầu tiên thực hiện các DV KCB ban đầu cho bệnh nhi được Lãnh đạo bệnh viện hết sức quan tâm. Xuất phát từ thực tế trên để có thêm bằng chứng tin cậy cho việc đề xuất các giải pháp nhằm triển khai các hoạt động nâng cao chất lượng DV KCB tiến tới sự hài lòng của khách hàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”**.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Phương pháp định lượng nhằm mô tả sự hài lòng của khách hàng về chất lượng DV KCB, phương pháp định tính thực hiện đồng thời cùng phương pháp định lượng nhằm thu thập thêm các thông tin sâu hơn góp phần mô tả và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên 225 khách hàng là cha, mẹ hoặc người chăm sóc có bệnh nhi đã được bác sĩ thực hiện xong các thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng đang trong thời gian chờ kết luận hoặc sau khi kết thúc quá trình KCB đã được bác sĩ kê đơn thuốc. Ngoài ra, chọn có chủ đích 6 nhân viên y tế (NVYT) và 5 khách hàng vào nghiên cứu định tính. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y tế Công cộng xem xét và phê duyệt.

Số liệu định lượng được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn theo bảng hỏi thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi xây dựng kế thừa dựa trên mô hình SERVQUAL thể hiện quan điểm hay mức độ cảm nhận của khách hàng về chất lượng dịch

vụ qua 5 khía cạnh với 22 tiêu mục: sự tin tưởng (5 tiêu mục), khả năng đáp ứng (4 tiêu mục), sự đảm bảo (4 tiêu mục), sự đồng cảm (5 tiêu mục) và phương tiện hữu hình (4 tiêu mục) [6]. Thang đo Likert (5 cấp độ từ rất tốt đến tốt, bình thường, kém và rất kém) được sử dụng để đo lường sự hài lòng của khách hàng [5].

Điểm hài lòng chung của mỗi khách hàng về chất lượng DV KCB = Tổng số điểm đánh giá/22 tiêu mục. Ý nghĩa của giá trị trung bình trong thang đo:

Ta có, Giá trị khoảng cách = (maximum – minimum)/n = (5-1)/5 = 0,8

Do đó, ý nghĩa của điểm trung bình (ĐTB) sự hài lòng như sau:

1,00 – 1,80: Rất không hài lòng

1,81 – 2,60: Không hài lòng

2,61 – 3,40: Bình thường

3,41 – 4,20: Hài lòng

4,21 – 5,00: Rất hài lòng

Khách hàng được xem là hài lòng về chất lượng DV KCB với số ĐTB $\geq 3,41$ và nhóm chưa hài lòng với số ĐTB < 3,40.

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0. Áp dụng kỹ thuật thống kê mô tả, thống kê phân tích, sử dụng kiểm định khi bình phương để mô tả và xác định các yếu tố liên quan đến sự hài lòng khách hàng. Số liệu định tính được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn sâu (PVS), ghi âm, gõ băng và phân tích theo chủ đề xác định yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của người tham gia nghiên cứu:

Trong số 225 người tham gia nghiên cứu, phần lớn là dân tộc Kinh (96,0%) và là nữ giới (86,7%) ở độ tuổi trẻ ≤ 30 tuổi (56,9%). Có hơn bốn phần năm người có trình độ từ trung học phổ thông trở lên, trong đó trình độ trung học phổ thông, trung cấp là chiếm nhiều nhất (47,6%) và cao đẳng, đại học, trên đại học (33,8%). Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân, nhân viên tư nhân (38,2%) và cán bộ, công chức, viên chức (23,6%). Hầu hết người tham gia nghiên cứu, đưa bệnh nhi đi KCB là cha, mẹ của trẻ (92,9%).

Trong tổng số 225 bệnh nhi có hơn một nửa là trẻ nam (55,6%). Nhóm bệnh nhi nhiều nhất là nhóm dưới 12 tháng tuổi (24,0%), bốn nhóm còn lại là: 12 đến dưới 24 tháng tuổi, 24 đến dưới 36 tháng tuổi, 36 đến dưới 60 tháng và trên 5 tuổi có tỷ lệ thấp hơn và tương đương nhau (19,6%, 16,4%, 20,4% và 19,6%).



Sự hài lòng của khách hàng về chất lượng DV KCB

Bảng 1. Sự hài lòng của khách hàng theo khía cạnh tin tưởng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự tin tưởng	3,82	0,39
DVYT được thực hiện theo đúng thời gian quy định	3,81	0,53
Không để xảy ra sai sót trong KCB	3,95	0,61
NVYT thực sự quan tâm và muốn giải quyết vấn đề cho khách hàng	3,89	0,65
Chi phí các DVYT đúng như quy định của bệnh viện	3,37	0,85
Thực hiện dịch vụ cho khách hàng đúng ngay từ lần đầu: chẩn đoán và điều trị chính xác	4,06	0,58

ĐTB sự tin tưởng của khách hàng khi sử dụng dịch vụ KCB là: $3,82 \pm 0,39$. Nhìn chung, ĐTB các tiêu mục đánh giá sự tin tưởng của khách hàng về dịch vụ KCB đều nằm trong khoảng trung hòa và hài lòng ($3,37 - 4,06$), tiêu mục có số ĐTB cao nhất là khách hàng tin tưởng kết quả chẩn đoán và phương pháp điều trị là chính xác ($4,06 \pm 0,58$) và tin tưởng NVYT không để xảy ra sai sót khi thực hiện KCB ($3,95 \pm 0,61$). Tiêu mục có số ĐTB thấp nhất là chi phí các DVYT đúng như quy định của bệnh viện ($3,37 \pm 0,825$).

Bảng 2. Sự hài lòng của khách hàng theo khả năng đáp ứng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Khả năng đáp ứng	3,69	0,49
Thông báo chính xác thời gian thực hiện các DV KCB	3,85	0,68
Nhanh chóng thực hiện DV cho người bệnh	3,67	0,69
Sẵn sàng tiếp nhận người bệnh	3,81	0,71
Luôn đáp ứng được yêu cầu của người bệnh	3,47	0,91

ĐTB sự hài lòng của khách hàng về khả năng đáp ứng là $3,69 \pm 0,49$. Tiêu mục có số ĐTB cao nhất là NVYT thông báo chính xác thời gian KCB cho khách hàng ($3,85 \pm 0,86$), tiếp đến là sẵn sàng tiếp nhận người bệnh ($3,81 \pm 0,71$); nhanh chóng thực hiện dịch vụ cho người bệnh ($3,67 \pm 0,69$), cuối cùng là luôn đáp ứng được yêu cầu của người bệnh có ĐTB thấp nhất ($3,47 \pm 0,906$).

Bảng 3. Sự hài lòng của khách hàng theo khía cạnh đảm bảo

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự đảm bảo	3,96	0,39
Cách cư xử của NVYT tạo niềm tin cho khách hàng	3,88	0,61
An toàn	4,07	0,52
NVYT có trình độ chuyên môn giỏi	3,89	0,57
NVYT có kiến thức tốt để trả lời những câu hỏi của khách hàng	3,99	0,63

Nhìn chung, ĐTB các tiêu mục đánh giá sự hài lòng của khách hàng theo khía cạnh đảm bảo đều nằm trong khoảng hài lòng ($3,88 - 4,07$). Trong các tiêu mục đánh giá thì tiêu mục có số ĐTB cao nhất là khách hàng cảm thấy an toàn khi KCB cho bệnh nhi tại Bệnh viện ($4,07 \pm 0,52$), thấp nhất là cách cư xử của NVYT tạo niềm tin cho người bệnh ($3,88 \pm 0,61$).

Bảng 4. Sự hài lòng của khách hàng theo khía cạnh đồng cảm

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự đồng cảm	3,53	0,50
NVYT luôn đặc biệt chú ý đến người bệnh	3,73	0,63
NVYT quan tâm đến hoàn cảnh của từng người bệnh	3,29	0,79
NVYT luôn hiểu được những lo lắng, nhu cầu đặc biệt của người bệnh	3,30	0,88

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Người bệnh được đối xử, chăm sóc nhiệt tình, chu đáo là điều tâm niệm của NVYT	3,79	0,74
Thời gian sử dụng dịch vụ KCB thuận tiện với người bệnh	3,56	0,77

Nhìn chung, ĐTB các tiêu mục đánh giá sự hài lòng của khách hàng theo khía cạnh đồng cảm đều nằm trong khoảng trung hòa và hài lòng (3,30 – 3,79). Trong các tiêu mục đánh giá thì tiêu mục có ĐTB thấp nhất là NVYT biết quan tâm đến từng hoàn cảnh bệnh nhi ($3,29 \pm 0,79$) và NVYT chia sẻ động viên, luôn hiểu được những lo lắng, nhu cầu của người bệnh ($3,30 \pm 0,88$).

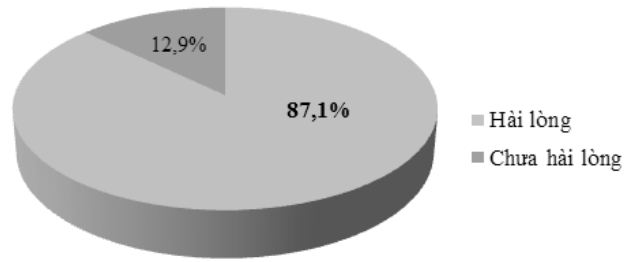
Bảng 5. Sự hài lòng của khách hàng theo phương tiện hữu hình

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự hài lòng về phương tiện hữu hình	3,65	0,46
Môi trường xung quanh bệnh viện sạch sẽ, gọn gàng hợp vệ sinh	3,25	0,92
Trang thiết bị y tế hiện đại, hoạt động tốt	3,90	0,50
Trang phục của NVYT gọn gàng, lịch sự	3,88	0,44
Tranh, ảnh giới thiệu bệnh viện, băng, biểu đồ chỉ dẫn,... tại bệnh viện đẹp mắt, dễ hiểu	3,57	0,88

Có hai nội dung được khách hàng đánh giá cao nhất là: trang thiết bị y tế hiện đại, hoạt động tốt ($3,90 \pm 0,50$) và trang phục của NVYT gọn gàng, lịch sự ($3,88 \pm 0,44$). Tiêu mục có ĐTB thấp nhất là môi trường xung quanh bệnh viện sạch sẽ, gọn gàng hợp vệ sinh.

Trong 22 tiêu mục đánh giá thuộc 5 khía cạnh. Nếu khách hàng trả lời có số ĐTB $\geq 3,41$ thì được đánh giá là hài lòng với chất lượng DV KCB. Kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng với chất lượng dịch vụ KCB là 87,1% (biểu đồ 1).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ hài lòng của khách hàng về chất lượng DV KCB



Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng

Yếu tố môi trường (quá tải bệnh viện, quy trình KCB BHYT chưa rút ngắn): Số lượng lớn người bệnh đến khám dồn vào các ngày đầu tuần và cuối tuần, số phòng khám có hạn, bệnh viện luôn phải huy động nhân lực từ các khoa khác hỗ trợ nhưng vẫn không đáp ứng được nhu cầu, dẫn đến kéo dài thời gian chờ đợi của khách hàng, giảm đi thời gian thăm khám lâm sàng hoặc cận lâm sàng cho người bệnh: “*Thường đông vào ngày đầu tuần, cuối tuần...đòi hỏi quy trình khám bệnh từ bảy đến chín phút thì mới đúng theo quy định của Bộ Y tế, tuy nhiên... vì là khối lượng công việc rất nhiều nên họ đang giảm bớt thời gian này*” (PVS – CBYT1). Trong môi trường quá tải, áp lực công việc cũng là chất xúc tác cho NVYT để tạo thái độ không tốt với khách hàng, giảm sự đồng cảm, quan tâm tới người bệnh: “*ngày tiếp xúc bao nhiêu bệnh nhân như thế này, nếu mình đặt vào địa vị của mình thì cũng thế thôi, dễ cáu gắt, ai quan tâm được hết đâu...*” (PVS - KH4). Bên cạnh đó, quy trình KCB BHYT còn gây phiền hà cho người bệnh “*quy trình này được bảo hiểm tế giảm lược đi nhiều rồi nhưng nó chưa thực sự đủ, chưa tạo điều kiện cho người bệnh ... phải trình thẻ, sau đó đi làm xét nghiệm sau đó phải ra bảo hiểm y tế kiểm soát lại những cái chỉ định đó này, xong đưa vào máy, đóng sổ,... nói chung là nhiều cái vấn đề...*” (PVS – CBYT1).

Yếu tố từ chất lượng dịch vụ: nhân lực y tế (số lượng, trình độ chuyên môn, thái độ phục vụ), cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế: Số lượng NVYT tại khoa khám bệnh không thể có đủ để tương đương với khối lượng công việc: “*Với khối lượng bệnh nhân đông như thế này thì về thực trạng nhân lực nói chung là khoa phòng là thiếu*” (PVS - CBYT 1). Qua đánh giá chung, nhận thấy các bác sỹ tại khoa khám bệnh đều là người có trình độ cao và có kinh nghiệm, tạo sự tin tưởng cho khách hàng khi có bệnh nhi đi KCB tại bệnh viện, ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của khách hàng: “*phải tốt nghiệp thực sỹ 3-5 năm, có kinh*



nghiệm chúng tôi mới đưa ra ngôi khoa khám bệnh được, chứ không phải bác sỹ mới ra trường ngồi đó được” (PVS – CBYT1). “Chẩn đoán ở nhi thì nói chung là rất tốt...” (PVS - KH5). Ngoài ra, thái độ của NVYT tốt cũng là yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng: “nhân viên y tế tiếp đón chỉ bảo nhẹ nhàng tận nơi tận chốn, chỉ dẫn hẳn hoi, không câu gắt hay gì mình cũng cảm thấy bớt lo lắng và hài lòng” (PVS – KH1). Bên cạnh đó, các tranh, ảnh giới thiệu tại bệnh viện tạo nên mỹ quan trong mắt khách hàng và cũng là một yếu tố ảnh hưởng tốt đến sự hài lòng: “Tranh ảnh, biểu đồ chỉ dẫn em có để ý qua, trang trí trong các phòng khám là rất phù hợp với nhi, đẹp...”

(PVS - KH1). Hơn nữa, về cơ sở vật chất trang thiết bị y tế hỗ trợ rất tốt cho các bác sỹ về việc chẩn đoán bệnh chính xác cho người bệnh thông qua các thăm khám, xét nghiệm cận lâm sàng trong công tác KCB tại khoa: “...trang thiết bị rất quan trọng liên quan đến thăm dò chức năng, liên quan đến xét nghiệm, chẩn đoán...” (PVS – CBYT3).

Yếu tố từ cá nhân khách hàng: Kết quả phân tích đơn biến cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố cá nhân khách hàng: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp đến sự hài lòng về chất lượng DV KCB (bảng 6).

Bảng 6. Mối liên quan một số đặc điểm cá nhân khách hàng và sự hài lòng

Yếu tố ảnh hưởng		Hài lòng với chất lượng dịch vụ KCB		OR (95% CI)	P
		Chưa hài lòng	Hài lòng		
Tuổi	≤ 30 tuổi	19	109	1,52 (0,67-3,43)	0,42
	Trên 30 tuổi	10	87		
Trình độ học vấn	Dưới Cao đẳng	18	131	0,81 (0,36 – 1,82)	0,77
	Từ Cao đẳng trở lên	11	65		
Nghề nghiệp	Cán bộ nhà nước	6	47	0,83 (0,32 – 2,15)	0,88
	Các công việc khác	23	149		

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của khách hàng về chất lượng DV KCB

Sự hài lòng chung của khách hàng trong nghiên cứu được tổng hợp chung từ kết quả đánh giá theo 5 khía cạnh đạt 87,1% cao hơn so với tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hường (2016) [4] thực hiện tại BVĐK Tuyên Quang là 84% và nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hà Giang (2011) [3] thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Trung ương là 57,3%. Tỷ lệ khách hàng hài lòng theo khía cạnh đảm bảo là cao nhất với 94,2%, ĐTB (3,96 ± 0,39), tiếp đến là tỷ lệ khách hàng hài lòng theo khía cạnh tin tưởng, phương tiện hữu hình và khả năng đáp ứng tương đương nhau lần lượt là: 79,1% với ĐTB (3,82 ± 0,39), 76,4% với ĐTB (3,69 ± 0,46), 76% với ĐTB (3,69 ± 0,49). Thấp nhất là tỷ lệ khách hàng hài lòng theo khía cạnh đồng cảm 57,8% với ĐTB (3,53 ± 0,50), kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hường (2016) là 86,1% [4].

Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng

Yếu tố từ môi trường: Nhất quán với các nghiên cứu

trước đây như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hường (2016) [4], các tác động của yếu tố thuộc về môi trường chung như quá tải bệnh viện, thuộc về chính sách như quy trình KCB BHYT cũng được phát hiện ảnh hưởng tới sự hài lòng của khách hàng. Theo đó, sự quá tải về số lượng bệnh nhi đến KCB với khối lượng công việc lớn gây áp lực cho NVYT, trong khi NVYT là những cá nhân trực tiếp tạo ra sản phẩm, để có chất lượng dịch vụ tốt thì phải đảm bảo cho những người trực tiếp tạo ra dịch vụ một môi trường làm việc an toàn. Do đó, với tình hình thực tế thì khách hàng cũng nên cảm thông với NVYT và ngược lại NVYT cũng phải đồng cảm với người bệnh. Nhà quản lý y tế cũng phải cân bằng trong mối quan hệ giữa các bên liên quan với một nguồn lực cho phép, có thể tăng số phòng khám để giảm bớt gánh nặng về quá tải BV theo từng thời điểm, quy trình KCB BHYT cũng nên điều chỉnh cho đơn giản, nhanh chóng thuận tiện cho khách hàng và cả NVYT.

Yếu tố từ chất lượng dịch vụ: Trình độ chuyên môn giỏi, thái độ phục vụ tốt của NVYT là yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của khách hàng. Kết quả tương

tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Trần Thị Hà Giang (2011) [3], nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương (2016) [4]. Về cơ sở vật chất, do đặc thù của Bệnh viện Nhi với số lượng bệnh nhân tập trung rất lớn, Bệnh viện đã có giải pháp coi nơi diện tích sử dụng khoa khám bệnh là sớm đưa vào vận hành tốt khu nhà 15 tầng mới, bố trí lại khoa khám bệnh phù hợp hơn với cơ sở vật chất mới, hiện đại. Ngoài ra, các thiết bị y tế hỗ trợ rất tốt trong chẩn đoán và điều trị cũng cần được bệnh viện đẩy mạnh đầu tư hơn.

Yếu tố từ cá nhân khách hàng: Tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hà Giang (2011) [3] nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa tìm thấy mối liên quan đặc điểm cá nhân khách hàng: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp với sự hài lòng về chất lượng DV KCB.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng về chất lượng DV KCB tại khoa Khám bệnh là 87,1%;

ĐTB hài lòng của khách hàng theo khía cạnh tin tưởng

(3,82 ± 0,39), khả năng đáp ứng (3,69 ± 0,49), sự đảm bảo (3,96 ± 0,39), đồng cảm (3,53 ± 0,50) và phương tiện hữu hình (3,69 ± 0,46).

Các yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của khách hàng là: trình độ chuyên môn giỏi, thái độ phục vụ tốt của NVYT. Các yếu tố cản trở là: quá tải người bệnh, quy trình KCB BHYT chưa rút ngắn, số lượng phòng khám tại khoa khám bệnh chưa đáp ứng đủ với số lượng lớn bệnh nhi.

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả này cho thấy, cần coi nói thêm diện tích sử dụng tại khoa Khám bệnh, bổ sung thêm phòng khám đáp ứng nhu cầu KCB đặc biệt vào thời gian cao điểm; cải thiện quy trình KCB đặc biệt là KCB BHYT. Bên cạnh đó, cần tiếp tục tăng cường tổ chức các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp, ứng xử cho NVYT; đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế tốt nhất phục vụ công tác KCB tiến tới nâng cao sự hài lòng của khách hàng về chất lượng DV KCB bệnh viện nói chung và tại khoa khám bệnh nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Kế hoạch và Đầu tư – Tổng Cục thống kê (2009), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*, Mức sinh và mức chết ở Việt Nam: thực trạng, xu hướng và những khác biệt, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015*, Chương II. Tình hình thực hiện kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015, Hà Nội.
3. 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*, Quản lý bệnh viện, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Thu Hương (2016), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2016*, Luận văn Chuyên khoa II Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

Tiếng Anh

5. González-Valentín A, Padín-López S và de Ramón-Garrido E (2005), “Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain”, *J Nurs Care Qual.* 20(1), tr. 63 - 72.
6. A Parasuraman, Valerie A. Zeithaml và Leonard L Berry (1988), “SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality”, *Journal of retailing.* 64(1), tr. 22-40.



CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG MẬT TẠI KHOA GAN MẬT BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2016

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Trần Xuân Bách¹, Trần Đình Thơ²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 206 người bệnh điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức, nhằm tìm hiểu chi phí điều trị trên quan điểm người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trung vị tổng chi phí điều trị nội trú bệnh sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức là 23,2 triệu VNĐ/lượt. Trong đó chi phí điều trị trực tiếp là 19 triệu VNĐ/lượt, chi phí ăn ở đi lại là 2,5 triệu VNĐ/lượt, chi phí mất do thu nhập tiêu hao của người bệnh và người chăm sóc là 2,3 triệu VNĐ. Trung vị tổng chi phí khám ngoại trú bệnh sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức là 1,4 triệu VNĐ. Trong đó chi phí điều trị trực tiếp là 0,6 triệu VNĐ/lượt, chi phí ăn ở đi lại là 0,3 triệu VNĐ/lượt, chi phí mất do thu nhập tiêu hao của người bệnh và người chăm sóc là 0,2 triệu VNĐ. Kết quả cho thấy chi phí chi trả tiền túi cho thăm khám và điều trị bệnh còn cao tại bệnh viện tuyến Trung ương như Bệnh viện Việt Đức, kể cả những bệnh nhân có bảo hiểm y tế.

Từ khóa: Chi phí, điều trị, người bệnh, sỏi đường mật

ABSTRACT: COST OF GALLSTONES TREATMENT AMONG PATIENTS AT THE LIVER-GALLBLADDER DEPARTMENT IN VIETDUC HOSPITAL IN 2016.

A cross-sectional study was conducted with 206 patients treating gallstones in the Viet Duc Hospital, which aimed to describe the cost of treatment in the patient perspective. The results show that median of total cost of inpatient treatment was 23.2 million VND/patient. In which, direct medical cost was 19 million VND; direct non-medical cost was 2.5 million VND and indirect cost was 2.3 million VND. Meanwhile, the median of total cost of outpatient was 1.4 million VND. In which, direct medical cost was 0.6 million VND; direct non-medical cost was 0.3 million VND and indirect cost was 0.2 million VND. The

results suggest a high amount of out-of-pocket payment among patients treating gallstone in Viet Duc Hospital irrespective of health insurance status.

Keywords: Cost, treatment, patient, gallstone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý ngoại khoa thường gặp, đứng đầu trong bệnh lý gan mật ở Việt Nam. Trong thực tế, phần lớn bệnh nhân bị sỏi mật đến bệnh viện khi có biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn có biến chứng: viêm phúc mạc mật, thủng mật phúc mạc, áp xe gan đường mật và các biến chứng... khiến việc điều trị phức tạp, thời gian lâu dài, lặp lại và tốn kém, làm tăng tần suất sử dụng dịch vụ y tế và chi phí y tế trong nhóm đối tượng mắc bệnh này [1]. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy, chi phí trung bình cho điều trị một ca sỏi đường mật dao động từ 7 đến 10 triệu đồng [2, 3].

Những công trình nghiên cứu về sỏi mật trên thế giới và Việt Nam gồm có chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng, tìm kiếm bệnh nguyên, bệnh sinh, các kỹ thuật điều trị nội khoa, ngoại khoa, các yếu tố dịch tễ học liên quan tới bệnh... đã đóng góp những hiểu biết quan trọng về căn bệnh này. Tuy nhiên, dưới góc độ quản lý y tế, chi phí điều trị cho người bệnh, bao gồm chi phí trực tiếp và gián tiếp, là một chỉ số quan trọng còn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Việc tìm hiểu gánh nặng chi phí y tế mà người dân phải gánh chịu khi điều trị sỏi mật là cần thiết, nhằm giúp các nhà hoạch định chính sách có những bằng chứng cho việc hỗ trợ người bệnh điều trị căn bệnh này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: **Mô tả chi phí điều trị và khả năng chi trả của người bệnh mắc sỏi đường mật điều trị tại Khoa Gan Mật, Bệnh viện Việt Đức.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành

1. Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội. Tác giả: Trần Xuân Bách,

Email: bach.khcn@gmail.com

2. Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 03/07/2017 | » Ngày phản biện: 13/07/2017 | » Ngày duyệt đăng: 02/08/2017

trên nhóm đối tượng là người bệnh khám, điều trị sỏi đường mật (bao gồm nội trú và ngoại trú) tại Khoa Gan Mật của Bệnh viện Việt Đức.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian 10 tháng từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2017 tại Khoa Gan Mật, Bệnh viện Việt Đức – Hà Nội

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ từ một mẫu trong quần thể hữu hạn các bệnh nhân sỏi mật đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu đang điều trị tại Khoa Gan Mật, Bệnh viện Việt Đức tại thời điểm nghiên cứu:

$$n = \frac{[N * p * (1 - p)]}{\left[\frac{d^2 * (N - 1)}{Z_{1-\alpha/2}^2} + p * (1 - p) \right]}$$

Trong đó:

- N: Kích thước quần thể hữu hạn (số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu ước tính tại Khoa Gan Mật, Bệnh viện Việt Đức trong năm 2016 dự kiến 440 bệnh nhân).

- p: tỷ lệ người bệnh gánh chịu chi phí thảm họa do chi tiêu y tế liên quan đến điều trị sỏi đường mật, lấy P = 0,5 (do chưa có nghiên cứu nào trước đó về vấn đề này)

- d: Sai số chấp nhận được với d = 0,05

- $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2 = 3,84$ (với $\alpha = 0,05$)

Thay số vào công thức tính cỡ mẫu và điều chỉnh chúng tôi được $n_f = 206$ người bệnh. Do đó, 206 người bệnh được mời vào nghiên cứu

5. Phương pháp thu thập: Bộ công cụ gồm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu và chi phí điều trị. Những người bệnh đã kết thúc quá trình khám bệnh ngoại trú hoặc chuẩn bị ra viện với người bệnh nội trú được mời tham gia vào nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn nếu người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và sẵn sàng tham gia nghiên cứu

6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch bởi giám sát viên trước khi tiến hành nhập vào máy tính. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 13.0. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị của các biến định lượng, cũng như tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến định tính được tính toán. Kiểm định Khi bình phương, Fisher-test và Mann-whitney được sử dụng để so sánh sự khác biệt của

các tỉ lệ hoặc giá trị trung bình. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố đến chi phí thảm họa. Tiếp theo, chúng tôi áp dụng 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 $p < 0,1$ và loại trừ các biến có giá trị $p > 0,2$. Giá trị $\alpha = 0,05$ được sử dụng để xác định ngưỡng ý nghĩa thống kê

7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện và lãnh đạo Khoa Gan Mật – Bệnh viện Việt Đức

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	SL	%
Giới tính	Nam	79	38,4
	Nữ	127	61,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	12	5,8
	Sống với vợ/ chồng	171	83,0
	Góa, ly thân, ly dị	23	11,2
Nhóm tuổi	21-30 tuổi	15	7,3
	31-40 tuổi	39	18,9
	41-50 tuổi	34	16,5
	51-60 tuổi	51	24,8
	≥ 61 tuổi	67	32,5
Có BHYT		206	100,0

Người bệnh tới khám và điều trị sỏi mật có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế là 157 người, số còn lại (49 người) không có thẻ BHYT khi đi khám và điều trị sỏi mật. Tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 61,6% (127 người) số đối tượng tham gia so với nam giới là 38,4% (79 người). Độ tuổi của người tham gia vào nghiên cứu trung bình là $53,3 \pm 15,5$ tuổi, cao nhất là 91 tuổi và thấp nhất là 21 tuổi. Phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 61 tuổi trở lên (32,5%). Tỷ lệ tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ (32,5%) và thấp nhất ở nhóm tuổi từ 21 đến 30 tuổi (7,3%). Đa phần người bệnh hiện đang sống cùng với vợ hoặc chồng (83,0%).



Bảng 2: Cơ cấu chi phí điều trị của người bệnh khi điều trị nội trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	%
Chi phí trực tiếp cho điều trị	139	21,6 (15,2)	19,0	78,2
Chi phí trực tiếp không cho điều trị	147	3,3 (4,5)	2,5	12,0
Chi phí gián tiếp cho điều trị	144	2,7 (2,4)	2,3	9,8
Chi phí tổng/lượt điều trị	132	27,4 (17,0)	23,2	100,0

Bảng 2 cho thấy, trung vị tổng chi phí cho 1 lượt điều trị tại khoa là trên 23 triệu VNĐ. Trong đó, trung vị chi phí trực tiếp cho điều trị như chi phí khám bệnh, giường bệnh, phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh... chiếm hơn 78% tương đương khoảng 19

triệu VNĐ, trung vị chi phí trực tiếp không cho điều trị gồm có ăn uống và đi lại ở mức 2,5 triệu VNĐ, trung vị chi phí gián tiếp cho điều trị là những khoản thu nhập mất do người bệnh và người nhà nghỉ làm để điều trị là 2,3 triệu VNĐ.

Bảng 3: Cơ cấu chi phí trực tiếp không cho điều trị nội trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

Đặc điểm	Có BHYT			Không BHYT			Tổng			p*
	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	
Chi phí đi lại	132	1,3 (1,1)	1,0	17	1,6 (2,6)	0,8	149	1,3 (1,4)	1,0	0,46
Chi phí ăn uống ở	131	2,0 (4,3)	1,3	16	2,0 (2,5)	1,4	147	2,0 (4,2)	1,3	0,91
Tổng chi phí	131	3,3 (4,6)	2,5	16	3,4 (4,1)	2,2	147	3,3 (4,5)	2,5	0,53

* *Mann-Whitney test*

Bảng 3 cho thấy, trung vị tổng chi phí trực tiếp không cho điều trị là 2,5 triệu VNĐ. Trong đó, trung vị chi phí đi

lại của người bệnh và người nhà trong đợt điều trị ở mức 1 triệu VNĐ, còn trung vị chi phí cho ăn, uống, ở trong đợt điều trị chiếm 1,3 triệu VNĐ.

Bảng 4: Cơ cấu chi phí gián tiếp cho điều trị nội trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

Đặc điểm	Có BHYT			Không BHYT			Tổng			p*
	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	
Thu nhập tiêu hao do người bệnh nghỉ làm việc	131	0,8 (1,3)	0,0	18	0,7 (1,3)	0,1	149	0,8 (1,3)	0	0,83
Thu nhập tiêu hao do người nhà nghỉ làm việc	128	1,8 (1,6)	1,4	16	2,7 (4,2)	1,1	144	1,9 (2,0)	1,4	0,76
Tổng tiêu hao thu nhập HGD do nghỉ làm việc	128	2,6 (2,0)	2,3	16	3,5 (4,3)	2,2	144	2,7 (2,4)	2,3	0,82

* *Mann-Whitney test*

Kết quả bảng 4 cho thấy, trung bình thu nhập của người bệnh tiêu hao do nghỉ làm việc tại thời điểm điều trị bệnh là gần 0,8 triệu VNĐ. Người nhà phải nghỉ việc để chăm sóc bệnh nhân trong quá trình điều trị nội trú sỏi mật tại

Bệnh viện đã tiêu hao trung vị mức thu nhập khoảng 1,4 triệu VNĐ. Như vậy, trung vị tổng mức thu nhập HGD bị mất đi do người bệnh nghỉ làm để điều trị bệnh và người nhà nghỉ làm để chăm sóc bệnh ở mức 2,3 triệu VNĐ.

Bảng 5: Chi phí điều trị của người bệnh sỏi mật khi khám ngoại trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	%
Chi phí trực tiếp cho điều trị	154	1,3 (2,2)	0,6	62,8
Chi phí trực tiếp không cho điều trị	171	0,5 (0,6)	0,3	22,6
Chi phí gián tiếp cho điều trị	170	0,3 (0,4)	0,2	14,6
Chi phí tổng/lượt điều trị	153	2,1 (2,4)	1,4	100,0

Kết quả bảng 5 cho thấy, trung vị mức chi phí cho một lượt khám ngoại trú ở mức 1,4 triệu VNĐ. Trong đó, trung vị chi phí trực tiếp cho điều trị gồm có phí khám bệnh, thuốc, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...chiếm đến 0,6

triệu VNĐ. Trung vị chi phí trực tiếp không cho điều trị như chi phí ăn ở, đi lại ở mức 0,3 triệu VNĐ. Trung vị chi phí gián tiếp cho điều trị là mức thu nhập bị tiêu hao do người bệnh và người nhà nghỉ làm việc là 0,2 triệu VNĐ.

Bảng 6: Cơ cấu chi phí trực tiếp không cho điều trị ngoại trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

Đặc điểm	Có BHYT			Không BHYT			Tổng			p*
	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	
Chi phí đi lại	126	0,3 (0,5)	0,2	45	0,3 (0,4)	0,2	171	0,3 (0,5)	0,2	0,74
Chi phí ăn uống ở	126	0,1 (0,3)	0,1	45	0,1 (0,1)	0,1	171	0,1 (0,3)	0,1	0,39
Tổng chi phí	126	0,5 (0,7)	0,3	45	0,4 (0,4)	0,3	171	0,5 (0,6)	0,3	0,96

* Mann-Whitney test

Trung vị tổng chi phí trực tiếp không cho điều trị của người bệnh sỏi đường mật là 300 ngàn VNĐ. Trong

đó, cơ cấu chi phí đi lại với mức trung vị là 200 ngàn VNĐ, còn cơ cấu chi phí cho ăn, uống, ở với mức trung vị là 60 ngàn VNĐ.

Bảng 3.18: Cơ cấu chi phí gián tiếp cho điều trị ngoại trú

(Đơn vị: Triệu VNĐ/năm)

Đặc điểm	Có BHYT			Không BHYT			Tổng			p*
	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	SL	\bar{X} (SD)	Trung vị	
Thu nhập tiêu hao do người bệnh nghỉ làm việc	126	0,1 (0,2)	0,02	45	0,1 (0,2)	0,1	171	0,1 (0,2)	0,1	0,22
Thu nhập tiêu hao do người nhà nghỉ làm việc	125	0,2 (0,3)	0,1	45	0,2 (0,5)	0,1	170	0,2 (0,3)	0,1	0,61
Tổng tiêu hao thu nhập HGD do nghỉ làm việc	125	0,3 (0,4)	0,2	45	0,3 (0,5)	0,2	170	0,3 (0,4)	0,2	0,51

* Mann-Whitney test

Trung vị tổng thu nhập HGD bị tiêu hao do người bệnh nghỉ làm việc để điều trị và người nhà nghỉ làm việc để chăm sóc bệnh nhân là 200.000 VNĐ. Trung vị thu nhập mất đi của người bệnh do điều trị là 50.000 VNĐ và trung vị thu nhập mất đi của người nhà bệnh nhân do chăm sóc người bệnh là

100.000 VNĐ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh cần chi trung bình gần 30 triệu đồng (trung vị trên 23 triệu VNĐ) để điều trị sỏi đường mật. Trong đó, viện phí thường là khoản chi



được nhắc tới nhiều nhất, chiếm tới 78,2% (tương ứng 19 triệu VNĐ) tổng chi phí điều trị nhưng lại không phải là toàn bộ chi phí cho y tế. Những khoản chi không “chính thức” khác như chi phí đi lại, ăn ở ngủ của người bệnh và người nhà cũng ảnh hưởng không nhỏ (12%) tới túi tiền của hộ gia đình. Kết quả nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Thắng về chi phí điều trị nội trú của người bệnh tại khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai trên nhóm bệnh Gan Mật (6,839,756 VNĐ) nhưng khá tương đồng về mặt tỷ lệ cơ cấu chi trả tiền túi (chi trực tiếp cho y tế bằng 80% tổng chi phí) [3]. Kết quả này cũng cao hơn Nghiên cứu của Trương Tấn Minh và cộng sự (2010) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa cho thấy, chi phí chi trả trực tiếp cho phẫu thuật sỏi mật là 10,6 triệu đồng [2]. Điều này có thể giải thích do chi phí ở Bệnh viện Việt Đức cao hơn do đây là bệnh viện tuyến Trung ương, mức viện phí quy định cao hơn so với bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố. Mặt khác, nghiên cứu này được thực hiện từ năm 2017, trong khi các nghiên cứu khác được thực hiện trong thời gian trước đó khá lâu, nên các chi phí có sự gia tăng đáng kể.

Mặc dù vậy, chi phí điều trị sỏi đường mật trong nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với các nước trên thế giới. Tại Mỹ, nghiên cứu của Nealon và cộng sự cho thấy, tổng chi phí cho một đợt điều trị tán sỏi là 15087 USD và cho một đợt điều trị cắt túi mật là 3685 USD [4]. Theo Claire Jones và cộng sự, chi phí điều trị phẫu thuật sỏi đường mật trung bình (2009) cho 1 ca bệnh tại Anh là 4,697 Bảng Anh, trong đó những người nhập viện ngay từ ban đầu có chi phí cao nhất với trung bình là 6112 Bảng Anh [5]. Nghiên cứu của Go PM và cộng sự tại Hà Lan cho thấy, tổng chi phí cho một đợt điều trị tán sỏi ngoài cơ thể là 5066 USD, một đợt điều trị cắt túi

mật là 5893 USD và mổ nội soi cắt túi mật là 3117 USD [6].

Đối với chi phí cho điều trị ngoại trú, người bệnh sau khi được điều trị nội trú bệnh sỏi đường mật cần phải có thêm các buổi thăm khám ngoại trú nhằm đảm bảo tình trạng sức khỏe của họ. Trong nghiên cứu này, mỗi người bệnh phải trả hơn 2 triệu VNĐ cho việc khám và điều trị ngoại trú (trung vị là 1,4 triệu VNĐ). Trong đó cơ cấu chi phí trực tiếp cho điều trị là các khoản chi cho bệnh viện (khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc men,...) chiếm khoảng 55,6% tổng chi phí; còn lại là chi phí ăn ở ngủ, đi lại chiếm 27% và chi phí gián tiếp (thu nhập tiêu hao do khám điều trị bệnh) là 17,4%. So sánh với cơ cấu chi phí điều trị nội trú của người bệnh, tỷ lệ chi trực tiếp cho điều trị ngoại trú thấp hơn so với điều trị nội trú. Trong khi đó, trung vị chi tiêu cho chi phí ăn ở, đi lại của ngoại trú là 0,3 triệu VNĐ, và chi phí gián tiếp là thu nhập tiêu hao do điều trị của người bệnh và chăm sóc người bệnh của người nhà là 0,2 triệu VNĐ ít hơn nhiều so với chi phí cùng loại của điều trị nội trú. Lý giải là do số ngày điều trị ít hơn và lượt đi lại ít hơn so với người bệnh nội trú.

V. KẾT LUẬN

- Trung vị tổng chi phí điều trị nội trú bệnh sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức là 23,2 triệu VNĐ/lượt. Trong đó chi phí điều trị trực tiếp là 19 triệu VNĐ/lượt, chi phí ăn ở đi lại là 2,5 triệu VNĐ/lượt, chi phí mất do thu nhập tiêu hao của người bệnh và người chăm sóc là 2,3 triệu VNĐ.

- Trung vị tổng chi phí khám ngoại trú bệnh sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức là 1,4 triệu VNĐ. Trong đó chi phí điều trị trực tiếp là 0,6 triệu VNĐ/lượt, chi phí ăn ở đi lại là 0,3 triệu VNĐ/lượt, chi phí mất do thu nhập tiêu hao của người bệnh và người chăm sóc là 0,2 triệu VNĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Kim Sơn, Trần Gia Khánh, Đoàn Thanh Tùng và các cộng sự. (2000), *Nghiên cứu về điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Báo cáo tổng kết đề tài khoa học công nghệ cấp bộ.
2. Trương Tấn Minh, Nguyễn Ngọc Anh và Nguyễn Thị Mai An (2013), “Nghiên cứu chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân phẫu thuật tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2010”, *Tạp chí Y học Thực hành*, **5(868)**, tr. 35-40.
3. Võ Văn Thắng (2010), *Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của người bệnh có bảo hiểm y tế tại Khoa ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai*, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Huế
4. W. H. Nealon, F. Urrutia, D. Fleming và các cộng sự. (1991), “The economic burden of gallstone lithotripsy. Will cost determine its fate?”, *Ann Surg*, **213(6)**, tr. 645-9; discussion 649-50.
5. Claire Jones, Abi Mawhinney và Robin Brown (2012), “The true cost of gallstone disease”, *Ulster Medical Journal*, **81(1)**, tr. 10-13.
6. P. M. Go, M. F. Stolk, H. Obertop và các cộng sự. (1995), “Symptomatic gallbladder stones. Cost-effectiveness of treatment with extracorporeal shock-wave lithotripsy, conventional and laparoscopic cholecystectomy”, *Surg Endosc*, **9(1)**, tr. 37-41.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ SÓC SƠN NĂM 2017

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Lê Thị Thanh Hương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại các trạm y tế xã thuộc Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2017. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng nghiên cứu là cơ sở vật chất, phương tiện, dụng cụ và các cán bộ y tế làm việc tại 26 trạm y tế xã thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn, Hà Nội.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả chất thải y tế được phân loại ngay tại nơi phát sinh, tuy nhiên việc phân loại không đảm bảo theo Thông tư 58/TTLT-BYT-BTNMT. Thu gom chất thải được thực hiện thường xuyên nhưng chỉ có 10,9% đạt đầy đủ theo các tiêu chí quy định. Việc vận chuyển chất thải đạt 30,8%. Việc thực hiện lưu giữ CTRYT không đạt theo quy định của Thông tư. Việc xử lý ban đầu chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao đạt 57,7%. Việc thực hiện về ghi chép sổ sách, xây dựng kế hoạch chưa hiệu quả. Các yếu tố thuận lợi để thực hiện công tác quản lý chất thải là có các văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở Y tế và sự nghiêm túc thực hiện của lãnh đạo TTYT. Bên cạnh đó vẫn còn khó khăn khi thực hiện công tác quản lý chất thải y tế do cơ sở hạ tầng chưa đầy đủ và chưa đồng bộ, thiếu kinh phí, chế độ chính sách chưa phù hợp, chưa có cơ chế khen thưởng, xử phạt rõ ràng đối với những cán bộ y tế thực hiện chưa tốt hoặc chưa tốt các khâu trong công tác quản lý chất thải rắn y tế.

ABSTRACT: THE MANAGEMENT OF MEDICAL SOLID WASTES AT COMMUNE HEALTH CENTERS IN SOC SON DISTRICT, 2017

The study evaluating the status of medical solid waste management and some factors affecting the management of medical solid wastes in commune health centers (CHCs) in Soc Son District Health Center (DHC) was conducted from February to June in 2017. This was a cross sectional study, with the combination of qualitative

and quantitative methods. Various study subjects include equipment, facilities and health staff of 26 CHCs in Soc Son DHC were recruited.

Results of the study showed that all medical wastes were segregated correctly at places of origin, however some criteria were not meet the standard required by regulations mentioned in the joint circular 58/TTLT-BYT-BTNMT. Waste collection was undertaken regularly but only 10.9% of all the collections met the standard. Only 30.8% of the transportation of solid medical wastes met the followed requirements in the regulations, and improper storage of medical solid wastes was recorded by the study. The pretreatment was applied with 57.7% of infectious wastes. Ineffective reporting system on medical solid waste management was observed by the study. Some factors facilitating the management of medical solid wastes in CHCs were regulations and guidelines from Ministry of Health and from Hanoi Department of Health as well as the willingness of the director board of Soc Son DHC. In addition to that, the management of medical solid wastes in CHCs in Soc Son district faced some challenges, including poor and inappropriate facilities and equipment, lack of finance, lack of promotion and punishment to the proper and improper implementation of medical solid waste management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Thống kê năm 2015 của Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế, trong tổng số các cơ sở y tế trên cả nước, chỉ có khoảng 45,3% có nơi lưu giữ chất thải y tế đảm bảo yêu cầu theo quy định; tỷ lệ chất thải rắn y tế được thu gom đạt trên 75%; tỷ lệ chất thải y tế nguy hại được thu gom xử lý đạt 65%[5]. Hầu hết ở các cơ sở y tế phương tiện thu gom chất thải còn thiếu, không đồng bộ, chưa đạt tiêu chuẩn, phương tiện, thiết bị vận chuyển không đảm bảo[5] [2]. Chất thải rắn y tế nếu không được phân loại, thu gom, vận

1. Trung tâm Y tế Sóc Sơn

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

chuyển, lưu giữ và xử lý đúng quy định có thể gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe con người và môi trường.

Trung tâm Y tế Sóc Sơn có 26 trạm y tế xã thực hiện 2 chức năng là chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân và khám chữa bệnh ban đầu. Trong quá trình hoạt động, trung bình mỗi tháng tại các trạm y tế phát sinh khoảng 584,432kg chất thải rắn y tế.

Cũng như các Trung tâm y tế tuyến quận, huyện khác, tại Trung tâm Y tế Sóc Sơn, cơ sở vật chất phục vụ cho công tác quản lý chất thải rắn y tế (QLCTRYT) hiện tại còn chưa đồng bộ, hệ thống thu gom, lưu giữ chất thải y tế còn thiếu. Kinh phí hoạt động nói chung và kinh phí cho quản lý chất thải y tế nói riêng còn hạn chế. Bài báo này được thực hiện nhằm làm rõ các mục tiêu về: (1) Mô tả thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế xã thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn năm 2017 và (2) Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới công tác quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Cơ sở vật chất, trang thiết bị QLCTRYT của các TYT xã thuộc TTYT huyện Sóc Sơn gồm: Dụng cụ, phương tiện phân loại, thu gom, vận chuyển, khu vực lưu giữ, xử lý CTRYT.

Lãnh đạo Trung tâm Y tế Sóc Sơn và một số cán bộ lãnh đạo, nhân viên TYT xã. Toàn bộ NVYT tham gia trực tiếp vào công tác QLCTRYT gồm: điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên của 26 TYT xã.

2. Thời gian

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 6 năm 2017.

3. Địa điểm nghiên cứu

26 trạm y tế xã thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn, Hà Nội.

4. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính.

- Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu quan sát: Tổng số lượt quan sát 520 lượt

Quan sát thực trạng thiết bị, cơ sở vật chất: 1 lượt/ngày x 26 TYT xã = 26 lượt.

Quan sát phân loại: Mỗi TYT xã quan sát 3 vị trí: 2 lượt/ngày x 26 TYT xã x 3 vị trí = 156 lượt.

Quan sát thu gom: Mỗi TYT xã quan sát 3 vị trí: 2 lượt/ngày x 26 TYT xã x 3 vị trí = 156 lượt.

Quan sát vận chuyển: 2 lượt/ngày x 26 TYT xã = 52 lượt.

Quan sát lưu giữ: 2 lượt/ngày x 26 TYT xã = 52 lượt.

Quan sát thực hiện quy định: 1 lượt/ngày x 26 TYT xã

= 26 lượt

5. Phân tích số liệu

Số liệu định lượng: Được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

Thông tin định tính: Phân tích theo chủ đề. Các cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm và gỡ băng theo nội dung từng bản ghi.

6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo Quyết định số 212/2017/YTCC-HD3 ngày 24 tháng 03 năm 2017 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH.

III. KẾT QUẢ

1. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế

1.1. Trang thiết bị, cơ sở vật chất

Bảng 1. Trang thiết bị, cơ sở vật chất

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=26)	Tỷ lệ (%)
Có đủ túi nilon, thùng đựng CT	16	61,5
Túi đựng CT có đủ mã màu		
Màu vàng	26	100
Màu đen	11	42,3
Màu xanh	26	100
Màu trắng	3	11,5
Túi thùng có biểu tượng riêng	21	80,8
Túi đựng CT có quy định mức thu gom	5	19,2
Có dụng cụ đựng CT sắc nhọn riêng.	26	100
Dụng cụ đựng CT sắc nhọn có:		
Thành, đáy cứng	26	100
Không thấm nước	21	80,8
Có nắp	26	100
Có biểu tượng	26	100
Có vạch	26	100
Có quai xách	23	88,5
Màu vàng	24	92,3

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=26)	Tỷ lệ (%)
Có đủ thùng thu gom CT	12	46,2
Thùng đựng CT đập chân khi mở nắp	5	19,2
Thùng thu gom chất thải có:		
Màu xanh	26	100
Màu vàng	25	96,2
Màu trắng	0	0
Màu đen	2	7,7
Mặt ngoài thùng có biểu tượng từng loại CT	18	69,2
Có phương tiện vận chuyển CT	18	69,2
Có nhà lưu chứa CT theo quy định.	12	46,2

Kết quả ở bảng 1 cho thấy tỉ lệ các tiêu chí thùng, túi nilon có màu vàng và màu xanh, thùng đựng chất thải sắc nhọn đạt 100%. Túi đựng chất thải màu đen đạt 42,3%, màu trắng đạt 11,5%. Thùng đựng chất thải màu đen đạt 7,7% và thùng màu trắng thì chưa được triển khai ở các TYT xã. Có đủ thùng, túi ở tất cả các vị trí đạt 61,5%.

1.2. Phân loại CTRYT

Bảng 2. Phân loại đúng CTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=156)	Tỷ lệ (%)
Phân loại ngay tại nơi phát sinh	143	91,7
Phân loại CT sắc nhọn là bơm kim tiêm	146	93,6
Phân loại CT sắc nhọn khác	149	95,5
Phân loại CT lây nhiễm không sắc nhọn	156	100
Phân loại CT thông thường	139	89,1
Phân loại CT giải phẫu	156	100
Phân loại CT nguy hại không lây nhiễm	130	83,3
Phân loại CT tái chế	22	14,1

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=26)	Tỷ lệ (%)
Phân loại CT có nguy cơ lây nhiễm cao	156	100
Các vị trí có hướng dẫn cách phân loại	40	25,6

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cho thấy chất thải lây nhiễm không sắc nhọn và chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao được thực hiện tốt tỉ lệ đạt 100%. Phân loại chất thải tái chế hầu như chưa được thực hiện ở tuyến TYT xã, tỉ lệ đạt là 14,1%. Các vị trí còn thiếu hướng dẫn về phân loại chất thải với tỉ lệ đạt 25,6%. Các loại chất thải khác được duy trì thực hiện.

1.3. Thu gom CTRYT

Bảng 3. Thu gom đúng CTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=156)	Tỷ lệ (%)
Tần suất thu gom	99	63,5
Có đường thu gom	50	32,1
Vị trí đặt thùng đựng chất thải có hướng dẫn thu gom	40	25,4
Không thu gom lẫn chất thải	142	90,0
Chất thải không để rơi, vãi ra nền nhà.	152	97,4

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3 cho thấy tần suất thu gom chất thải chưa đảm bảo tỉ lệ đạt 63,5%. Các TYT xã chưa quy định đường thu gom riêng, tỉ lệ đạt 32,1% và hướng dẫn thu gom tại các vị trí đạt tỉ lệ 25,4%. Không thu gom lẫn chất thải đạt 90%. Không để chất thải rơi ra nền nhà đạt 97,4%.

1.4. Vận chuyển CTRYT

Bảng 4. Vận chuyển đúng CTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=52)	Tỷ lệ (%)
Đậy kín nắp thùng, buộc kín miệng túi khi vận chuyển	19	36,5



Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=52)	Tỷ lệ (%)
Có đường vận chuyển riêng	20	38,5
Vận chuyển đúng thời gian	11	47,8
Không rơi vãi chất thải trong khi vận chuyển	49	94,2

Tỉ lệ đầy nắp thùng buộc kín miệng túi khi vận chuyển chài đạt 36,5%. Quy định đường vận chuyển riêng đạt 38,5%. Vận chuyển đúng thời gian tỉ lệ đạt là 47,8% và không để chất thải rơi vãi khi vận chuyển đạt 94,2%.

1.5. Lưu giữ CTRYT

Bảng 5. Lưu giữ đúng CTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=52)	Tỷ lệ (%)
Thiết bị lưu chứa CT đúng quy định	62	100
Chất thải lưu giữ riêng	10	19,2
Nơi lưu giữ CT đảm bảo: Phương tiện chứa CT không bị bụi vỡ, rò rỉ	40	76,9
Có biểu tượng, có nắp đậy	20	38,5
Có mái che, cửa khóa	20	38,5
Có phương tiện phòng chống sự cố	4	7,7
Nền chống thấm, thông khí tốt	12	19,3
Không phát sinh mùi khó chịu, hôi	60	96,8

Kết quả từ Bảng 5 cho thấy thiết bị lưu chứa chất thải đúng quy định đạt 100%. Lưu giữ riêng chỉ đạt 19,2%. Hầu như nhà lưu giữ chất thải không đảm bảo tiêu chí có biểu tượng, có mái che, có cửa khóa đạt 38,5%. Có phương tiện phòng chống sự cố về chất thải chỉ đạt có 7,7% và chống thấm, thông khí tốt đạt 19,3%. Không phát sinh mùi hôi, khó chịu đạt 96,8%.

1.6. Xử lý ban đầu CTRYT

Bảng 6. Xử lý ban đầu CTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=52)	Tỷ lệ (%)
Pha sẵn hóa chất xử lý ban đầu	34	65,4
Thực hiện đúng quy trình	36	69,2

Phương tiện sẵn cho xử lý ban đầu chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao là các xô pha sẵn hóa chất, tỉ lệ này ở các TYT đạt 65,4%. Trong tổng số 52 lần quan sát về quy trình xử lý ban đầu, có 69,2% đạt theo yêu cầu của Thông tư liên tịch về QLCTYT.

1.7. Thực hiện quy định QLCTRYT

Bảng 7. Quy định QLCTRYT

Nội dung đánh giá	Kết quả	
	Tần số (n=26)	Tỷ lệ (%)
Phân công nhiệm vụ QLCTYT	17	65,4
Phân công người vận chuyển CTRYT	19	73,1
Phân công QLCTRYT bằng văn bản	13	50,0
Xây dựng kế hoạch năm	21	80,8
Sổ sách ghi chép đầy đủ	14	53,8
Tập huấn tại chỗ về QLCTYT	4	15,4
Cấp trên kiểm tra, giám sát QLCTYT	25	96,2
Tần suất kiểm tra, giám sát	22	84,6
Giám sát nhân viên thực hiện QLCTYT	2	7,7
Có sổ giao nhận CTYT	26	100
Sổ giao nhận CT ghi đủ thông tin	13	50
Lưu sổ bàn giao CT	26	100

Công tác lưu giữ sổ sách được các trạm y tế xã thực hiện khá tốt, với tỉ lệ đạt là 100%. Có 50% TYT thực hiện phân công cán bộ bằng văn bản và sổ giao nhận chất thải ghi đầy đủ thông tin. Phân công người phụ trách QLCTYT và người vận chuyển có tỉ lệ đạt lần lượt là 65,4% và 73,1%. Thực hiện yếu nhất là công tác đào tạo, tập huấn tại chỗ và công tác tự kiểm tra của các TYT xã, với tỉ lệ đạt lần lượt là 15,4% và 7,7%.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng:

Một số yếu tố thuận lợi ảnh hưởng đến công tác quản lý chất thải rắn y tế:

Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT được coi là hành lang pháp lý cho các cơ sở y tế triển khai thực hiện công tác QLCTYT. Các TYT xã trong nghiên cứu có sự chỉ đạo, hướng dẫn triển khai thực hiện từ khối TTYT. Các trạm đã được trang bị cơ sở vật chất, trang

thiết bị và các quy trình thực hiện (...về cơ bản đã được trang bị phương tiện dụng cụ, việc này theo nhận định của tôi thì chưa có cơ sở y tế tuyến xã nào được trang bị như ở đây) – (PVS, Nam, TYT xã Mai Đình). TTYT đã chi phần kinh phí và có hướng dẫn các TYT xã chi kinh phí phục vụ công tác QLCTRYT. Công tác đào tạo tập huấn thường xuyên, liên tục để trang bị kiến thức cho CBYT.

Một số khó khăn ảnh hưởng đến công tác quản lý chất thải rắn y tế:

Khó khăn lớn nhất trong hoạt động quản lý chất thải rắn y tế là khó khăn về tài chính, tuy đã được ưu tiên (... phải nói rằng Ban giám đốc đã rất lo lắng về quản lý chất thải đã dành phần kinh phí khá lớn cho hoạt động này, thực tế chưa có mục chi cho vấn đề này nên anh thấy là rất khó khăn) – (PVS, Nam, lãnh đạo PKHNV).

Cơ sở hạ tầng xuống cấp, thiếu đồng bộ, chưa có nhà lưu giữ chất thải đạt tiêu chuẩn đây cũng là vấn đề ảnh hưởng không tích cực đến công tác QLCT, nhất là nhà lưu giữ chất thải tại các TYT xã. Vận chuyển chất thải theo mô hình cụm mà không cơ chế chính sách hỗ trợ người trực tiếp tham gia vận chuyển cũng như người được phân công phụ trách công tác quản lý chất thải. Ngoài ra, ý thức của cán bộ y tế cũng là yếu tố quan trọng để duy trì thực hiện QLCTRYT. Ý kiến PVS cũng đã khẳng định (...Nếu có kiểm tra, giám sát, đôn đốc, nhắc nhở thường xuyên, liên tục thì sẽ làm tốt hơn rất nhiều) – (Nam, PKDK Kim Anh).

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế

Theo kết quả nghiên cứu 100% chất thải được phân loại ngay từ nơi phát sinh. Hầu hết tại các vị trí phát sinh chất thải của các TYT xã đều thiếu hướng dẫn phân loại, thu gom chất thải đạt rất thấp lần lượt là 25,6% và 25,4%, thấp hơn nghiên cứu của Phan Thanh Lam (52,3%), Nguyễn Bá Tông (44,3%)[4].

Chỉ có 32,1% số lần quan sát tại TYT đạt về đường thu gom riêng. Với diện tích TYT nhỏ, quy mô giường bệnh ít, hầu như không có bệnh nhân nội trú, lượng chất thải tạo ra không nhiều, thì việc quy định một đường thu gom riêng đối với CTRYT tại TYT theo đúng quy định là chưa phù hợp.

Trong quá trình thu gom, vận chuyển chất thải không bị rơi vãi ra nền nhà, tỉ lệ này đạt lần lượt là 98,4%, 94,2% cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Phú Gia (41,4%)[2]. Nguyên nhân có thể là do lượng chất thải phát sinh ít nên khi thu gom, vận chuyển lượng chất thải không vượt quá mức quy định $\frac{3}{4}$ túi.

Việc quy định đường vận chuyển riêng chỉ đạt 48,4%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phan Thanh Lam (39,3%)[3]. Có thể giải thích là do tại TYT xã cơ sở vật chất chưa đồng bộ, một số trạm diện tích hẹp, thiết kế chưa phù hợp để quy định đường vận chuyển riêng. Thời gian, tần suất vận chuyển đúng theo quy định tại các TYT xã đạt 47,8%. Kết quả cao hơn kết quả nghiên cứu tại một số TYT xã, phường của Tô Thị Liên (25%)[1].

Các TYT xã không đảm bảo các tiêu chí trong lưu giữ chất thải rắn y tế. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Báo Tông[4]. Việc thực hiện lưu giữ riêng chỉ đạt 19,2%. Lý do là các TYT xã hầu hết phải tận dụng cơ sở vật chất như lò đốt cũ, nhà kho để làm nhà lưu giữ chất thải. Vấn đề xử lý ban đầu chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao được thực hiện tốt hơn so với các TYT xã thuộc huyện Châu Thành, Đồng Tháp không thực hiện xử lý ban đầu thường xuyên[4]. Nghiên cứu của Phan Thanh Lam chỉ đạt 34,1%[3].

Theo Thông tư, nghiên cứu này các TYT xã thực hiện tốt nhất là vấn đề lưu giữ sổ sách và công tác kiểm tra của cấp trên. Tuy nhiên, theo kết quả PVS thì công tác kiểm tra của cấp trên chỉ thực hiện mỗi quý một lần và chưa hỗ trợ được các TYT trong thực hiện QLCTRYT, cần tăng cường kiểm tra, giám sát.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế xã thuộc TTYT Sóc Sơn

Để làm tốt công tác QLCTRYT thì cơ sở vật chất, trang thiết bị đóng vai trò hết sức quan trọng. Nếu chúng ta trang bị được đầy đủ, phương tiện dụng cụ, đảm bảo về cơ sở vật chất sẽ giảm được rất nhiều hệ lụy: nguy cơ phơi nhiễm, giảm được chi phí vận chuyển, xử lý và giảm nguy cơ gây ô nhiễm môi trường. Trên cơ sở đó phải trang bị đầy đủ phương tiện, dụng cụ cho các TYT xã.

Theo kết quả PVS và TLN thì TTYT Sóc Sơn rất quan tâm đến vấn đề QLCTRYT, liên tục đôn đốc, nhắc nhở. Nhưng cũng tương tự như các nghiên cứu khác cán bộ phụ trách công tác quản lý chất thải đa phần là kiêm nhiệm, không được đào tạo, tập huấn bài bản ảnh hưởng khá lớn đến hoạt động quản lý chất thải.

Vấn đề kinh phí là khó khăn lớn nhất, ảnh hưởng không nhỏ đến hoạt động QLCTRYT tại các TYT xã. Kinh phí phải chi cho hoạt động quản lý chất thải là rất lớn, mà hiện tại không có hướng dẫn chi dành riêng cho hoạt động này. Các TTYT đều có cách chi kinh phí mua sắm trang thiết bị cho các trạm y tế xã khác nhau nhưng phần lớn là không có kinh phí dành riêng cho hoạt động quản lý chất thải. Và so sánh với những nghiên cứu khác thì Trung tâm



Y tế Sóc Sơn đã thực hiện khá tốt về vấn đề đầu tư kinh phí cho hoạt động quản lý chất thải.

Chế độ đãi ngộ trực tiếp là hình thức khuyến khích người lao động nhưng chính sách thì chưa rõ ràng. Cán bộ chuyên trách phải chịu trách nhiệm khá lớn với tất cả những vấn đề liên quan đến hoạt động quản lý chất thải mà không có sự hỗ trợ hay động viên khuyến khích trong cơ chế chính sách.

Theo ý kiến PVS lãnh đạo TTYT thì bộ phận tham mưu phải xây dựng chế độ đãi ngộ đặc thù, phối hợp với các bộ phận để đảm bảo khích lệ cán bộ làm việc. Song song vấn đề đó thì phải tiếp tục đề xuất Sở Y tế và các cơ quan liên quan có chính sách phù hợp hơn đối với tuyến y tế cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu thì không có TYT xã nào thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn đạt tất các quy định của Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT. Về cung ứng dụng cụ cơ bản thì đảm bảo nhưng để đúng tiêu chuẩn và đáp ứng được đầy đủ các vị trí thì sẽ phải mất thời gian và kinh phí. Cơ sở vật chất còn nhiều khó khăn, không đồng bộ nên khó sắp xếp, bố trí các khâu theo quy trình. Chính

vì vậy dẫn đến việc sử dụng các dụng cụ, thiết bị, các mã màu không đúng quy định, còn thiếu và chưa đạt tiêu chuẩn. Chưa có cơ chế chi kinh phí dành riêng cho hoạt động quản lý chất thải. Nên các cơ sở y tế đầu tư còn dè dặt và hạn chế. Theo Thông tư 58/TTLT-BYT-BTNMT áp dụng chung cho các cơ sở y tế có quy mô khác nhau thì chưa thực sự phù hợp. Các tiêu chí để thực hiện là trở ngại đối với tuyến y tế cơ sở. nhân lực thiếu, kiến thức và ý thức của NVYT chưa cao, nhận thức chưa sâu sắc về tầm quan trọng của công tác QLCTYT. Cơ chế giám sát, khen thưởng, xử phạt chưa rõ ràng nên việc tuân thủ chưa nghiêm.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đề xuất với Sở Y tế Hà Nội nghiên cứu có những quy định phù hợp hơn về quản lý chất thải rắn y tế đối với tuyến y tế cơ sở, nghiên cứu chính sách phòng ngừa rủi ro cho cán bộ tham gia vận chuyển chất thải và người phụ trách QLCTRYT.

2. Trung tâm Y tế cần trang bị đầy đủ phương tiện, dụng cụ, trang thiết bị đạt chuẩn theo quy định.

3. Tăng cường công tác đào tạo nâng cao kiến thức của CBYT và tăng cường công tác kiểm tra, giám sát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tô Thị Liên (2017), “Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại một số trạm y tế xã, phường thuộc 8 tỉnh Việt Nam Năm 2015”.
2. Lê Phú Gia (2016), “Đánh giá hoạt động quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Hà Nam và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2016”.
3. Phan Thanh Lam (2013), “Thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế của Trung tâm Y tế huyện Gia Lâm”.
4. Nguyễn Bá Tông (2015), “Thực trạng, kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về phân loại, thu gom chất thải rắn y tế tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2015”.
5. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), “Báo cáo hiện trạng môi trường Quốc gia năm 2015”.

KIẾN THỨC VỀ DỊCH VỤ PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH CỦA NGƯỜI DÂN PHƯỜNG TÂN TẠO, QUẬN BÌNH TÂN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2017

Phạm Thanh Vũ¹, Trần Thiện Thuận²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 385 người dân tại phường Tân Tạo, quận Bình Tân, thành phố Hồ Chí Minh với mục tiêu xác định tỷ lệ kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình. Kết quả cho thấy trong số những người tham gia nghiên cứu có 215 người biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, chiếm tỉ lệ 55,84%. Trong số 215 người tham gia nghiên cứu biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, có 62,33% người biết qua pano, áp phích dán ở Trạm y tế, 52,25% người biết qua tivi, 30,23% qua người thân, bạn bè, 22,33% qua Internet, 17,21% qua nhân viên Y tế, số ít biết qua báo chí và đài phát thanh. Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người dân phường Tân Tạo về dịch vụ phòng khám BSGD là 26,23%. So với nhóm học vấn cấp 1, người có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,66 lần với $p=0,025$. So với nhóm công nhân, nông dân, tỷ lệ kiến thức về dịch vụ BSGD của công nhân viên chức cao hơn gấp 2,65 lần với $p=0,005$. Người có BHYT có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,52 lần so với người không có BHYT với $p=0,034$.

Từ khóa: Kiến thức, phòng khám bác sĩ gia đình, thành phố Hồ Chí Minh

ABSTRACT: KNOWLEDGE ABOUT THE FAMILY DOCTOR'S CLINIC SERVICE OF PEOPLE OF TAN TAO WARD, BINH TAN DISTRICT, HO CHI MINH CITY 2017

Cross-sectional study was performed on 385 people in Tan Tao Ward, Binh Tan District, Ho Chi Minh City with the aim of determining the percentage of knowledge about GP services. Results showed that among the study participants, 215 people knew about the GP service, accounting for 55.84%. Of the 215 study participants who knew about home doctor services, 62.33% knew about

posters, posters at the medical center, 52.25% knew about television, 30.23 % through relatives, friends, 22,33% over the Internet. 17.21% through health workers, few know through newspapers and radio. The rate of common knowledge of the people of Tan Tao ward on the BSGD clinic is 26.23%. Compared to the first-graders, the upper-level educated people had a higher literacy rate of 1.66 times with $p = 0.025$. Compared with the workers, farmers, the BSGD staff knowledge was 2.65 times higher with $p = 0.005$. People with health insurance have a higher knowledge rate of 1.52 times than those without health insurance with $p = 0.034$.

Key words: Knowledge, doctor's office, Ho Chi Minh City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình phòng khám Bác sĩ gia đình đã phát triển và nhân rộng nhiều nước trên thế giới từ đầu thập niên 70 của Thế kỷ XX. Tại Anh và Hoa Kỳ, cứ gia tăng mỗi bác sĩ chăm sóc ban đầu cho 10.000 dân kết hợp với giảm từ vong 3% - 10% tùy theo nguyên nhân tử vong ngay cả khi hiệu chỉnh các đặc tính dân số xã hội và kinh tế xã hội [5]. World Organization of Family Doctors là một tổ chức hàn lâm thực hành y học gia đình bắt đầu từ năm 1972 với 18 thành viên và hiện nay có 97 thành viên từ 79 quốc gia trong đó có Việt Nam (từ năm 2003) với hơn 200.000 hội viên [6]. Việt Nam triển khai mô hình phòng khám Bác sĩ gia đình thí điểm giai đoạn 2013 – 2015 được 80 phòng khám [1],[2].

Bình Tân là một trong tất cả các quận huyện của thành phố Hồ Chí Minh đã triển khai dịch vụ phòng khám Bác sĩ gia đình tại bệnh viện quận 01 phòng khám Bác sĩ gia đình và 10 phòng khám trên tất cả 10 trạm y tế phường. Cho đến hiện tại số lượng người dân đến khám bệnh tại các dịch vụ phòng khám Bác sĩ gia đình còn hạn chế trong khi các loại hình dịch vụ khám điều trị bệnh

1. Trung tâm Y tế dự phòng thành phố Hồ Chí Minh, ĐT: 0906 903 970, Email: thanhvupham73@yahoo.com
2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

công lập và tư nhân khác trên địa bàn thành phố số lượng bệnh nhân ngày một quá tải. Do đó, nghiên cứu tiến hành nhằm tìm hiểu kiến thức của người dân về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình. Qua đó, đề ra các biện pháp phù hợp nâng cao kiến thức người dân, từ đó góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

- *Đối tượng nghiên cứu:* Tất cả những người dân đến tiếp cận tại dịch vụ PK BSGĐ Trạm Y tế phường Tân Tạo, quận Bình Tân.

- *Địa điểm nghiên cứu:* Tại Phòng khám BSGĐ Trạm Y tế phường Tân Tạo, quận Bình Tân.

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến hành từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu cắt ngang mô tả

- *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:*

$Z(1-\alpha/2) = 1,96$ với độ tin cậy 95%; α : mức ý nghĩa ($\alpha=0,05$)

$p=0,5$ để được cỡ mẫu có giá trị lớn nhất.

Vậy, cỡ mẫu lấy vào 385 người.

Chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

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

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí đưa vào: Tất cả những người tuổi từ 18 trở lên đến tiếp cận dịch vụ phòng khám BSGĐ đình Trạm Y tế phường Tân Tạo, quận Bình Tân (gồm những đến khám và điều trị bệnh hoặc những người đưa người nhà đến khám) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Những người không ổn định về tâm thần kinh, người nước ngoài, người bị câm, điếc. Những người không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, hoặc trả lời không đầy đủ số câu hỏi phỏng vấn.

Công cụ thu thập dữ liệu: Phiếu điều tra được soạn sẵn

Các chỉ số nghiên cứu:

1. PK BSGĐ có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân gồm: trẻ em, người lớn, phụ nữ mang thai và cả người cao tuổi.

2. PK BSGĐ có thể tầm soát và phát hiện sớm các bệnh mạn tính/ung thư

3. PK BSGĐ có thể sơ cấp cứu ban đầu

4. PK BSGĐ có thể tư vấn các vấn đề sức khỏe

5. PK BSGĐ có thể khám và điều trị các bệnh thông thường

6. PK BSGĐ có thể khám và điều trị một số bệnh mạn tính như tăng huyết áp, tiểu đường, các bệnh cơ xương khớp, bệnh ngoài da

7. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, điều trị kịp thời ác bệnh cấp tính như sốt xuất huyết, tay chân miệng, sởi... tại cộng đồng

8. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, điều trị kịp thời các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, tiểu đường tại cộng đồng

9. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, điều trị kịp thời các bệnh lây nhiễm như lao, phong, viêm gan B, C và HIV tại các hộ gia đình thuộc địa bàn phụ trách

10. Khám bệnh tại PK BSGĐ người bệnh vẫn được chuyển tuyến lên trên/tuyến chuyên khoa khi cần thiết.

- **Kiến thức đúng** khi trả lời được $\geq 7/10$ nội dung và trong đó bắt buộc phải có câu (1) PK BSGĐ có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân gồm: trẻ em, người lớn, phụ nữ mang thai và cả người cao tuổi; câu (4) PK BSGĐ có thể tư vấn các vấn đề sức khỏe; và câu (7): Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, điều trị kịp thời các bệnh cấp tính như sốt xuất huyết, tay chân miệng, sởi... tại cộng đồng.

- **Kiến thức Sai** khi trả lời đúng $< 7/10$ nội dung trên.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata12, Epi-Data. So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng test χ^2 , giá trị p ngưỡng $< 0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài đã được Hội đồng khoa học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua trước khi triển khai nghiên cứu. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm người dân phường Tân Tạo

Bảng 3.1. Trình độ học vấn, dân tộc, nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu (n=385)

	Các đặc tính của mẫu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<35 tuổi	188	48,83
	35-49 tuổi	95	24,68
	≥ 50 tuổi	102	26,49

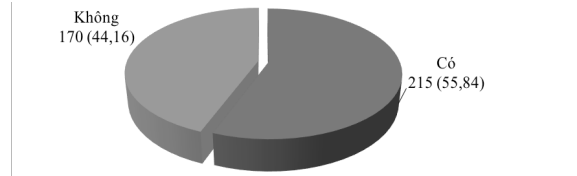
	Các đặc tính của mẫu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nữ	213	55,32
	Nam	172	44,68
	≤ Cấp 1	115	29,87
	Cấp 2, 3	190	49,35
	>Cấp 3	80	20,78
Tôn giáo	Phật giáo	145	37,66
	Công giáo	31	8,05
	Cao đài	13	3,38
	Không tôn giáo	196	50,91
Nghề nghiệp	Công nhân, nông dân	102	26,49
	Kinh doanh, buôn bán	65	16,88
	CNVC, NVVP	68	17,66
	Học sinh, sinh viên	18	4,68
	Nghề tự do	82	15,06
	Khác (hưu trí, nội trợ)	74	19,22

Phần lớn đối tượng nghiên cứu dưới 35 tuổi chiếm tỉ lệ 48,83%. Tỉ lệ nữ giới 55,32% cao hơn nam giới. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 2, cấp 3 chiếm số đông (49,35%). Tỉ lệ người không tôn giáo 50,91%, kể đến là Phật giáo 37,66%. Về nghề nghiệp, đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là công nhân và nông dân chiếm phần đông (26,49%), kể đến là hưu trí và nội trợ (19,22%).

3.2. Kiến thức người dân về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

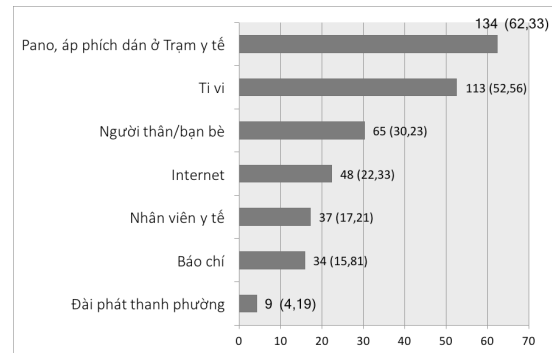
3.2.1. Tiếp cận dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Biểu đồ 3.6. Biết về dịch vụ PK BSGĐ (n=385)



Trong số những người tham gia nghiên cứu có 215 người biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, chiếm tỉ lệ 55,84%

Biểu đồ 3.7. Các kênh truyền thông (n=215)



Trong số 215 người tham gia nghiên cứu biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, có 62,33% người biết qua pano, áp phích dán ở trạm y tế, 52,25% người biết qua ti vi, 30,23% qua người thân, bạn bè, 22,33% qua Internet, 17,21% qua nhân viên y tế, số ít biết qua báo chí và đài phát thanh.

3.2.2. Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình	Đúng SL (%)
1. PK BSGĐ có thể cung cấp các dịch vụ CSSK cho tất cả các đối tượng gồm trẻ em, người lớn, phụ nữ mang thai, người cao tuổi	194 (50,39)
2. PK BSGĐ có thể tầm soát và phát hiện sớm các bệnh mạn tính	168 (43,64)
3. PK BSGĐ có thể sơ cấp cứu ban đầu	188 (48,83)
4. PK BSGĐ có thể tư vấn các vấn đề sức khỏe	247 (64,16)
5. PK BSGĐ có thể khám và điều trị các bệnh thông thường	325 (84,42)
6. PK BSGĐ có thể khám và điều trị một số bệnh mạn tính như tăng huyết áp, tiểu đường, các bệnh cơ xương khớp, bệnh ngoài da	151 (39,22)



Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình	Đúng SL (%)
7. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, tư vấn dự phòng, điều trị tốt các bệnh cấp tính như sốt xuất huyết, tay chân miệng, sởi...	172 (44,68)
8. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, tư vấn dự phòng, điều trị tốt các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, tiểu đường tại cộng đồng	209 (54,29)
Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình	Đúng SL (%)
9. Đến PK BSGĐ có thể khám phát hiện sớm, tư vấn dự phòng và chăm sóc tốt các bệnh lây nhiễm như lao, phong, viêm gan B, C và HIV tại cộng đồng	140 (36,36)
10. Khám bệnh tại PK BSGĐ người bệnh vẫn được chuyển tuyến lên trên/tuyến chuyên khoa khi cần thiết	245 (63,64)
Kiến thức chung đúng ≥ 7 câu	101 (26,23)

Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người dân phường Tân Tạo về dịch vụ phòng khám BSGĐ là 26,23%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người dân về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa kiến thức về DV PK BSGĐ với các đặc tính của mẫu- phân tích đơn biến (n=385)

Nội dung	Kiến thức về DV PK BSGĐ		p	PR (KTC95%)
	Đúng SL (%)	Sai SL (%)		
Nhóm tuổi				
< 35 tuổi	50(26,60)	138(73,40)	0,453	1,18 (0,77-1,81)
35-49 tuổi	28(29,47)	67(70,53)	0,270	1,31(0,81-2,10)
≥ 50 tuổi	23(22,55)	79(77,45)		1
Giới tính				
Nam	49(23,00)	164(77,00)	0,109	1
Nữ	52(30,23)	120(69,77)		1,31(0,94-1,84)
Trình độ học vấn				
\leq Cấp 1	26(22,61)	89(77,39)		1
Cấp 2, 3	45(23,68)	145(76,32)	0,830	1,05 (0,68-1,60)
>Cấp 3	30(37,50)	50(62,50)	0,025	1,66 (1,07-2,58)

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức người dân về dịch vụ phòng khám BSGĐ với trình độ học

vấn. So với nhóm học vấn cấp 1, người có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,66 lần với $p=0,025$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức người dân về dịch vụ phòng khám BSGD với trình độ học

vấn. So với nhóm học vấn cấp 1, người có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,66 lần với $p=0,025$

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa kiến thức về DV PK BSGĐ với các đặc tính của mẫu- phân tích đơn biến (tt) (n=385)

Nội dung	Kiến thức về DV PK BSGĐ		p	PR (KTC95%)
	Đúng SL (%)	Sai SL (%)		
Nghề nghiệp				
Công nhân, nông dân	25(24,51)	77(75,49)	0,108	1,77(0,88-3,55)
Kinh doanh	9(13,85)	56(86,15)		1
CNVC, NVVP	25(36,76)	43(63,24)	0,005	2,65(1,34-5,25)
Học sinh, sinh viên	6(33,33)	12(66,67)	0,054	2,41(0,98-5,88)
Nghề tự do	16(27,59)	42(72,41)	0,067	1,99(0,95-4,16)
Khác	20(27,03)	54(72,97)	0,066	1,95(0,96-3,98)
BHYT				
Có	77(29,50)	184(70,50)	0,034	1,52(1,01-2,29)
Không	24(19,35)	100(80,65)		1

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức người dân về dịch vụ phòng khám BSGD với nghề nghiệp và có bảo hiểm y tế. So với nhóm công nhân, nông dân, tỷ lệ kiến thức về dịch vụ BSGD của công nhân viên chức cao hơn gấp 2,65 lần với $p=0,005$. Người có BHYT có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,52 lần so với người không có BHYT với $p=0,034$.

IV. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm người dân phường Tân Tạo

Phần lớn đối tượng nghiên cứu dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 48,83%. Tỷ lệ nữ giới 55,32% cao hơn nam giới. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 2, cấp 3 chiếm số đông (49,35%). Tỷ lệ người không tôn giáo 50,91%, kể đến là Phật giáo 37,66%. Về nghề nghiệp, đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là công nhân và nông dân chiếm phần đông (26,49%), kể đến là hưu trí và nội trợ (19,22%).

4.2. Kiến thức người dân về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

4.2.1. Tiếp cận dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Trong số 385 người tham gia nghiên cứu có 215 người biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, chiếm tỷ lệ 55,84%. Như vậy, công tác truyền thông và tư vấn tại chỗ

chưa đạt hiệu quả cao. Điều này cho chúng ta thấy rằng cần phải có sự cải tiến thay đổi cách truyền thông tiếp cận sao cho người dân đến tiếp cận đều biết đây là PK BSGD.

Đối với 215 người biết thông tin về dịch vụ PK BSGD 30,23% qua người thân và bạn bè tỷ lệ này tương đối thấp so với kết quả nghiên cứu Trần Văn Khanh tại PK BSGĐ bệnh viện Quận 2 68,7% [3]; so với nghiên cứu Bùi Trí Dũng tại PK BSGĐ Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ cao nhất ở nhóm biết thông tin qua bạn bè, người thân là 72,1%[4]. Tỷ lệ cao nhất 80,93% người dân biết nơi có thực hiện hoạt động là dịch vụ này có ở các trạm y tế.

Như vậy truyền thông ở các nơi có kết quả chưa đồng bộ, chưa có kênh truyền thông chuyên biệt Y học gia đình một cách phù hợp và tốt nhất cho người dân cận tốt hơn.

4.2.2. Kiến thức về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đúng về DV PK BSGĐ là 26,23%. Trong đó nội dung kiến thức về PK BSGĐ có thể khám và điều trị các bệnh thông thường chiếm tỷ lệ cao là 84,42%, tỷ lệ thấp nhất có 33,26% người biết rằng PK BSGĐ có theo dõi và quản lý các bệnh lây nhiễm như lao, phong, viêm gan B, C và HIV tại các hộ gia đình thuộc địa bàn phụ trách



4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người dân về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình

Không có mối liên quan giữa kiến thức về dịch vụ PK BSGĐ với nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn (với $p>0,05$). Như vậy ở mọi thành phần trong cộng đồng dân cư hiện đang sinh sống trong nghiên cứu này đều hiểu về hoạt động của dịch vụ PK BSGĐ tương đồng nhau, nhưng rõ ràng mức hiểu đúng chưa cao. Điều này đặc ra cho chúng ta một vấn đề cần giải quyết là truyền thông làm sao cho mọi thành phần hiểu đúng về hoạt động của dịch vụ PK BSGĐ đạt mức cao hơn.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy người có thu nhập càng cao thì tỉ lệ có kiến thức đúng về sử dụng dịch vụ PK BSGĐ càng cao có ý nghĩa thống kê (với $p<0,05$). Lấy nhóm thu nhập từ 1 triệu đồng trở xuống làm chuẩn thì nhóm thu nhập trên 5 triệu lên đến 10 triệu cao hơn gấp 4,05 lần, và gấp 5,15 lần đối với nhóm có thu nhập trên 10 triệu. Như vậy cho thấy khả năng người có thu nhập càng cao quan tâm đến chăm sóc sức khỏe liên tục cho bản thân càng nhiều, như vậy triển khai PK BSGĐ trong tương lai

phù hợp với cộng đồng dân cư vì mức thu nhập ngày được nâng cao và họ quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong số 385 người tham gia nghiên cứu có 215 người biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, chiếm tỉ lệ 55,84%. Trong số 215 người tham gia nghiên cứu biết về dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình, có 62,33% người biết qua pano, áp phích dán ở trạm y tế, 52,25% người biết qua ti vi, 30,23% qua người thân, bạn bè, 22,33% qua Internet. 17,21% qua nhân viên Y tế, số ít biết qua báo chí và đài phát thanh. Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người dân phường Tân Tạo về dịch vụ phòng khám BSGĐ là 26,23%. So với nhóm học vấn cấp 1, người có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,66 lần với $p=0,025$. So với nhóm công nhân, nông dân, tỷ lệ kiến thức về dịch vụ BSGĐ của công nhân viên chức cao hơn gấp 2,65 lần với $p=0,005$. Người có BHYT có tỷ lệ kiến thức cao hơn gấp 1,52 lần so với người không có BHYT với $p=0,034$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Lê An (2009) *Y học Gia đình-Tập 1*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, tr.12-82.
2. Phạm Lê An (2009) *Y học Gia đình-Tập 2*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học,
3. Trần Văn Khanh (2015) *Mô hình phòng khám thực hành và giảng dạy Y học gia đình tại Bệnh viện Quận 2*, Luận án tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.32-45.
4. Bùi Trí Dũng (2016) *Khảo sát hiểu biết về Bác sĩ gia đình và sự hài lòng của người dân đến khám tại phòng khám Y học gia đình Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thuộc Bệnh viện Quận 2*, Luận án tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.55-76.
5. Gulliford MC (2002) "Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association?". *Journal of Public Health Medicine*, Tập 24, pp.252-254.
6. World Organization of Family Doctors (2016) *WONCA in brief*, <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>,

THỰC TRẠNG LƯỢNG CLO DƯ VÀ NHIỄM VI SINH VẬT TRONG HỆ THỐNG ỐNG PHÂN PHỐI NƯỚC MÁY TẠI THÀNH PHỐ RẠCH GIÁ, 2017

Kiểu Lộc Thịnh¹, Lưu Văn Đức², Phạm Ngọc Châu³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang lượng clo dư và nhiễm vi sinh vật trực ống phân phối nước máy TP Rach Giá, 2017. Xét nghiệm 162 mẫu nước máy tại 3 vị trí trên 3 mạng cấp nước.

Kết quả đánh giá chất lượng nước 2016, có 29 mẫu nước đạt theo QCVN 01:2009/BYT tỷ lệ 55,7%. Tỷ lệ mẫu đạt chỉ tiêu hóa lý 55,7%, mẫu đạt chỉ tiêu vi sinh 78,2%.

Kết quả 162 mẫu nước của chi nhánh số 1 và số 2 nhà máy nước TP Rach Giá, có 52 mẫu đạt chất lượng QCVN 01:2009/BYT tỷ lệ 32,1%, tỷ lệ đạt chỉ tiêu vi sinh (72,2%). Có 5 chỉ tiêu: Màu sắc, độ đục, độ cứng, hàm lượng clorua, hàm lượng sắt đạt tỷ lệ 100%. Chỉ tiêu Clo dư có đạt thấp 38,9%. Tỷ lệ chất lượng nước đạt tại chi nhánh cấp nước số 1 là 33,3%, chi nhánh cấp nước số 2 là 30,9%. Hàm lượng Clo dư trung bình chi nhánh cấp nước số 1 tại mạng cấp 1 là 0,56mg/l, mạng cấp 2 là 0,39mg/l và mạng cấp 3 là 0,08mg/l. Hàm lượng Clo dư trung bình chi nhánh cấp nước số 2 tại mạng cấp 1 là 0,61mg/l, mạng cấp 2 là 0,31mg/l và mạng cấp 3 là 0,11mg/l.

Tỷ lệ nhiễm vi sinh vật chi nhánh cấp nước số 1 tại mạng cấp 1 là 0, mạng cấp 2 là 3,7% và mạng cấp 3 là 59,3%. Tỷ lệ nhiễm vi sinh vật chi nhánh cấp nước số 2 tại mạng cấp 1 là 0, mạng cấp 2 là 11,1% và mạng cấp 3 là 70,4%.

Từ khóa: *Lượng clo dư, nhiễm vi sinh vật, nước máy, TP Rach Giá*

ABSTRACT:

The study on residual chlorine and microbial contamination in water distribution pipe at Rach Gia City, 2017. 162 samples of tap water in three locations on three water supply network.were tested.

Results of water quality assessment in 2016, 29 samples of water reached QCVN 01: 2009 / BYT rate of 55.7% and the microbiological target of 78.2%.

Results of 162 water samples of branches 1 and 2 of water supply Rach Gia, 52 samples reached QCVN 01: 2009/BYT rate of 32.1%, rate of microorganism (72.2%). There are five indicators: color, turbidity, hardness, chloride content, iron content of 100%. The residual chlorine index reached a lower 38.9%. The water quality ratio reached at the water supply branch no. 1 is 33.3%, the water supply branch no.2 is 30.9%. The average chlorine content of the 1st water supply in the 1st level is 0.56mg / l, the second level is 0.39mg / l and at the end user is 0.08mg / l.

The rate of microorganism infection in water supply branch No.1 in primary level is 0, second level is 3.7% and level 3 is 59.3%, and in water supply branch No 2 in primary level is 0, secondary level is 11.1% and level 3 is 70.4%.

Keywords: *Residual chlorine, microbial contamination, tap water, Rach Gia City.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nước bị nhiễm vi sinh vật đang là vấn đề lớn trong cấp nước ăn uống, nước sinh hoạt kể cả các nguồn nước máy. Kết quả giám sát chất lượng nước máy tại TP Rach Giá, tỉnh Kiên Giang cho thấy chất lượng nước cấp không đạt về vi sinh 39,1% do nhiễm Colifom tổng số và Escherichia coli (E.coli), có thể do tình trạng khử trùng nước cấp tại nguồn hoặc tái nhiễm vi sinh vật trong hệ thống phân phối nước sạch và cũng có thể do chất lượng hệ thống phân phối nước chưa bảo đảm. Theo báo cáo của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kiên Giang trong năm 2015 trên toàn tỉnh có 6690 người mắc bệnh tiêu chảy liên quan

1. Trung tâm Y tế dự phòng, Kiên Giang, Tel 0919974093

2. Lớp CK1 Vệ sinh phòng dịch, HVQY

3. Học viện Quân Y

đến nguồn nước cấp, riêng TP Rạch Giá có 808 người bị mắc, là một trong những nơi có số người bị mắc bệnh tiêu chảy cao nhất trong toàn tỉnh.

Nhà máy nước TP Rạch Giá có công suất trên 50.000m³/ngày đêm cung cấp cho khoảng 77000 khách hàng trên địa bàn. Việc đánh giá chất lượng nước đầu ra đã được nhà máy thực hiện theo qui trình. Tuy nhiên vẫn còn xảy ra nhiều trường hợp mắc các bệnh liên quan đến nguồn nước cấp do nhà máy cung cấp. Vì vậy việc đánh giá chất lượng nước từ đầu nguồn cấp đến cuối nguồn cấp nhằm tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng nước cấp và đưa ra các giải pháp nhằm khắc phục những hạn chế, tồn tại đó làm ảnh hưởng đến chất lượng nước cấp giúp cho việc cấp nước trở nên an toàn và bền vững là điều rất cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng là nguồn nước của chi nhánh cấp nước số 1 cho các phường Vĩnh Thanh, Vĩnh Quang, phường Vĩnh Thông, chi nhánh cấp nước số 2 cho phường Vĩnh Thanh Vân bao gồm Mạng cấp I, cấp 2 và cấp 3.

Phương pháp: Lấy mẫu tổ hợp theo Tiêu chuẩn Việt Nam (TCVN 6663-1) vị trí lấy mẫu trên hệ thống phân phối đường ống cấp nước của nhà máy thống nhất theo từ đầu nguồn cấp đến cuối nguồn cấp, theo tần suất lấy mẫu 3 lần/tháng và thời gian thu thập số liệu 3 tháng.

Đối với mạng ống cấp 1 và cấp 2: 108 mẫu nước lấy tại 3 vị trí lấy mẫu đã được thiết kế sẵn theo đường ống cấp nước của nhà máy. Vị trí số (1) tương ứng với van lấy mẫu số 1; Vị trí số (2) tương ứng với van lấy mẫu số 2; Vị trí số (3) tương ứng với van lấy mẫu số 3.

Đối với mạng ống cấp 3 (hộ gia đình): Lấy 54 mẫu tại hộ gia đình

Xét nghiệm nước thực hiện tại TTYTDP Kiên Giang, với 9 chỉ tiêu: Màu sắc, độ đục, pH, hàm lượng sắt, hàm lượng Clorua, độ cứng, hàm lượng clo dư, Coliform tổng số và E.coli. Đánh giá chất lượng nước trên hệ thống phân phối nước máy theo tiêu chuẩn vệ sinh nước ăn uống QCVN 01:2009/BYT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Tỷ lệ chất lượng nước đạt tại mạng cấp 1 - chi nhánh cấp nước số 1.

Chỉ tiêu	Tần suất đạt QCVN 01:2009 (n=27)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	27	100
Độ đục	27	100
pH	27	100
Độ cứng	27	100
Hàm lượng clorua	27	100
Hàm lượng sắt	27	100
Hàm lượng clo dư	13	48,1
Coliform tổng số	27	100
E.coli	27	100
Chỉ tiêu hóa lý	13	48,1
Chỉ tiêu vi sinh	27	100
Chất lượng nước đạt cả chỉ tiêu hóa lý và chỉ vi sinh	13	48,1

Chất lượng nước tại mạng cấp 3 thuộc chi nhánh cấp nước số 1 có 13 mẫu nước đạt theo QCVN 01:2009/BYT chiếm tỷ lệ 48,1%.

Bảng 3.2 Tỷ lệ chất lượng nước đạt tại mạng cấp 2 - chi nhánh cấp nước số 1.

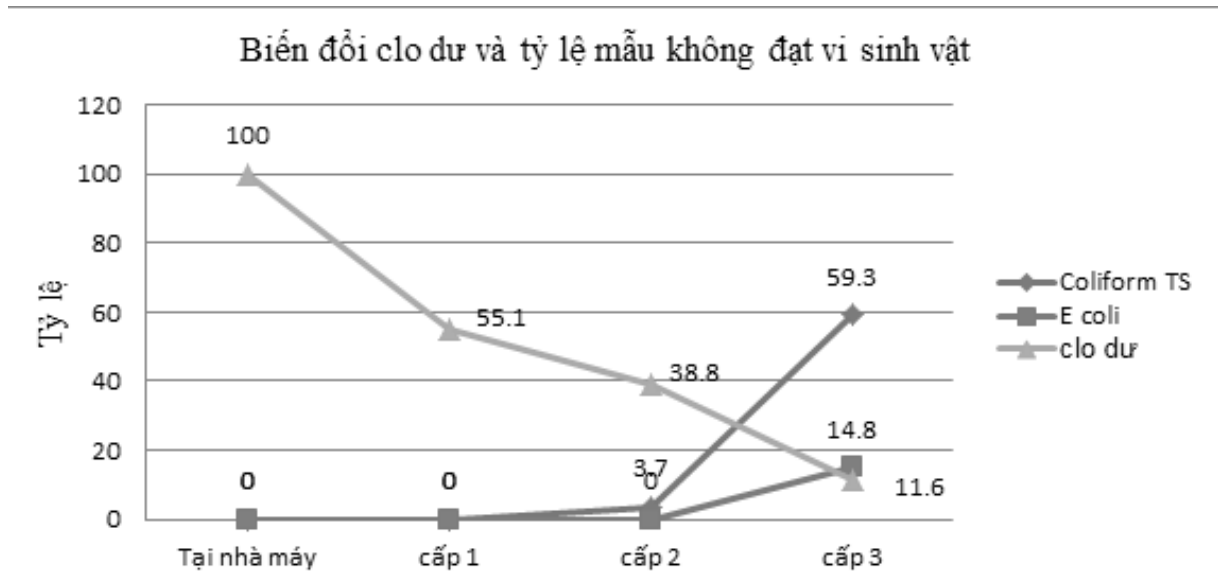
Chỉ tiêu	Tần suất đạt QCVN 01:2009 (n=27)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	27	100
Độ đục	27	100
pH	27	100
Độ cứng	27	100
Hàm lượng clorua	27	100
Hàm lượng sắt	27	100
Hàm lượng clo dư	24	88,9
Coliform tổng số	26	96,3
E.coli	27	100
Chỉ tiêu hóa lý	24	88,9
Chỉ tiêu vi sinh	26	96,3
Chất lượng nước đạt cả chỉ tiêu hóa lý và vi sinh	24	88,9

Bảng 3.3 Tỷ lệ chất lượng nước đạt tại mạng cấp 3 - chi nhánh cấp nước số 1

Chỉ tiêu	Tần suất đạt QCVN 01:2009 (n=27)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	27	100
Độ đục	27	100
pH	8	29,6
Độ cứng	27	100
Hàm lượng clorua	27	100
Hàm lượng sắt	27	100
Hàm lượng clo dư	8	29,6
Coliform tổng số	11	40,7
E.coli	23	85,2
Chỉ tiêu hóa lý	4	14,8
Chỉ tiêu vi sinh	11	40,7
Chất lượng nước đạt cả chỉ tiêu hóa lý và vi sinh	4	14,8



**Biểu đồ 3.1 Biến đổi clo dư và mức nhiễm vi sinh vật nước máy TP Rạch Giá
Chi nhánh cấp nước số 1**

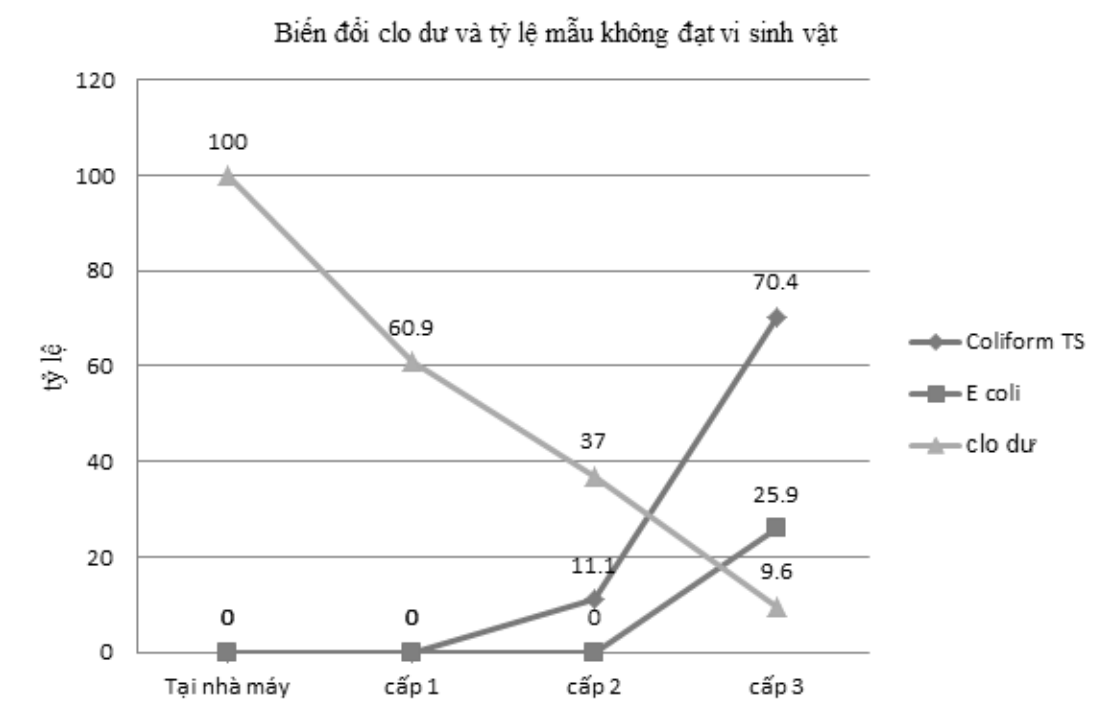


Bảng 3.4 Tỷ lệ chất lượng nước đạt chi nhánh cấp nước số 2

Chỉ tiêu	Tần suất đạt QCVN 01:2009 (n=81)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	81	100
Độ đục	81	100
pH	66	81,5
Độ cứng	81	100
Hàm lượng clorua	81	100
Hàm lượng sắt	81	100
Hàm lượng clo dư	33	40,7
Coliform tổng số	57	70,4
E.coli	71	87,7
Chỉ tiêu hóa lý	30	37,0
Chỉ tiêu vi sinh vật	57	70,4
Chất lượng nước đạt cả chỉ tiêu hóa lý và vi sinh	30	37,0

Chỉ tiêu vi sinh gồm có 2 chỉ tiêu Coliform tổng số (70,4%) và có 71 mẫu đạt E.coli (87,7%). Chỉ tiêu vi sinh và E.coli, trong 81 mẫu có 57 mẫu đạt Coliform tổng số và 57 mẫu đạt chiếm tỷ lệ 70,4%.

Biểu đồ 3.2 Biến đổi clo dư và mức nhiễm vi sinh vật nước máy TP Rạch Giá Chi nhánh cấp nước số 2



IV. BÀN LUẬN

Mẫu nước có tỷ lệ chỉ tiêu hóa lý đạt có 29/55 mẫu chiếm tỷ lệ 55,7%. Chỉ tiêu hóa lý không đạt nguyên nhân chủ yếu là do không đạt tiêu chuẩn về độ pH và hàm lượng Clo dư. Tỷ lệ hóa lý đạt cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Doãn Ngọc Hải (2014) tại thành phố Hà Nội cho thấy trong 26 mẫu nước lấy tại 26 trạm cấp nước và 166 mẫu nước được lấy trước đồng hồ tại nhà dân tại thành phố Hà Nội tỷ lệ đạt về mặt hóa lý là 3,65% sự chênh lệch này có thể do khác nhau về địa điểm, thời gian và phương pháp nghiên cứu. Tỷ lệ này tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng (2016) được thực hiện tại tỉnh Tiền Giang đánh giá chất lượng nước tại các trạm cấp nước có tỷ lệ đạt chỉ tiêu hóa lý là 58,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh và cộng sự (2014). Khảo sát chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và đánh giá các yếu tố nguy cơ ô nhiễm ảnh hưởng đến nguồn nước tại huyện Thạch Hóa, tỉnh Long An cho thấy qua khảo sát 120 mẫu nước có 84 mẫu đạt chỉ tiêu hóa lý chiếm tỷ lệ 70%.

Mẫu nước có tỷ lệ nhiễm chỉ tiêu vi sinh vật có 13/55 mẫu chiếm tỷ lệ 21,8%, tỷ lệ mẫu nước nhiễm Coliform tổng số và E.coli tương đồng với nhau. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mẫu nước nhiễm vi sinh vật thấp hơn so với nghiên cứu của Doãn Ngọc Hải (2014) tại thành phố Hà

Nội cho thấy trong 26 mẫu nước lấy tại 26 trạm cấp nước và 166 mẫu nước được lấy trước đồng hồ tại nhà dân tại thành phố Hà Nội tỷ lệ đạt về mặt vi sinh là 56,2%. Tỷ lệ này tương đồng so với nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh và cộng sự (2014). Khảo sát chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và đánh giá các yếu tố nguy cơ ô nhiễm ảnh hưởng đến nguồn nước tại huyện Thạch Hóa, tỉnh Long An cho thấy qua khảo sát 120 mẫu nước có 26 mẫu không đạt chỉ tiêu vi sinh chiếm tỷ lệ 21,7%[12]. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng (2016) được thực hiện tại tỉnh Tiền Giang đánh giá chất lượng nước tại các trạm cấp nước trong 596 mẫu nước có tỷ lệ nhiễm chỉ tiêu vi sinh vật là 7,2%. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng QCVN 01:2006/BYT để đối chiếu còn trong nghiên cứu trên tác giả sử dụng QCVN 02:2009/BYT.

Hàm lượng Clo dư trong nghiên cứu này đạt, với tỷ lệ 51,9%. Tỷ lệ đạt cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Doãn Ngọc Hải tại các các nhà máy, trạm cấp nước trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2014 với 2/26 mẫu đạt tại các trạm cấp nước đạt tỷ lệ 7,7% và có 7/162 mẫu tại các hộ gia đình chỉ đạt 4,2%. Tỷ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Sông Hương và cộng sự nghiên cứu điều kiện vệ sinh và chất lượng nước tại các trạm cấp nước nông thôn của thành phố Hải Phòng năm 2009-



2010. Kết quả cho thấy trong 112 mẫu nước từ các trạm cấp nước chỉ có 32/112 mẫu đạt hàm lượng Clo dư chiếm tỷ lệ 28,57% [16]. Hàm lượng Clo dư rất cần thiết trong quá trình khử trùng nước nếu lượng Clo dư không đạt tiêu chuẩn trong mẫu nước sẽ tạo điều kiện cho các loại vi khuẩn gây bệnh đường ruột phát triển, tiềm tàng nguy cơ gây các bệnh đường ruột như tiêu chảy.

Chỉ tiêu hóa lý trong nghiên cứu có tỷ lệ đạt là 47,5%. Nguyên nhân dẫn đến chỉ tiêu hóa lý đạt thấp là do hàm lượng Clo dư không đạt rất cao (48,1%). Tỷ lệ đạt cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Doãn Ngọc Hải tại các nhà máy, trạm cấp nước trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2014 với tỷ lệ đạt chỉ tiêu hóa học là 3,65%[9]. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh và cộng sự (2014). Khảo sát chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và đánh giá các yếu tố nguy cơ ô nhiễm ảnh hưởng đến nguồn nước tại huyện Thanh Hóa, tỉnh Long An cho thấy qua khảo sát 120 mẫu nước có 84 mẫu đạt chỉ tiêu hóa lý chiếm tỷ lệ 70%. Tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng (2016) được thực hiện tại tỉnh Tiền Giang đánh giá chất, lượng nước tại các trạm cấp nước trong 596 mẫu nước có tỷ lệ đạt chỉ tiêu hóa lý là 58,7%.

Chỉ tiêu vi sinh vật trong nghiên cứu có tỷ lệ đạt là 75,9%. Có sự chênh lệch giữa tỷ lệ nhiễm Coliform tổng số (24,1%) và E.coli (6,8%). Tỷ lệ đạt vi sinh vật trong nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Doãn Ngọc

Hải (2014) kết quả cho thấy tỷ lệ vi sinh vật đạt 50%. Kết quả nghiên cứu với tỷ lệ đạt vi sinh vật cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu “Đánh giá chất lượng nước uống qua chỉ số vi sinh vật tại huyện Buôn Đôn, tỉnh Đắk Lắk năm 2007” của Nguyễn Mạnh Hùng và Cộng sự với tỷ lệ đạt vi sinh vật tại xã Krông Na là 13,4%, tại xã Ea Huar là 26,7%, và tại xã Ea Noul là 20%. Kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu Vũ Thị Hồ Vân và Nguyễn Thị Tuyền (2012) tại Trường đại học Y Hà Nội cho kết quả có 50% số mẫu đạt tiêu chuẩn về vi sinh vật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mẫu nước đạt tại chi nhánh cấp nước số 1 là 50%, chi nhánh cấp nước số 2 là 33,3%. Trong tổng số 162 mẫu nước trên 3 mạng cấp nước chi nhánh số 1 và số 2 của nhà máy nước TP Rạch Giá có 77 mẫu đạt chất lượng theo QCVN 01: 2009/BYT tỷ lệ 47,5%. Chỉ tiêu hóa lý đạt 47,5%, chỉ tiêu vi sinh 75,9%. Chỉ tiêu Clo dư có tỷ lệ đạt 48,1%. Hàm lượng Clo dư trung bình tại mạng cấp 1 là 0,55mg/l, mạng cấp 2 là 0,38mg/l và mạng cấp 3 là 0,11mg/l, chỉ nhaans cấp nước số 2, mạng cấp 1 là 0,60mg/l, mạng cấp 2 là 0,37mg/l và mạng cấp 3 là 0,09mg/l.

Tỷ lệ nhiễm vi sinh vật chi nhánh cấp nước số 1 tại mạng cấp 1 là 0, mạng cấp 2 là 3,7% và mạng cấp 3 là 59,3%. Tỷ lệ nhiễm vi sinh vật chi nhánh cấp nước số 1 tại mạng cấp 1 là 0, mạng cấp 2 là 11,1% và mạng cấp 3 là 70,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2014), *Báo cáo kết quả thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn năm 2013*.
2. Đặng Ngọc Chánh, Vũ Trọng Thiện và Nguyễn Xuân Thủy (2008), “Khảo sát chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và xác định các yếu tố ô nhiễm ảnh hưởng đến nguồn nước sử dụng tại hộ gia đình ở hai tỉnh Long An và Hậu Giang”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 12(Số 4), tr. 198 - 204.
3. Đặng Ngọc Chánh, Nguyễn Đỗ Quốc Thống và Nguyễn Trần Bảo Thanh (2014), “Thực hành sử dụng nước sinh hoạt, nước ăn uống và nhà tiêu hợp vệ sinh tại hộ gia đình nông thôn khu vực phía Nam, năm 2012 - 2013”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18(Số 6), tr. 111 - 117.
4. Công ty TNHH MTV Cấp thoát nước Kiên Giang (2017), *Báo cáo tổng kết tình hình thực hiện SXKD năm 2016 và phương hướng hoạt động năm 2017*.
5. Cục Quản lý môi trường - Bộ Y tế (2012), *Báo cáo đánh giá lĩnh vực cấp nước và vệ sinh môi trường Việt Nam năm 2011*.
6. Nguyễn Thu Ngọc Diệp (2008), “Khảo sát chất lượng một số nhóm thực phẩm về chỉ tiêu vi sinh phòng ngừa dịch tiêu chảy cấp năm 2007”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12(Số 4), tr. 291-296.
7. Nguyễn Tiến Dũng (2016), *Thực trạng chất lượng nước sinh hoạt nông thôn tại các trạm cấp nước tập trung tại tỉnh Tiền Giang và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
8. Doãn Ngọc Hải và các cộng sự. (2015), “Thực trạng chất lượng nước ăn uống, sinh hoạt tại các nhà máy, trạm cấp nước trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2014”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập số XXV(Số 4 (164)), tr. 184.

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG THUỐC ĐÔNG DƯỢC VÀ DƯỢC LIỆU TẠI CÁC NHÀ THUỐC CỔ TRUYỀN TRONG TỈNH HẬU GIANG TỪ 2009-2013

Nguyễn Hiếu An¹ Nguyễn Văn Lành²

TÓM TẮT:

Chất lượng thuốc ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người dùng. Thuốc có chất lượng tốt, giúp người bệnh chóng bình phục, ngược lại có thể gây ra: bệnh chậm khỏi, thậm chí bệnh có thể trở nên trầm trọng hơn.

Trong thực tế hiện nay, phần lớn các công ty sản xuất đông dược đều chưa đạt “Thực hành tốt sản xuất thuốc”. Dược liệu không rõ nguồn gốc chiếm trên 70% thị trường.

Hiện nay trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có trên 50 cơ sở mua bán đông dược và dược liệu. Điều kiện cơ sở vật chất các nơi này còn nhiều yếu kém, nhất là điều kiện bảo quản thuốc và dược liệu. Kết quả nghiên cứu về chất lượng thuốc đông dược và dược liệu từ 2009 đến 2013:

- Thuốc và dược liệu không đạt chất lượng: 21,76 %
- Dược liệu giả: 7,30%
- Liên quan giữa chất lượng thuốc với diện tích cơ sở: $\chi^2 = 18,05, p < 0,05$
- Liên quan giữa chất lượng thuốc với cơ sở vật chất: $\chi^2 = 8,66, p < 0,05$
- Liên quan giữa chất lượng thuốc với tác động ánh sáng: $\chi^2 = 4,25, p < 0,05$

SUMMARY: THE STUDY ON THE QUALITY OF THE HERBAL PRODUCTS AT TRADITIONAL PHARMACIES OF HAU GIANG PROVINCE IN 2009 - 2013

Drug quality directly affects the health of users. Good quality medicines, helping patients recover quickly, opposite can cause disease prolonged or the disease can become even worse.

In current practice, most companies manufacture herbal medicines are not reaching “Good Manufacturing Practice” Medicinal unknown origin accounted for over 70% of the market.

1. Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm, Mỹ phẩm Hậu Giang
2. Trung tâm Y tế Dự phòng Hậu Giang

Currently the province of Hau Giang has over 50 establishments purchase herbal and botanical products. Conditions facilities of this place is still weak, especially the storage conditions of medicines and pharmaceuticals. Research results on the quality of herbal medicines from 2009 to 2013:

- Herbal medicines did not get the drug-quality standard: 21,76 %
- The rate of the fake herbal: 7,30%
- The relationship between herbal quality with area pharmacies: $\chi^2 = 18,05, p < 0,05$
- The relationship between herbal drug quality with provisional pharmacies: $\chi^2 = 8,66, p < 0,05$
- The relationship between herbal quality with effects of light: $\chi^2 = 4,25, p < 0,05$

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy định thuốc và dược liệu (gọi chung là thuốc) trước khi đưa vào lưu thông phân phối đều được kiểm tra 100% lô mẻ. Tuy nhiên trong quá trình đến tay người dùng, thuốc phải được bảo quản đúng quy định, nếu không thuốc sẽ nhanh chóng giảm chất lượng. Tuy nhiên trong thực tế hiện nay, tất cả các xí nghiệp, các xưởng sản xuất đông dược đều chưa đạt “Thực hành tốt sản xuất thuốc”. Dược liệu không rõ nguồn gốc chiếm trên 70% thị trường. Chất lượng dược liệu không được kiểm định rõ ràng, một số dược liệu quý, đắt tiền đã được chiết xuất cạn hoạt chất rồi mới xuất bán.

Hiện nay trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có trên 50 cơ sở mua bán đông dược và dược liệu. Các nguồn thuốc cung cấp và dược liệu cho các cơ sở này rất phong phú và phức tạp. Điều kiện cơ sở vật chất các nơi này còn nhiều yếu kém, nhất là điều kiện bảo quản thuốc và dược liệu.

Để thực hiện tốt mục tiêu: “Chính sách Quốc gia về thuốc của Việt Nam” là “Đảm bảo cung ứng thường xuyên và đủ thuốc có chất lượng đến người dân”. Chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu tình hình chất lượng thuốc Đông dược và dược liệu tại các nhà thuốc ở tỉnh Hậu Giang năm 2009-2013”. Nhằm mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ thuốc đông dược và dược liệu không đạt chất lượng qua tiêu chuẩn kiểm nghiệm.
- Xác định một số yếu tố có liên quan về đảm bảo chất lượng thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các nhà thuốc và phòng khám chẩn trị y học cổ truyền có bán thuốc nguồn gốc dược liệu trên địa bàn tỉnh Hậu Giang.
- Các mặt hàng dược phẩm có nguồn gốc dược liệu và dược liệu.
- Người bán thuốc tại các nhà thuốc, phòng chẩn trị y học cổ truyền.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả

Chọn mẫu

- Nhà thuốc: Chọn tất cả các nhà thuốc y học cổ truyền, phòng Khám chẩn trị YHCT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang: khoảng 50 cơ sở.
- Thành phẩm và dược liệu: Lấy mẫu theo qui định về kiểm nghiệm thuốc của Bộ Y tế.
- Khảo sát tại cơ sở bán thuốc những vấn đề liên quan đến nghiên cứu.

- Thu thập dữ kiện từ kết quả kiểm nghiệm.

Xử lý số liệu

- Các kết quả kiểm nghiệm thuốc, và các ghi nhận qua khảo sát sẽ được kiểm tra tính phù hợp, sự hoàn tất của yêu cầu đề tài. Dữ kiện được xử lý bằng phần mềm EPI-INFO 6.04.
- Tất cả các biến số nghiên cứu được tính bằng tần số và tỷ lệ.
- Test thống kê p và phép kiểm χ^2 được sử dụng để xác định mối liên hệ giữa chất lượng thuốc với các biến độc lập (cơ sở vật chất, trình độ nghiệp vụ, diện tích cơ sở, điều kiện tác động của ánh sáng) ở ngưỡng 5%.

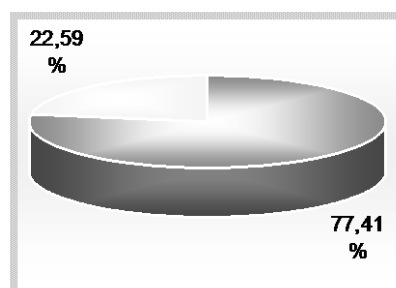
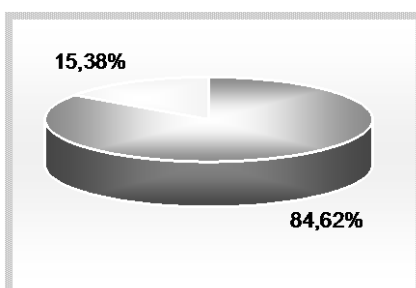
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả kiểm nghiệm thuốc qua mẫu lấy KTCL (kiểm tra chất lượng)

Bảng 3.1: Tổng hợp chất lượng các mẫu lấy để KTCL theo chủng loại

Chủng loại	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KDCL Tỷ lệ %
Thành phẩm	39	06 (15,38)
Dược liệu	301	68 (22,59)
Tổng cộng	340	74 (21,76)

Thuốc có nguồn gốc đông dược và dược liệu đều có tỷ lệ không đạt chất lượng (KDCL) rất cao.



Đạt TCCL
 Không đạt TCCL

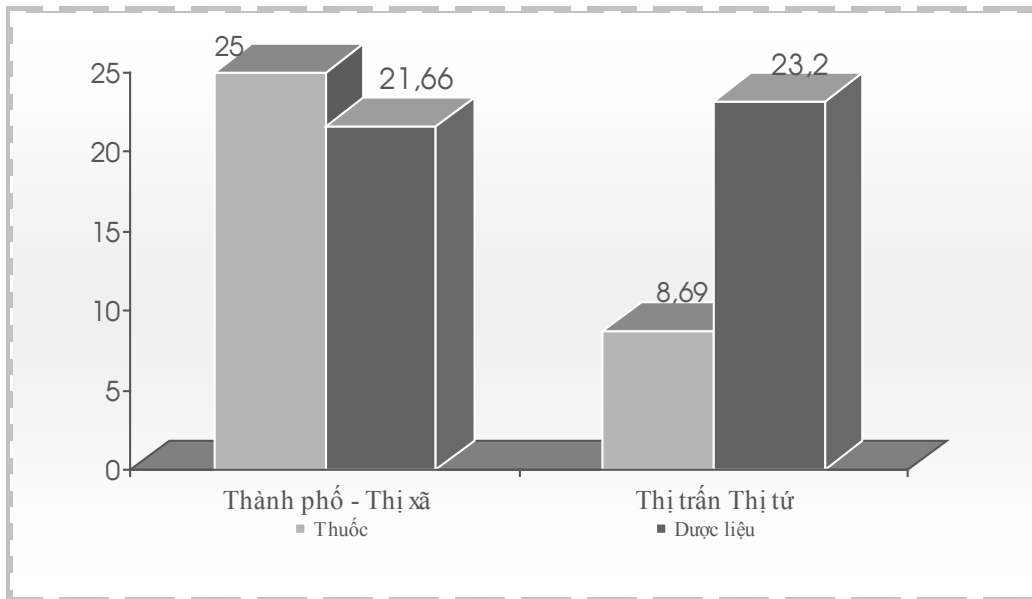
Bảng 3.2: Tổng hợp chất lượng thuốc qua các mẫu lấy để KTCL theo khu vực

Khu vực	Mẫu thuốc Kiểm tra chất lượng			
	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KDCL	Tỷ lệ % KDCL	Tổng
TP - TX: -Th. Phẩm	16	04	25,00	22,05
- Dược liệu	120	26	21,66	

Khu vực	Mẫu thuốc Kiểm tra chất lượng			
	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KĐCL	Tỷ lệ % KĐCL	Tổng
Thị trấn, thị tứ:-Th. Phẩm	23	02	8,69	21,56
- Dược liệu	181	42	23,20	
Tổng cộng: -Th.phẩm	39	06	15,38	21.76
- Dược liệu	301	68	22,25	

Thành phẩm Đông dược tại thành phố, thị xã kém chất lượng cao gấp ba lần vùng nông thôn.

Biểu đồ. Tỷ lệ thuốc không đạt chất lượng theo khu vực



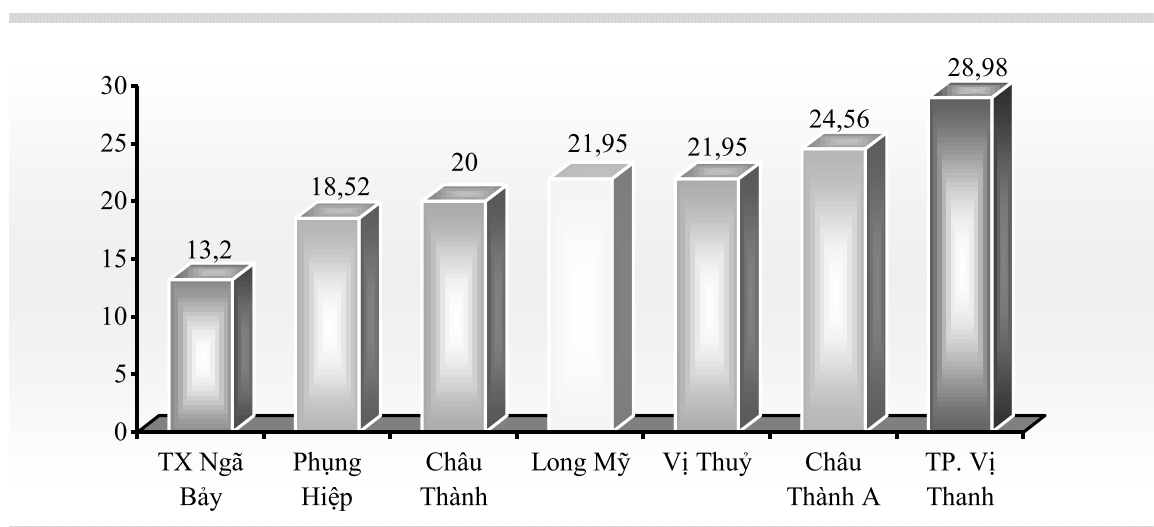
Bảng 3.2: Tổng hợp chất lượng mẫu lấy để KTCL theo huyện, thị

Huyện, thị	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KĐCL	Tỷ lệ % KĐCL	Tổng
TP Vị Thanh -Th. Phẩm	06	01	16,66	28,98
- Dược liệu	63	19	30,16	
Châu Thành: :-Th. Phẩm	02	01	50,00	20,00
- Dược liệu	23	04	17,39	
Châu Thành A:-Th. Phẩm	17	02	11,76	24,56
- Dược liệu	40	12	30,00	



TX Ngã Bảy: - Th. Phẩm	02	01	50	13,20
- Dược liệu	51	06	11,76	
Phụng Hiệp: - Th. Phẩm	04	00	00	18,52
- Dược liệu	50	10	20,00	
Long Mỹ: - Th. Phẩm	04	00	00	21,95
- Dược liệu	37	09	24,32	
Vị Thuỷ: - Th. Phẩm	04	01	25,00	21,95
- Dược liệu	37	08	21,62	
Tổng cộng: - Th. Phẩm	39	06	15,38	21,76
- Dược liệu	301	68	22,59	

Biểu đồ: Tỷ lệ thuốc không đạt chất lượng theo huyện thị

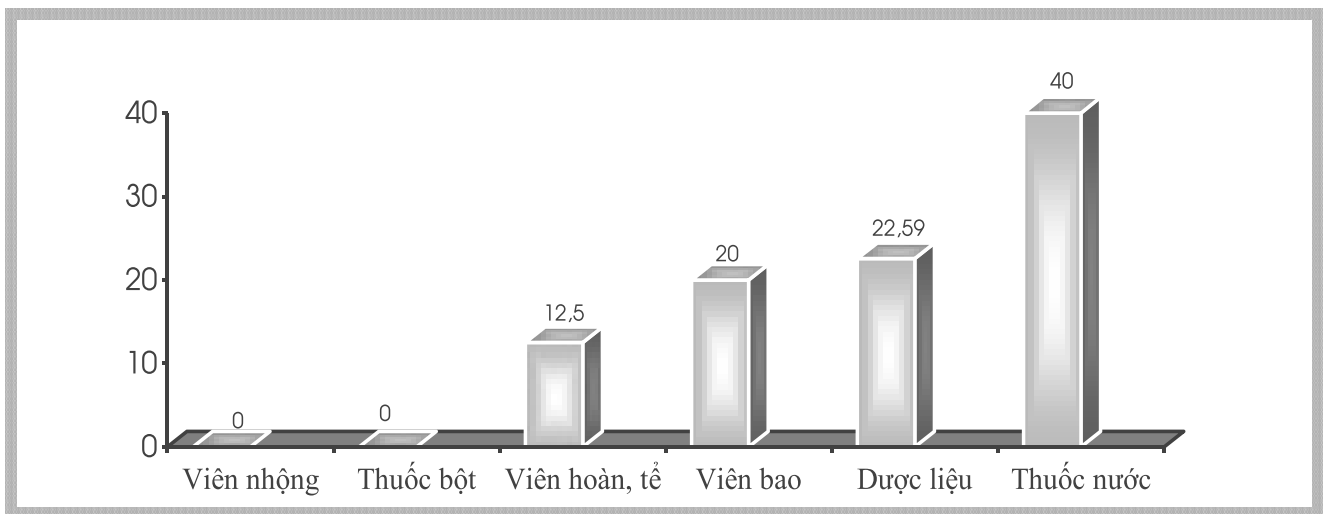


Bảng 3.3: Tổng hợp chất lượng thuốc qua các mẫu lấy KTCL theo địa chỉ

Địa chỉ	Mẫu thuốc Kiểm tra chất lượng		
	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KĐCL	Tỷ lệ % KĐCL
NT Đông dược: -Th. Phẩm	26	03	11,53
- Dược liệu	198	46	23,23
KCB. YHCT: -Th. Phẩm	13	03	23,07
- Dược liệu	103	22	21,35
Tổng cộng: -Th. Phẩm	39	06	15,38
- Dược liệu	301	68	22,25

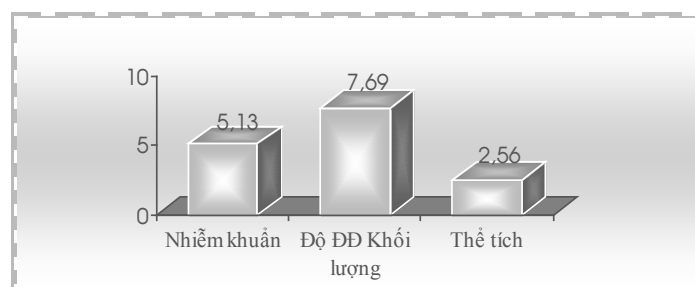
Bảng 3.4: Tổng hợp chất lượng thuốc qua các mẫu lấy KTCL theo dạng bào chế

Dạng bào chế thuốc	Mẫu thuốc Kiểm tra chất lượng		
	Tổng số mẫu KTCL	Tổng số mẫu KĐCL	Tỷ lệ % KĐCL
Viên nhộng	04	0	0
Viên nén, bao đường	05	01	20
Viên hoàn, tễ	24	03	12,5
Thuốc bột	01	00	00
Thuốc nước	05	02	40
Dược liệu	301	68	22,59
Tổng cộng	340	74	21,76



Bảng 3.5- Nguyên nhân thành phẩm không đạt chất lượng

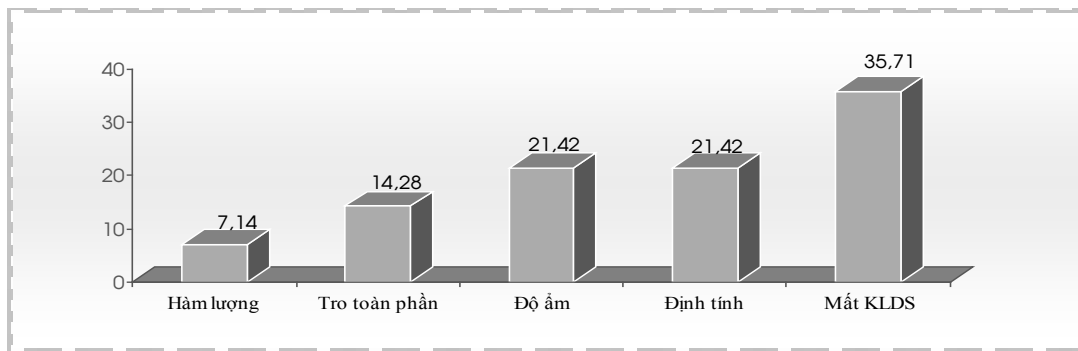
NGUYÊN NHÂN	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Nhiễm khuẩn	02	5,13
Độ đồng đều khối lượng	03	7,69
Thể tích	01	2,56
Tổng cộng	06	15,38



Bảng 3.6- Nguyên nhân dược liệu không đạt chất lượng

NGUYÊN NHÂN	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Mất khối lượng do sấy	04	5,88
Định tính không đúng (Dược liệu giả)	22	32,35
Độ ẩm	10	14,70
Tro toàn phần	04	5,88
Hàm lượng hoạt chất	08	11,76
Nhiễm tạp chất	20	29,40
Tổng	68	100

Biểu đồ. Tỷ lệ dược liệu không đạt chất lượng theo nguyên nhân



Bảng 3.7 Dược liệu giả

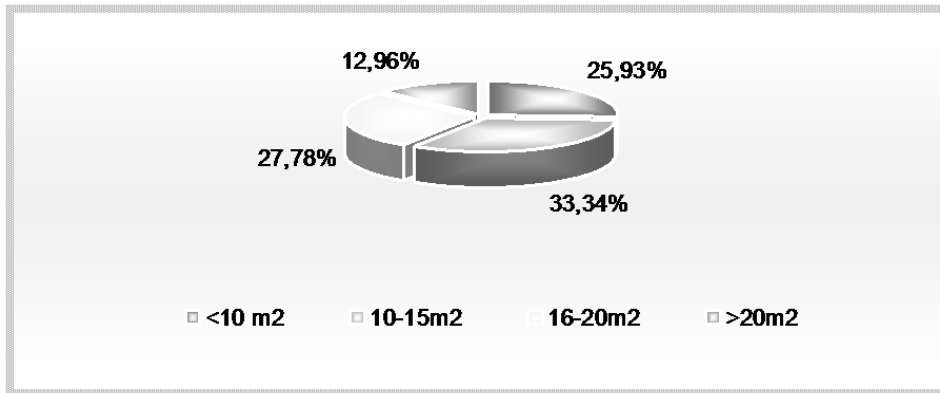
STT	Tên thuốc giả	Số lượng
01	Hoài Sơn	9
02	Phòng Kỳ	1
03	Bạch Phục Linh	5
04	Ý Dĩ	1
05	Hà Thủ ô	1
06	Hồng Hoa	2
07	Đan Sâm	1
08	Hoàng Kỳ	2
Tổng		22

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG THUỐC:

Bảng 3.8- Phân bố diện tích cơ sở bán thuốc

DIỆN TÍCH	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
< 10 m ²	14	25,93
10 - 15 m ²	18	33,34
16 - 20 m ²	15	27,78
> 20 m ²	07	12,96
Tổng cộng	54	100,00

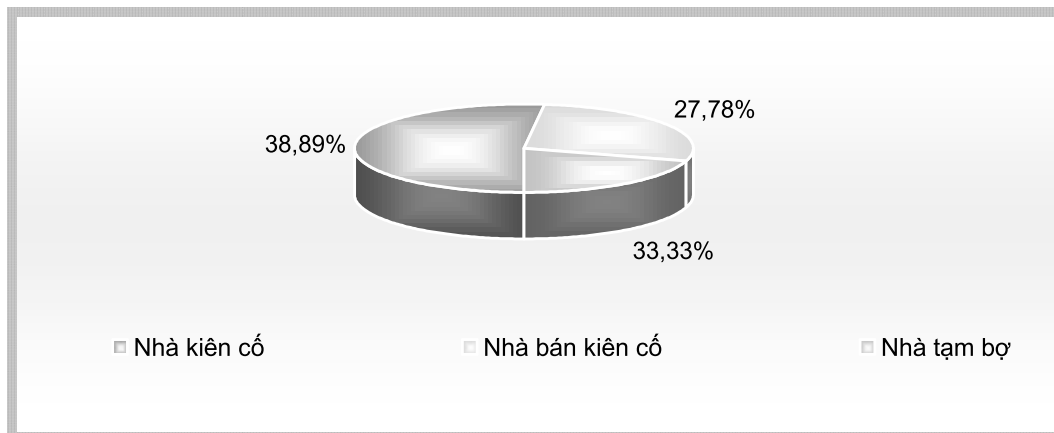
Biểu đồ. Phân bố tỷ lệ diện tích các cơ sở bán thuốc



Bảng 3.9. Phân bố kết cấu nhà của cơ sở bán thuốc

KẾT CẤU	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Nhà kiên cố	28	51,85
Nhà bán kiên cố	15	27,78
Nhà tạm bợ	11	20,37
Tổng cộng	54	100,00

Biểu đồ. Phân bố kết cấu nhà của cơ sở bán thuốc



Bảng 3.10. Hướng tác động của ánh sáng mặt trời đối với cơ sở bán thuốc

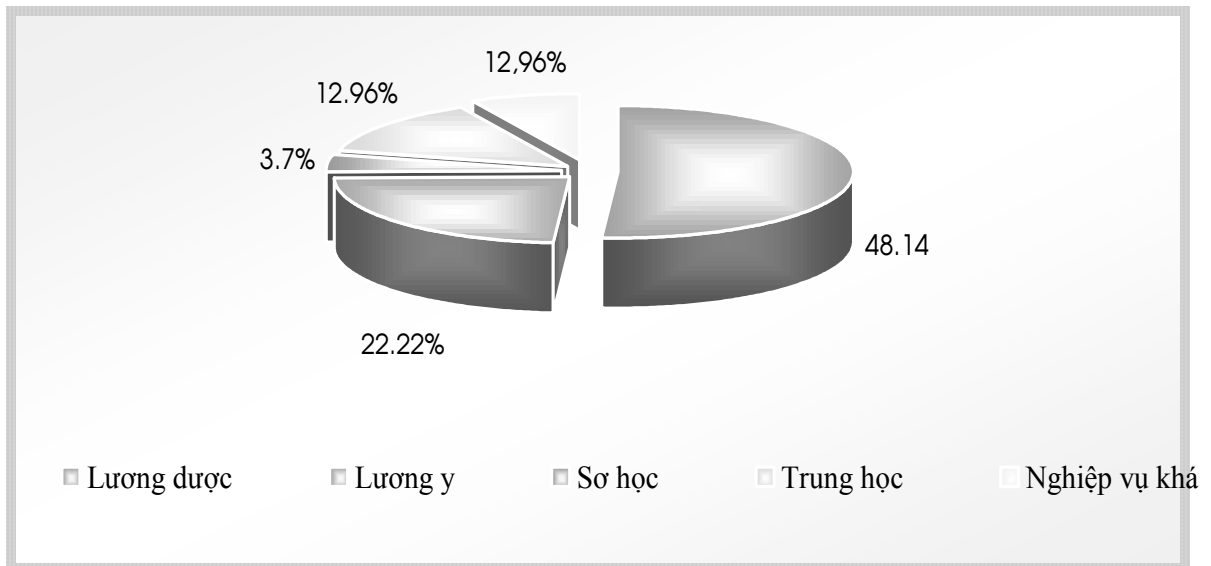
HƯỚNG ÁNH SÁNG	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Đông	11	20,37
Tây	13	24,07
Nam	15	27,78
Bắc	15	27,78
Tổng	54	100,00



Bảng 3.11- Bảng phân bố trình độ nghiệp vụ người bán thuốc

TRÌNH ĐỘ NGHIỆP VỤ	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Lương dược	26	48,14
Lương y	12	22,22
Sơ học	02	3,70
Trung học	07	12,96
Nghiệp vụ khác	07	12,96
Tổng	54	100,00

Biểu đồ. Phân bố trình độ nghiệp vụ người bán thuốc



MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG THUỐC VỚI CÁC YẾU TỐ

Bảng 3.12- Liên quan giữa chất lượng thuốc và trình độ nghiệp vụ

TRÌNH ĐỘ NGHIỆP VỤ	CHẤT LƯỢNG THUỐC		TỔNG	TEST	
	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT		χ^2	P
ĐẠT	226	58	284	1,79	>0,05
KHÔNG ĐẠT	40	16	56		
Tổng	266	74	340		

Bảng 3.13- Liên quan giữa chất lượng thuốc và cơ sở vật chất

CƠ SỞ VẬT CHẤT	TÌNH TRẠNG CHẤT LƯỢNG THUỐC				TEST THỐNG KÊ	
	Không Đạt	Đạt	Tổng	Tỷ lệ % KDCL	χ^2	p
KHÔNG ĐẠT	44	86	130	33,85	18,05	<0,05
ĐẠT	30	180	210	14,26		
Tổng	74	266	340	21,76		

Bảng 3.14- Liên quan giữa chất lượng thuốc và diện tích cơ sở

DIỆN TÍCH CƠ SỞ	TÌNH TRẠNG CHẤT LƯỢNG THUỐC				TEST THỐNG KÊ	
	Không Đạt	Đạt	Tổng	Tỷ lệ % KDCL	χ^2	p
KHÔNG ĐẠT	38	87	125	30,40	8,66	<0,05
ĐẠT	36	179	215	16,75		
Tổng	74	266	340	21,76		

Bảng 3.15- Mọi liên quan giữa chất lượng thuốc và tác động của ánh sáng

TÁC ĐỘNG CỦA ÁNH SÁNG	TÌNH TRẠNG CHẤT LƯỢNG THUỐC				TEST THỐNG KÊ	
	Không Đạt	Đạt	Tổng	Tỷ lệ % KDCL	χ^2	p
KHÔNG ĐẠT	35	91	126	27,78	10,9	<0,05
ĐẠT	39	175	214	18,22		
Tổng	74	266	340	21,76		

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thuốc kém chất lượng chung qua nghiên cứu là 21,76%. Tỷ lệ này cao hơn gấp đôi so với tỷ lệ chung của cả nước là 10,08 % và cao hơn các nghiên cứu khác tại Quảng Trị của Nguyễn Văn Quang là 20%. Theo nghiên cứu của Võ Văn Tiên tại Quảng Nam, tỷ lệ thuốc Đông dược KCL là 10,53%

Riêng thành phẩm thuốc Đông dược tỷ lệ KCL khá cao 15,38%. Nguyên nhân có thể do tại Việt Nam điều kiện khí hậu có nhiều bất lợi cho công tác bảo quản thuốc. Mặt khác chính nguyên nhân không kiểm soát được nguồn gốc dược liệu, chất lượng bấp bênh, các cơ sở sản xuất Đông dược lại chưa đạt tiêu chuẩn GMP, vì vậy các thuốc đạt chất lượng ở mức giới hạn thấp sẽ trở thành kém chất lượng sau một thời gian ngắn lưu hành.

Đối với dược liệu, hầu như không có nhà thuốc nào chứng minh được nguồn gốc xuất xứ, nên rất khó khăn cho công tác quản lý chất lượng.

Tỷ lệ thuốc KCL cao nhất tại TP Vị Thanh (28,98%), kế đến là huyện Châu Thành A (24,56%), là hai nơi tập trung nhiều nhà thuốc Đông dược trong tỉnh kể đến là huyện Long Mỹ (25%). Nguyên nhân có thể do các nhà thuốc lớn có nhiều mặt hàng, tập trung ở các vùng thành thị. Một đặc điểm khác tại Hậu Giang người thành thị sử dụng nhiều thành phẩm Đông dược, ngược lại vùng nông thôn dùng nhiều dạng thuốc phiến, nên tỷ thuốc kém chất lượng cũng thay đổi theo dạng thuốc và khu vực.

Dạng thuốc viên nén, bao đường và dạng viên hoàn, tễ có tỷ lệ thuốc KCL cao nhất (20%) và (12,5%), cho thấy điều kiện bảo quản rất khó với nhóm thuốc này. Theo kết



quả nghiên cứu tại Quảng Trị và Quảng Nam cho kết quả tương tự tại Hậu Giang về dạng bào chế nhóm thuốc. Nhận định của tác giả nghiên cứu trên, nguyên nhân là do sự đầu tư nghiên cứu độ ổn định của thuốc chưa cao, do đó hàm lượng hoạt chất bị hỏng trong quá trình lưu hành.

- Đối với thuốc thành phẩm: Tỷ lệ KCL cao trong đó có nguyên nhân không đạt độ nhiễm, đây là kết quả tất yếu của các cơ sở sản xuất chưa đạt tiêu chuẩn GMP. Đối với dược liệu: tỷ lệ KCL cao nhất là định tính không đúng tức (21,42%), kể đến là nhiễm tạp chất (29,40%). Kết quả trên cho thấy nguồn dược liệu trôi nổi còn lẫn nhiều tạp chất, dược liệu giả, các cơ quan quản lý chưa kiểm soát được.

Các cơ sở kinh doanh có diện tích quá hẹp dưới 15 m² chiếm 59,27%, các cơ sở này không khí không thông thoáng, tạo điều kiện thuận lợi cho nóng ẩm, nấm mốc phát triển. Qua test thống kê cho thấy có mối liên quan giữa chất lượng thuốc và diện tích cơ sở.

Kết quả nghiên cứu tỷ lệ nhà tạm bợ và bán kiên cố khá cao (48,15%), không phù hợp điều kiện để kinh doanh và bảo quản thuốc theo Quyết định số 11/2007/QĐ-BYT. Qua test thống kê cho thấy có mối liên quan giữa chất lượng thuốc và kết cấu cơ sở.

Kết quả khảo sát có người bán thuốc nghiệp vụ khác hoặc có trình độ sơ học chiếm 16,66%, và chưa thấy mối liên quan giữa chất lượng thuốc và trình độ người bán.

Tuy nhiên thuốc kém chất lượng ở nhóm này rất cần quan tâm trong công tác cập nhật kiến thức cho người bán.

Nóng, ẩm là khí hậu đặc trưng cho vùng đất Nam Bộ, là điều kiện bất lợi cho công tác bảo quản thuốc. Trong đó nóng từ ánh sáng trực tiếp càng bất lợi hơn. Quan kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa chất lượng thuốc và sự tác động của ánh sáng trực tiếp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả kiểm nghiệm 39 mẫu thuốc thành phẩm và 301 mẫu dược liệu ở các Nhà thuốc Đông dược và Phòng chẩn trị YHCT từ 2009 - 2013, chúng tôi có kết luận như sau:

*** Tỷ lệ thuốc không đạt chất lượng qua tiêu chuẩn kiểm nghiệm:**

- Tỷ lệ thuốc thành phẩm kém chất lượng chung: 15,38%

- Tỷ lệ dược liệu kém chất lượng : 22,59%

+ Dược liệu giả: 22 mẫu Tỷ lệ giả: 7,30%

*** Một số yếu tố có liên quan đến chất lượng thuốc:**

- Có mối liên quan giữa chất lượng thuốc với diện tích cơ sở.

- Có mối liên quan giữa chất lượng thuốc với kết cấu cơ sở.

- Có mối liên quan giữa chất lượng thuốc với tác động của ánh sáng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2007) “ Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế 27/2007/QĐ-BYT ngày 19/04/2007 về việc ban hành lộ trình triển khai áp dụng nguyên tắc, tiêu chuẩn “Thực hành tốt sản xuất thuốc” và nguyên tắc “ Thực hành tốt bảo quản thuốc”, *Các văn bản Quản lý Nhà nước về thuốc và Mỹ phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 543 - 545..
2. Bộ Y tế (2007), “ Công văn 6634/BYT-QLD ngày 18/9/2007 về việc tăng cường kiểm tra chất lượng dược liệu”, *Tạp chí Dược học* -10/2007(số 378 năm 47), tr. 2 và 39.
3. Bộ Y tế (2010) “ Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế số 04/2010/TT-BYT ngày 12/02/2010 về việc hướng dẫn lấy mẫu thuốc để kiểm tra chất lượng “, *Các văn bản Quản lý Nhà nước về thuốc và Mỹ phẩm*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2010) “ Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế số 09/2010/TT-BYT ngày 28/04/2010 về việc hướng dẫn quản lý chất lượng thuốc”, *Các văn bản Quản lý Nhà nước về thuốc và Mỹ phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Quang (2005), “*Nghiên cứu tình hình chất lượng thuốc lưu hành trên địa bàn tỉnh Quảng Trị trong 3 năm (2002 - 2004)*”, Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.18 - 31.
6. Thủ tướng Chính phủ (2003), “Quyết định 222/2003/QĐ-TTg, phê duyệt của Thủ tướng Chính phủ về Chính sách Quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010”, *Các văn bản Quản lý Nhà nước về thuốc và Mỹ phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 252 - 262.
7. A.J. Winfield (2002), “Storage and stability of medicines”, *Pharmaceutical Practice*, Churchill Livingstone, pp.113
8. Daniela Bagozzi (2005), “Substandard and counterfeit medicines”, *Quality assurance of pharmaceuticals*. World Health Organization – Geneva, pp. 2-3
9. Kathleen R. Hurtado (2008) “Investigational Drug Storage & Distribution” *Health Research Association Pharmacy*, pp. 22-24.
10. Roger Bate, Kathryn Boateng (2007), “Bad Medicine in the Market”, *Who, expert committee on specifications for pharmaceutical preparations*. pp -24 – 28

KẾT QUẢ THỰC HIỆN DANH MỤC KỸ THUẬT KHÁM CHỮA BỆNH THEO PHÂN TUYẾN CỦA BỘ Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Nguyễn Thanh Tùng¹, Trịnh Văn Hùng²

TÓM TẮT :

Đặt vấn đề: Việc đánh giá kết quả thực hiện danh mục kỹ thuật (DMKT) khám chữa bệnh (KCB) tại bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế sẽ là cơ sở để đưa ra các đề xuất, can thiệp nâng cao chất lượng thực hiện phân tuyến kỹ thuật tại bệnh viện, qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả thực hiện các danh mục kỹ thuật khám chữa bệnh theo phân tuyến của Bộ Y tế tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua số liệu thứ cấp về phân tuyến kỹ thuật tại Bệnh viện A Thái Nguyên. **Kết quả:** Số DMKT thực hiện được ở hệ nội là 1698 danh mục, chiếm tỉ lệ 56,9%; tỉ lệ thực hiện được chiếm cao nhất ở chuyên khoa Hồi sức cấp cứu với 84,7%, tiếp theo là chuyên khoa Phục hồi chức năng với 84,0%. Số DMKT thực hiện được ở hệ ngoại là 3782 danh mục, chiếm tỉ lệ 62,8%; tỉ lệ thực hiện được chiếm cao nhất là chuyên khoa Phụ sản với 92,8%, tiếp theo là khoa Ngoại với 70,9%. Số DMKT thực hiện được ở hệ cận lâm sàng là 740, chiếm tỉ lệ 55,8%, cao nhất là khoa Giải phẫu bệnh với 88,3%, tiếp theo là Huyết học truyền máu với 73,0%. **Kết luận:** Kết quả thực hiện DMKT KCB theo phân tuyến của Bộ Y tế tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2016 chưa cao: trong tổng số DMKT tuyến tỉnh được triển khai, số DMKT đã thực hiện được tại Bệnh viện A là 6220, chiếm tỉ lệ 60,2%. Tuy nhiên, trong tổng số DMKT tuyến trung ương được triển khai thì Bệnh viện đã thực hiện vượt tuyến 406 kỹ thuật, chiếm tỉ lệ là 18,9%.

Từ khóa: Danh mục kỹ thuật, khám chữa bệnh, phân tuyến, Bệnh viện A Thái Nguyên

SUMMARY:

THE RESULTS OF IMPLEMENTING TECHNIQUE IN MEDICINE EXAMINATION ACCORDING TO DECENTRALIZATION BY

MINISTRY OF HEALTH AT THAI NGUYEN A HOSPITAL IN 2016

Background: The assessment of the implementing technique in medicine examination according to decentralization by Ministry of Health will be the evidences for making proposals, interventions to improving the quality of implementing technical routing in hospitals, thereby improving the quality of people's health care. **Study objectives:** to evaluate the results of implementing technique in medicine examination according to decentralization by Ministry of Health Ministry at Thai Nguyen A hospital in 2016.

Study subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted by secondary data collection about technical decentralization at Thai Nguyen A hospital.

Results: The number of completed technique in the internal system was 1698 categories, accounting for 56.9%; the rate of completed technique in Emergency department was highest with 84.7%, followed by Rehabilitation department with 84.0%. The number of completed technique in the surgery sector was 3782 categories, accounting for 62.8%; the rate of completed technique in Obstetric department was highest at 92.8%, followed by Surgery department was 70.9%. The number of completed technique subclinical sector was 740 categories, accounting for 55.8%, the highest was 88.3% in the Pathology department, followed by Hematology & Blood Transfusion department with 73.0%.

Conclusion: The results of implementing technique in medicine examination according to decentralization by Ministry of Health at Thai Nguyen A hospital in 2016 is not high: Of total provincial deployed technique deployed, the number of completed technique at A hospital was 6220, accounting for 60.2%. However, of total national deployed technique, the hospital has exceeded 406 techniques, with the rate 18.9%.

1. Bệnh viện A Thái Nguyên, ĐT: 0912 373 899, Email: tungvienatn@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Key words: technique list, medicine examination, decentralization, Thai Nguyen A hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy định của Bộ Y tế, hệ thống khám chữa bệnh (KCB) ở Việt Nam được phân thành 4 tuyến: tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã [2], [3]. Cách thức tổ chức hệ thống này đã tạo ra mạng lưới chăm sóc sức khỏe từ cấp độ đơn vị cơ sở đến cấp độ trung ương trong một cách thống nhất, hiệu quả [3]. Đi kèm với phân tuyến KCB, Bộ Y tế cũng quy định các danh mục kỹ thuật (DMKT) được phép thực hiện ở các tuyến theo Thông tư 43/2013/TT-BYT [3]. Việc phân tuyến kỹ thuật sẽ giúp cho các cơ sở KCB phát triển các kỹ thuật chuyên môn, đầu tư nguồn lực có trọng điểm để hoạt động điều trị đạt hiệu quả cao; qua đó góp phần giảm tải cho tuyến trên, giảm gánh nặng chi phí cho người bệnh và gia đình. Thực tế, theo báo cáo của Bộ Y tế thì tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến trung ương là rất phổ biến với nguyên nhân chính do các bệnh viện tuyến dưới thực hiện chưa đầy đủ các kỹ thuật chuyên môn trong phạm vi được phân công [4]. Thái Nguyên là một tỉnh trung du miền núi phía Bắc. Trong những năm qua ngành Y tế Thái Nguyên đã có những bước phát triển mạnh mẽ, các bệnh viện ở Thái Nguyên đã có những bước phát triển cả về quy mô và chất lượng KCB. Bệnh viện A Thái Nguyên là bệnh viện đa khoa hạng 1 của tỉnh, có quy mô 510 giường kế hoạch với 500 cán bộ y tế. Hàng năm Bệnh viện A Thái Nguyên khám bệnh cho khoảng 160.000-170.000 lượt người bệnh, điều trị nội trú cho khoảng 25.000-27.000 người bệnh, tuy nhiên vẫn còn khoảng 3.500-4.500 bệnh nhân hàng năm phải chuyển lên tuyến trên, nguyên nhân do bệnh nặng vượt quá phạm vi phân tuyến và một số kỹ thuật trong phạm vi tuyến tỉnh chưa triển khai được [1]. Việc đánh giá kết quả thực hiện DMKT KCB tại bệnh viện của bộ y tế sẽ là cơ sở tiền đề để đưa ra các đề xuất, can thiệp nâng cao

chất lượng thực hiện phân tuyến kỹ thuật tại Bệnh viện A, qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân. Câu hỏi đặt ra là thực trạng việc khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế tại Bệnh viện A hiện nay như thế nào? Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện các danh mục kỹ thuật khám chữa bệnh theo phân tuyến của Bộ Y tế tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các văn bản, quyết định, quy định có liên quan đến phân tuyến kỹ thuật và hệ thống sổ sách báo cáo hoạt động KCB tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ 01/2016-12/2016.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 6/2016-8/2017 tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.
- Thu thập số liệu thứ cấp về DMKT KCB theo phân tuyến tại Bệnh viện A Thái Nguyên.
- Chọn mẫu: Thu thập toàn bộ số liệu thứ cấp qua các báo cáo thống kê, báo cáo tổng kết, phần mềm quản lý công tác KCB, DMKT được phê duyệt tại Bệnh viện A Thái Nguyên được lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp từ 01/2016-12/2016.

2.4. Chỉ số nghiên cứu: DMKT hệ nội đúng tuyến được thực hiện, DMKT hệ ngoại đúng tuyến được thực hiện, DMKT cận lâm sàng đúng tuyến được thực hiện, DMKT hệ nội vượt tuyến được thực hiện, DMKT hệ ngoại vượt tuyến được thực hiện, DMKT cận lâm sàng vượt tuyến được thực hiện.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu sau khi thu thập, được tổng hợp, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các thuật toán thống kê trong y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Danh mục kỹ thuật hệ nội đúng tuyến được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyến tỉnh do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Hồi sức cấp cứu và Chống độc	92	78	84,7
2	Nội khoa	250	187	74,8
3	Nhi khoa	2201	1234	56,1
4	Lao	29	23	79,3
5	Da liễu	75	47	62,7

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển tính do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
6	Tâm thần	65	7	10,8
7	Nội tiết	165	97	58,8
8	Y học cổ truyền	85	4	4,7
9	Phục hồi chức năng	25	21	84,0
	Tổng	2987	1698	56,9

Ti lệ thực hiện được DMKT chiếm cao nhất ở chuyên Y học cổ truyền với 4,7%. Ti lệ thực hiện DMKT chung khoa Hồi sức cấp cứu chống độc với 84,7%, tiếp theo là của hệ nội là 56,9%.
khoa Phục hồi chức năng với 84,0% và thấp nhất ở khoa

Bảng 2. Danh mục kỹ thuật hệ ngoại đúng tuyển được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển tính do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Gây mê hồi sức	3677	2507	68,2
2	Ngoại khoa	616	437	70,9
3	Bông	61	43	70,5
4	Ung bướu	321	132	41,1
5	Phụ sản	125	116	92,8
6	Mắt	183	116	63,4
7	Tai mũi họng	234	41	17,5
8	Răng hàm mặt	221	152	68,8
9	Vi phẫu	26	4	15,4
10	Phẫu thuật nội soi	235	100	42,6
11	Tạo hình- Thẩm mỹ	327	134	41,0
	Tổng	6026	3782	62,8

Ti lệ thực hiện được DMKT ở hệ ngoại chiếm cao nhất Ngoại với 70,9% và thấp nhất là DMKTT về vi phẫu với là chuyên khoa Phụ sản với 92,8%, tiếp theo là chuyên khoa 15,4%. Ti lệ thực hiện DMKT chung hệ ngoại là 62,8%.

Bảng 3. Danh mục kỹ thuật cận lâm sàng đúng tuyển được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển tính do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Điện quang	545	247	45,3
2	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	74	56	75,7
3	Thăm dò chức năng	63	18	28,6
4	Huyết học - truyền máu	307	224	73,0
5	Hoá sinh	77	51	66,2



TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển tỉnh do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
6	Vi sinh, ký sinh trùng	200	91	45,5
7	GP bệnh và Tế bào bệnh học	60	53	88,3
	Tổng	1326	740	55,8

Tỷ lệ thực hiện được DMKT chung của khối cận lâm sàng là 55,8%, trong đó: cao nhất là DMKT về Giải phẫu bệnh và tế bào học với 88,3%, tiếp theo là Huyết học truyền máu với 73,0% và thấp nhất là Điện quang với 45,3%.

Bảng 4. Danh mục kỹ thuật hệ nội vượt tuyển được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển Trung ương do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Hồi sức cấp cứu và Chống độc	20	5	25,0
2	Nội khoa	82	10	12,2
3	Nhi khoa	683	132	19,3
4	Lao (ngoại lao)	8	0	0,0
5	Nội tiết	62	9	14,5
	Tổng	855	156	18,2

Số DMKT thực hiện vượt tuyển đối với hệ nội của bệnh viện A là 156, chiếm 18,2%. Trong đó, số DMKT vượt tuyển chiếm cao nhất ở Khoa Nhi với 132 DMKT, chiếm 19,3%, số DMKT vượt tuyển ở khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc là 5, chiếm 25,0%.

Bảng 5. Danh mục kỹ thuật hệ ngoại vượt tuyển được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Chuyên khoa	Số DMKT tuyển Trung ương do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Gây mê hồi sức	167	31	18,6
2	Ngoại khoa	377	104	27,6
3	Bông	27	13	48,1
4	Ung bướu	43	13	30,2
5	Phụ sản	11	9	81,8
6	Mắt	18	9	50,0
8	Răng hàm mặt	47	5	10,6
9	Phẫu thuật nội soi	254	31	12,2
	Tổng	944	215	22,8

Số DMKT hệ ngoại thực hiện vượt tuyển của bệnh viện A là 215 danh mục, chiếm 22,8%. Số DMKT vượt tuyển cao nhất ở chuyên khoa Ngoại với 104 danh mục (chiếm 27,6%) nhưng tỷ lệ vượt cao nhất là ở chuyên khoa Phụ sản với 81,8% (9 danh mục).

Bảng 6. Danh mục kỹ thuật cận lâm sàng vượt tuyển được thực hiện tại Bệnh viện A

TT	Nội dung	Số DMKT tuyển trung ương do BHYT quy định	Số DMKT đã TH được	Tỷ lệ thực hiện (%)
1	Điện quang	27	9	33,3
3	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	25	1	4,0
4	Thăm dò chức năng	30	0	0,0
5	Huyết học - truyền máu	175	2	1,1
6	Hoá sinh	82	20	24,4
7	Vi sinh, ký sinh trùng	3	0	0,0
8	Giải phẫu bệnh và Tế bào bệnh học	13	3	23,1
	Tổng	355	35	9,9

Tổng số DMKT cận lâm sàng vượt tuyển là 35, chiếm 9,9%, trong đó: số DMKT vượt tuyển cao nhất là ở Hóa

sinh với 20 danh mục (chiếm 24,4%). Số DMKT vượt tuyển ở Điện quang là 9 (chiếm tỉ lệ cao nhất 33,3%).

Bảng 7. Tổng hợp DMKT đúng tuyển đã thực hiện được và DMKT vượt tuyển của Bệnh viện

Số DMKT đúng tuyển			Số DMKT vượt tuyển		
Số DMKT tuyển tỉnh do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ (%)	Số DMKT tuyển TW do BHYT quy định	Số DMKT bệnh viện thực hiện được	Tỷ lệ (%)
10339	6220	60,2	2154	40	18,9

Trong tổng số DMKT tuyển tỉnh được triển khai, số DMKT đã thực hiện được tại Bệnh viện A là 6220, chiếm tỉ lệ 60,2%. Trong tổng số DMKT do Bộ Y tế quy định đối với bệnh viện tuyển trung ương thì trong năm 2016 Bệnh viện đã thực hiện được 406 kỹ thuật, chiếm tỉ lệ 18,9%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỉ lệ thực hiện được DMKT chiếm cao nhất ở chuyên khoa Hồi sức cấp cứu chống độc với 84,7%, tiếp theo là khoa Phục hồi chức năng với 84,0%. Tỉ lệ thực hiện được DMKT ở Da liễu là 62,7% và thấp nhất ở khoa Y học cổ truyền với 4,7%. So sánh với nghiên cứu của Lê Công Định (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh, tỉ lệ thực hiện chuyên môn kỹ thuật khoa Da liễu là 99,0% , khoa Y học cổ truyền thực hiện được ít nhất với 21,2% [5]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Khiếu (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình,

tỉ lệ thực hiện được ở khoa Hồi sức cấp cứu chống độc là 83,6%, phục hồi chức năng 80,1% [6]. Như vậy, so với nghiên cứu trước thì nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ thực hiện các DMKT theo phân tuyến có kết quả thấp hơn nhưng cũng có kết quả cao hơn; nhìn chung khả năng thực hiện DMKT về hệ nội trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy Bệnh viện A chỉ thực hiện được 1694 DMKT theo phân tuyến trong tổng số 2987 DMKT với tỉ lệ thực hiện DMKT chung của hệ nội là 56,7%. Đây là một kết quả theo chúng tôi đánh giá là tương đối thấp so với các bệnh viện tỉnh khác về hệ nội. Một trong những nguyên nhân đó là trên địa bàn tỉnh có nhiều bệnh viện: Bệnh viện A, Bệnh viện C, Bệnh viện Gang thép là các bệnh viện đa khoa tuyển tỉnh, các bệnh viện chuyên khoa: Tâm thần, Lao, Mắt, YHCT... Để đầu tư nguồn lực có hiệu quả theo định hướng của Ủy ban nhân dân tỉnh Thái Nguyên, Bệnh viện A Thái



Nguyên phát triển mũi nhọn Sản-Nhi, Bệnh viện TW Thái Nguyên phát triển U bướu, can thiệp tim mạch, ghép tạng, Bệnh viện Gang thép phát triển Nội tiết.... Do vậy một số chuyên ngành bệnh viện hiện tại chưa có kế hoạch đầu tư phát triển chuyên sâu như u bướu, phẫu thuật lồng ngực, phẫu thuật tim mạch, tâm thần nên tỷ lệ thực hiện DMKT các chuyên ngành này đạt thấp. Bên cạnh đó, tỉ lệ thực hiện được DMKT về Y học cổ truyền thấp, theo quy định của Bộ Y tế là kỹ thuật châm tê trong các phẫu thuật. Giải thích về việc này chúng tôi cho rằng có những rào cản về việc thực hiện kỹ thuật và sự chấp nhận của người bệnh.

Đối với các DMKT hệ ngoại: Tỉ lệ thực hiện được DMKT ở hệ ngoại chiếm cao nhất là chuyên khoa Phụ sản với 92,8%, tiếp theo là chuyên khoa Ngoại với 70,9% và thấp nhất là DMKTT về vi phẫu với 15,4%. Tỉ lệ thực hiện DMKT chung hệ ngoại là 62,8%. Nghiên cứu của Lê Công Định (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh thì các khoa thuộc hệ ngoại thực hiện được 99,0% kỹ thuật [5]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Khiếu (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình thì tỉ lệ thực hiện được DMKT theo phân tuyến tại khoa Phụ sản là 70,1%, Ngoại khoa là 67,6% [6]. Như vậy thì việc thực hiện DMKT ở Ngoại khoa của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Công Định nhưng tương đương với nghiên cứu của Hoàng Đình Khiếu. Tuy nhiên, đối với chuyên khoa Phụ sản đã thực hiện được cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Đình Khiếu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Điều này phù hợp với định hướng phát triển mũi nhọn Sản-Nhi của Bệnh viện A Thái Nguyên cũng như phù hợp với chính sách phát triển kinh tế-xã hội, y tế của các tỉnh Bắc Ninh, Thái Nguyên và Hòa Bình. Tương tự với lý do định hướng phát triển mũi nhọn của Bệnh viện A là Sản-Nhi, trong khi trên địa bàn đã có Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với Trung tâm U bướu, Trung tâm Tim mạch tương đối phát triển nên việc thu hút bệnh nhân ở các chuyên ngành U bướu, Can thiệp tim mạch đến Bệnh viện A thấp, trong đó thực hiện DMKT vi phẫu chiếm tỉ lệ thấp nhất. Số DMKT Tai Mũi Họng thấp là do các phẫu thuật về Tai Xương Chũm, thanh khí quản chưa thực hiện được nguyên nhân là do vấn đề nguồn nhân lực chưa đáp ứng được bên cạnh đó 1 số phẫu thuật bệnh viện chưa triển khai được ở giai đoạn hiện tại như các phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình vùng đầu mặt cổ.

Tỉ lệ thực hiện được DMKT theo phân tuyến về khối cận lâm sàng đạt cao nhất là DMKT về Giải phẫu bệnh và tế bào học với 88,3%, tiếp theo là Huyết học truyền máu với 73,0%, Hóa sinh là 66,2% và thấp nhất là Điện

quang với 45,3%. Thực hiện DMKT điện quang thấp nguyên nhân do bệnh viện chưa trang bị được máy chụp Cộng hưởng từ 3Telsa, máy chụp cắt lớp vi tính 256 dãy và các kỹ thuật Điện quang can thiệp chưa thực hiện được do nguồn nhân lực chưa đáp ứng. So sánh với Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh, khoa Chẩn đoán hình ảnh năng lực thực hiện DMKT theo phân tuyến là cao nhất (100%), thấp nhất là khoa hóa sinh (51,6%) so với quy định [5]. Như vậy rõ ràng kết quả thực hiện được DMKT theo phân tuyến về hệ cận lâm sàng tại Bệnh viện A Thái Nguyên thấp hơn (tỉ lệ thực hiện DMKT khối cận lâm sàng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,8%). Thực tế, trước tình hình phát triển kỹ thuật cận lâm sàng nhanh như hiện nay cũng như giá trị của các kỹ thuật mới trong việc khám chữa bệnh thì việc đầu tư nâng cấp cả về nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị nhằm nâng cao số lượng, chất lượng DMKT cận lâm sàng là việc làm cần thiết để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho bệnh nhân.

Đánh giá kết quả thực hiện DMKT chung: Bảng 7 cho thấy, trong tổng số 10343 DMKT tuyển tỉnh được triển khai, số DMKT đã thực hiện được tại Bệnh viện A là 6220, chiếm tỉ lệ 60,2%. Kết quả thực hiện DMKT theo phân tuyến tại Bệnh viện A cao hơn so với Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình 57,5% [6]; nhưng lại thấp hơn so với Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh (70,46%) số kỹ thuật phân tuyến [7]. Có sự khác biệt giữa các bệnh viện theo chúng tôi là do rất nhiều yếu tố liên quan như cơ sở vật chất, trang thiết bị, chất lượng nguồn nhân lực, điều kiện kinh tế xã hội của địa phương... Nhưng nhận định chung của chúng tôi là Bệnh viện A cần phải có những nghiên cứu chuyên sâu để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện phân tuyến kỹ thuật tại bệnh viện và các giải pháp để tiến hành nâng cao tỉ lệ thực hiện đạt DMKT theo phân tuyến của Bộ Y tế, qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Đối với DMKT vượt tuyến, kết quả nghiên cứu thấy: số lượng DMKT thực hiện vượt tuyến đối với hệ nội của bệnh viện A là 156, chiếm 18,2%; trong đó, số lượng DMKT vượt tuyến chiếm cao nhất ở Khoa Nhi với 132 DMKT, chiếm 19,3%. Số lượng DMKT hệ ngoại thực hiện vượt tuyến của Bệnh viện A là 215 danh mục, chiếm 22,8%; trong đó: số lượng DMKT vượt tuyến cao nhất ở khoa Ngoại với 104 danh mục (chiếm 27,6%). Trong tổng số DMKT tuyển trung ương thì Bệnh viện đã thực hiện vượt tuyến 406 kỹ thuật, với tỉ lệ vượt là 18,9%. Tỉ lệ thực hiện kỹ thuật vượt tuyến (18,9%) là tín hiệu đáng mừng cho việc điều trị cho bệnh nhân trên địa bàn tỉnh cũng như

một số tỉnh có các huyện miền núi giáp ranh Thái Nguyên. Giải thích cho các kết quả trên chúng tôi cho rằng trong thời gian vừa qua Bệnh viện A đã có kế hoạch cử cán bộ đi đào tạo chuyên sâu ở một số chuyên ngành mũi nhọn đồng thời đầu tư trang thiết bị kịp thời để cho các cán bộ sau khi được đào tạo triển khai ngay được các kỹ thuật mới. Việc thực hiện các kỹ thuật vượt tuyến sẽ góp phần giảm tải tuyến trên cũng như giảm chi phí cho bệnh nhân khi không phải chuyển đi điều trị tại tuyến trung ương.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số DMKT tuyến tỉnh được triển khai, số DMKT đã thực hiện được tại Bệnh viện A là 6220, chiếm tỉ lệ 60,2%. Số DMKT thực hiện được ở hệ nội là 1698 danh

mục, chiếm 56,9%; tỉ lệ thực hiện được chiếm cao nhất ở chuyên khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc với 84,7%, tiếp theo là chuyên khoa Phục hồi chức năng với 84,0% và thấp nhất ở chuyên khoa Y học cổ truyền với 4,7%. Số DMKT thực hiện được ở hệ ngoại là 3782 danh mục, chiếm 62,8%; tỉ lệ thực hiện được chiếm cao nhất là khoa Phụ sản với 92,8%, tiếp theo là khoa Ngoại với 70,9% và thấp nhất là về vi phẫu với 15,4%. Số DMKT thực hiện được ở hệ cận lâm sàng là 740, chiếm tỉ lệ 55,8%, trong đó: cao nhất là khoa Giải phẫu bệnh với 88,3%, tiếp theo là Huyết học truyền máu với 73,0% và thấp nhất là Điện quang với 45,3%. Trong tổng số DMKT do Bộ Y tế quy định tuyến trung ương được triển khai thì Bệnh viện đã thực hiện vượt tuyến 406 kỹ thuật, chiếm tỉ lệ 18,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện A Thái Nguyên (2016), “Báo cáo công tác bệnh viện năm 2016 và phương hướng nhiệm vụ năm 2017”, *Sở Y tế Thái Nguyên*.
2. Bộ Y tế (2005), “Thông tư số 23/2005/TT-BYT: Thông tư hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế”, *Bộ Y tế*.
3. Bộ Y tế (2013), “Thông tư số 43/2013/TT-BYT: Thông tư Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”, *Bộ Y tế*.
4. Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2015), *Báo cáo tổng quan chung ngành y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Lê Công Định (2015), *Thực trạng nguồn nhân lực Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
6. Hoàng Đình Khiếu (2015), *Thực trạng nguồn nhân lực Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình và nhu cầu phát triển nguồn nhân lực đến năm 2020*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
7. Bùi Thị Thủy (2015), *Thực trạng mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.



XÂY DỰNG VÀ CHUẨN HÓA BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA SINH VIÊN VỚI HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG DƯỢC TRUNG ƯƠNG HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thanh Bình¹, Dương Ánh Tuyết², Trần Bá Kiên²

TÓM TẮT

Kết quả nghiên cứu từ tổng quan tài liệu và Thảo luận nhóm đã xây dựng được Bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên về chất lượng đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương bao gồm 10 nội dung với 36 tiêu chí. Bộ công cụ đánh giá sự hài lòng đã được đánh giá độ tin cậy bằng phương pháp Cronbach's alpha (CA=0,927), loại 1 biến do không đạt hệ số CA. Kết quả đánh giá độ chính xác bằng phương pháp phân tích khám phá nhân tố EFA và phân tích nhân tố khẳng định CFA được mô hình chỉnh sửa gồm 7 yếu tố ảnh hưởng được khẳng định là phù hợp. Bộ công cụ hiệu chỉnh gồm 7 nội dung với 20 biến có độ tin cậy Cronbach's alpha đạt giá trị tốt 0,882, phân tích EFA và CFA cho kết quả các giá trị đạt yêu cầu.

Từ khóa: Bộ công cụ, sự hài lòng.

ABSTRACT: DEVELOP AND STANDARDIZE THE TOOLKITS FOR ASSESSING STUDENTS' SATISFACTION OF TRAINING ACTIVITIES AT HAI DUONG CENTRE COLLEGE OF PHARMACY

The research findings from total documentation and group discussion have been built the toolkits that in order to assess students' satisfaction of training quality at Hai Duong central college of pharmacy, included 10 contents and 36 criteria. This toolkits have been evaluated the reliability through using Cronbach's alpha method (CA=0,927), 1st variant didn't reach CA coefficient. The findings evaluated the degree of accuracy through using EFA media degradation description and CFA parsed subtitle analysis are edited by model, including 7 factorial determinants that are consistent. The editor questionnaire has 7 contents and a 20 variable value of Cronbach's alpha of 0.882, EFA and CFA analysis gave the best desire.

Key words: Toolkit, satisfaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, xu thế toàn cầu hóa trong giáo dục phát triển mạnh mẽ. Giáo dục Việt Nam gần đây phát triển cả về qui mô và chất lượng. Số lượng các cơ sở đào tạo nhân lực dược trình độ cao đẳng ngày càng tăng trong đó có cả cơ sở công lập và ngoài công lập [1], [2]. Việc đo lường sự hài lòng của sinh viên trở nên rất hữu ích cho các cơ sở giáo dục, nó giúp họ xác định điểm mạnh và xác định các vấn đề để cải thiện. Do đó những nhìn nhận và sự hài lòng về hoạt động đào tạo từ phía sinh viên là một phần không thể thiếu trong việc cải thiện chất lượng đào tạo của các trường. Nhiều bộ công cụ đã được đánh giá độ tin cậy và được áp dụng rộng rãi trên thế giới, do đặc thù ngành nghề và nội dung chương trình đào tạo khác nhau nên tiêu chí đánh giá của mỗi bộ công cụ cũng khác nhau [5],[6]. Vì vậy, nhằm xác định các tiêu chí đánh giá sự hài lòng của sinh viên Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương từ đó chuẩn hóa bộ công cụ đo lường phù hợp với nhóm đối tượng này, nghiên cứu “Xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên với hoạt động đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương” được thực hiện với mục tiêu sau:

- Xây dựng bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên với hoạt động đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương giai đoạn 2015-2017.

- Chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên với hoạt động đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương giai đoạn 2015-2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng phỏng vấn: Sinh viên cao đẳng chính qui năm cuối (khóa 7) Trường CĐ Dược TW Hải Dương.

Qui trình và phương pháp nghiên cứu (được trình bày trong bảng 1)

1. Trường Đại học Dược Hà Nội

2. Trường Cao đẳng Dược TW – Hải Dương

» Ngày nhận bài: 18/08/2017 | » Ngày phản biện: 25/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 01/09/2017

Bảng 1. Quy trình và phương pháp nghiên cứu

<i>TT</i>	<i>Mục tiêu</i>	<i>Quy trình</i>	<i>Phương pháp</i>
1	Xây dựng bộ công cụ	-Xây dựng bộ công cụ mở rộng -Thảo luận nhóm -Xây dựng bộ công cụ sơ bộ. - Pre-test	Tổng quan tài liệu & Nghiên cứu định tính.
2	Chuẩn hóa bộ công cụ	-Khảo sát. -Sử dụng phép toán thống kê (Cronbach's alpha, phân tích nhân tố khám phá EFA, phân tích nhân tố khẳng định CFA)	Nghiên cứu định lượng (mô tả cắt ngang).

Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Thảo luận nhóm: Chọn ngẫu nhiên 2 nhóm (mỗi nhóm 8 sinh viên)

Pre-test: Chọn ngẫu nhiên 40 sinh viên (khoảng 10% mẫu định lượng).

Phân tích nhân tố khám phá EFA, theo nghiên cứu của Hair, Anderson, Tatham và Black [7], kích thước mẫu tối

thiểu gấp 5 lần tổng số biến quan sát. Đối với phân tích hồi quy đa biến: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được tính theo công thức là $50 + 8 \cdot m$ (m: số biến độc lập) (Tabachnick và Fidell). Như vậy theo tính toán, cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 338, để đảm bảo đủ số lượng mẫu khảo sát với dự trù khoảng 10% phiếu không hợp lệ, số lượng mẫu cần lấy tối thiểu là 372 phiếu.

Bảng 2. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn	Tiêu chí loại trừ
Sinh viên đã hoàn thành tất cả các môn học của chương trình đào tạo	- Sinh viên đã làm pre-test để đảm bảo tính mới với đối tượng nghiên cứu . - Sinh viên từ chối phỏng vấn. - Sinh viên không hoàn thiện bảng câu hỏi phỏng vấn

Thống kê và xử lý số liệu

Các nghiên cứu tiếng Anh được Việt hóa. Các bộ công cụ được tổng hợp, loại bỏ các yếu tố và các tiêu chí trùng lặp hoặc không phù hợp (về nội dung chuyên ngành đào tạo, tôn giáo, kinh phí đào tạo và phương thức thanh toán) với đối tượng nghiên cứu.

Thảo luận nhóm được phân tích theo chủ đề. Các yếu tố và tiêu chí đánh giá sự hài lòng được bổ sung nếu không có trong bộ tiêu chí mở rộng, các tiêu chí không được đa số sinh viên trong nhóm thảo luận cho là ảnh hưởng tới sự hài lòng với chất lượng đào tạo bị loại khỏi nghiên cứu.

Bộ câu hỏi tiếp tục được chỉnh sửa sau pre-test.

Khảo sát và mã hóa các phiếu hợp lệ và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS-AMOS 22.0.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Xây dựng bộ công cụ

Sử dụng các nguồn dữ liệu Pubmed, Google Scholar bằng các từ khóa “students’ satisfaction”, “instrument”, “questionnaire development”. Tìm được 4 nghiên cứu [3], [5], [6], [8] có bộ công cụ trong toàn văn. Sử dụng công cụ Google search với từ khóa: “sự hài lòng của sinh viên”, “thang đo sự hài lòng”, tìm được 1 nghiên cứu có bộ công cụ trong toàn văn [1]. Tìm kiếm trong thư viện Trường Đại học Dược Hà Nội có 1 nghiên cứu (có bộ công cụ) phù hợp [2].

Nghiên cứu tổng quan và thảo luận nhóm cho thấy yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ nhất tới sự hài lòng của sinh viên với chất lượng đào tạo là “Giảng viên” và “Cơ sở vật chất”, “Các qui trình, hoạt động hỗ trợ”. Các yếu tố còn lại không ảnh hưởng đáng kể đến sự hài lòng của sinh viên. Kết quả thảo luận nhóm cũng chỉ ra một nội dung mới (hoạt động thực tế hướng nghiệp) với 3 tiêu mục mang ý nghĩa thuộc về “Các qui trình & hoạt động



hỗ trợ". Đề tài ghi nhận cần thay đổi về từ ngữ một số câu hỏi sau pre-test bộ công cụ. Với mục đích kiểm tra thời gian và sự dễ hiểu của nội dung các câu hỏi nên không có sự thay đổi nào về các biến trong thang đo.

Bộ câu hỏi chính thức gồm 4 tiêu mục trong đó có 3 tiêu mục tương ứng với 3 yếu tố: 36 câu hỏi tương ứng với 36 tiêu chí cần đánh giá và 3 câu hỏi đánh giá chung của sinh viên. Mỗi biến được thiết kế thành một câu hỏi với

lựa chọn trả lời theo thang Likert 5 mức độ : (1) rất không đồng ý, (2) không đồng ý, (3) không có ý kiến gì, (4) đồng ý, (5) rất đồng ý.

Chuẩn hóa bộ công cụ

Thực hiện khảo sát trên tất cả sinh viên khóa 7. Số phiếu đưa vào xử lý dữ liệu 389 đạt yêu cầu về cỡ mẫu nghiên cứu.

Kiểm định độ tin cậy thang đo: CA tổng = 0,927

Bảng 3. Kết quả kiểm định độ tin cậy

Yếu tố khảo sát	Mã biến	Tương quan biến - tổng	Hệ số Cronbach's alpha nếu loại biến
Giảng viên CA= 0,857	GV1	0,413	0,852
	GV2	0,438	0,851
	GV3	0,589	0,842
	GV4	0,607	0,841
	GV5	0,596	0,842
	GV6	0,335	0,856
	GV7	0,525	0,846
	GV8	0,467	0,850
	GV9	0,585	0,842
	GV10	0,464	0,850
	GV11	0,561	0,844
	GV12	0,511	0,847
	GV13	0,512	0,847
	GV14	0,442	0,851
Cơ sở vật chất CA = 0,835	CS15	0,577	0,815
	CS6	0,546	0,819
	CS17	0,567	0,817
	CS18	0,473	0,825
	CS19	0,683	0,805
	CS20	0,582	0,816
	CS21	0,499	0,823
	CS22	0,503	0,823
	CS23	0,353	0,836
	CS24	0,495	0,823

Yếu tố khảo sát	Mã biến	Tương quan biến - tổng	Hệ số Cronbach's alpha nếu loại biến
Các qui trình, hoạt động hỗ trợ CA= 0,842	QT25	0,492	0,831
	QT26	0,576	0,825
	QT27	0,518	0,830
	QT28	0,449	0,834
	QT29	0,463	0,833
	QT30	0,560	0,827
	QT31	0,485	0,832
	QT32	0,435	0,836
	QT33	0,466	0,833
	QT34	0,545	0,827
	QT35	0,571	0,825
	QT36	0,532	0,828

Các biến đều có tương quan biến tổng đạt yêu cầu lớn hơn 0,3, biến CS23 không đạt hệ số CA nếu loại biến (0,836 > 0,835) nên bị loại khỏi thang đo yếu tố Cơ sở vật chất.

Kiểm định độ chính xác của thang đo

Kết quả phân tích EFA

Hệ số KMO = 0,874 lớn hơn giá trị khuyến cáo là 0,5 và kiểm định Barlett có p-value (sig) < 0,05, vậy các biến quan sát có tương quan với nhau trong tổng thể.

Bảng 4. Kết quả giải thích phương sai các nhân tố

Nhân tố	Giá trị Eigenvalues			Tổng PS trích			Tổng PS khi quay nhân tố		
	Tổng	%PS	%PS cộng dồn	Tổng	%PS	%PS cộng dồn	Tổng	%PS	%PS cộng dồn
1	6,53	29,71	29,71	6,53	29,71	29,71	2,53	11,52	11,52
2	1,60	7,29	37,01	1,60	7,29	37,01	2,19	9,99	21,51
3	1,39	6,32	43,33	1,39	6,32	43,33	2,02	9,19	30,71
4	1,18	5,38	48,72	1,18	5,38	48,72	1,88	8,58	39,29
5	1,13	5,17	53,89	1,13	5,17	53,89	1,85	8,43	47,73
6	1,08	4,94	58,82	1,08	4,94	58,82	1,77	8,07	55,81
7	1,03	4,71	63,53	1,03	4,71	63,53	1,70	7,72	63,53

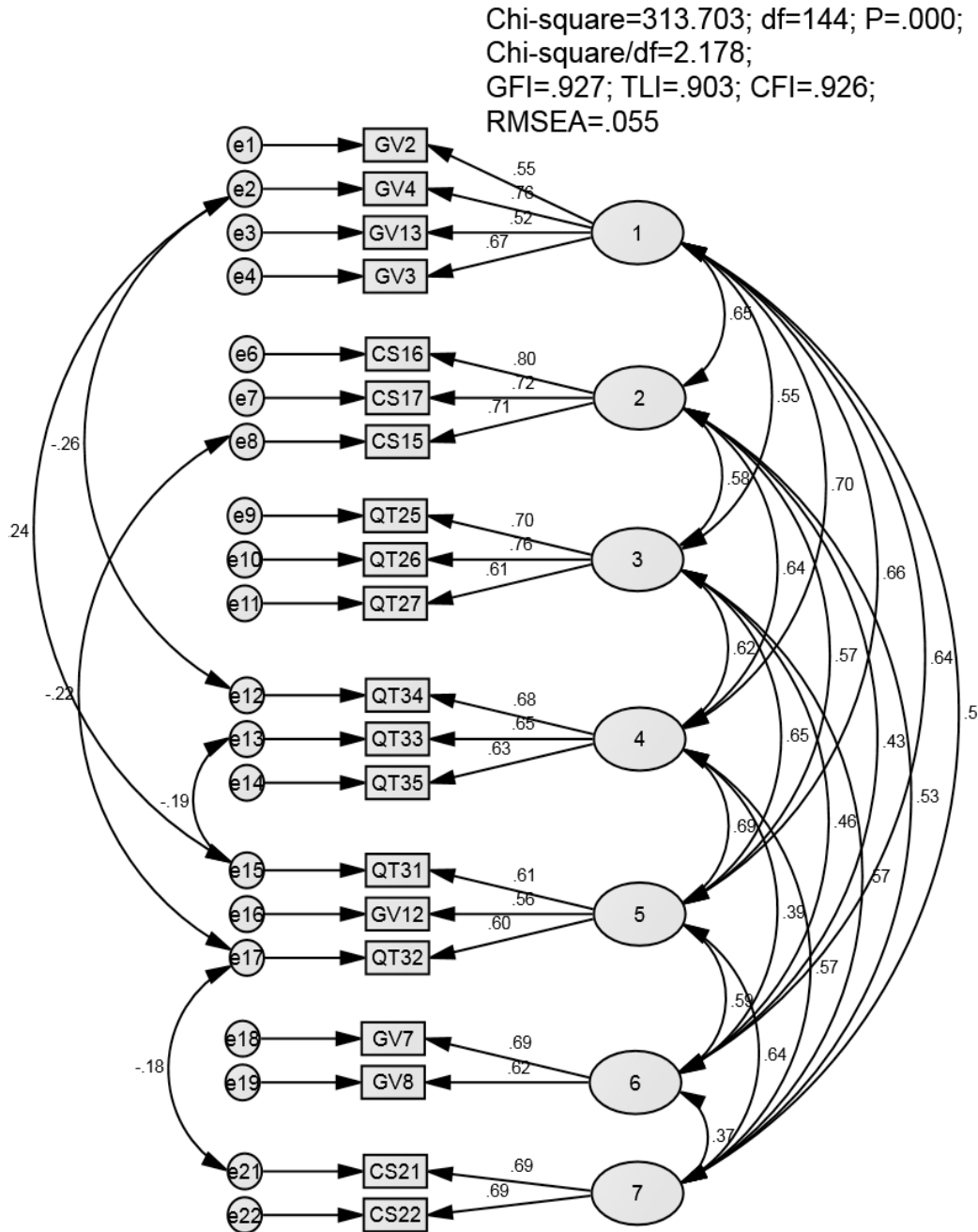
Kết quả phân tích cho thấy có 7 nhân tố chính được chỉ ra từ phân tích khám phá nhân tố và giải thích được 63,53 % mức độ hài lòng của sinh viên. Các biến GV1, GV5, GV9, GV10, GV11, CS18, CS19, CS20, CS24, QT28, QT29, QT30, QT36 do có hệ số tải nhân tố (Factor

loading) nhỏ hơn 0.5 nên bị loại, 22 biến trong 7 nhóm này (được đặt tên lại) sẽ được phân tích nhân tố khẳng định CFA để xem xét độ tin cậy từ kết quả của phân tích EFA.

Kết quả phân tích CFA



Hình 1. Mô hình các nhân tố và hệ số hồi qui các biến trong phân tích CFA



Kết quả phân tích CFA có 2 biến GV6, GV14 thuộc thành phần không gian vì hệ số hồi qui của GV6 (0,46), GV14 (0,42) nhỏ hơn tiêu chuẩn cho phép ($\geq 0,5$). Sau khi loại 2 biến, phân tích CFA lần 2 (hình 1) được 20 biến còn lại đều đạt yêu cầu về trọng số hồi qui chuẩn hóa ($\geq 0,5$) nên thang đo đạt giá trị hội tụ. Các chỉ số $C_{min}/df=2,178 < 3$, $p\text{-value} = 0,00 < 0,05$, $G_{fi} = 0,927 > 0,9$, $TLI = 0,903$, $C_{fi} = 0,926 > 0,9$ và $R_{mse} = 0,055 < 0,08$. Vậy mô hình được xem là phù hợp với dữ liệu thu thập. Tuy nhiên chỉ

có hai thành phần đạt được tính đơn hướng là “hoạt động kiểm tra & đánh giá của giảng viên” (yếu tố 6) và “Thông tin học tập & thủ tục hành chính” (yếu tố 3), 5 thành phần còn lại có mối tương quan giữa các sai số của các biến quan sát nên chúng không đạt tính đơn hướng. Hệ số tương quan giữa các thành phần với độ lệch chuẩn kèm theo đều nhỏ hơn 1 (có ý nghĩa thống kê). Vì vậy, 7 thành phần đều đạt giá trị phân biệt.

Bảng 5. Độ tin cậy và phương sai trích các nhân tố

Nhân tố	Số biến quan sát	Độ tin cậy =0,882		Phương sai trích (%)
		Độ tin cậy Cronbach's alpha	Độ tin cậy tổng hợp	
1	4	0,723	0,720	54,83
2	3	0,782	0,788	69,86
3	3	0,733	0,737	65,26
4	3	0,690	0,692	61,77
5	3	0,614	0,615	57,16
6	2	0,605	0,603	71,49
7	2	0,640	0,601	73,65

Độ tin cậy và phương sai trích các nhân tố của bộ câu (bảng 5).
 công cụ sau hiệu chỉnh được kiểm tra lại đều đạt yêu Bộ công cụ sau hiệu chỉnh được trình bày trong bảng sau

Bảng 6. Bộ công cụ sau hiệu chỉnh

STT	Yếu tố	Tiêu chí
1	1. Kiến thức - kỹ năng giảng dạy của giảng viên”	Giảng viên cập nhật kiến thức mới trong bài giảng.
2		Giảng viên truyền đạt kinh nghiệm liên quan đến chuyên môn giảng dạy.
3		Giảng viên truyền đạt dễ hiểu.
4		Giảng viên quan tâm, lắng nghe ý kiến sinh viên.
5	2. Kỹ năng kiểm tra đánh giá của giảng viên	Giảng viên kiểm tra đánh giá phù hợp với nội dung đề cương.
6		Giảng viên kiểm tra đánh giá nghiêm túc và khách quan.
7	3. Giảng đường-phòng thực hành	Giảng đường sạch, rộng, thoáng mát, đủ ánh sáng, máy chiếu hoạt động tốt.
8		Phòng thực hành rộng, sạch, đủ ánh sáng & máy móc thiết bị.
9		Hóa chất dung môi, dụng cụ thực hành đầy đủ, đạt yêu cầu.
10	4. Thư viện & y tế	Thư viện phục vụ tốt (sạch sẽ, đủ chỗ ngồi, tài liệu phong phú, máy tính truy cập mạng tốt).
11		Bộ phận y tế chăm sóc sức khỏe tốt khi sinh viên cần.
12	5. “Thông tin học tập & thủ tục hành chính	Thủ tục hành chính đơn giản và thuận lợi (đóng học phí, chứng nhận là sinh viên, cấp bằng điểm,...).
13		Cán bộ phòng ban luôn sẵn sàng giải quyết nhanh chóng các thủ tục cho sinh viên, thái độ đúng mực, tôn trọng sinh viên.
14		Sinh viên được thông báo đầy đủ kế hoạch giảng dạy, thi hết môn, các tiêu chí đánh giá kết quả học tập và rèn luyện kịp thời và công khai



STT	Yếu tố	Tiêu chí
15	6. Hoạt động hỗ trợ học tập	Sinh viên luôn được khuyến khích trong học tập và rèn luyện.
16		Sinh viên luôn được tư vấn, cố vấn về học tập, tìm hiểu về nghề nghiệp khi cần.
17		Sinh viên luôn được khuyến khích tham gia các hoạt động tập thể, hoạt động đoàn.
18	7. Hoạt động hướng nghiệp	Chương trình thực tế tốt nghiệp có thời gian và kế hoạch rõ ràng, đầy đủ, phù hợp.
19		Sinh viên luôn được hỗ trợ trong quá trình thực tế tốt nghiệp.
20		Sinh viên định hướng được công việc cụ thể & nghề nghiệp sau thực tế tốt nghiệp

III. BÀN LUẬN

Về xây dựng bộ công cụ

Tổng quan lý thuyết giúp đưa ra một bảng hỏi mở rộng, tuy nhiên nếu xây dựng bảng hỏi này đưa vào khảo sát thử nghiệm ngay sẽ được một bảng hỏi quá dài bởi nó bao gồm 135 câu hỏi tương ứng với 9 yếu tố ảnh hưởng. Nghiên cứu sẽ khó lòng đáp ứng về mặt nhân lực, hơn nữa việc trả lời của sinh viên cũng sẽ mất thời gian dễ gây cho sinh viên cảm giác tiêu cực lựa chọn phương án trả lời không suy nghĩ, không đúng với nhận thức của họ. Do đó có thể dẫn đến sự sai lệch về kết quả khi phân tích thống kê sau này.

Vì vậy nhóm nghiên cứu quyết định chỉ lựa chọn các yếu tố quan trọng có ảnh hưởng lớn nhất đến sự hài lòng của sinh viên nói chung mà đã được các nghiên cứu trước đó thừa nhận đưa vào mô hình giả thuyết. Để tránh bỏ sót các yếu tố tiềm ẩn khác biệt có thể có của sinh viên Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương so với sinh viên các trường khác, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu định tính bằng hình thức thảo luận nhóm sau đó để bổ sung các biến tiềm ẩn.

Sau thảo luận nhóm, theo ý kiến thu thập được, chúng tôi nhận thấy không có yếu tố nào mới xuất hiện. Tuy nhiên đa số sinh viên có ý kiến về hoạt động thực tế hướng nghiệp mà các bạn đang trải nghiệm. Theo nhóm nghiên cứu nhận định, đây là một nội dung mới chưa có trong bộ công cụ thang đo nhưng mang ý nghĩa thuộc về yếu tố “Các qui trình và hoạt động hỗ trợ” nên thang đo này được bổ sung thêm 3 biến đánh giá một hoạt động hỗ trợ khác là “Hoạt động hướng nghiệp”.

Về chuẩn hóa bộ công cụ

Độ tin cậy của bộ công cụ

Độ tin cậy của bộ công cụ sơ bộ đạt 0,927, giá trị

cronbach's alpha các thang đo thành phần 0,835-0,857 đạt mức tốt, trên 0,8. Như vậy các biến được xây dựng trong bộ công cụ đều có mối tương quan chặt chẽ, những biến đo lường cùng một khái niệm đều có mối liên quan với nhau.

Bộ công cụ hiệu chỉnh có độ tin cậy thấp hơn bộ công cụ sơ bộ nhưng vẫn đạt giá trị tốt (0,882), giá trị Cronbach's alpha 7 thang đo thành phần đạt yêu cầu 0,605-0,782, Như vậy về độ tin cậy, bộ công cụ sơ bộ và bộ công cụ hiệu chỉnh đều đạt yêu cầu.

Tính chính xác của bộ công cụ

Bộ công cụ gồm 3 thành phần với 10 nội dung chứa 36 biến được cấu trúc lại theo 7 yếu tố với 20 biến. Trong 10 nội dung ban đầu chỉ có một nội dung thuộc thành phần thang đo yếu tố các qui trình và hoạt động hỗ trợ (nội dung này chỉ gồm 1 biến) phản ánh về hoạt động khiếu nại bị loại bỏ, 8 nội dung còn lại đều có biến được lựa chọn vào bộ công cụ hiệu chỉnh.

Phân tích EFA:

Theo kết quả phân tích EFA, 2 yếu tố có thành phần các biến hoàn toàn nằm trong thang đo yếu tố giảng viên, 2 yếu tố có thành phần hoàn toàn nằm trong thang đo yếu tố Cơ sở vật chất và 3 yếu tố còn lại có thành phần nằm trong thang đo yếu tố Các qui trình và hoạt động hỗ trợ. Chỉ có duy nhất 1 biến thuộc thang đo yếu tố Giảng viên (GV12) hội tụ trong yếu tố số 5 (hoạt động hỗ trợ học tập). Như vậy bộ công cụ sơ bộ được xây dựng khá phù hợp với bối cảnh nghiên cứu, đạt độ tin cậy, các nội dung được chia ra bao quát cho đánh giá của sinh viên. Các biến nghiên cứu được sắp xếp theo trật tự khá logic vào các nội dung trong từng thang đo nên không có sự xáo trộn đáng kể trong bảng ma trận xoay nhân tố ngoại trừ việc chuyển biến GV12 sang cùng nhóm với QT31 & QT32. Đề tài ghi nhận việc cấu trúc lại bộ công cụ thành 7 phần cho phù hợp với dữ liệu nghiên cứu.

Phân tích CFA:

So với kết quả phân tích EFA, chỉ có 2 biến không đạt giá trị hệ số hồi qui, các biến khác đều đạt giá trị hệ số hồi qui chứng tỏ chúng đều có tương quan với nhau, thể hiện các khía cạnh khác nhau của khái niệm (nội dung nhân tố).

Phân tích CFA cũng chỉ ra các nhân tố đạt giá trị phân biệt, giá trị hội tụ trong tổng thể, chứng tỏ mỗi nhân tố xác định một khía cạnh khác nhau nhưng đều thể hiện một khía cạnh của sự hài lòng tổng thể từ sinh viên. Kết quả cho thấy 7 nhân tố giải thích được 73,65% sự hài lòng của sinh viên, cao hơn trong phân tích EFA trước đó (63,53%).

IV. KẾT LUẬN

Từ kết quả tổng quan tài liệu và Thảo luận nhóm đã

xây dựng được Bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của sinh viên về chất lượng đào tạo tại Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương bao gồm 10 nội dung với 36 tiêu chí. Trong đó có 33 tiêu chí từ Tài liệu tham khảo và 3 tiêu chí từ Thảo luận nhóm. Bộ công cụ đánh giá sự hài lòng đã được đánh giá độ tin cậy bằng phương pháp Cronbach's alpha (CA=0,927), chỉ loại 1 biến do không đạt hệ số CA. Kết quả đánh giá độ chính xác bằng phương pháp phân tích khám phá nhân tố EFA và phân tích nhân tố khẳng định CFA được mô hình chỉnh sửa gồm 7 yếu tố ảnh hưởng được khẳng định là phù hợp. Bộ công cụ hiệu chỉnh gồm 7 nội dung với 20 biến có độ tin cậy Cronbach's alpha đạt giá trị tốt 0,882, phân tích EFA và CFA cho kết quả các giá trị đạt yêu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Linh Giang (2014), “Đạt được sự hài lòng của sinh viên: Một cách tiếp cận nhằm nâng cao chất lượng hoạt động đào tạo đại học”, *Kỹ yếu hội thảo đảm bảo chất lượng- năm 2011*, Đại học KH XH&NV- Đại học Quốc gia.
2. Trần Quang Tuấn (2014), *Đánh giá sự hài lòng của học viên cao học tại trường Đại học Dược Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. Jacqueline Douglas, Alex Douglas and Barry Barnes, Faculty of Business and Law, Liverpool John Moores University, Liverpool, UK
4. Hair, J.F. Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998), *Multivariate Data Analysis, (5th Edition)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
5. Muhammad Ehsan Malik et al., (2010), “Job Satisfaction and Organizational Commitment of University Teachers in Public Sector of Pakistan”, *International Journal of Business and Management*, Vol 5(6.).
- Naser Ibrahim Saif (2014), “The Effect of Service Quality on Student Satisfaction: A Field Study for Health Services Administration Students” *International Journal of Humanities and Social Science*, Vol. 4(8).
6. Spooen, P., Mortelmans, D. & Denekens, J. (2007), “Student evaluation of teaching quality in higher education: development of an instrument based on 10 Likert scales”, *Assessment and Evaluation in Higher Education*, Vol. 32, pp. 667-679.
7. Tabachnick, B.G., L.S.Fidell (1996), *Using multivariate statistics*, Harper Collins, New York.
8. Quality in VET schools, http://www.oph.fi/english/sources_of_information/projects/quality_in_vet_schools



KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ VIỆC THỰC HIỆN LUẬT GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG NGUYỄN ĐỨC CẢNH NĂM 2017

Nguyễn Văn Tiến¹, Phạm Thị Thu Huyền¹, Đặng Thu Hằng¹,
Nguyễn Thị Hiên¹, Nguyễn Thị Ngoan¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy, Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB chiếm tỷ lệ cao là 88,3%. Học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 17 (41,8%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (5,3%). Chiếm tỷ lệ cao đối tượng có thái độ tích cực về Luật GTĐB (88,3%). Tỷ lệ học sinh nữ có thái độ tích cực (63,2%) cao hơn so với nam giới (36,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn 11,7% học sinh thực hành không đạt về việc thực hiện Luật GTĐB. Tỷ lệ nữ giới có mức độ thực hành đạt (67,2%) cao hơn so với nam giới (32,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Luật giao thông đường bộ, Trung học phổ thông, Thái Bình.

ABSTRACT: KNOWLEDGE, STATUS, EXECUTABLE TO EXECUTABLE THE ENVIRONMENT OF THE ENVIRONMENT OF AN EDUCATIONAL FIELD OF EDUCATION

The study was conducted to describe knowledge, attitudes and practices on the implementation of the Road Traffic Law of Nguyen Duc Canh High School students in 2017. The results show that, Knowledge of road traffic law is high 88.3%. Students have knowledge of the highest road traffic laws at age 17 (41.8%), the lowest at age 16 (5.3%). High proportion of respondents have positive attitudes towards road traffic law (88.3%). The proportion of girls with positive attitude (63.2%) was higher than that of men (36.8%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$. Also 11.7% of the

students practiced failed to achieve the implementation of road traffic law. The proportion of women with practicing levels is higher (67.2%) than men (32.8%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Road traffic law, high school, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay an toàn giao thông là một vấn đề lớn, được cả xã hội quan tâm, hàng năm số vụ tai nạn giao thông vẫn không hề suy giảm, ngược lại nó còn tăng lên rất nhiều mà phần lớn nguyên nhân chính gây ra các vụ tai nạn là do ý thức, thái độ thực hiện luật lệ giao thông của mỗi người.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm thế giới có hơn 1,3 triệu người chết vì tai nạn giao thông đường bộ. Thống kê còn cho thấy, khoảng 20-50 triệu người khác bị thương trong các tai nạn đó. Thương tích giao thông đường bộ là nguyên nhân tử vong hàng đầu thế giới ở những người trẻ tuổi từ 15 đến 29 tuổi, và nguyên nhân phổ biến thứ 2 cho trẻ từ 5-14 tuổi. Trên thế giới, mỗi ngày có hơn 1000 người dưới 25 tuổi tử vong do TNGTĐB. Hơn 90% trường hợp tai nạn trên thế giới xảy ra trên đường ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Gần một nửa trong số người chết trong TNGT là đi xe đạp, xe máy, người đi bộ. Đến năm 2020, dự đoán TNGTĐB sẽ tăng gấp đôi ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Ngoài gánh nặng tử vong và bệnh tật TNGT còn gây ra những gánh nặng không nhỏ về kinh tế.[2]

Ở Việt Nam, Chính sách Quốc gia phòng chống tai nạn thương tích đã được chính phủ phê duyệt triển khai rộng rãi trên địa bàn cả nước. Nhiều giải pháp đã được đặt ra với quy mô cấp quốc gia như việc ban hành Luật giao thông đường bộ năm 2008 nhằm giảm thiểu tai nạn giao thông, tuy nhiên số bệnh nhân chết vì tai nạn thương tích hàng năm vẫn có xu hướng gia tăng.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 01/07/2017 | » Ngày phản biện: 22/08/2017 | » Ngày duyệt đăng: 30/08/2017

Mặc dù, trước đây đã có những nghiên cứu đưa ra nguyên nhân dẫn đến tình trạng TNGTĐB chủ yếu là do việc thiếu kiến thức về Luật giao thông đường bộ cùng ý thức chưa tốt khi tham gia giao thông đã dẫn đến nhiều hành vi nguy cơ bao gồm tình trạng sử dụng rượu, bia khi điều khiển phương tiện, chạy quá tốc độ, không sử dụng trang thiết bị an toàn. Nhưng các nghiên cứu tìm hiểu nguyên nhân về TNGT ở lứa tuổi học sinh THPT chưa nhiều, đặc biệt là trong giai đoạn hiện nay. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “**Kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ của học sinh Trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017**” với mục tiêu: *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017.*

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 thực hiện tại Trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh.

- Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng điều tra định lượng:

Học sinh lớp 10 đến lớp 12 đang theo học tại trường nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:*

- Đang theo học tại trường nghiên cứu.
- Có mặt tại thời điểm nghiên cứu.
- Tự nguyện và hợp tác tham gia nghiên cứu.
- Có đủ điều kiện sức khỏe tham gia nghiên cứu.

Đối tượng điều tra định tính:

- Ban giám hiệu và Giáo viên chủ nhiệm của trường được chọn vào nghiên cứu.

- Bí thư chi đoàn lớp của các lớp được chọn vào nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2017-06/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu định lượng: Được tính theo công thức sau:

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

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: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về việc phòng tránh tai nạn giao thông đường bộ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Anh, tỷ lệ $p = 0,36$ [16].

Thay các giá trị trên vào công thức tính, kết quả cuối cùng thu được là

$n = 354$ học sinh. Thực tế chúng tôi điều tra được 360 học sinh đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

Cỡ mẫu định tính: Chọn có chủ định Ban Giám hiệu, giáo viên chủ nhiệm và Bí thư chi đoàn của các lớp được chọn vào nghiên cứu để tiến hành phỏng vấn sâu.

Phương pháp chọn mẫu:

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng.

Do trường THPT có 3 khối lớp, mỗi khối lớp có tuổi khác nhau (lớp 10: 16 tuổi; lớp 11: 17 tuổi; lớp 12: 18 tuổi). Tại mỗi khối lớp được định nghĩa là 1 tầng, mỗi tầng điều tra 118 học sinh. Từ trong mỗi tầng chọn ngẫu nhiên 2 – 3 lớp học, sau đó điều tra tất cả học sinh của các lớp được chọn để cho đủ số đối tượng đã tính.

Các bước tiến hành chọn mẫu cụ thể như sau:

- Bước 1: Chọn có chủ đích Trường THPT Nguyễn Đức Cảnh tại địa bàn thành phố Thái Bình vào nghiên cứu.

- Bước 2: Trường được phân làm 3 tầng (3 khối lớp), từ mỗi tầng lập danh sách số lượng lớp cho mỗi tầng.

- Bước 3: Tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo lớp ở mỗi tầng, khối 10 chọn 2 lớp, khối 11 chọn 3 lớp, khối 12 chọn 3 lớp.

- Bước 4: Tiến hành phỏng vấn điều tra toàn bộ học sinh trong các lớp được chọn bằng bộ câu hỏi điều tra định lượng cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu, do sẽ có những đối tượng bị loại khi không đạt tiêu chuẩn hay không có mặt tại lớp.

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi phỏng vấn sâu đối với Ban Giám hiệu nhà trường, giáo viên chủ nhiệm và Bí thư chi đoàn của các lớp được chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp

- Phỏng vấn trực tiếp học sinh bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (dựa trên bộ câu hỏi của nghiên cứu: “*Kiến thức thái độ thực hành và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ Luật Giao thông đường bộ ở học sinh Trường THPT thị trấn Yên Viên Gia Lâm Hà Nội năm 2012*”). Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu.

2.2.3. Thu thập số liệu

Phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi đã được lập sẵn.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm STATA 12.0 để xử lý với các test thống kê y học và sử dụng phương pháp phân tích Hồi quy logistic đa biến để xác định yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Kết quả thu được sau khi xử lý số liệu được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ, hộp...

Số liệu được làm sạch bằng cách kiểm tra các giá trị bất thường và lỗi do mã hóa trước khi tiến hành phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ

Bảng 3.1. Kiến thức của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ

Kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ %
Đạt	318	88,3
Không đạt	42	11,7
Tổng	360	100

Bảng 3.1. cho thấy, trong 360 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về Luật GT ĐB chiếm tỷ lệ cao là 88,3% và 11,7% học sinh có kiến thức không đạt.

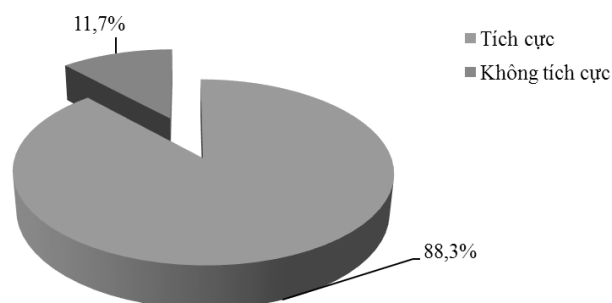
Bảng 3.2. Phân bố mức độ kiến thức về Luật Giao thông đường bộ theo tuổi

Tuổi	Đạt (n=318)		Không đạt (n=42)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
16	17	5,3	3	7,1	<0,05
17	133	41,8	13	31,0	
18	108	34,0	26	61,9	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 17 (41,8%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (5,3%). Học sinh có kiến thức không đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 18 (61,9%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (7,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Thái độ của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ

Biểu đồ 3.1. Thái độ của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ



Biểu đồ 3.1 cho thấy, chiếm tỷ lệ cao đối tượng có thái độ tích cực về Luật GTĐB (88,3%) và chỉ 11,7% đối tượng có thái độ không tích.

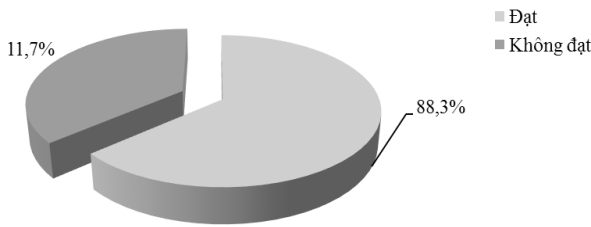
Bảng 3.3. Phân bố thái độ của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ theo giới

Thái độ	Tích cực (n=323)		Không tích cực (n=37)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nam	119	36,8	22	59,5	<0,05
Nữ	204	63,2	15	40,5	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, trong 323 học sinh có thái độ tích cực thì tỷ lệ học sinh nữ có thái độ tích cực (63,2%) cao hơn so với nam giới (36,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Thực hành của đối tượng về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ

Biểu đồ 3.2. Thực hành của đối tượng về việc thực hiện Luật Giao thông đường bộ



Từ biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ học sinh thực hành đạt về việc thực hiện Luật GTĐB khá cao, chiếm 88,3 % và vẫn còn 11,7% học sinh thực hành không đạt về việc thực hiện Luật GTĐB.

Bảng 3.4. Phân bố mức độ thực hành của đối tượng về Luật giao thông đường bộ theo giới tính

Thực hành \ Giới tính	Đạt (n=229)		Không đạt (n=131)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nam	75	32,8	66	50,4	<0,05
Nữ	154	67,2	65	49,6	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy trong 229 học sinh có mức độ thực hành đạt về Luật GTĐB, trong đó tỷ lệ nữ giới có mức độ thực hành đạt (67,2%) cao hơn so với nam giới (32,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Ở Việt Nam, với sự bùng nổ của các phương tiện giao thông đã kéo theo sự gia tăng báo động của chấn thương do TNGT làm ảnh hưởng lớn đến bản thân người bị tai nạn, đến gia đình và cộng đồng nơi họ sinh sống. Mặc dù, chính sách Quốc gia phòng chống tai nạn thương tích đã được chính phủ phê duyệt triển khai rộng rãi trên địa bàn cả nước. Tuy nhiên, hàng năm số vụ tai nạn giao thông vẫn không hề suy giảm, ngược lại nó còn tăng lên rất nhiều mà phần lớn nguyên nhân chính gây ra các vụ tai nạn là do ý thức, thái độ thực hiện luật lệ giao thông của mỗi người. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành để tìm hiểu về kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông nhằm cung cấp một số những thông tin góp phần làm rõ hơn nguyên nhân về TNGT ở lứa tuổi học sinh.

4.1. Kiến thức của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ

Đánh giá chung về kiến thức của học sinh về Luật Giao thông đường bộ chúng tôi cho thấy rằng trong 360 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB chiếm tỷ lệ cao là 88,3% và 11,7% học sinh có kiến thức không đạt. Điều này cho thấy rằng các chương trình giáo dục về Luật Giao thông đường bộ trong nhà trường đã đem lại nhiều kiến thức đúng và bổ ích cho các em một cách hiệu quả. Tuy nhiên, vẫn còn 11,% học sinh có kiến thức không đạt, vì vậy nhà trường cần phải quan tâm hơn nữa trong việc lồng ghép các nội dung giáo dục cho các em về vấn đề này.

Nghiên cứu về phân bố mức độ kiến thức về Luật giao thông đường bộ theo tuổi chúng tôi thấy rằng học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 17 (41,8%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (5,3%). Học sinh có kiến thức không đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 18 (61,9%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (7,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích do các em học sinh ở tuổi 18 chuẩn bị ôn luyện cho kì thi Trung học phổ thông Quốc gia do đó mà ít có thời gian tìm hiểu hơn về kiến thức GTĐB bên cạnh đó thì sự lồng ghép kiến thức về GTĐB và các buổi ngoại khóa về GTĐB cũng ít hơn để giảm thiểu lượng kiến thức giúp các em tập trung ôn thi hơn.

4.2. Thái độ của đối tượng về Luật Giao thông đường bộ

Để tìm hiểu thái độ đồng tình hay phản đối của nhóm học sinh về tuân thủ Luật Giao thông đường bộ, nghiên cứu đưa ra 4 quan điểm chính bao gồm: quan điểm về việc sử dụng rượu bia khi điều khiển phương tiện giao thông đường bộ, *quan điểm về việc đội mũ bảo hiểm khi điều khiển phương tiện giao thông đường bộ*, quan điểm về tốc độ chạy xe của người điều khiển phương tiện giao thông đường bộ, quan điểm về băng lái và luật ATGT đường bộ. Kết quả cho thấy chiếm tỷ lệ cao đối tượng có thái độ tích cực về Luật GTĐB (88,3%) và chỉ 11,7% đối tượng có thái độ không tích. Trong đó một số quan điểm tiêu cực như “Mũ bảo hiểm làm hạn chế nghe nhìn làm tăng nguy cơ tai nạn giao thông”, “Người điều khiển phương tiện nên được uống rượu thoải mái trong dịp đặc biệt”. Bên cạnh đó qua phỏng vấn các thầy cô tại trường và bí thư các lớp điều tra thì có một bộ phận các em không thích đội mũ bảo hiểm với các lý giải của là do không thích đội, do cảm thấy không thoải mái... Mặc dù chiếm tỷ lệ thấp nhưng thái độ không tích cực của các em về luật sẽ rất dễ dẫn tới các hành vi nguy cơ gây tai nạn giao thông. Điều



này đòi hỏi mỗi học sinh cần phải nâng cao ý thức nghiêm chỉnh chấp hành quy định pháp luật về trật tự an toàn giao thông, trước tiên là để phòng tránh những hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra cho bản thân và gia đình mình, kể đến là vì những người khác và cộng đồng xã hội.

Luật đường bộ rất quan trọng đối với tất cả người tham gia giao thông kể cả là người đi bộ. Trên đây là một vài quan điểm tiêu cực trong nghiên cứu mà các em có thái độ tiêu cực đồng tình. Qua đó để thấy được thái độ với luật quan trọng như thế nào đến an toàn giao thông. Mặc dù chỉ là con số nhỏ có thái độ không tích cực nhưng cần phải có biện pháp để thay đổi thái độ của các em có thái độ không tích cực nhằm nâng cao việc an toàn khi tham gia giao thông cho chính các em và những người tham gia giao thông khác.

Số học sinh nam có 119 em có thái độ tích cực về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ chiếm 36,8%, số học sinh nữ là 204 em chiếm 63,2%. Tỷ lệ nữ giới thái độ tích cực cao hơn nam giới. Nam giới trong độ tuổi mới lớn này thường nghịch ngợm, thích thể hiện cái tôi hơn nữ giới, cùng với đó là nhất là đó là kiến thức giao thông chưa hoàn thiện. Điều này có thể ảnh hưởng tới thái độ không tích cực của nam giới với Luật giao thông.

4.3. Thực hành của đối tượng về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ

Để đánh giá thực hành tuân thủ Luật Giao thông đường bộ, nghiên cứu chia ra hai mức độ thực hành: đạt và không đạt dựa trên thực hành khi đi bộ, đi xe thô sơ và xe cơ giới. Trong đó tỷ lệ học sinh thực hành đạt về việc thực hiện Luật GTĐB khá cao, chiếm 88,3%. Tỷ lệ học sinh thực hành không đạt về việc thực hiện Luật GTĐB chiếm 11,7%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Anh [1], (>95% học sinh thực hành không đạt khi đi xe máy và 2/3 học sinh tham gia nghiên cứu thực hành không đạt khi đi bộ, xe đạp). Sự chênh lệch về khả năng thực hành giữa 2 nghiên cứu là do kiến thức khác nhau tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Anh. Đồng thời, ngày nay phương tiện giao thông phổ biến hơn, trung bình mỗi gia đình của đối tượng có từ 1 đến 2,6 xe mô tô xe, 1,1 đến 2,7 gắn máy; 0,9 đến 1,5 xe đạp máy và từ 0,7 đến 2,3 xe đạp nên các em được tiếp xúc và sử dụng các phương tiện giao thông sớm và thường xuyên hơn. Chính vì thế mà khi sử dụng phương tiện giao thông đường bộ các em cũng cần phải tuân thủ Luật Giao thông để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của chính các em và những người tham gia giao thông khác.

Sự phân bố mức độ thực hành của các em học sinh về Luật giao thông đường bộ theo giới cho thấy giới nữ có tỷ lệ đạt cao hơn chiếm 67,2%, giới nam có tỷ lệ thấp hơn chiếm 32,8%. Học sinh nam thường hiếu động, thích tìm hiểu, nghịch ngợm, liều lĩnh và ưa mạo hiểm hơn các học sinh nữ nên đôi khi chưa ý thức được mức độ nghiêm trọng trong những hành vi của mình. Các bạn nam thích thể hiện bản thân hơn, có thể chứng tỏ bản thân bằng một hành vi nguy cơ nào đó ví dụ như phóng nhanh, bỏ hai tay khi lái xe, vượt đèn đỏ. Trong khi đó, các bạn nữ thường có tính cẩn thận, không liều lĩnh và ưa mạo hiểm như các bạn nam nên khi tham gia giao thông các em sẽ chấp hành tốt hơn. Do vậy thái độ và việc thực hiện hành vi đúng về Luật Giao thông đường bộ của nữ tốt hơn so với nam.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB chiếm tỷ lệ cao là 88,3%.
- Học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB cao nhất ở độ tuổi 17 (41,8%), thấp nhất ở độ tuổi 16 (5,3%).
- Chiếm tỷ lệ cao đối tượng có thái độ tích cực về Luật GTĐB (88,3%).
- Tỷ lệ học sinh nữ có thái độ tích cực (63,2%) cao hơn so với nam giới (36,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Còn 11,7% học sinh thực hành không đạt về việc thực hiện Luật GTĐB.
- Tỷ lệ nữ giới có mức độ thực hành đạt (67,2%) cao hơn so với nam giới (32,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ một số kết quả và một số kết luận về kiến thức, thái độ, thực hành, chúng tôi đưa ra một vài khuyến nghị với hy vọng giúp gia đình, nhà trường và các ban ngành đoàn thể có kế hoạch giúp các em học sinh hướng tới những hành vi an toàn khi tham gia giao thông:

1. Tăng cường truyền thông, cung cấp thông tin về luật giao thông cho các em học sinh qua các buổi sinh hoạt ngoại khóa, hội thi về Luật Giao thông đường bộ kết hợp với giảng dạy và truyền thông tập trung vào nhóm học sinh nữ về các hành vi nguy cơ.
2. Cha mẹ và các bậc phụ huynh cần cung cấp các thông tin đầy đủ và chi tiết về Luật Giao thông đường bộ cho các em, đồng thời hướng dẫn các em về cách thức điều khiển phương tiện khi tham gia giao thông trước khi

cho các em tham gia giao thông.

3. Tăng cường sự phối hợp từ các ban ngành đoàn thể

để kiểm tra, giám sát việc thực hiện an toàn giao thông của các em học sinh cả ở bên trong và bên ngoài trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Anh (2009), *kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống TNGTĐB và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường THPT tây Hồ.*, Hà Nội, Đại học Y tế Công cộng.
2. WHO(2010). *The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Plan 2010-2011: Road safety.*



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