

Y HỌC

CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR3: THỰC TRẠNG TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ THÔN BẢN Ở HUYỆN MƯỜNG LA, TỈNH SƠN LA NĂM 2016

TR53: THỰC TRẠNG RỐI NHIỀU TÂM TRÍ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ BÌNH NGUYÊN, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

TR78: ĐIỀU KIỆN CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẽn MẠN TÍNH ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THẢI BÌNH NĂM 2017

TR93: MỐI LIÊN QUAN GIỮA ECZEMA VỚI MẮM CẢM THỨC ĂN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI QUA SỰ GHI NHẬN CỦA CHA, MẸ TRẺ TẠI TRƯỜNG MẦM NON HOA MAI, CẦU GIẤY, HÀ NỘI



Số: 4 (45) tháng 07+08/2018



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

MỤC LỤC

- Thực trạng tổ chức mạng lưới y tế thôn bản ở huyện Mường La, tỉnh Sơn La năm 2016** **3**
Trần Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Minh Phương, Lê Lan Anh, Đinh Anh Tuấn
- Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người sản xuất rượu Bàu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định** **8**
Vũ Trần Bảo Huyền, Ninh Thị Nhung, Nguyễn Xuân Bái
- Kiến thức, thực hành của chủ cơ sở, người trực tiếp sản xuất nem chua về phòng chống ô nhiễm phụ gia thực phẩm tại thành phố Thanh Hóa** **14**
Đoàn Văn Quang, Hoàng Năng Trọng, Ninh Thị Nhung
- Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt rét tại huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình từ năm 2013 - 2017** **21**
Phạm Văn Chung, Vũ Phong Túc, Phạm Văn Trọng
- Thực trạng thất bại điều trị ARV về vi rút học ở bệnh nhân HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan về dịch vụ y tế tại một số tỉnh, thành phố năm 2016-2017** **25**
Tống Thị Linh An, Đỗ Thị Nhàn, Trần Xuân Bách
- Thực hành về sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật của người dân trồng rau tại 2 xã Vũ Phúc và Vũ Chính, tỉnh Thái Bình năm 2017** **32**
Lê Thị Kiều Hạnh, Đặng Thị Vân Quý, Đặng Thị Ngọc Anh
- Thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các khoa dược bệnh viện công lập tỉnh Tuyên Quang năm 2016** **38**
Phạm Phương Liên, Nguyễn Thế Yên
- Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các phòng khám đa khoa thuộc Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn năm 2017** **43**
Nguyễn Thị Nhung, Lê Thị Thanh Hương, Trần Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Thanh Hương
- Thực trạng nhân lực y tế công lập tại tỉnh Hải Dương năm 2017** **49**
Lê Thúy Lan, Trần Như Nguyên
- Thực trạng rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015** **53**
Nguyễn Thị Minh Phương, Trần Thị Thu Hà, Lê Lan Anh
- Một số yếu tố liên quan đến rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015** **57**
Trần Thị Thu Hà, Lê Lan Anh, Hà Thị Tân
- Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản về truyền thông - giáo dục sức khỏe tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017** **62**
Nông Bảo Anh, Trần Quốc Kham, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến
- Thực trạng chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2018** **68**
Phạm Trí Dũng, Đào Văn Đường, Nguyễn Hồng Sơn
- Thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng tại các trung tâm y tế huyện của tỉnh Hà Nam năm 2017** **74**
Phạm Thanh Liêm, Nguyễn Xuân Bái, Lương Xuân Hiến
- Điều kiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017** **78**
Nguyễn Thị Thùy Linh, Vũ Phong Túc, Ngô Thị Nhu

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

TỔNG BIÊN TẬP

Đào Văn Dũng

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

Nguyễn Kim Phương (Trưởng ban)
Nguyễn Văn Chuyên
Đào Thị Mai Hương

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 và số 3965/BTTTT-CBC ngày 31/10/2017

IN TẠI

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa
Giá: 60.000 đồng

Xác định một số yếu tố nguy cơ ô nhiễm nước giếng khoan tại xã Bách Thuận, huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình năm 2017	84
Đặng Thị Vân Quý, Ngô Thị Nhu, Đinh Thị Kim Anh	
Tỷ lệ mắc cảm với thức ăn ở trẻ dưới 5 tuổi qua ghi nhận của cha mẹ trẻ tại Trường Mầm non Hoa Mai, quận Cầu Giấy, Hà Nội	89
Phạm Thu Hiền, Đỗ Mạnh Hùng	
Mối liên quan giữa Eczema với mắc cảm thức ăn ở trẻ dưới 5 tuổi qua sự ghi nhận của cha, mẹ trẻ tại Trường Mầm non Hoa Mai, Cầu Giấy, Hà Nội	93
Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Thu Hiền	
Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú tại 2 bệnh viện ở Khánh Hòa sau 1 năm thực hiện thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất	97
Bùi Huy Tùng, Vũ Thị Hoàng Lan, Nguyễn Khánh Phương, Chu Huyền Xiêm	
Thực trạng sử dụng, bảo quản nhà tiêu hộ gia đình tại xã Mường Thải huyện Phù Yên, tỉnh Sơn La	101
Ngô Thị Nhu, Vi Trung Tuyển, Lê Thị Kiều Hạnh, Đinh Thị Kim Anh	
Nhu cầu đào tạo của các đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh khu vực miền Bắc, 2018-2022	106
Đặng Thị Thu Thảo, Vũ Sinh Nam, Tống Thị Hà, Ngô Khánh Phương, Nguyễn Thành Luân, Bùi Thị Minh Trang, Lê Hồng Nga, Lại Thị Minh, Nguyễn Thúy Quỳnh, Nguyễn Hồng Đan, Nguyễn Hồng Yến, Nguyễn Thị Thùy Dương	

THỰC TRẠNG TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ THÔN BẢN Ở HUYỆN MƯỜNG LA, TỈNH SƠN LA NĂM 2016

Trần Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Minh Phương¹, Lê Lan Anh¹, Đinh Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang về “*Thực trạng tổ chức mạng lưới y tế thôn bản ở huyện Mường La, tỉnh Sơn La năm 2016*” cho thấy: có 4,4% số thôn chưa có nhân viên y tế thôn bản hoạt động; tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản chủ yếu chỉ được đào tạo với thời gian 6 tháng, chiếm tỷ lệ 32,6%; 84,0% nhân viên y tế thôn bản có trình độ chuyên môn y tá sơ học.

Từ khóa: Mạng lưới, y tế thôn bản, Mường La, Sơn La.

ABSTRACT:

SITUATION OF THE VILLAGE HEALTH NETWORK IN MUONG LA DISTRICT, SON LA PROVINCE 2016

A descriptive study through a cross-sectional survey on “*The status of the village health network in Muong La district, Son La province in 2016*” found that: 4,4% of villages had no health staff village activities; The percentage of village health staff is only trained at 6 months, accounting for 30,4%; 84,7% of village health staff have a primary nursing qualification.

Key words: Network, village health, Muong La, Son La.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu, y tế thôn bản là cánh tay nối dài của y tế cơ sở. Y tế thôn bản có ý nghĩa quan trọng và cần thiết trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân tại cộng đồng, nhất là khu vực nông thôn miền núi. Trong những năm gần đây Ủy ban Nhân dân huyện Mường La và Sở Y tế tỉnh Sơn La luôn quan tâm đến công tác y tế cơ sở, nhất là vùng sâu vùng xa, vùng bà con dân tộc có đời sống

chính trị, kinh tế còn gặp nhiều khó khăn ít có điều kiện tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Thực trạng tổ chức mạng lưới y tế thôn bản ở huyện Mường La tỉnh Sơn La năm 2016*” với mục tiêu:

Mô tả thực trạng tổ chức mạng lưới y tế thôn bản ở huyện Mường La tỉnh Sơn La năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa bàn nghiên cứu: Huyện Mường La, tỉnh Sơn La
- Đối tượng nghiên cứu:
 - Nhân viên YTTB đang công tác tại 16 xã và 01 thị trấn của huyện Mường La
 - Các báo cáo, sổ sách về quản lý nhân viên y tế thôn bản sẵn có

* Tiêu chí lựa chọn:

- Đối tượng có mặt tại thời điểm nghiên cứu.
- Đối tượng đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang
- *Cỡ mẫu:* Toàn bộ nhân viên y tế thôn bản ở huyện Mường La
- *Công cụ nghiên cứu:* Bảng hỏi để phỏng vấn các đối tượng
- *Phương pháp thu thập thông tin*
 - Điều tra viên là những người có kinh nghiệm trong việc tiếp xúc cộng đồng và đều tham gia tập huấn để thống nhất về nội dung bảng hỏi, cách phỏng vấn.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Tác giả chính Trần Thị Thu Hà: SĐT: 0989535028

Email: hatlyd@gmail.com

2. Sở Y tế Sơn La

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ các thôn của huyện có nhân viên y tế thôn bản hoạt động

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ %
Có nhân viên y tế thôn bản hoạt động	276	95,6
Chưa có nhân viên y tế thôn bản hoạt động	12	4,4
Tổng	288	100,0

Kết quả điều tra cho thấy: Có 276 nhân viên y tế thôn bản (95,6%) hoạt động, có 12 địa bàn thôn bản (4,4%) chưa có nhân viên y tế thôn bản hoạt động.

Bảng 3.2. Thời gian đào tạo chuyên môn của nhân viên y tế thôn bản

Thời gian đào tạo	Số lượng	Tỷ lệ %
<3 tháng/không được đào tạo	60	21,7
3 tháng	62	22,5
6 tháng	90	32,6
9 tháng	45	16,3
12 tháng trở lên	19	6,9
Tổng	276	100,00

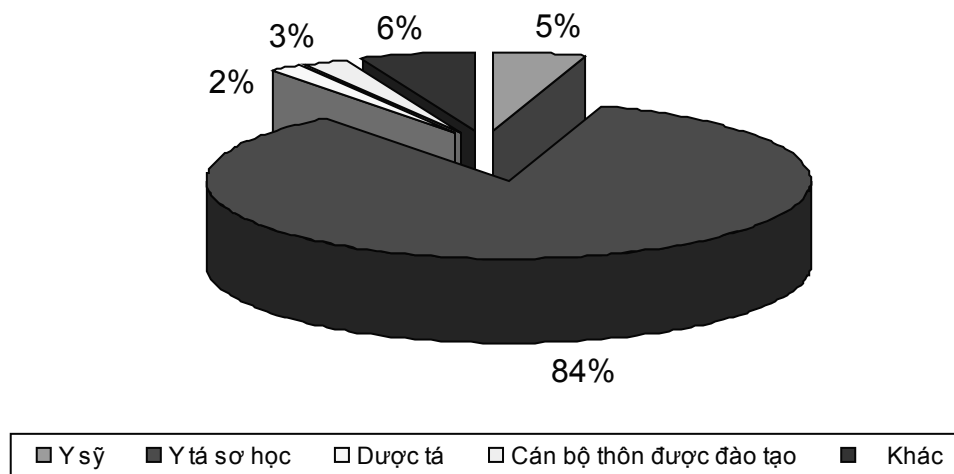
Qua số liệu điều tra bảng 3.2 cho thấy: Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản chủ yếu chỉ được đào tạo với thời gian 6 tháng, chiếm tỷ lệ 32,6%. Số được đào tạo từ 12 tháng trở lên chiếm tỷ lệ thấp (6,9%).

Bảng 3.3. Cơ cấu độ tuổi và giới của nhân viên y tế thôn bản

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
< 20	1	0,7	0	0	1	0,4
20 – 24	15	10,9	16	11,6	31	11,2
25 – 29	20	14,5	19	13,8	39	14,1
30 – 34	14	10,1	15	10,9	29	10,5
35 – 39	14	10,1	12	8,7	26	9,4
40 – 44	11	8,0	22	15,9	33	12,0
45 – 49	18	13,0	15	10,9	33	12,0
50+	45	32,6	39	28,3	84	30,4
Tổng	138	100,0	138	100,0	276	100,0

Số liệu trong bảng 3.3 cho thấy: Nhóm tuổi của nhân viên y tế thôn bản có tỷ lệ cao nhất (30,4%). Nhóm <20 tuổi của nhân viên y tế thôn bản có tỷ lệ thấp nhất (0,4%).

Biểu đồ 3.1. Cơ cấu trình độ chuyên môn của nhân viên y tế thôn bản



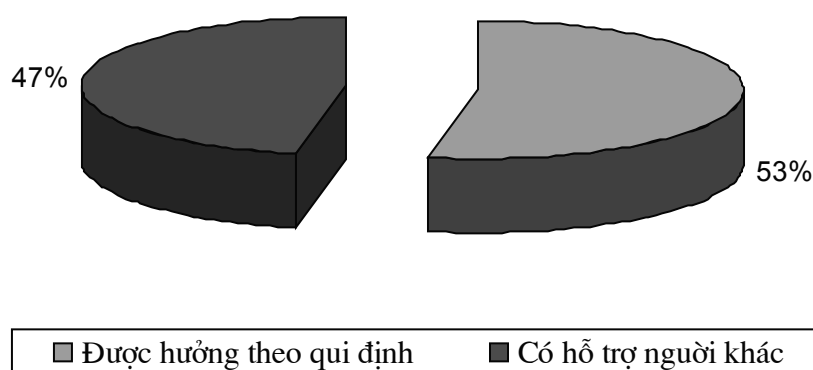
Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản có trình độ y tá sơ học cao nhất (84,0%), tiếp theo Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản có trình độ khác ở mức đáng kể (6%).

Bảng 3.4. Số hộ gia đình y tế thôn bản phụ trách

Số hộ gia đình	Số lượng	Tỷ lệ %
< 50 hộ	36	13,0
50 - 70 hộ	74	26,8
> 70 hộ	166	60,2
Tổng	276	100,0

Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản phụ trách >70 hộ tương đối cao, chiếm tỷ lệ 60,2%, tiếp đến là tỷ lệ phụ trách 50-70 hộ (26,8%) và <50 hộ (13,0%).

Biểu đồ 3.4. Các nguồn thù lao cho nhân viên y tế thôn bản



Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản được hưởng thù lao theo qui định chung của Nhà nước (600.000đ/người/tháng) là 53%. Có 47% nhân viên y tế thôn bản được hưởng thêm từ các nguồn khác...

IV. BÀN LUẬN

Huyện Mường La là một huyện miền núi của tỉnh Sơn La, cách thành phố Sơn La 42km về phía Đông Bắc. Phía Bắc giáp tỉnh Lai Châu và huyện Quỳnh Nhai, tỉnh Sơn La; phía Nam giáp huyện Mai Sơn, huyện Bắc Yên và thành phố Sơn La. Điều kiện kinh tế văn hoá xã hội phát triển, mang đậm đà bản sắc dân tộc, góp phần củng cố mạng lưới y tế cơ sở. Huyện có các thuận lợi là các cấp, các ngành chính quyền địa phương có sự quan tâm đến sự phát triển sức khoẻ con người, trong đó công tác bảo vệ chăm sóc sức khoẻ, y tế thôn bản được chính quyền địa phương tham gia tuyển chọn, tạo điều kiện cho hoạt động, theo chức năng nhiệm vụ của y tế thôn bản, một số nơi đã huy động các nguồn lực khác, hỗ trợ kinh phí để tăng thêm thù lao cho y tế thôn bản.

Về nhóm tuổi chúng tôi thấy: Nhóm tuổi của nhân viên y tế thôn bản ở các nhóm <20 tuổi là ít. Nhân viên y tế thôn bản có ở độ tuổi cao được đào tạo về chuyên môn y tế đã lâu không phù hợp. Số nhân viên y tế này chủ yếu là quân y xuất ngũ trở về địa phương công tác hoặc phục viên chuyên ngành trình độ chuyên môn yếu ít năng động, ngại ghi sổ sách công việc làm thì chậm hoặc độ chính xác chưa cao. Vì vậy không đáp ứng được yêu cầu thực tế. Cần có kế hoạch thay thế đội ngũ nhân viên y tế thôn bản vào những địa bàn trọng yếu, những nơi khó khăn để hỗ trợ cho y tế xã.

Về trình độ chuyên môn: Với số lượng nhân viên y tế thôn bản có trình độ chuyên môn không đồng đều, rất khó cho việc tuyên truyền giáo dục sức khoẻ thực hiện các chương trình y tế quốc gia tại cộng đồng.

- Nhân viên y tế thôn bản được đào tạo và đào tạo theo chương trình y tế thôn bản là thuận lợi nhất cho việc triển khai các nội dung chương trình y tế với chức năng nhiệm vụ được giao.

- Nhân viên y tế thôn bản có trình độ y sỹ, y tá, được tá được đào tạo từ nhiều nguồn, khác nhau đã lâu không phù hợp yêu cầu công tác hiện nay. Vì vậy số nhân viên này cần có kế hoạch bồi dưỡng thêm, hoặc gửi đi đào tạo lại để đáp ứng được với nhiệm vụ được giao.

Qua số liệu điều tra cho thấy số nhân viên y tế thôn bản không có bằng chuyên môn chiếm tỷ lệ: 9%, số được

đào tạo thời gian ba tháng là 48%. Việc đi tuyên truyền vận động nhân dân trên địa bàn được thực hiện theo yêu cầu năm nhiệm vụ của y tế thôn bản mà trạm y tế giao là điều rất khó khăn và hạn chế nhiều mặt. Vậy sự cần thiết phải đào tạo và đào tạo lại đội ngũ y tế thôn bản, để có đủ trình độ chuyên môn hoàn thành nhiệm vụ cao nhất với công việc được giao.

Về quản lý hộ gia đình: Trong bảng số nhân viên y tế thôn bản được giao phụ trách các hộ cho thấy, số phải phụ trách dưới 50 hộ chiếm tỷ lệ thấp ở những huyện miền núi đường đi lại khó khăn, số nhân viên y tế thôn bản phụ trách trên 70 hộ chiếm 60% là tỷ lệ cao, công việc được giao mỗi ngày một nhiều thêm theo yêu cầu, nhiệm vụ công tác số hộ tăng lên, thời gian nhân viên y tế thôn bản đến các hộ nhiều hơn cũng như việc báo cáo số liệu vào sổ sách khi triển khai các công việc thường xuyên của trạm y tế giao cho.

Về chế độ thù lao: Số nhân viên y tế thôn bản được hưởng thù lao theo qui định chung của Nhà nước là: 600.000đ/người/tháng với công việc được giao rất khó khăn cho y tế thôn bản ở những vùng sâu vùng xa, địa bàn đi lại khó khăn. Vì vậy nên có chính sách hỗ trợ thêm từ các nguồn của địa phương, tỉnh, huyện, xã mang tính bền vững cho những vùng địa bàn khó khăn.

Với 47 nhân viên y tế thôn bản được hưởng thêm từ các nguồn khác thông qua một số chương trình ở địa phương, như lồng ghép với cộng tác viên dân số, phụ nữ thôn, tình nguyện viên dinh dưỡng, nhằm tăng mức thù lao cho y tế thôn bản để họ yên tâm công tác lâu dài với ngành y tế.

V. KẾT LUẬN

- Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản của huyện chưa được phủ kín toàn bộ, có tới 4,4% số thôn chưa có nhân viên y tế thôn bản hoạt động.

- Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản chủ yếu chỉ được đào tạo với thời gian 6 tháng, chiếm tỷ lệ 32,6%.

- 84,0 % nhân viên y tế thôn bản có trình độ chuyên môn y tá sơ học

- 30,4% nhân viên y tế thôn bản từ 50 tuổi trở lên

KIẾN NGHỊ

Qua điều tra nghiên cứu về thực trạng y tế thôn bản tại các xã, thị trấn của huyện Mường La tỉnh Sơn La, để đáp ứng nhu cầu củng cố và nâng cao hoạt động mạng lưới y tế thôn bản hiện nay ngày càng tốt hơn chúng tôi xin có một số kiến nghị sau:

2. Đảm bảo mỗi nhân viên y tế thôn bản phải có trang thiết bị tối thiểu để làm việc, có một túi thuốc quay vòng bằng vốn của Trung ương hoặc cá nhân, cộng đồng đóng góp.

3. Có kế hoạch đào tạo nhân viên y tế thôn bản để đảm bảo thực hiện 100% thôn, bản có nhân viên y tế có trình độ sơ học trở lên hoạt động, có quy chế hoạt động và chính sách phù hợp với nhân viên y tế thôn bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1999), *Khôi phục và củng cố mạng lưới y tế thôn bản*, Tạp chí Thông tin Y dược, Hà Nội, Tr.2-4.
2. Trần Thị Trung Chiến, Nguyễn Thành Trung, Ngô Khang Cường và CS (2003), *Mô hình nhà y tế bản cho vùng cao miền núi, vùng dân tộc thiểu số, vùng đặc biệt khó khăn ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr. 54-79.
3. Nguyễn Đình Cừ, Đặng Quốc Việt (1998), *Củng cố mạng lưới y tế thôn bản, nhiệm vụ cấp bách của toàn xã hội*, Thư tin số 3/1998, Hà Nội, Tr 12.
4. Ngô Toàn Định (1998), *Khôi phục và củng cố hoạt động của mạng lưới y tế thôn bản*, Thư tin số 7, 8 tháng 8/1998, Hà Nội, Tr 6-10.
5. Trung tâm Y tế huyện Mường La, *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2016*.
6. Sở Y tế Sơn La, *Báo cáo tổng kết công tác của ngành Y tế tỉnh Sơn La năm 2016*.



KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI SẢN XUẤT RƯỢU BÀU ĐÁ THUỘC XÃ NHƠN LỘC, TỈNH BÌNH ĐỊNH

Vũ Trần Bảo Huyền¹, Ninh Thị Nhung¹, Nguyễn Xuân Bái²

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nghiên cứu đánh giá kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người sản xuất rượu Bầu Đá tại 33 cơ sở sản xuất rượu thuộc xã Nhơn Lộc, thị xã An Nhơn, tỉnh Bình Định cho thấy:

- Tỷ lệ người đạt yêu cầu kiến thức về ATTP chiếm 34,1%. Trong đó, tỷ lệ người đạt kiến thức chung chiếm 36,2%; tỷ lệ người đạt kiến thức chuyên ngành chiếm 69,6%.

- Có 73,2% người đã xác nhận kiến thức ATTP; 76,8% người đã khám sức khỏe định kỳ; 25,4% người thực hành đúng về mang, mặc bảo hộ; 59,4% người thực hành rửa tay đúng quy định; 70,3% người thực hành bảo quản nguyên liệu và sử dụng men rõ nguồn gốc; 87,7% người thực hành vệ sinh dụng cụ đúng quy định.

Từ khóa: Kiến thức và thực hành, rượu Bầu Đá, rượu.

ABSTRACT:

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND PRACTICE ON FOOD SAFETY OF BAU DA WINEMAKERS IN NHON LOC COMMUNE, BINH DINH PROVINCE

Using the cross-sectional descriptive research method to assess the knowledge and practice of food safety of the producers of alcoholic beverages at 33 alcohol production establishments in Nhon Loc commune, Binh Dinh province showed:

- The proportion of people who get proper knowledge about food safety accounted for 34.1%. In particular, the proportion of people achieving general knowledge is 36.2%; The percentage of people who gain specialized knowledge is 69.6%.

- 73.2% of people have certified food safety knowledge; 76.8% had periodic health examinations; 25.4% of people practice proper wearing, wearing protection; 59.4% of people practice hand washing in accordance with regulations; 70.3% of people practice preservation of raw materials and use clear sources of yeast; 87.7% of people practice hygiene in accordance with regulations.

Key words: Knowledge and practice, Bau Da wine, Alcohol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu là một đồ uống phổ biến và có từ lâu đời của người dân trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tại Việt Nam, nghề sản xuất rượu đã từng xuất hiện và phát triển thịnh vượng từ cách đây nhiều thế kỷ với các sản phẩm được nhiều người tiêu dùng biết đến như: Rượu Làng Vân - Bắc Giang; rượu Mẫu Sơn - Lạng Sơn; rượu San Lùng - Lào Cai; rượu Ngô - Tuyên Quang... Mỗi loại rượu đều được sản xuất trong những điều kiện đặc trưng và với những “bí quyết công nghệ” riêng gắn liền với những tập quán, văn hoá [3];[8].

Tuy vậy, các hộ gia đình sản xuất rượu chủ yếu sản xuất tự do, tự phát và đều nấu bằng phương pháp lên men tinh bột, chưng cất thủ công với điều kiện về môi trường, nước sạch, điều kiện về nhà xưởng, trang thiết bị, dụng cụ không bảo đảm yêu cầu an toàn thực phẩm (ATTP). Người sản xuất rượu chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân và gia đình truyền nghề, hầu như tỷ lệ được tập huấn kiến thức và khám sức khỏe, công bố tiêu chuẩn sản phẩm là rất thấp, ẩn chứa nhiều nguy cơ cho sức khỏe [3];[7].

Tại thị xã An Nhơn, tỉnh Bình Định nổi tiếng với rượu Bầu Đá, cung cấp rượu cho địa phương và các tỉnh trong nước. Đến nay, chưa có nghiên cứu về đánh giá thực trạng

1. Chi cục ATTP Bình Định

Email: vutranbaohuyen@gmail.com , SĐT: 0906.427.039

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 18/04/2018 | » Ngày phản biện: 18/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 01/06/2018

về kiến thức, thực hành, việc chấp hành các quy định của pháp luật an toàn thực phẩm trong sản xuất rượu Bầu Đá. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu đánh giá kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người sản xuất rượu Bầu Đá thuộc xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

Đối tượng: Chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất rượu Bầu Đá tại các cơ sở sản xuất rượu Bầu Đá

Địa điểm: Thôn Cù Lâm, xã Nhơn Lộc, tỉnh Bình Định.
Thời gian từ 06/2017 đến 05/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả với thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

Z: là hệ số tin cậy, lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ và tra bảng ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: là tỷ lệ người có nhận thức đúng về an toàn thực phẩm, theo nghiên cứu của Lâm Quốc Hùng và cộng sự là 64% [3].

d: là độ sai khác mong muốn trong chọn mẫu, ước tính $d = 0,08$

Với các dữ liệu trên $n = 138$ người

2.2.3. Cách chọn mẫu

Mỗi cơ sở sản xuất rượu có khoảng 4-5 người trực tiếp tham gia nấu rượu, chọn toàn bộ người trực tiếp nấu rượu và toàn bộ chủ cơ sở để phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn.

2.2.4. Các kỹ thuật áp dụng

Phỏng vấn kiến thức ATTP của người trực tiếp sản xuất rượu: Sử dụng 01 bộ phiếu điều tra thiết kế sẵn gồm 30 câu hỏi trong đó 20 câu về kiến chung về ATTP và 10 câu về kiến thức chuyên ngành. Bộ câu hỏi được xây dựng dựa vào Quyết định 6049/QĐ-BCT [1].

Khảo sát thực hành về ATTP của người tham gia sản xuất: Sử dụng phương pháp quan sát trực tiếp và kiểm theo bảng kiểm đã chuẩn bị trước. Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu và Thông tư 15/TT-BYT [2].

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Việc đánh giá về kiến thức an toàn thực phẩm căn cứ theo Quyết định số 6049/QĐ-BCT về việc ban hành bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm của người sản xuất kinh doanh thực phẩm.

Cách tính điểm: Mỗi câu hỏi trả lời đúng được 1 điểm. Tổng số là 30 điểm. Mỗi đối tượng được tính là đạt yêu cầu khi đáp ứng tiêu chuẩn sau:

Tổng số điểm chung phải đạt $\geq 80\%$ tổng điểm, trong đó điểm kiến thức chung phải đạt $\geq 80\%$ tổng số điểm kiến thức chung và điểm kiến thức chuyên ngành cũng phải đạt $\geq 80\%$ tổng điểm kiến thức chuyên ngành.

2.2.6. Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ đối tượng có biết về các điều kiện cần có khi tiến hành sản xuất thực phẩm (n=138)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giấy chứng nhận kinh doanh	17	12,3
Giấy chứng nhận đủ ĐK ATTP	96	69,6
Khám sức khỏe 1 lần/năm	123	89,1
Xác nhận kiến thức ATTP cho chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất	120	87,0

Qua kết quả bảng 1, kiến thức về các điều kiện cần trong sản xuất thực phẩm thì có 12,3% đối tượng biết yêu cầu về giấy chứng nhận kinh doanh; 69,6% đối tượng biết về giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện. Cơ sở sản xuất thực phẩm cần phải có 2 loại giấy này mới được tiến hành sản xuất. Có 89,9% đối tượng hiểu đúng về thời hạn của giấy

sức khỏe; 87% đối tượng hiểu đúng về các đối tượng cần có giấy xác nhận kiến thức ATTP. So với nghiên cứu trước của Lê Minh Uy về kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm của người sản xuất thực phẩm tại An Giang năm 2009 thì chỉ có 2,08% người có kiến thức đúng về ATTP thì nghiên cứu của chúng tôi khá cao [4].



Bảng 2. Tỷ lệ đối tượng biết các điều kiện ATTP tại cơ sở sản xuất thực phẩm (n=138)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ba điều kiện (cơ sở; trang thiết bị dụng cụ; con người)	118	85,5
Thực hành rửa tay sạch trước chế biến và sau khi đi vệ sinh	127	92,0
Người sản xuất mắc bệnh không tham gia sản xuất	132	95,7

Qua kết quả bảng 2 cho thấy, đa số các đối tượng hiểu đúng về 3 điều kiện đảm bảo ATTP (85,5%). Ngoài ra, rửa tay đối với vấn đề đảm bảo ATTP có vai trò quan trọng. Trong sản xuất thực phẩm nếu rửa tay không sạch sẽ truyền bệnh đưa vào thực phẩm. Nhất là những rửa tay không vệ sinh, rửa tay bị xây xước, ngón dài, sau khi đi vệ sinh, sờ các

vùng trên cơ thể, gãi ngứa, sờ các vật dụng... nếu không rửa sạch bằng xà phòng thì chắc chắn sẽ đưa nhiều loại vi khuẩn nhiễm vào thực phẩm. Kết quả của chúng tôi cho thấy 92% hiểu đúng về việc vệ sinh rửa tay trước và sau khi đi vệ sinh. Đồng thời tỷ lệ người hiểu đúng về trường hợp khi mắc bệnh không được tham gia sản xuất là 95,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng biết về các quy định về sản xuất, kinh doanh rượu (n=138)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rượu thuộc nhóm sản phẩm TP kinh doanh có điều kiện	126	91,3
Bia rượu phải công bố quy hợp trước khi lưu thông thị trường	129	93,5

Về kiến thức chuyên ngành trong sản xuất rượu, đa số các đối tượng được điều tra hiểu được rằng rượu là nhóm

sản phẩm thực phẩm kinh doanh có điều kiện và phải được công bố trước khi lưu thông thị trường (91,3% và 93,5%)

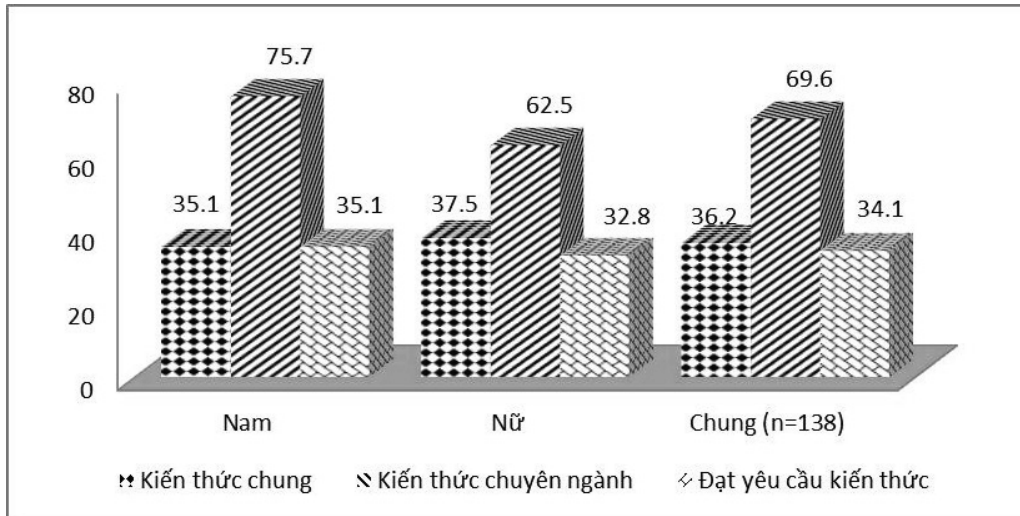
Bảng 4. Điểm trung bình kiến thức về ATTP của các đối tượng theo giới tính

Điểm	Nam (n=74)		Nữ (n=64)		Chung (n=138)		P
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Kiến thức chung	14,0	3,0	13,9	2,9	14,0	2,9	>0,05
Kiến thức chuyên ngành	8,7	1,4	8,2	1,8	8,5	1,6	>0,05
Tổng điểm	22,7	3,9	22,2	4,3	22,5	4,1	>0,05

Theo kết quả bảng 4 cho thấy số điểm trung bình của kiến thức chung là $14,0 \pm 2,9$ trong đó nam là $14,0 \pm 3,0$; nữ là $13,9 \pm 2,9$. Số điểm trung bình của kiến thức chuyên ngành là $8,5 \pm 1,6$ trong đó nam là $8,7 \pm$

$1,4$ nữ là $8,2 \pm 1,8$. Số điểm trung bình của tổng điểm là $22,5 \pm 4,1$ trong đó nam là $22,7 \pm 3,9$; nữ là $22,2 \pm 4,3$. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng đạt yêu cầu kiến thức về ATTP theo giới tính (n=138)



Theo bảng kết quả trên cho thấy, tỷ lệ đối tượng đạt yêu cầu kiến thức chung là 36,2% trong đó nam chiếm 35,1%; nữ chiếm 37,5%. Tỷ lệ đối tượng đạt yêu cầu kiến thức chuyên ngành là 69,6% trong đó nam chiếm 75,7%; nữ chiếm 62,5%. Tỷ lệ đối tượng đạt yêu cầu kiến thức là 34,1% trong đó nam chiếm 35,1%; nữ chiếm 32,8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy, theo Lâm Quốc Hùng: “Có 64,25% chủ cơ sở và người sản xuất hiểu đúng về điều kiện cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm” [3]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Văn Lượng và cộng sự: “Kiến thức đúng của người trực tiếp sản xuất rượu là tương đối tốt chiếm 56%” [5]. Và theo Võ Ngọc Quý: “Có 34,1% người chế biến thực phẩm có kiến thức ATTP chung đúng” [6]. Nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức ATTP của người sản xuất thấp hơn.

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng thực hành đúng các qui định về con người trong sản xuất (n=138)

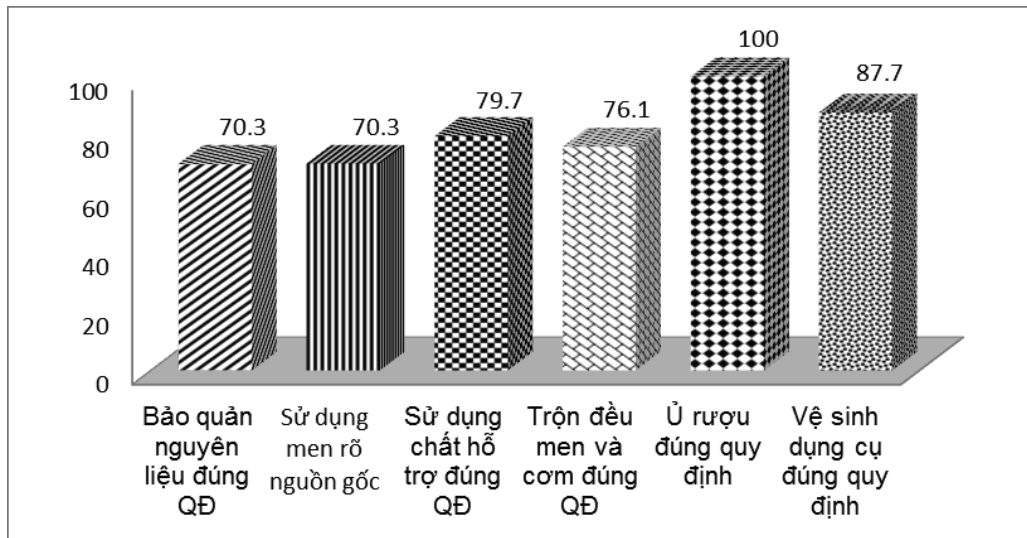
Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Được xác nhận kiến thức ATTP	101	73,2
Được khám sức khỏe định kỳ	106	76,8
Nhân viên sản xuất bia, rượu cần có trang phục bảo hộ và xác nhận kiến thức ATTP	105	76,1
Mang, mặc bảo hộ	35	25,4
Rửa tay đúng quy định	82	59,4
Không hút thuốc, khạc nhổ	133	96,4

Theo bảng kết quả trên cho thấy, đa số các đối tượng đã được khám sức khỏe và cấp giấy xác nhận kiến thức ATTP (76,8% và 73,2%). Đa số các đối tượng không hút

thuốc, khạc nhổ (96,4%); 25,4% người thực hành đúng về mang, mặc bảo hộ; 59,4% người thực hành rửa tay đúng quy định.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đối tượng thực hành đúng bảo quản nguyên liệu và sử dụng chất hỗ trợ trong sản xuất rượu (n=138)



Theo kết quả biểu đồ trên, hầu hết các đối tượng thực hành đúng về ủ rượu và cân đong nguyên liệu (100%); 70,3% đối tượng bảo quản nguyên liệu và sử dụng men rõ nguồn gốc; 79,7% đối tượng sử dụng chất hỗ trợ đúng quy định; 76,1% đối tượng trộn men và cơm đúng quy định; 87,7% đối tượng vệ sinh dụng cụ đúng quy định (biểu đồ 2). So với các nghiên cứu trước: Theo Lâm Quốc Hùng, có 96,75% chủ cơ sở và người sản xuất có sử dụng nguyên liệu, men rượu có nguồn gốc rõ ràng; 73,5% có kiểm tra độ cồn trong sản phẩm. Tỷ lệ chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất đã khám sức khỏe định kỳ và tham gia xác nhận kiến thức ATTP rất thấp với tỷ lệ lần lượt là 24,0% và 23,0%. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng thực hành đúng về ATTP cao hơn [3].

IV. BÀN LUẬN

Một trong những nhiệm vụ trọng tâm của công tác đảm bảo an toàn thực phẩm ở nước ta là đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục kiến thức khoa học kỹ thuật và pháp luật về an toàn thực phẩm, nhằm nâng cao nhận thức và thực hành của cộng đồng, đặc biệt là người sản xuất, kinh doanh thực phẩm trong vấn đề an toàn thực phẩm. Đây cũng là 1 điều kiện bắt buộc đòi hỏi người trực tiếp tham gia sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm phải tuân thủ đó là: người trực tiếp sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm phải có kiến thức và được học tập (tập huấn) về an toàn thực phẩm.

Sản xuất thực phẩm là một loại hình sản xuất có điều kiện. Vì vậy, trước khi đi vào hoạt động sản xuất thực

phẩm cơ sở phải có giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh và giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện ATTP. Ngoài ra, một trong những điều kiện cần có trong hoạt động sản xuất thực phẩm là yêu cầu đối với chủ cơ sở và người trực tiếp là phải được cấp giấy xác nhận kiến thức về ATTP và khám sức khỏe định kỳ 1 năm/1 lần. Điều kiện chung đối với các cơ sở sản xuất thực phẩm bao gồm: điều kiện cơ sở, điều kiện trang thiết bị dụng cụ, điều kiện về con người.

So với nghiên cứu trước của Lê Minh Uy về kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm của người sản xuất thực phẩm tại An Giang năm 2009 thì chỉ có 2,08% người có kiến thức đúng về ATTP thì nghiên cứu của chúng tôi khá cao.

Điểm trung bình kiến thức về ATTP của người sản xuất, về kiến thức chung là $14 \pm 2,9$; kiến thức chuyên ngành là $8,5 \pm 1,6$; tổng điểm là $22,5 \pm 4,1$. Điểm trung bình kiến thức của nam cao hơn so với nữ ($22,7 \pm 3,9 > 22,2 \pm 4,3$), chủ cơ sở cao hơn so với người trực tiếp ($22,6 \pm 4,2 > 22,4 \pm 4,1$) và người có thời gian làm nghề dưới 5 năm cao hơn người có thời gian làm nghề từ 6 – 10 năm và trên 10 năm ($23,3 \pm 4,0 > 22,4 \pm 4,1 > 21,6 \pm 4,0$). Tuy nhiên sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê vì $p > 0,05$.

Như vậy, theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 36,2% đối tượng đạt yêu cầu về kiến thức chung; có 69,6% đối tượng đạt yêu cầu về kiến thức chuyên ngành; và có 34,1% đối tượng đạt yêu cầu về kiến thức ATTP. Tỷ lệ nam đạt yêu cầu các kiến thức về ATTP cao hơn so với nữ, tỷ lệ ở đối tượng có số năm làm nghề dưới 5 năm là

cao nhất và tỷ lệ ở người trực tiếp sản xuất cao hơn chủ cơ sở. Nhưng tất cả các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả điều tra cho thấy kiến thức, thực hành về ATTP về việc chấp hành các quy định pháp luật của chủ cơ sở, nhân viên trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất rượu Bàu Đá còn chưa cao:

- Tỷ lệ người sản xuất đạt yêu cầu kiến thức chung là 36,2% trong đó nam chiếm 35,1%; nữ chiếm 37,5%. Tỷ lệ người sản xuất đạt yêu cầu kiến thức chuyên ngành là

69,6% trong đó nam chiếm 75,7%; nữ chiếm 62,5%. Tỷ lệ người sản xuất đạt yêu cầu kiến thức là 34,1% trong đó nam chiếm 35,1%; nữ chiếm 32,8%.

- Có 73,2% người đã xác nhận kiến thức ATTP; 76,8% người đã khám sức khỏe định kỳ; 25,4% người thực hành đúng về mang, mặc bảo hộ khi tham gia sản xuất; 59,4% người thực hành rửa tay đúng quy định trước khi tham gia sản xuất và 96,4% người không hút thuốc khạc nhổ khi tham gia sản xuất; có 70,3% người thực hành bảo quản nguyên liệu và sử dụng men rõ nguồn gốc và có 87,7% người thực hành vệ sinh dụng cụ đúng quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Công thương. (2014), Quyết định số 6409/QĐ-BCT ngày 21/7/2014 về việc ban hành danh mục tài liệu, bộ câu hỏi kiểm tra kèm theo đáp án trả lời và chỉ định cơ quan có thẩm quyền tổ chức kiểm tra, cấp giấy chứng nhận tập huấn kiến thức về ATTP đối với chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc trách nhiệm quản lý của Bộ Công thương, Hà Nội.
2. Bộ Y tế. (2012). Thông tư 15/2012/BYT quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm.
3. Lâm Quốc Hùng, Trần Quang Trung, Nguyễn Hùng Long và cộng sự (2014), “Thực trạng về nhận thức, thái độ và thực hành quy định bảo đảm an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất rượu thủ công ở địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2013”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 4(913), tr. 71-74.
4. Lê Minh Uy (2010), “Kiến thức, thái độ, thực hành vệ sinh an toàn của người sản xuất thực phẩm tại An Giang năm 2009”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2(14), tr. 323-326.
5. Nguyễn Văn Lượng và Đỗ Kim Anh (2016), “Đánh giá sự ô nhiễm Aldehyd, Metanol, Furfural trong rượu trắng truyền thống được sản xuất tại 2 huyện Hậu Lộc, Nga Sơn tỉnh Thanh Hóa và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm*, 6(1), tr. 70-75.
6. Võ Ngọc Quý (2010), “Kiến thức và thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến thức ăn đường phố tại xã Bình Chuẩn, huyện Thuận An, tỉnh Bình Dương năm 2010”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 15(1), tr. 142 - 145.
7. World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.
8. World Health Organization European. (2010). *European Status Report on Alcohol and Health 210*.



KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA CHỦ CƠ SỞ, NGƯỜI TRỰC TIẾP SẢN XUẤT NEM CHUA VỀ PHÒNG CHỐNG Ô NHIỄM PHỤ GIA THỰC PHẨM TẠI THÀNH PHỐ THANH HÓA

Đoàn Văn Quang¹, Hoàng Năng Trọng¹, Ninh Thị Nhung²

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nghiên cứu mô tả kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan trong phòng chống ô nhiễm phụ gia thực phẩm của người trực tiếp sản xuất tại 30 cơ sở sản xuất nem chua thuộc thành phố Thanh Hóa, cho thấy:

Tỷ lệ đạt kiến thức chung về phụ gia thực phẩm của đối tượng nghiên cứu 67.6%, trong đó tỷ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm đối tượng là chủ cơ sở hoặc người quản lý là 80% và tỷ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm đối tượng là người trực tiếp sản xuất là 65.5%.

Tỷ lệ thực hành chung đạt yêu cầu theo quy định là 56.2%; trong đó tỷ lệ đạt thực hành chung ở nhóm đối tượng là chủ cơ sở hoặc người quản lý là 73.3% và tỷ lệ đạt thực hành chung ở nhóm đối tượng là người trực tiếp sản xuất là 52.2%.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, phụ gia thực phẩm

ABSTRACT

KNOWLEDGE, PRACTICE OF OWNERS, DIRECT PRODUCER AND SOME RELATED FACTORS IN THE PRODUCTION OF NEM CHUA ABOUT FOOD ADDITIVES CONTAMINATION PREVENTION IN THANH HOA CITY

Using a cross-sectional descriptive research method Describe the knowledge, practice and some related factors in the prevention of food additive contamination of the direct production in 30 nem manufacturing establishments. Thanh Hoa city, shows:

The rate of general knowledge about food additives of the study subjects was 67.6%, in which the rate of general knowledge in the target group is 80% and 80% The object of direct production is 65.5%.

The required compliance rate is 56.2%; The share of common practice in the target group is 73.3% and the rate

of general practice in the group of people who are directly engaged in production is 52.2%.

Key word: Knowledge, practice, food additives

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nem chua là sản phẩm thịt lên men truyền thống được nhiều người ưa chuộng. Đây là sản phẩm giàu giá trị dinh dưỡng, hương vị hài hòa, thơm ngon mang nét văn hoá truyền thống đặc trưng cho mỗi vùng, miền. Sản phẩm được sản xuất chủ yếu theo phương pháp thủ công, nguyên liệu chính là thịt lợn không qua xử lý nhiệt, quá trình “chín” của sản phẩm dựa chủ yếu vào giai đoạn lên men nhờ vi khuẩn (VK) lactic có sẵn trong thịt do đó việc giữ cho sản phẩm có chất lượng ổn định là rất khó khăn và luôn tiềm ẩn nguy cơ về an toàn thực phẩm (ATTP). Để khắc phục việc giữ cho sản phẩm có chất lượng ổn định, kéo dài thời gian bảo quản, tạo màu..., giải quyết vấn đề này người dân đã biết tìm đến và đưa phụ gia thực phẩm (PGTP) vào nem chua và việc sử dụng phụ gia trong chế biến, bảo quản thực phẩm là một việc cần thiết và tất yếu trong xã hội phát triển. Tuy nhiên, ô nhiễm thực phẩm chính là mối đe dọa hàng đầu mà con người phải đối mặt; nhất là ô nhiễm hóa chất phụ gia thực phẩm.

Ở Việt Nam hiện nay, tình trạng sử dụng PGTP đang rất khó khăn trong việc kiểm soát. Hoặc là dùng những phụ gia ngoài danh mục, những phụ gia đã bị cấm, hoặc là dùng quá giới hạn, dùng không đúng cho các chủng loại thực phẩm.

Tại thành phố Thanh Hóa các cơ sở sản xuất thực phẩm trên địa bàn thành phố chủ yếu là các cơ sở sản xuất truyền thống với quy mô nhỏ lẻ hoặc hộ gia đình, đặc biệt là các cơ sở sản xuất nem chua nên việc sử dụng PGTP rất khó kiểm soát; sử dụng phụ gia hóa học trong thực phẩm không hợp lý là nguyên nhân gây ô nhiễm hóa học

1. Chi cục ATTP tỉnh Thanh Hóa

Email: doanvanquang.txadp@gmail.com, SĐT: 0949336137

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 28/04/2018 | » Ngày phản biện: 10/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 30/05/2018

vào thực phẩm gây nguy hại cho sức khỏe người sử dụng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Mô tả kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan trong phòng chống ô nhiễm phụ gia thực phẩm của người trực tiếp sản xuất nem chua tại thành phố Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

Đối tượng: Chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất tại các cơ sở sản xuất nem chua

Địa điểm: thành phố Thanh Hóa, tỉnh Thanh Hóa.

Thời gian từ 06/2017 đến 04/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu phỏng vấn người sản xuất được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

Z: là hệ số tin cậy, lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$ và tra bảng ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: 85% là tỷ lệ người chế biến có kiến thức, thực hành đúng theo nghiên cứu Hà Văn Giáp năm 2010 về khảo sát tình hình ô nhiễm thực phẩm do hóa chất độc trong thức ăn chế biến sẵn).

Thay số liệu vào công thức ta tính được $n = 196$. Dự trừ 10% đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, mẫu nghiên cứu là 210 đối tượng nghiên cứu.

2.2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Chọn đối tượng để phỏng vấn: Mỗi cơ sở sản xuất nem có khoảng 5-7 người trực tiếp tham gia sản xuất, chọn toàn bộ người trực tiếp sản xuất và toàn bộ chủ cơ sở để phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Phỏng vấn trực tiếp về kiến thức và thực hành về ATTP đối với người tham gia sản xuất: theo bộ công cụ đã chuẩn bị trước (phụ lục mẫu số 2). Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu

2.3. Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. 1. Tỷ lệ đối tượng biết một số khái niệm về phụ gia thực phẩm theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Khái niệm	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Là thực phẩm	03	10.0	163	90.5	166	79.0
Là một phần của thực phẩm	03	10.0	163	90.5	166	79.0
Không phải là thực phẩm	21	70.0	23	12.7	44	21.0
Là chất cho thêm vào để cải thiện đặc tính của thực phẩm	27	90.0	116	64.4	143	68.1

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ hiểu biết về các khái niệm phụ gia thực phẩm, theo đó 79% đối tượng nhận biết phụ gia thực phẩm không phải là thực phẩm và không phải là một phần của thực phẩm, có một số lượng lớn đối tượng nghiên cứu cho rằng PGTP là thực phẩm hoặc không biết vấn đề này (chiếm 21%), 68.1%

đối tượng cho rằng PGTP là chất cho thêm vào để cải thiện đặc tính của thực phẩm, còn lại có tới 31,1% đối tượng nghiên cứu không biết hoặc trả lời sai. Trong đó tất cả nhóm đối tượng là chủ cơ sở hiểu biết về các khái niệm phụ gia thực phẩm cao hơn nhóm đối tượng trực tiếp sản xuất.



Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết kiến thức về các PGTP được phép sử dụng theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Tiêu chí (các chất)	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Hàn the	3	10.0	18	10.0	21	10.0
Chất điều vị Mononatri glutamat (mỳ chính)	30	100	151	83.9	181	86.2
Phẩm màu tự nhiên hoặc nhân tạo không có tính kiềm	15	50.0	86	47.8	101	48.1
Chất tạo ngọt Aspartame, neotam (đường ăn kiêng)	13	43.3	77	42.8	90	42.9
Formol	2	6.7	32	17.8	34	16.2
Chất bảo quản, chống mốc Kali nitrite	25	83.3	45	25.0	65	31.0
Thạch agar	12	40.0	76	42.2	88	41.9

Kết quả bảng 3.2. cho thấy số đối tượng nghiên cứu nhận biết đúng phụ gia thực phẩm được phép sử dụng là chưa cao, có 86.2% đối tượng cho rằng chất điều vị mononatri glutamat (mỳ chính) là PGTP, tiếp đến là tự nhiên hoặc nhân tạo không có tính kiềm (chiếm 48.1%),

các chất tạo ngọt Aspartame, neotam (đường ăn kiêng) chiếm 42,9%, thạch agar chiếm 41.9%, các chất bảo quản, chống mốc chiếm 31%); vẫn còn một số lượng đối tượng nghiên cứu cho rằng hàn the và formol là phụ gia thực phẩm được phép sử dụng (chiếm tỷ lệ 10% và 16.2%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết kiến thức về một số tác dụng của phụ gia thực phẩm theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Tác dụng của phụ gia thực phẩm	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bảo quản thực phẩm được lâu hơn	30	100.0	141	78.3	171	81.4
Không tạo nên giá trị thương phẩm cho sản phẩm	21	70.0	32	17.8	53	25.2
Tạo màu sắc bắt mắt cho thực phẩm	25	83.3	144	80.0	169	80.5
Tạo ra nhiều hương vị yêu thích cho người sử dụng	25	83.3	140	77.8	165	78.6
Có thể thay thế được các loại thực phẩm truyền thống	17	56.7	16	8.9	33	15.7

Bảng trên cho thấy có 81.4% đối tượng nghiên cứu cho rằng phụ gia thực phẩm giúp bảo quản thực phẩm được lâu hơn, 80.5% đối tượng nghiên cứu cho rằng sử dụng PGTP trong chế biến thực phẩm sẽ tạo màu sắc bắt mắt cho thực phẩm, có 78.6% đối tượng nghiên cứu cho rằng sử dụng PGTP sẽ tạo ra nhiều

hương vị yêu thích cho người sử dụng; vẫn còn 25.2% đối tượng nghiên cứu khi được hỏi trả lời không biết hoặc cho rằng PGTP không tạo nên giá trị thương phẩm cho sản phẩm và 15.7% đối tượng nghiên cứu cho rằng PGTP có thể thay thế được các loại thực phẩm truyền thống.

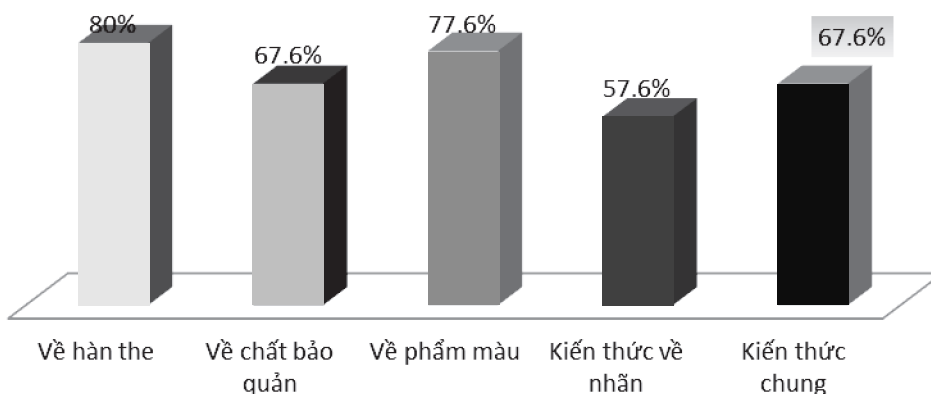
Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết kiến thức về chất bảo quản theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Tiêu chí	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tất cả các chất bảo quản hiện nay đều được phép sử dụng trong chế biến thực phẩm	9	30.0	46	25.6	55	26.2
Chỉ có những chất bảo quản nằm trong danh mục cho phép của cơ quan nhà nước có thẩm quyền mới được sử dụng để chế biến thực phẩm	30	100.0	142	78.9	172	81.9
Chất bảo quản giúp cho thực phẩm lâu chua, khô lên men, lên mốc, bảo quản thực phẩm lâu hơn	27	90.0	141	78.3	168	80.0
Sử dụng chất bảo quản trong chế biến thực phẩm nhất thiết phải đúng liều lượng theo quy định	25	83.3	161	89.4	186	88.6
Dùng liều cao có thể gây dị ứng, đầy hơi, đầy bụng, khó tiêu; thậm chí có thể gây ngộ độc, ung thư	23	76.7	136	75.6	159	75.7

Kết quả cho thấy có 81.9% đối tượng nghiên cứu khi được hỏi cho rằng chỉ có những chất bảo quản nằm trong danh mục cho phép của cơ quan nhà nước có thẩm quyền mới được sử dụng để chế biến thực phẩm, 80% đối tượng cho rằng sử dụng chất bảo quản trong chế biến thực phẩm sẽ giúp cho thực phẩm lâu chua, khô lên men, lên mốc,

bảo quản được lâu, có 88.6% đối tượng nghiên cứu cho rằng sử dụng chất bảo quản trong chế biến thực phẩm nhất thiết phải đúng liều lượng theo quy định; tuy nhiên vẫn còn 26.2% đối tượng nghiên cứu khi được hỏi cho rằng tất cả các chất bảo quản hiện nay đều được phép sử dụng trong chế biến thực phẩm.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đạt kiến thức chung về phụ gia thực phẩm của đối tượng nghiên cứu theo vị trí đảm nhiệm (n=210)



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ đạt chung về kiến thức phòng chống ô nhiễm phụ gia thực phẩm theo quy định là (67.6%), trong đó đạt cao kiến thức về hàn the (80%); thấp nhất là kiến thức về việc công bố chất lượng sản phẩm 56.7% và kiến thức về nhãn sản phẩm của phụ gia thực phẩm.

Bảng 3.5. Tỷ lệ đối tượng thực hành đạt về điều kiện con người trong sản xuất theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Tiêu chí	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đã được xác nhận kiến thức về ATTP	27	90.0	124	68.9	155	73.8
Đã được khám sức khỏe định kỳ theo quy định	27	90.0	106	58.9	137	65.2
Thực hiện mang, mặc bảo hộ lao động đúng quy định	11	36.7	67	37.2	78	37.1
Vệ sinh cá nhân	24	80.0	99	55.0	123	58.6

Bảng trên cho thấy tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao nhất là đã được xác nhận kiến thức ATTP 73.8%; thấp nhất là thực hành mang, mặc bảo hộ lao động đúng quy định 37.1%. Còn lại tương đối thấp là tỷ lệ thực hành khám sức khỏe và vệ sinh cá nhân lần lượt là 65.2%, 58.6%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đối tượng thực hành đạt về lựa chọn và sử dụng phụ gia để sản xuất, chế biến thực phẩm theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Tiêu chí	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Xem nhãn, mác, hạn dùng của chất phụ gia sử dụng	27	90.0	152	84.4	179	85.2
Đọc hướng dẫn sử dụng của phụ gia	27	90.0	151	83.9	168	80.0
Sử dụng phụ gia được phép sử dụng	28	93.3	148	82.2	176	83.3
Cân, đong khối lượng nguyên liệu thực phẩm	27	90.0	112	62.2	139	66.2
Cân, đong khối lượng phụ gia sử dụng	12	40.0	48	26.7	60	28.6
Trộn đều hỗn hợp chế biến	30	100	121	67.2	151	71.9
Ước lượng theo thói quen	18	60.0	43	23.9	61	29.0

Bảng 3.6. cho thấy tỷ lệ đạt cao một số kiến thức khác về xem nhãn, mác, hạn dùng của chất phụ gia sử dụng, sử dụng phụ gia được phép sử dụng và đọc hướng dẫn sử dụng của phụ gia lần lượt là 85.2%, 83.3% và 80%. Kiến thức có tỷ lệ đạt thấp nhất là cân, đong khối lượng phụ gia theo thói quen chiếm 28.6%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ đối tượng thực hành đạt chung của đối tượng nghiên cứu theo vị trí đảm nhiệm (n=210)

Vị trí đảm nhiệm Thực hành	Chủ cơ sở (n=30)		Người trực tiếp sản xuất (n=180)		Chung (n=210)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thực hành về điều kiện con người trong sản xuất	24	80.0	88	48.9	112	51.0	>0,05
Thực hành lựa chọn và sử dụng phụ gia để sản xuất, chế biến thực phẩm	21	70.0	97	54.0	118	56.2	>0,05
Thực hành chung	22	73.3	94	52.2	116	56.2	>0,05

Bảng trên cho thấy thực hành chung thực hành của đối tượng nghiên cứu với 54.3% đạt yêu cầu, trong đó nhóm đối tượng chủ cơ sở hoặc người quản lý có tỷ lệ đạt cao (73.3%) so với nhóm đối tượng trực tiếp sản xuất (52.2%). Thực hành về điều kiện con người trong sản xuất với tỷ lệ đạt 51%; thực hành lựa chọn và sử dụng phụ gia để sản xuất, chế biến thực phẩm có điểm trung bình tỷ lệ đạt 56.2%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả về kiến thức chung về phụ gia thực phẩm của đối tượng nghiên cứu 67.6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả về kiến thức đúng của nhóm đối tượng nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2012 [4] khi nghiên cứu 164 chủ cơ sở sản xuất, kinh doanh các nhóm thực phẩm là bún, bánh các loại (chế biến từ bột gạo, bột mì), các cơ sở chế biến giò chả, nem chua, thịt quay, thịt nướng tại Quảng Bình, theo đó có 51,8% đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt 50% số điểm tối đa trở lên. Với kết quả của chúng tôi tuy có tỷ lệ hiểu biết về kiến thức chung trong phòng chống ô nhiễm

phụ gia thực phẩm cao hơn so với những nghiên cứu khác, nhưng tỷ lệ hiểu biết vẫn còn khá thấp so với yêu cầu theo quy định.

Kết quả thực hành chung đạt yêu cầu theo quy định là 56.2%. Tỷ lệ thực hành đạt chung trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2012 cho thấy tỷ lệ đối tượng thực hành đúng là 56,1%[4].

V. KẾT LUẬN

Đã đánh giá được các kiến thức chung về phụ gia thực phẩm của đối tượng nghiên cứu 67.6%, trong đó tỷ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm đối tượng là chủ cơ sở hoặc người quản lý là 80% và tỷ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm đối tượng là người trực tiếp sản xuất là 65.5%.

Đã đánh giá được thực hành chung đạt yêu cầu theo quy định là 56.2%; trong đó tỷ lệ đạt thực hành chung ở nhóm đối tượng là chủ cơ sở hoặc người quản lý là 73.3% và tỷ lệ đạt thực hành chung ở nhóm đối tượng là người trực tiếp sản xuất là 52.2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Cục An toàn thực phẩm (2015), *Quyết định số 37/QĐ-ATTP ngày 02/2/2015 về việc ban hành tài liệu tập huấn kiến thức an toàn thực phẩm*. Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2012). *Thông tư 27/2012/TT-BYT về việc hướng dẫn quản lý phụ gia thực phẩm*. Hà Nội.
3. Trương Đình Định, Phan Thị Thủy, Phan Văn Thu và cộng sự - Trung tâm Y tế dự phòng Quảng Bình, “Nghiên cứu tình hình sử dụng chất phụ gia, bảo quản thực phẩm và đề xuất những quản lý tại các cơ sở sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm trên địa bàn tỉnh Quảng Bình”, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học ATVSTP lần thứ 5, 2009, Cục An toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, tr. 332-339.



4. Nguyễn Thị Thanh Hương (2012). *Thực trạng và giải pháp nâng cao năng lực quản lý việc sử dụng một số phụ gia trong chế biến thực phẩm tại Quảng Bình*, Luận án Tiến sỹ dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng năm 2012.
5. Bộ Y tế (2001), *Quyết định 3742/2001/QĐ-BYT ngày 31/8/2001 về quy định danh mục các chất phụ gia được phép sử dụng trong thực phẩm*, Hà Nội
6. Helen C Roberts, Sanet De Wet, Kirsty Porter, et al. (2014), “The feasibility and acceptability of training volunteer mealtime assistants to help older acute hospital inpatients: the Southampton Mealtime Assistance Study”, *J Clin Nurs*, 23 (21-22): pp. 3240 - 9.
7. Hidetaka Wakabayashi, Hironobu Sashika (2014), “Malnutrition is associated with poor rehabilitation outcome in elderly inpatients with hospital-associated deconditioning a prospective cohort study”, *J Rehabil Med*, 46 (3): pp. 277- 82.
8. Safety assessment of PGTP substances and contaminants. Addition 1: The polychlorin-like biphenyl is not dioxin-like. PGTP of WHO, No. 71-S1, 2016. The toxin list of the 80th meeting
9. Shuchi Rai Bhatt (2010), *Impact Analysis of knowledge Practice for Food Safety in Urban Area of Varanasi*, Pakistan Journal of Nutrition
10. Susana Montoya Montoya, Nora Elena Múnica García (2014), “Effect of early nutritional intervention in the outcome of patients at risk clinical nutrition”, *Nutr Hosp*, 29 (2): pp. 427 - 436.



ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH SỐT RÉT TẠI HUYỆN MINH HÓA, TỈNH QUẢNG BÌNH TỪ NĂM 2013 - 2017

Phạm Văn Chung¹, Vũ Phong Túc², Phạm Văn Trọng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với sự tham gia của 386 người dân huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình và xác định đặc điểm bệnh sốt rét chúng tôi thu được một số kết quả: tỷ lệ bệnh nhân sốt rét trong 5 năm (2013-2017) tại huyện Minh Hóa là 2,0/1000 dân. Tỷ lệ KSTSR trong 5 năm là 1,69/1000 dân, thấp nhất là năm 2017 và cao nhất năm 2014. Tỷ lệ KSTSR/lam máu xét nghiệm là 1,9%. KSTSR loại *P.falciparum* chiếm tỷ lệ 32.5% và *P.vivax* chiếm tỷ lệ 65.5% và tỷ lệ phối hợp là 2,0%. Tình hình BNSR hầu như tháng nào cũng có nhưng nhiều nhất là từ tháng 5 đến tháng 10 và cao điểm là vào tháng 7.

Từ khóa: Bệnh sốt rét, ký sinh trùng

ABSTRACT:

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MALARIA IN MINH HOA DISTRICT, QUANG BINH PROVINCE BETWEEN 2013 AND 2017

The cross-sectional study was implemented among 386 people to identify epidemiological characteristics of malaria in Minh Hoa District, Quang Binh Province between 2013 and 2017. The results showed that the incidence of malaria between 2013 and 2017 in Minh Hoa District was 2.0/1000 population. The ratio of malaria parasite infection was 1.69/1000 population which was the highest in 2014 and the lowest in 2017. The incidence of malaria in a blood sample was 1.9%. The prevalence of *P. falciparum*, *P. vivax* and mixed *P. falciparum/P. vivax* infections were 32.5%, 65.5% and 2.0% respectively. Patients with malaria was observed in almost every month of the year however, the highest prevalence of malaria cases was observed from May to October, and reach a peak in July.

Key words: Malaria, parasite

1. Trung tâm Y tế huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình.

SĐT: 0915848075, Email: phamchungqb@gmail.com

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng Plasmodium gây nên và do muỗi Anopheles truyền từ người bệnh sang người lành. Bệnh thường biểu hiện bằng những cơn sốt rét điển hình với ba triệu chứng: rét run, sốt nóng, toát mồ hôi, cơn sốt rét kéo dài 2 - 3 giờ. Bệnh gây tác hại trực tiếp đến thể chất, tính mạng con người và ảnh hưởng đến sự phát triển kinh tế, văn hóa xã hội của cộng đồng, của quốc gia, thậm chí cả một khu vực trên thế giới. Năm 1991, cả nước xảy ra 144 vụ dịch sốt rét, trên 1 triệu người mắc và gần 5 nghìn người chết do sốt rét. Đến năm 2015, theo Báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, cả nước còn 19 nghìn trường hợp mắc và 3 trường hợp tử vong do sốt rét và không có dịch sốt rét xảy ra.

Để có thêm những thông tin về đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt rét, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt rét tại huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình từ năm 2013 - 2017

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Minh Hoá, tỉnh Quảng Bình. Quảng Bình là một tỉnh có 6 huyện và 1 thành phố.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh án, sổ sách ghi chép, tài liệu lưu trữ về quản lý, điều trị, theo dõi BNSR ở 15 xã và 1 thị trấn và ở Bệnh viện đa khoa huyện từ 2013-2017.

- Người dân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, dân tộc, tôn giáo đã sống trên địa bàn nghiên cứu tối thiểu từ 12 tháng trở lên tại 3 xã Dân Hóa, Trọng Hóa và Trung Hóa.

* Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/8/2017 - tháng 30/5/2018.

- Tiến hành hồi cứu các thông tin về tình hình sốt rét từ tháng 1/2013 - 12/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu ngang mô tả có phân tích

Chọn mẫu và cỡ mẫu

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

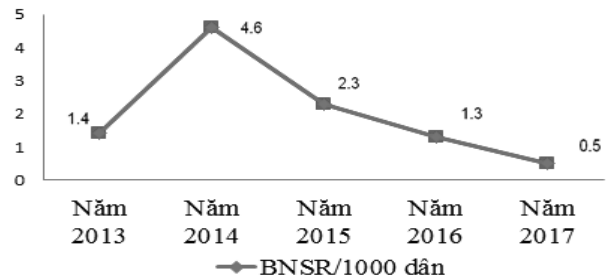
Từ công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu là 384 người trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 386 người dân

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu đã được nhập máy tính và phân tích dựa trên phần mềm EPI DATA ENTRY 3.1 và phân tích, xử lý số liệu theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân sốt rét tại địa bàn nghiên cứu dao động theo từng năm và có xu hướng giảm dần. Năm 2013 tỷ lệ sốt rét mới là 1,4/1000 dân, đến năm 2014 là 4,6/1000 dân, năm 2015 là 2,3/1000 dân, năm 2016 là 1,3/1000 dân và đến năm 2017 sốt rét tại địa bàn nghiên cứu là 0,5/1000 dân. Trong 5 năm tỷ lệ BNSR/1000 dân là 0,2.

Bảng 3.1. Tỷ lệ ký sinh trùng sốt rét/1000 dân theo vùng sốt rét lưu hành

Vùng SRLH/ KSTSR Năm	Vùng 3			Vùng 4			Vùng 5		
	Dân số	KST SR	TL/ 1000 dân	Dân số	KST SR	TL/ 1000 dân	Dân số	KSTSR	TL/ 1000 dân
2013	33.552	12	0,36	9.371	17	1,81	7.445	17	2,28
2014	34.414	24	0,70	9.564	18	1,88	7.597	180	23,69
2015	34.545	11	0,32	9.414	8	0,85	7.488	83	11,08
2016	35.587	0	-	9.769	1	0,10	8.184	49	5,99
2017	36.917	3	0,81	9.989	2	0,20	7.620	17	2,23
Tổng	175.015	50	0,29	38.118	46	1,21	30.714	346	11,27

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tình hình sốt rét năm 2014 và năm 2015 ở Vùng 5 nặng nề hơn so với 2 vùng còn lại. Chung cả 5 năm, tỷ lệ nhiễm KST SR ở vùng 5 là 11,27, cao hơn gấp 9 lần so với vùng 4 là 1,21 và

cao hơn gấp 38 lần so với vùng 3 là 0,29. Tỷ lệ này ở vùng 5 và vùng 4 có xu hướng giảm dần theo năm và (11,2/1000 dân so với 1,29/1000 dân). Riêng vùng 3 có xu hướng tăng dần.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét được chẩn đoán bệnh

Dân tộc	Dân tộc Kinh		Dân tộc Chứt, Khùa, Mày		p
	n	%	n	%	
Chẩn đoán					
Sốt rét lâm sàng	63	36,8	12	3,4	< 0,05
Sốt rét có KST	108	63,2	338	96,6	
Tổng	171	100	350	100	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sốt rét lâm sàng nhóm dân tộc Chứt, Khùa, Mày là 3,4%; BNSR lâm sàng nhóm dân tộc Kinh là 36,8%. Trong khi đó BNSR có ký sinh trùng ở nhóm dân tộc Chứt, Khùa, Mày cao hơn

hắn chiếm 96,6%; nhóm dân tộc Kinh BNSR có ký sinh trùng chiếm 63,2%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân có ký sinh trùng sốt rét theo dân tộc

KSTSR	Dân tộc	Dân tộc Kinh		Dân tộc Chứt, Khùa, Mày		Chung (n=446)		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
P.f		49	45,4	96	28,4	145	32,51	< 0,01
P.v		57	52,8	235	69,5	292	65,47	
PH P.v + P.f		2	1,8	7	2,1	9	2,02	
Tổng		108	100	338	100	446	100	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm P. vivax cao hơn bệnh nhân nhiễm P. falciparum. Ở nhóm dân tộc Kinh tỷ lệ nhiễm giữa 2 loài ngang nhau nhưng ở nhóm dân tộc Chứt, Khùa, Mày thì bệnh nhân nhiễm P. vivax chiếm tỷ lệ 69,5% cao hơn gấp 2 lần so với loài P.

falciparum (28,4%). Trong khi đó nhiễm phối hợp cả 2 nhóm đều thấp, ở nhóm dân tộc Kinh là 1,8% và nhóm dân tộc Chứt, Khùa, Mày là 2,1%. Tỷ lệ chung P. falciparum chiếm tỷ lệ 32,51%, P. vivax chiếm tỷ lệ 65,47 % và phối hợp 2,02%.

Bảng 3.4. Phân bố ký sinh trùng sốt rét theo vùng sốt rét lưu hành

Năm	KSTSR	Tổng số	P.f		P.v		P.f+P.v	
			SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Vùng 3		50	25	17,2	25	8,6	0	-
Vùng 4		48	18	12,4	29	9,9	1	11,1
Vùng 5		348	102	70,4	238	81,5	8	88,9
Tổng		446	145	100	292	100	9	100

Kết quả bảng 3.4 cho thấy có ký sinh trùng sốt rét ở vùng 5 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ P.falciparum chiếm 70,4%, P.vivax chiếm tỷ lệ 81,5 và thể phối hợp chiếm

88,9%. Ở vùng 4 tỷ lệ P.falciparum chiếm 12,4%, P.vivax chiếm tỷ lệ 11,1% và vùng 3 chỉ có P.falciparum 17,2% và P.vivax chiếm tỷ lệ 8,6%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét mắc mới theo mùa

Năm	Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		2013		2	3	5	1	4	10	8	7	21	7
2014		9	2	7	30	32	18	58	9	11	51	10	1
2015		7	5	13	10	21	14	22	3	7	4	8	2
2016		4	3	6	3	12	17	8	10	4	0	0	1
2017		2	4	1	1	3	4	1	1	7	1	1	3
Tổng		24	17	32	45	72	63	97	30	50	63	19	9



Qua bảng 3.5 cho thấy năm 2013 số lượng BNSR xuất hiện nhiều vào tháng 6 và tháng 9; năm 2014 số lượng BNSR xuất hiện nhiều vào tháng 4 đến tháng 10; Năm 2015 số lượng BNSR hiện nhiều vào tháng 3 đến tháng 7; năm 2016 số lượng BNSR xuất hiện nhiều vào tháng 5 đến tháng 8 và năm 2017 số lượng BNSR xuất hiện nhiều vào tháng 7. Như vậy, tình hình BNSR hầu như tháng nào cũng có nhưng nhiều nhất vẫn từ tháng 5 đến tháng 10 và cao điểm nhất vào tháng 7.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân sốt rét tại địa bàn nghiên cứu dao động theo từng năm và có xu hướng giảm dần. Tính theo địa bàn nghiên cứu thì tỷ lệ bệnh nhân sốt rét của vùng 5 dao động từ 2,42 đến 24,48 trên 1000 dân, của vùng 4, tỷ lệ này thấp hơn, dao động từ 0,4 đến 2,67 trên 1000 dân và vùng 3 có tỷ lệ dao động 0,16 đến 0,87 trên 1000 dân. Theo tiêu chuẩn phân vùng dịch tễ thì vùng 3 và vùng 4 thấp hơn so với tiêu chuẩn phân vùng còn vùng 5 đúng như tiêu chuẩn phân vùng dịch tễ. Qua kết quả bảng 3.3 nhận thấy tỷ lệ KSTR/1000 dân tại địa bàn nghiên cứu dao động từ 0,4 - 4,3/1000 dân trong 5 năm, cao nhất vào năm 2014 là 4,3 và thấp nhất năm 2017 là 0,4, năm 2015 là 2,0 đến 2016, là 0,97/1000 dân số. Tỷ lệ chung KSTR/1000 dân trong 5 năm là 1,69, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Khang Sơn và

CS (2011) tại Thạch An, Cao Bằng là 0,4, thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Hà tại Quảng Trị trong 5 năm tỷ lệ này là 14,5. Trong 5 năm 2013-2017 tại địa bàn nghiên cứu tồn tại KSTR là P.falciparum, P.vivax và phối hợp giữa KSTR là P.falciparum và P.vivax. Tỷ lệ P.falciparum dao động từ 0 đến 73,8. Tỷ lệ P.falciparum cao nhất vào năm 2014 và năm 2016 không có BNSR có KST. Tỷ lệ phối hợp P.falciparum và P.vivax chỉ phát hiện vào năm 2013 là 22,2, và năm 2014 là 77,8. Tỷ lệ sốt rét do KST P.vivax từ năm 2015 trở lại đây cao hơn P. falciparum. Tính chung trong 5 năm thì tỷ lệ P.vivax chiếm 65,5% cao hơn khoảng 2 lần so với loại P.falciparum(32,5%).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét trong 5 năm (2013-2017) tại huyện Minh Hóa là 2,0/1000 dân. Cao nhất vào năm 2014 và thấp nhất vào năm 2017 (4,6/1000 dân so với năm 0,5/1000 dân).

- Tỷ lệ KSTR trong 5 năm là 1,69/1000 dân, thấp nhất là năm 2017 và cao nhất năm 2014.

- Tỷ lệ KSTR/lam máu xét nghiệm là 1,9%. KSTR loại P.falciparum chiếm tỷ lệ 32.5% và P.vivax chiếm tỷ lệ 65.5% và tỷ lệ phối hợp là 2,0%.

- Tình hình BNSR hầu như tháng nào cũng có nhưng nhiều nhất là từ tháng 5 đến tháng 10 và cao điểm là vào tháng 7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Hiệp (2011), Nghiên cứu thực trạng và các yếu tố liên quan đến mắc sốt rét tại xã Đăk Nhau, huyện Bù Đăng, tỉnh Bình Phước, luận văn thạc sĩ y học-Trường Đại học Tây Nguyên.
2. Hoàng Hà (2014), Nghiên cứu thực trạng sốt rét và đánh giá kết quả can thiệp phòng chống sốt rét tại một số xã biên giới của huyện Hướng Hóa, tỉnh Quảng Trị, Luận án tiến sĩ y học – Đại học Huế.
3. Huỳnh Hồng Quang, Triệu Nguyên Trung, Nguyễn Văn Chương và cộng sự (2013), Sốt rét ác tính do Plasmodium vivax báo cáo ca bệnh tại tỉnh Bình Định và tổng hợp y văn thế giới, Y học TP. Hồ Chí Minh Tập 17 - Phụ bản của Số 1, tr.50.
4. Nguyễn Khang Sơn, Phạm Trung Kiên (2011), thực trạng bệnh sốt rét và công tác phòng chống sốt rét tại Thạch An, Cao Bằng từ năm 2007-2009, Tạp chí Y học Thực hành, (783), số, tr. 9.
5. Zhou G, Delenasaw Yewhalaw, et al. (2016), Analysis of asymptomatic and clinical malaria in urban and suburban settings of southwestern Ethiopia in the context of sustaining malaria control and approaching elimination, Zhou et al. Malar J, 15, pp. 250.

THỰC TRẠNG THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ ARV VỀ VI RÚT HỌC Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ DỊCH VỤ Y TẾ TẠI MỘT SỐ TỈNH, THÀNH PHỐ NĂM 2016-2017

Tống Thị Linh An¹, Đỗ Thị Nhân¹, Trần Xuân Bách²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 160 cơ sở điều trị thuộc 15 tỉnh/thành phố có triển khai xét nghiệm tải lượng HIV thường quy trong theo dõi điều trị HIV/AIDS trong năm 2016-2017 đã cho thấy tỷ lệ thất bại điều trị về mặt vi rút học trên bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV là 1,3%. Tỷ lệ thất bại điều trị ở nam giới cao hơn nữ giới. Với độ tuổi càng nhỏ, tỷ lệ thất bại điều trị càng lớn (tỷ lệ TBĐT: 2,4% ở nhóm tuổi dưới 18 tuổi) và độ tuổi càng cao tỷ lệ thất bại điều trị càng thấp (tỷ lệ TBĐT: 0,7% ở nhóm tuổi trên 49 tuổi). Sự phân cấp các tuyến và vị trí đặt cơ sở điều trị không ảnh hưởng đến tỷ lệ thất bại điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS. Việc kiện toàn cơ sở điều trị, cung cấp và thanh toán các dịch vụ điều trị HIV/AIDS qua bảo hiểm y tế có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tỷ lệ thất bại điều trị ARV trên bệnh nhân HIV/AIDS.

Từ khóa: Thất bại điều trị HIV/AIDS, tải lượng HIV thường quy, thất bại vi rút.

SUMMARY:

ANTIRETROVIRAL TREATMENT VIROLOGY FAILURE STATUS ON HIV/AIDS PATIENTS AND SOME RELATED FACTORS OF MEDICAL SERVICES IN SOME PROVINCES, 2016-2017

The research was conducted on 160 HIV/AIDS treatment facilities in 15 provinces/cities where have implemented the viral load test for monitoring the effectiveness of HIV/AIDS treatment in 2016-2017 showed the rate of treatment virology failure on HIV/AIDS patients on antiretroviral treatment is 1.3%. Treatment failure rate in male is higher than female. The smaller age, the higher treatment failure rate (2.4% in the age group under 18 years old), and the higher age, the lower treatment failure rate (0.7% in the age group above 49

years old). Decentralization and the location of treatment facility does not related to the HIV/AIDS treatment failure rate. The consolidation, provide HIV/AIDS services through health insurance and reimbursement affect the effectiveness of the ARV treatment and treatment failure rate on HIV/AIDS patients.

Keywords: HIV/AIDS treatment failure, Viral load routine, virology failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dõi và đánh giá hiệu quả phát hiện sớm thất bại điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS là đòi hỏi cấp thiết trong bối cảnh mở rộng nhanh chóng phạm vi bao phủ của dịch vụ điều trị ARV trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Quyết định chuyển phác đồ điều trị cho bệnh nhân HIV được đưa ra sau khi chẩn đoán thất bại điều trị. Nếu người bệnh thất bại điều trị với phác đồ kháng HIV bậc 1 sẽ được chuyển sang phác đồ kháng HIV bậc 2. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, tỷ lệ thất bại điều trị về vi-rút học và kháng thuốc điều trị HIV đang có xu hướng gia tăng đáng kể. Ở Việt Nam, tình trạng này dao động theo từng địa bàn nghiên cứu và cũng đang có sự gia tăng theo xu hướng chung của thế giới. Xét nghiệm đo lường tải lượng vi rút HIV được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và hiệu quả điều trị ARV, đồng thời được khuyến cáo thực hiện thường quy 12 tháng một lần. Tuy nhiên trước đây nguồn lực còn hạn chế, việc theo dõi tải lượng HIV vẫn còn gặp nhiều rào cản về kỹ thuật và tài chính, chi phí cho xét nghiệm tải lượng HIV vẫn còn ở mức cao, do đó, nhiều người bệnh đã điều trị kéo dài nhưng chưa được tiến hành đo lường tải lượng HIV định kỳ và chưa biết được hiệu quả điều trị của bản thân. Thực hiện khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và Hướng dẫn Quốc gia mới nhất về Chăm sóc điều trị HIV/AIDS của Việt Nam, từ năm 2016 PEPFAR và dự án Quỹ

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế. Email: linhantt@gmail.com

2. Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội

» Ngày nhận bài: 17/05/2018 | » Ngày phản biện: 24/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 09/06/2018

toàn cầu đã hỗ trợ Chính phủ Việt Nam cung cấp dịch vụ xét nghiệm đo tải lượng HIV thường quy song song cùng với xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân nghi ngờ thất bại điều trị trong theo dõi hiệu quả điều trị tại một số tỉnh do dự án hỗ trợ mở ra cơ hội tiến hành các nghiên cứu đánh giá mức độ đáp ứng điều trị HIV/AIDS về vi rút học, cũng như tìm hiểu những yếu tố đặc trưng của Việt Nam có ảnh hưởng đến hiệu quả của điều trị ARV. Các kết quả nghiên cứu này là cơ sở khoa học quan trọng trong việc phát triển các can thiệp nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị ARV, thúc đẩy chiến lược mở rộng tiếp cận điều trị ARV cho tất cả các bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam. Mục đích của nghiên cứu này để mô tả thực trạng thất bại điều trị về vi rút học ở bệnh nhân điều trị HIV/AIDS và mô tả một số yếu tố dịch vụ y tế có liên quan đến tỷ lệ thất bại điều trị ARV về vi rút học ở bệnh nhân HIV/AIDS tại một số tỉnh/thành phố năm 2016-2017 tại một số tỉnh/thành phố năm 2016-2017

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cách thức tiến hành

- Thời gian: Từ tháng 01/9/2016- 31/10/2017
- Địa điểm: 160 cơ sở điều trị HIV/AIDS có triển khai XN TLHIV tại 15 tỉnh, thành phố, thỏa mãn điều kiện:

+) Là nơi cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS

+) Đã triển khai xét nghiệm tải lượng HIV trong theo dõi điều trị HIV/AIDS

2.3. Cỡ mẫu

39.156 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại 160 cơ sở điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS thuộc 15 tỉnh được lựa chọn.

- Số liệu sau khi thu thập và nhập liệu được làm sạch, xử lý và phân tích trên phần mềm STATA 14.0. Các kết quả phân tích và trình bày số liệu được dựa trên thứ tự 2 mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1 : Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

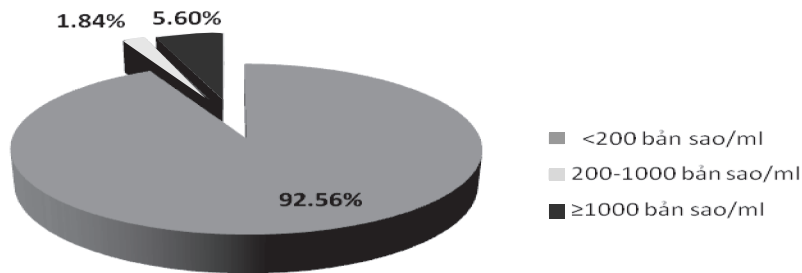
Đặc trưng	Chỉ số	Xét nghiệm lần 1				Xét nghiệm lần 2			
		Tổng số BN	Tỷ lệ %	Kết quả >200	Tỷ lệ %	Tổng số BN	Tỷ lệ %	Kết quả >1000	Tỷ lệ %
Tuổi	<18	1.600	4,1%	157	13,8%	46	1,9%	30	65,2%
	19-29	4.468	11,4%	363	8,1%	266	11,1%	60	22,6%
	30 – 39	18.647	47,6%	1.450	7,8%	1.177	48,9%	266	22,6%
	40 – 49	11.540	29,5%	700	6,1%	735	30,5%	123	16,7%
	> 49 tuổi	2.901	7,4%	177	6,1%	171	7,1%	21	12,3%
Giới tính	Nam	25.861	66,1%	1.063	8,0%	1.604	66,6%	366	22,8%
	Nữ	13.295	33,9%	849	6,4%	803	33,4%	142	17,7%
Phân loại cơ sở	BV TW	780	2%	46	5,9%	2	0,1%	1	-
	BV tỉnh	5.312	13,6%	651	12,3%	237	9,8%	81	34,2%
	BV huyện	5.869	15%	601	10,2%	227	9,4%	73	32,2%
	TTPC AIDS	820	2,1%	64	7,8%	11	0,5%	3	27,3%
	TTYT 1 chức năng	22.760	58,1%	1.327	5,8%	1.778	73,9%	317	17,8%
	TTYT 2 chức năng	2.582	6,6%	181	7,0%	108	4,5%	24	22,2%
	Khác	1.033	2,6%	42	4,1%	44	1,8%	9	20,5%
Tổng		39.156		2.912	7,4%	2.407		508	21,1%

Nghiên cứu được tiến hành với 39.156 bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS, nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ tương ứng là 66,1% (25.861 bệnh nhân) và 33,9% (13.295 bệnh nhân). Nhóm tuổi từ 30-39 chiếm số lượng nhiều nhất 47,6% (tương ứng 11.540 bệnh nhân); nhóm tuổi dưới 18 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,1% (1.600 BN).

Có 2.912 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm lần 1 trên 200 bản sao/ml, chiếm tỷ lệ 7,4%, 82,7% (2.407) bệnh nhân trong nhóm này được làm lại xét nghiệm lần 2 để khẳng định thất bại điều trị HIV/AIDS, 21,1% bệnh nhân làm xét nghiệm tải lượng HIV lần 2 có kết quả xét nghiệm trên 1000 bản sao/ml.

3.2. Kết quả thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV

Biểu đồ 1: Kết quả thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV



Kết quả nghiên cứu cho thấy: 5,6% bệnh nhân HIV/AIDS có kết quả xét nghiệm trên 1000 bản sao/ml, 1,84% bệnh nhân có kết quả từ 200-100 bản sao/ml và

chiếm tỷ lệ cao nhất là 92,6% bệnh nhân có kết quả dưới 200 bản sao/ml.

3.3. Tỷ lệ thất bại điều trị

Bảng 2: Tỷ lệ thất bại điều trị chung

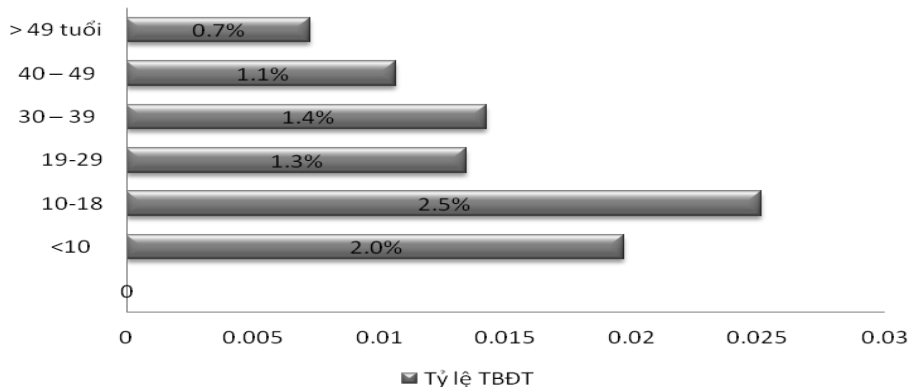
	Số BN có kết quả >200 bản sao/ml lần 1	Số được làm XN lần 2	Kết quả >1000 bản sao lần 2	Số BN TBĐT
Số bệnh nhân	2.912	2407	508	508
Tỷ lệ	7,44%	82,66%	21,11%	1,30%

Kết quả bảng trên cho thấy: Có 508 bệnh nhân trên tổng số 2.407 bệnh nhân được làm XN TLHIV lần 2 có kết quả trên 1000 bản sao và được kết luận là thất bại điều trị HIV/

AIDS. Tỷ lệ bệnh nhân thất bại điều trị HIV/AIDS về mặt vi rút học là 1,3% tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

3.4. Tỷ lệ thất bại điều trị theo nhóm tuổi.

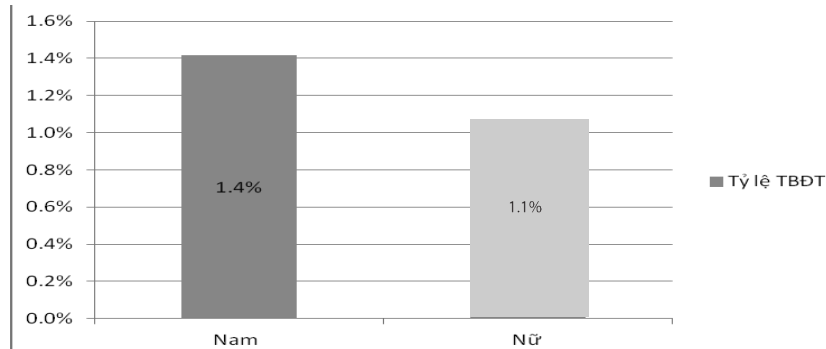
Biểu đồ 2: Tỷ lệ thất bại điều trị theo nhóm tuổi



Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thất bại điều trị tăng (2,4%), thấp nhất ở nhóm bệnh nhân trên 49 tuổi (0,7%).
dần theo độ tuổi, cao nhất ở nhóm bệnh nhân dưới 18 tuổi

3.5. Tỷ lệ thất bại điều trị theo giới tính

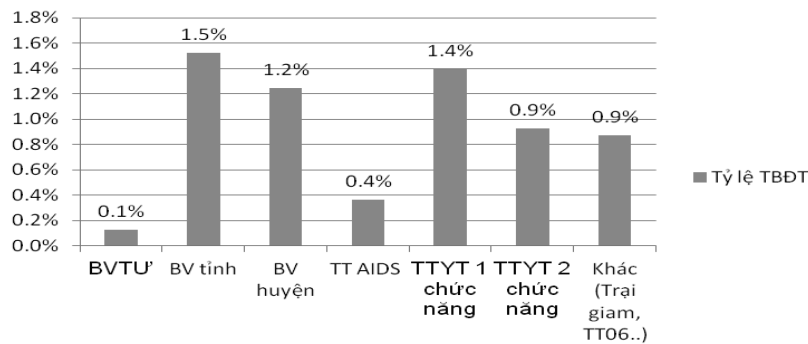
Biểu đồ 3: Tỷ lệ thất bại điều trị theo giới tính



Tỷ lệ thất bại điều trị trong nhóm bệnh nhân là nam (1,4%) cao hơn trong nhóm bệnh nhân là nữ (1,1%).

3.6. Tỷ lệ thất bại điều trị theo loại hình cơ sở điều trị

Biểu đồ 4: Tỷ lệ thất bại điều trị theo loại hình cơ sở điều trị



Tỷ lệ TBĐT thấp nhất ở tuyến trung ương (0,1%) và cao nhất ở tuyến tỉnh (1,5%).

3.7. Mối liên quan giữa phòng khám các tuyến và tỷ lệ TBĐT

Bảng 3: So sánh tỷ lệ thất bại điều trị giữa CSĐT tuyến tỉnh và tuyến trung ương

	TBĐT thấp	TBĐT cao	p
PK tuyến TW	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,53 (fisher's exact)
PK tuyến tỉnh	13 (50%)	13 (50%)	

Tỷ lệ thất bại điều trị cao tại các phòng khám tuyến tỉnh cao hơn so với tuyến trung ương, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: So sánh tỷ lệ thất bại điều trị giữa CSĐT tuyến tỉnh và CSĐT tuyến huyện

	TBĐT ≤ 1,3%	TBĐT > 1,3%	p
PK tuyến tỉnh	13 (50%)	13 (50%)	0,88 (chi2)
PK tuyến huyện	27 (48,2%)	39 (51,8%)	

Tỷ lệ thất bại điều trị cao tại các phòng khám tuyến huyện cao hơn so với tỉnh, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5: So sánh tỷ lệ thất bại điều trị giữa các CSĐT tại trung tâm y tế 1 chức năng và trung tâm y tế 2 chức năng

	TBĐT thấp	TBĐT cao	OR (95%CI)	p
TTYT 1 chức năng	21 (87,5%)	3 (12,5%)	1	0,003 (chi2)
TTYT 2 chức năng	17 (50%)	17 (50%)	7 (1,54 – 31,85)	

Tỷ lệ thất bại điều trị cao tại các TTYT 2 chức năng cao hơn gấp 7 lần so với TTYT 1 chức năng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6: So sánh tỷ lệ thất bại điều trị giữa cơ sở điều trị thuộc TTTPC HIV/AIDS và trung tâm y tế huyện

	TBĐT thấp	TBĐT cao	P
TTTPC HIV/AIDS	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,29 (fisher's exact)
TTYT 1 và 2 chức năng	38 (65,5%)	20 (34,5%)	

Tỷ lệ thất bại điều trị của nhóm cơ sở điều trị tại TTTPC HIV/AIDS cao hơn so với TTYT 1 chức năng và 2 chức năng.

3.8. Mối liên quan giữa tình hình kiện toàn và tỷ lệ TBĐT

Bảng 7: So sánh nguy cơ thất bại điều trị giữa các cơ sở đã ký hợp đồng với BHYT

	TBĐT ≤ 1,3%	TBĐT > 1,3%	OR (95%CI)	p
PK chưa ký hợp đồng vs BHYT	32 (88,9%)	4 (11,1%)	1	<0,00001 (chi2)
PK đã ký hợp đồng vs BHYT	50 (45,1%)	61 (54,9%)	9,76 (2,95 – 32,34)	

Các phòng khám đã ký hợp đồng với BHYT có nguy cơ thất bại điều trị > 1,3% cao gấp 9,76 lần các phòng khám chưa ký hợp đồng với BHYT

Bảng 8: So sánh nguy cơ thất bại điều trị giữa các cơ sở đã cung cấp dịch vụ qua BHYT

	TBĐT thấp	TBĐT cao	OR (95%CI)	p
PK chưa cung cấp dịch vụ qua BHYT	50 (87,7%)	7 (12,3%)	1	<0,00001 (chi2)
PK đã cung cấp dịch vụ qua BHYT	32 (35,6%)	58 (64,4%)	12,95 (4,52 – 37,08)	

Các phòng khám đã được cung cấp dịch vụ qua BHYT có nguy cơ thất bại điều trị > 1,3% cao gấp 12,95 lần các phòng khám chưa ký được cung cấp dịch vụ qua BHYT.

IV. BÀN LUẬN

92,6% bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV có kết quả XN TLHIV dưới 200 bản sao/ml. Theo kết quả tổng hợp từ các nghiên cứu của Trung tâm Kiểm soát và



phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ CDC, khi người bệnh uống thuốc ARV hàng ngày theo chỉ định, đạt được và duy trì tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml sẽ thực sự không có nguy cơ làm lây truyền HIV sang bạn tình HIV âm tính qua con đường quan hệ tình dục. Như vậy, 92,6% bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS không có nguy cơ lây truyền HIV qua con đường tình dục cho bạn tình của họ. Điều này cho thấy, nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị và đạt được hiệu quả điều trị tốt sẽ không những giúp cải thiện sức khỏe của bản thân, mà còn là một biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Đây là một kết quả khả quan trong bối cảnh 58% người nhiễm HIV mới nhiễm thông qua con đường lây truyền tình dục.

Bên cạnh đó, 1,8% bệnh nhân trong nhóm có kết quả từ 200-1000 bản sao/ml, 5,6% bệnh nhân có kết quả \geq 1000 bản sao/ml có nguy cơ thất bại điều trị, cần được tư vấn và làm xét nghiệm lại sau 3 tháng để khẳng định thất bại điều trị và hội chẩn chuyển phác đồ bậc 2 kịp thời. 94,4% bệnh nhân có kết quả tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế (dưới 1000 bản sao/ml), tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế trên toàn quốc (93,7%). Tuy nhiên, cả 2 tỷ lệ như trên đều đã đạt được mục tiêu 90 thứ 3 (90% bệnh nhân có kết quả tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế) theo cam kết của Chính phủ Việt Nam với thế giới về thực hiện mục tiêu 90x90x90 vào năm 2020.

Tỷ lệ thất bại điều trị về mặt vi rút học trên toàn bộ các cơ sở tham gia nghiên cứu là 1,3%, cao nhất ở nhóm đối tượng bệnh nhân dưới 18 tuổi (2,4%) và thấp nhất ở nhóm đối tượng bệnh nhân trên 49 tuổi. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ tại khảo sát kết quả đo tải lượng vi rút thường qui của 518 bệnh nhân đang điều trị ARV từ 12 tháng trở lên tại 2 phòng khám ngoại trú quận 1 và huyện Bình Chánh, Tp.HCM trong tháng 1/2015 (9%) và nghiên cứu cho 227 bệnh nhân tự tại PKNT An Hòa, Q6, Tp.HCM, năm 2011-2012 tỉ lệ thất bại miễn dịch là 14,5% sau 1 năm, thất bại về mặt vi rút học 17-28% sau 1 năm, so với các số liệu của báo cáo này thì hiệu quả điều trị ARV có cải thiện đáng kể qua các năm. Kết quả trên có thể cho thấy rằng, tỷ lệ thất bại điều trị HIV/AIDS càng ngày càng giảm, thấy tình hình điều trị ARV có sự gia tăng về tính hiệu quả điều trị; do bệnh nhân được tiếp cận với chương trình điều trị HIV/AIDS sớm hơn, được nhận các dịch vụ điều trị HIV/AIDS ngay khi phát hiện tình trạng nhiễm, các thuốc điều trị có hiệu quả tốt hơn, giảm những tác dụng phụ không mong muốn.

Thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế tại Công văn 1240/ BYT-AIDS ngày 26/2/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, các tỉnh/thành phố đang tiến hành chuyển giao và kiện toàn các cơ sở điều trị ARV trên toàn quốc tiến tới việc cung cấp các dịch vụ điều trị HIV/AIDS qua nguồn bảo hiểm y tế trong bối cảnh các nguồn ngân sách hỗ trợ cho chương trình Phòng, chống HIV/AIDS đang cắt giảm. Kết quả cho thấy, các phòng khám đã hoàn thành việc ký hợp đồng với BHYT có tỷ lệ thất bại điều trị $>$ 1,3% cao gấp 9,76 lần các phòng khám chưa ký hợp đồng với BHYT. Để ký hợp đồng với bảo hiểm y tế, các cơ sở điều trị phải nằm trong hệ thống bệnh viện, hoặc trực thuộc các trung tâm y tế có chức năng khám chữa bệnh, đáp ứng đầy đủ các yêu cầu của cơ quan bảo hiểm về cơ sở vật chất, các dịch vụ khám chữa bệnh, các hệ thống thông tin ... Quá trình kiện toàn cơ sở điều trị HIV/AIDS đã phần nào làm ảnh hưởng đến việc điều trị ARV của bệnh nhân, đồng thời giảm hiệu quả điều trị cũng như tuân thủ điều trị HIV/AIDS. Một số cơ sở điều trị đặt tại trung tâm y tế dự phòng được chuyển hoặc sát nhập vào hệ thống bệnh viện, đặt tại khoa lây hoặc khoa khám bệnh, tham gia cùng quy trình và hệ thống khám bệnh như các bệnh thông thường khác tại bệnh viện. Các bệnh nhân tại cơ sở điều trị đó cũng mặc định được chuyển quản lý và điều trị với các bác sỹ khác, đôi khi chưa xây dựng được sự tin tưởng và kết nối giữa bệnh nhân và nhân viên y tế, hoặc khoảng cách đi lại không thuận tiện, ngại lộ danh tính và tình trạng nhiễm HIV của bản thân. Các phòng khám đã được cung cấp dịch vụ qua BHYT có nguy cơ thất bại điều trị $>$ 1,3% cao gấp 12,95 lần các phòng khám chưa ký được cung cấp dịch vụ qua BHYT.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, sự phân cấp các tuyến và vị trí đặt cơ sở điều trị không ảnh hưởng đến tỷ lệ thất bại điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thất bại điều trị về mặt vi rút học tại 15 tỉnh/TP trên toàn quốc là 1,3%. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Tỷ lệ thất bại điều trị tỷ lệ nghịch với độ tuổi. Tuổi càng cao thì tỷ lệ thất bại điều trị càng thấp. Tỷ lệ thất bại điều trị ở nam giới cao hơn nữ giới. Sự phân cấp các tuyến và vị trí đặt cơ sở điều trị không ảnh hưởng đến tỷ lệ thất bại điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS. Việc kiện toàn cơ sở điều trị, cung cấp và thanh toán các dịch vụ điều trị HIV/AIDS qua bảo hiểm y tế có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tỷ lệ thất bại điều trị ARV trên bệnh nhân HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ trưởng Bộ Y tế, ngày 20/7/2015, Quyết định 3047/QĐ-BYT về Hướng dẫn Quản lý điều trị HIV/AIDS
2. WHO, 2016, *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*
3. World Health Organization (2012), *HIV drug resistance report 2012*, Geneva, Switzerland.
4. Pham QD, Wilson DP và Zhang L (2012), “A Review of the Extent of HIV Drug Resistance in Vietnam”, *J AIDS Clinic Res S5*, tr. 001.
5. WHO (2013), “*The use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV infection*”
6. World Health Organization (2014), *Surveillance of HIV drug resistance in populations initiating antiretroviral therapy (pre-treatment HIV drug resistance)*, WHO, Geneva, Switzerland.
7. UNAIDS, 2014, *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*
8. UNAIDS (2016), *Global AIDS update 2016*, UNAIDS, Geneva, Switzerland



THỰC HÀNH VỀ SỬ DỤNG HÓA CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT CỦA NGƯỜI DÂN TRỒNG RAU TẠI 2 XÃ VŨ PHÚC VÀ VŨ CHÍNH, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Lê Thị Kiều Hạnh¹, Đặng Thị Vân Quý¹, Đặng Thị Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại 400 hộ gia đình chuyên canh rau ở 2 xã Vũ Phúc, Vũ Chính, tỉnh Thái Bình. Kết quả nghiên cứu về thực hành của người dân trồng rau tại 2 xã về sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật (HCBVTV) cho thấy tỷ lệ người trồng rau pha HCBVTV theo đúng hướng dẫn trên bao bì khá cao chiếm 57,2%; tuy nhiên vẫn còn 8,4% người trồng rau còn pha đặc hơn hướng dẫn. Thời gian người dân trồng rau thường thu hoạch rau từ 10 đến 15 ngày sau khi phun HCBVTV vẫn còn thấp chiếm 59,5% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 54,1% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS. Tỷ lệ người trồng rau thu gom bao bì, đúng theo hướng dẫn vẫn còn thấp chiếm 37,3%.

Từ khóa: Thực hành, hóa chất bảo vệ thực vật

ABSTRACT:

PRACTICE OF VEGETABLE GROWERS ON USING PESTICIDES IN VU PHUC AND VU CHINH COMMUNES, THAI BINH PROVINCE IN 2017

The descriptive, cross-sectional study was implemented among 400 vegetables growing households to describe their's practice on using pesticides in Vu Phuc and Vu Chinh communes, Thai Binh City in 2017. The results showed that the percentage of the farmers mixed the recommended dose on the package were 57.2% meanwhile 8.4% of them applied a higher dosage than recommended. The rate of practicing the harvest interval from 10 to 15 days after spraying pesticides correctly were quite low, 59.5% among those at secondary level and above and 54.1% among those at lower levels. Only 37.3% of the farmers collecting the packages properly according to the instructions.

Keywords: Practice, pesticides

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật tràn lan, không đúng quy cách đã gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe con người, đặc biệt là rau xanh. Trong thời gian gần đây, sản xuất và tiêu thụ rau xanh đang đối mặt với vấn đề hết sức nghiêm trọng đó là sự mất an toàn trong các sản phẩm rau xanh. Một trong những nguyên nhân đưa đến sản phẩm rau không đạt độ an toàn thì dư lượng hóa chất bảo vệ thực vật, dư lượng nitrat và vi sinh vật là những yếu tố phổ biến và nguy hại gây ảnh hưởng đến sức khỏe người tiêu dùng với các bệnh lý cấp tính và mạn tính.

Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Xuân Phi và cộng sự tại hai xã Đại Đồng, Tân Kỳ của huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương tại 120 hộ trồng rau súp lơ cho thấy có 72 loại thuốc khác nhau được sử dụng trên địa bàn 2 xã, có một số loại là cùng hoạt chất với nhau. Tại xã Đại Đồng có tỷ lệ sử dụng thuốc sinh học chiếm 16,28% cao hơn Tân Kỳ chỉ có 8,33%. Trung bình trong 1 vụ, mỗi hộ sản xuất súp lơ tại xã phun trung bình từ 6 đến 7 lần thuốc BVTV [4].

Kết quả nghiên cứu của May Lwin và cộng sự về kiến thức, thực hành của nông dân về sử dụng thuốc trừ sâu trong trồng cà chua tại hồ Inlay, Myanmar cho thấy có khoảng 80% không biết được tác hại của HCBVTV; 94,6% người dân có đọc hướng dẫn sử dụng trước khi pha thuốc trừ sâu; 86,9% có sử dụng bảo hộ lao động khi phun HCBVTV [6].

Theo kết quả nghiên cứu của K'Voi và cộng sự (2010) tại thành phố Đà Lạt tỉnh Lâm Đồng cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng về hóa chất bảo vệ thực vật chỉ có 35%; 29% có thái độ chung đúng trong việc sử dụng và đảm bảo an toàn hóa chất bảo vệ thực vật và 27% có thực hành an toàn trong việc sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật [1].

Vì vậy, để góp phần vào công tác nâng cao nhận thức, thực hành của người dân về sử dụng hóa chất

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 12/04/2018 | » Ngày phản biện: 27/04/2018 | » Ngày duyệt đăng: 29/05/2018

bảo vệ thực vật an toàn trong trồng rau, chúng tôi tiến hành triển khai thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực hành của người dân về sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật trong trồng rau tại địa bàn nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Vũ Phúc và xã Vũ Chính thuộc thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình

Đối tượng nghiên cứu: Người chuyên canh rau tại hai xã Vũ Phúc và Vũ Chính

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2017 đến 6/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang có phân tích

- *Chọn mẫu và cỡ mẫu:*

+ *Cỡ mẫu:* Để phỏng vấn người chuyên canh rau về kiến thức sử dụng HCBVT sử dụng công thức tính tỷ lệ.

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

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu cho nghiên cứu (đơn vị mẫu là hộ gia đình)/xã

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất μ (Với $\mu = 0,05$ thì $Z = 1,96$)

p: Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng đúng hóa chất bảo vệ thực vật trong trồng rau, ước tính $p=0,5$

e: Độ sai lệch mong muốn, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $e = 0,05$.

Với các dữ liệu trên cỡ mẫu được tính cho điều tra 384 được làm tròn là 400 hộ gia đình. Và như vậy mỗi xã tiến hành điều tra 200 hộ gia đình.

+ *Chọn mẫu:*

- Chọn xã điều tra: Chúng tôi chọn chủ định xã Vũ Phúc và xã Vũ Chính thuộc thành phố Thái Bình.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: Từ các xã đã được chọn, chọn ngẫu nhiên ra 2 thôn trong các thôn trồng rau chính của xã, sau đó chọn ngẫu nhiên hộ gia đình đầu tiên để điều tra, các hộ gia đình tiếp theo được tiến hành theo phương pháp công liên công cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được nhập vào máy tính và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04, Epi-Data và sử dụng các thuật toán thống kê y học

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ	2	0,5
Biết đọc, biết viết	6	1,5
Tiểu học	66	16,5
THCS	271	67,8
THPT	50	12,5
Cao đẳng, đại học	5	1,3

Số liệu bảng 3.1 cho thấy, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu của 2 xã chủ yếu là THCS và tiểu học chiếm 67,8% và 16,5%. Vẫn còn tỷ lệ nhỏ đối tượng tham

gia nghiên cứu là không biết chữ hoặc chỉ biết đọc, biết viết chiếm 2%.



Bảng 3.2. Thực hành pha HCBVTV của người trồng rau (n=400)

Cách pha HCBVTV	≥ THCS (n=326)		< THCS (n=74)		Chung (n=400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Theo đúng hướng dẫn trên bao bì	256	78,5	42	56,8	298	57,2
Đặc hơn hướng dẫn	35	10,7	9	12,2	44	8,4
Loãng hơn chỉ dẫn	4	1,2	0	-	4	0,8
Pha 1 loại	45	13,8	13	17,6	58	11,1
Pha trộn trên 2 loại	87	26,7	21	28,4	108	20,7
Khác	6	1,8	3	4,1	9	1,7

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người dân trồng rau pha HCBVTV theo đúng hướng dẫn trên bao bì khá cao chiếm 78,5% ở nhóm 1 và 56,8% ở nhóm 2. Tuy nhiên vẫn còn 10,7% ở nhóm 1 và 12,2% ở nhóm 2 vẫn pha HCBVTV đặc hơn hướng dẫn.

Bảng 3.3. Thực hành của người trồng rau về cách chọn thời tiết và hướng gió khi phun hóa chất bảo vệ thực vật (n=400)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời tiết	Trời nắng	26	6,5
	Trời râm mát	370	92,5
	Trời âm u	4	1,0
Hướng gió	Ngược chiều gió	99	24,8
	Xuôi chiều gió	301	75,3

Số liệu bảng 3.3 cho thấy đa số người dân đều biết đúng thời tiết khi phun hóa chất bảo vệ thực vật là lúc trời râm mát (92,5%), 75,3% người dân có thực hành đúng về chọn hướng gió khi phun HCBVTV là xuôi chiều gió.

Bảng 3.4. Thực hành của người trồng rau về các phương tiện bảo vệ khi phun hóa chất bảo vệ thực vật (n=400)

Các phương tiện khi phun HCBVTV	≥ THCS (n=326)		< THCS (n=74)		Chung (n=400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Quần áo BHLĐ	112	34,4	20	27,0	132	9,7
Mũ nón	252	77,3	54	73,0	306	22,5
Găng tay	201	61,7	43	58,1	244	18,0
Ủng	128	39,3	22	29,7	150	11,0
Kính	42	12,9	13	17,6	55	4,0
Khẩu trang	270	82,8	61	82,4	331	24,4
Áo mưa	91	27,9	26	35,1	117	8,6
Không sử dụng	20	6,1	4	5,4	24	1,8
Sử dụng đầy đủ	0	-	0	-	0	-

Số liệu bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người dân sử dụng khẩu trang khi phun hóa chất bảo vệ thực vật là cao nhất chiếm 82,8% ở nhóm 1 và 82,4% ở nhóm 2; thấp nhất là kính mắt

chiếm 12,9% ở nhóm 1 và 17,6% ở nhóm 2. Tuy nhiên vẫn còn 6,1% ở nhóm 1 và 5,4% ở nhóm 2 không sử dụng các phương tiện bảo vệ khi phun hóa chất bảo vệ thực vật

Bảng 3.5. Thời gian người dân thường thu hoạch rau sau khi sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật (n=400)

Thời gian thu hoạch rau	≥ THCS (n=326)		< THCS (n=74)		Chung (n=400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 10 ngày	82	25,2	20	27,0	102	25,5
10 – 15 ngày	194	59,5	40	54,1	234	58,5
> 15 ngày	50	15,3	14	18,9	64	16,0

Kết quả bảng 3.5 cho thấy đa số người dân trồng rau thường thu hoạch từ 10 ngày đến 15 ngày sau khi phun xong hóa chất bảo vệ thực vật (59,5% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 54,1% ở nhóm có trình độ

học vẫn dưới THCS). Tuy nhiên vẫn còn 25,2% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 27,0% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS thu hoạch rau dưới 10 ngày sau khi phun hóa chất bảo vệ thực vật.



Bảng 3.6. Thực hành của người trồng rau về xử lý bao bì, chai đựng HCBVTV sau khi phun (n=400)

Xử lý bao bì, chai đựng HCBVTV	≥ THCS (n=326)		< THCS (n=74)		Chung (n=400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Gom lại rồi bán	1	0,3	1	1,4	2	0,4
Vứt ngay chỗ phun	26	8,0	10	13,5	36	7,7
Tiện chỗ nào thì vứt	23	7,1	7	9,5	30	6,4
Đốt	128	39,3	30	40,5	158	33,8
Chôn sâu	31	9,5	6	8,1	37	7,9
Gom theo hướng dẫn	148	45,4	26	35,1	174	37,3
Khác	22	6,7	8	10,8	30	6,4

Bảng 3.6 cho biết thực hành của người dân trồng rau về xử lý bao bì, chai đựng HCBVTV sau khi phun. Kết quả cho thấy tỷ lệ người trồng rau gom đúng theo hướng dẫn vẫn còn thấp chiếm 45,4% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 35,1% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS.

IV. BÀN LUẬN

Khi pha thuốc nếu thay đổi về liều lượng của hợp chất sẽ dễ dẫn đến tăng liều lượng được cho phép theo từng sản phẩm đồng thời có thể sẽ tạo ra một lượng dư thừa HCBVTV trong sản phẩm do chưa kịp phân hủy hết có thể ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người tiêu thụ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 78,5% ở nhóm 1 và 56,8% ở nhóm 2 pha HCBVTV theo đúng hướng dẫn trên bao bì. Tuy nhiên vẫn còn 10,7% ở nhóm 1 và 12,2% ở nhóm 2 vẫn pha HCBVTV đặc hơn hướng dẫn (bảng 3.2). Nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Lan và cộng sự tại Thái Bình cho thấy khoảng 70% các hộ tăng nồng độ sử dụng thuốc từ 1,5-2 lần; đặc biệt là trên các vùng rau việc tăng nồng độ thuốc trừ sâu là khá lớn [3]. Tỷ lệ người dân trồng rau trong nghiên cứu của chúng tôi tự tăng nồng độ khi phun tuy khá thấp nhưng đây cũng là vấn đề đáng lo ngại; đặc biệt là vẫn còn 26,7% và 28,4% ở 2 nhóm học vấn pha trộn trên 2 loại HCBVTV khi phun. Việc tăng nồng độ cũng như phối hợp nhiều loại là vì người dân trồng rau kỳ vọng là có thể nâng cao hiệu quả của thuốc. Điều này cho thấy sự thiếu hụt về kiến thức khi sử dụng HCBVTV của người dân trồng rau.

Thực tế trên đồng ruộng ít khi nhiều đối tượng dịch hại xuất hiện đỉnh cao cùng một lúc với nhau, do đó việc tăng nồng độ thuốc hay tạo hỗn hợp thuốc nhiều khi chỉ gây lãng phí, ô nhiễm nghiêm trọng đến môi trường, đôi khi còn gây ảnh hưởng đến cây trồng và hệ sinh thái.

Phun thuốc trong điều kiện nắng có thể làm tăng độc tính của thuốc BVTV với sức khỏe con người. Vì điều kiện trời nắng có thể làm các lỗ chân lông mở ra, mồ hôi bài tiết nhiều, làm tăng sự hấp thu thuốc, giảm sức chống đỡ của cơ thể như làm cho cơ thể mất nước hoặc say nắng kèm theo. Đồng thời phun thuốc trong điều kiện nắng gắt, nhiệt độ cao thuốc sẽ bị phân hủy nhanh, giảm hiệu lực của thuốc. Một trong những nguyên tắc của 4 đúng khi phun là đi giật lùi, không phun thuốc ngược chiều gió, nên đi vuông góc với chiều gió để đảm bảo an toàn cho người lao động. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người dân có thực hành đúng khi chọn thời tiết và hướng gió để phun HCBVTV là khá cao. Có 92,5% người dân có thực hành đúng về chọn thời tiết phun là lúc trời râm mát và 75,3% người dân có thực hành đúng về chọn hướng gió khi phun HCBVTV là xuôi chiều gió (bảng 3.3). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Khanh cho thấy về tỷ lệ người chọn thời tiết khi phun là trời râm mát chiếm 91,2% gần như tương đương với nghiên cứu của chúng tôi nhưng phun xuôi chiều gió lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 44,4% [2].

Trang bị bảo hộ lao động khi phun hóa chất bảo vệ thực vật giảm sự tiếp xúc và xâm nhập thuốc vào cơ thể, đồng thời hạn chế nguy cơ bị ngộ độc. Kết quả về phần

thực hành của người dân cho thấy chủ yếu người dân sử dụng khẩu trang khi phun HCBVTV là cao nhất chiếm 82,8% ở nhóm 1 và 82,4% ở nhóm 2. Vẫn còn 6,1% và 5,4% ở nhóm 1 và ở nhóm 2 không sử dụng bất kỳ một bảo hộ lao động nào khi đi phun. Không có trường hợp nào ở cả hai nhóm sử dụng đầy đủ các phương tiện khi phun HCBVTV. Nghiên cứu của cao hơn so với nghiên cứu tác giả như Bassam tại miền Bắc Gaza cho thấy 100% người dân không sử dụng bất kỳ phương tiện nào khi phun HCBVTV [6].

Về thời gian cách ly hóa chất bảo vệ thực vật trước khi thu hoạch có 59,5% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 54,1% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS thường thu hoạch từ 10 ngày đến 15 ngày. Nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Bùi Thị Nga tại xã Thuận An, huyện Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2014 cho thấy tỷ lệ hộ trồng rau có thời gian ngưng sử dụng thuốc chủ yếu là trước 6

ngày chiếm 54,7%; vì các hộ gia đình thường cho rằng việc tưới nước thường xuyên cho rau sẽ góp phần rửa trôi thuốc nên dư lượng thuốc tồn tại trên rau là không đáng kể [5].

IV. KẾT LUẬN

- Phương tiện bảo vệ cơ thể khi phun HCBVTV được người dân sử dụng nhiều nhất là khẩu trang chiếm 82,8% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 82,4% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS

- Tỷ lệ người dân trồng rau pha HCBVTV theo đúng hướng dẫn trên bao bì khá cao chiếm 78,5% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 56,8% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS.

- Thời gian người dân trồng rau thường thu hoạch rau từ 10 đến 15 ngày sau khi phun HCBVTV vẫn còn thấp chiếm 59,5% ở nhóm có trình độ học vấn từ THCS trở lên và 54,1% ở nhóm có trình độ học vấn dưới THCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K'Vôi, Đỗ Văn Dũng (2010)**, “Kiến thức, thái độ, thực hành về hóa chất bảo vệ thực vật của người dân trồng rau tại thành phố Đà Lạt tỉnh Lâm Đồng năm 2008”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14.
2. **Nguyễn Tuấn Khanh (2010)**, *Đánh giá ảnh hưởng sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật đến sức khỏe người chuyên canh chè tại Thái Nguyên và hiệu quả các biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Thái Nguyên.
3. **Trần Thị Ngọc Lan, Nguyễn Phương Lê, Nguyễn Thành Phong (2014)**, “Quản lý nhà nước về sử dụng thuốc bảo vệ thực vật của hộ nông dân ở tỉnh Thái Bình”, *Tạp chí Khoa học và Phát triển*, số 6 (tập 12), tr.863-843.
4. **Đặng Xuân Phi, Đỗ Kim Chung (2012)**, “Đánh giá rủi ro thuốc bảo vệ thực vật thông qua chỉ số tác động môi trường trong sản xuất súp lơ ở huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí Phát triển và Hội nhập*, Số 5(15), tr. 51-57
5. **Bassam, Al-zain, Jihad mosalami (2014)**, *Pesticides Usage, Perceptions, practices and health effects among farmers in North Gaza, Palestine*, Indian journal of applied research, vol 4(6), pp. 17-22.
6. **May Lwin OO, Mitsuyasu Yabe, Huynh Viet Khai (2012)**, *Farmers' perception, knowledge and pesticide usage practice: A case study of tomato production in Inlay Lake, Myanmar*, Journal Faculty of Agriculture, vol 57 (1), pp.327-331.



THỰC TRẠNG CÔNG TÁC BẢO QUẢN THUỐC TẠI CÁC KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TỈNH TUYỀN QUANG NĂM 2016

Phạm Phương Liên¹, Nguyễn Thế Yên²

TÓM TẮT

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Để đảm bảo chất lượng thuốc, việc tuân thủ các quy định về công tác bảo quản thuốc là rất cần thiết. Hiện nay, công tác kiểm tra giám sát định kỳ cho thấy công tác bảo quản thuốc tại các bệnh viện còn một số vấn đề tồn tại như điều kiện cơ sở vật chất chưa đảm bảo và chưa tuân thủ nghiêm ngặt các quy định chuyên môn kỹ thuật. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, đề tài “Thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các khoa dược bệnh viện công lập thuộc tỉnh Tuyên Quang năm 2016” được thực hiện nhằm cung cấp thông tin cho công tác lập kế hoạch và ban hành các chính sách, điều chỉnh cần thiết của cơ quan quản lý nhà nước trên địa bàn tỉnh. Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang, quan sát bằng bảng kiểm để thu thập các thông tin cần thiết. Kết quả cho thấy: nhìn chung các kho thuốc đã được trang bị các phương tiện cần thiết như điều hòa, nhiệt độ, quạt thông gió và tuân thủ tương đối tốt các quy trình về bảo quản thuốc. Tuy nhiên, do có một số tồn tại như diện tích hẹp, chưa đủ các điều kiện về lối thoát hiểm, phòng chống cháy nổ, theo dõi nhiệt độ, độ ẩm thường xuyên... nên tỷ lệ kho thuốc đạt chuẩn còn thấp (37,5%). Để cải thiện chất lượng công tác bảo quản thuốc các bệnh viện cần: đầu tư nâng cấp nhà kho; tăng cường công tác đào tạo nhân viên dược về qui tắc bảo quản thuốc tốt và đẩy mạnh việc kiểm tra giám sát nhằm thúc đẩy việc tuân thủ các quy định về nghiệp vụ bảo quản thuốc.

Từ khóa: Bảo quản thuốc, bệnh viện, Tuyên Quang

SUMMARY:

SITUATION OF DRUG STORAGE IN THE PHARMACY DEPARTMENTS OF PUBLIC

HOSPITALS IN THE TUYEN QUANG PROVINCE IN 2016

Drug plays an important role in the quality of the health care. In order to ensure the quality of medicines, compliance with regulations on drug preservation is very necessary. Currently, periodic inspection has showed that the preservation of medicines in hospitals has several existing problems such as poor facilities and not strictly adhere to technical regulations. Stemming from practical need, the research with the title “Situation of drug storage in the pharmacy departments of public hospitals in the Tuyen Quang province in 2016” was undertaken to provide information for the planning and issuing the necessary provincial policies. In this research the method of descriptive cross-sectional was applied as well as the technique of “observation with checklist” were used for data collection. The study results have showed that: in general, the drug stores have been equipped with necessary facilities such as air conditioning, temperature and ventilation. In addition to this, pharmacists who are working at drug stores have relatively well complied with the preservation procedures. However, there are some shortcomings in drug preservation such as: the area of the warehouses are narrow; emergency exits are not secure; the fire fighting equipment have been not fully equipped; monitoring of temperature and humidity is not regularly carried out. For the reasons above, the proportion of drug-standard warehouses are still low (37.5%). In order to improve the quality of drug preservation, hospitals should implement the following tasks: upgrading warehouses; strengthening the training of pharmacy staff on good preservation

1. Trường Đại học Y tế Công cộng.

SĐT: 0904646695; Email: ppl1@huph.edu.vn

2. Sở Y tế Tuyên Quang

» Ngày nhận bài: 07/05/2018 | » Ngày phản biện: 18/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 01/06/2018

rules as well as regularly monitoring and supervision. The above measures will help to promote better adherence to regulations on drug storage.

Key words: Drug store, hospital, Tuyen Quang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc là một loại hàng hóa đặc biệt, đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Vì vậy, tất cả các khâu từ sản xuất, lưu thông, phân phối, và bảo quản thuốc đều cần tuân thủ các qui trình kỹ thuật và các qui định nghiêm ngặt. Trong quá trình lưu thông phân phối thuốc, công tác bảo quản thuốc tại các cơ sở y tế giữ vai trò quan trọng trong việc giữ ổn định chất lượng thuốc, nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và hạn chế các tác dụng có hại của thuốc. Theo qui định tại Thông tư 22/2011/TT-BYT về tổ chức và hoạt động của khoa dược bệnh viện, bảo quản thuốc là một trong các nhiệm vụ trọng tâm của công tác dược bệnh viện. Vì vậy, các bệnh viện cần tổ chức hoạt động bảo quản thuốc theo các nguyên tắc “thực hành tốt bảo quản thuốc” [1].

Chất lượng thuốc trong quá trình bảo quản chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như nhiệt độ, độ ẩm, ánh sáng... Ở Việt Nam, điều kiện khí hậu nhiệt đới, gió mùa, nóng ẩm và mưa nhiều không thuận lợi cho công tác bảo quản thuốc. Để đảm bảo chất lượng thuốc trong bệnh viện, Sở Y tế Tuyên Quang và các bệnh viện trong tỉnh đã có nhiều cố gắng trong việc thực hiện tốt các qui định và qui trình kỹ thuật trong công tác bảo quản thuốc. Tuy nhiên, hiện nay 100% các khoa dược tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh đều chưa đạt đầy đủ các tiêu chí về “thực hành tốt bảo quản thuốc” (GSP – Good Storage Practice) [2]. Điều kiện cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ công tác bảo quản thuốc chưa đầy đủ là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng thuốc.

Đến nay chưa có báo cáo hoặc nghiên cứu nào cung cấp thông tin chi tiết, đầy đủ về công tác bảo quản thuốc

tại khoa dược của các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang. Để có thông tin hỗ trợ cho việc lập kế hoạch, công tác quản lý thuốc nói chung và chất lượng thuốc nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các khoa dược bệnh viện công lập thuộc tỉnh Tuyên Quang năm 2016”. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp các thông tin chi tiết về cơ sở vật chất, trang thiết bị và việc tuân thủ các qui trình kỹ thuật trong bảo quản thuốc tại các bệnh viện trong tỉnh Tuyên Quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các khoa dược tại 14 bệnh viện công lập trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Kỹ thuật “quan sát bằng bảng kiểm” đã được sử dụng trong nghiên cứu để đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của các kho thuốc và việc tuân thủ các qui trình chuyên môn liên quan đến bảo quản thuốc tại khoa dược. Đồng thời, nhóm nghiên cứu đã tiến hành hồi cứu hồ sơ, sổ sách lưu trữ tại khoa dược để thu thập các thông tin cần thiết như việc theo dõi nhiệt độ, độ ẩm, phần mềm quản lý xuất – nhập thuốc ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại 14 bệnh viện công lập trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang. Trong đó có 1 bệnh viện hạng 1; 4 bệnh viện hạng 2 và 9 bệnh viện hạng 3. Mỗi bệnh viện có thể có từ 1 đến 5 kho thuốc, vì vậy tổng số kho thuốc được quan sát tại các bệnh viện là 40. Sau quá trình thu thập số liệu bằng phương pháp quan sát bằng bảng kiểm, hồi cứu hồ sơ, sổ sách, phân tích và phiên giải số liệu, các kết quả cụ thể thu được như sau:

Bảng 1: Diện tích của các kho thuốc

STT	Diện tích (m ²)	Số lượng	
		Số lượng	Tỷ lệ %
1	<20	28	70,0
2	20-30	7	17,5
3	30-40	3	7,5
4	>40	2	5
Tổng số		40	100

Theo kết quả khảo sát, số kho thuốc có diện tích dưới 20-30m², từ 30-40 m² và trên 40 m² có tỷ lệ lần lượt là 20m² chiếm tỷ lệ cao nhất (70%). Các kho có diện tích từ 17,5%; 7,5% và 5%.

Bảng 2: Điều kiện nền nhà, lối đi lại, thoát hiểm, vệ sinh của nhà kho

STT	Nội dung	Số lượng	
		Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
1	Nền nhà sạch, chắc chắn, chống thấm; không có khe nứt hoặc bề vỡ	38	95,0
2	Lối đi lại đủ rộng, thông thoáng, sạch sẽ	10	25,0
3	Lối thoát hiểm đạt yêu cầu	4	10,0
4	Cửa kho chắc chắn, có khóa an toàn	14	35,0
5	Khu vực bảo quản sạch sẽ; không có bụi bẩn, côn trùng	32	80,0
6	Điều kiện thông gió tốt	31	77,5
7	Đảm bảo các điều kiện phòng cháy chữa cháy	28	70

Kết quả bảng 2 cho thấy, đa số các nhà kho đã đảm bảo các điều kiện về nền nhà, vệ sinh và thông gió. Tỷ lệ các nhà kho có trang bị đầy đủ các phương tiện phòng cháy chữa cháy đạt mức khá (70%). Tuy nhiên, số lượng nhà kho đáp ứng các tiêu chuẩn về lối thoát hiểm; đường đi lại và độ chắc chắn của cửa kho còn rất thấp. Đặc biệt, chỉ có 10% nhà kho có bố trí lối thoát hiểm đạt yêu cầu.

Ngoài các điều kiện trên, kết quả quan sát của nhóm nghiên cứu cho thấy hầu hết các nhà kho đều được trang bị đầy đủ điều hòa, quạt thông gió, nhiệt kế. Tuy nhiên, kết quả kiểm tra trực tiếp nhiệt độ, độ ẩm của các nhà kho tại thời điểm thu thập số liệu cho thấy có 15 trong tổng số 40 nhà kho có nhiệt độ trên 30°C và 11 nhà kho có độ ẩm trên 75%.

Bảng 3: Sự tuân thủ các nguyên tắc bảo quản thuốc (n=40)

STT	Nội dung	Số lượng	
		Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
1	Thuốc được sắp xếp đúng qui định	27	67,5
2	Thuốc được bảo quản đúng điều kiện ghi trên nhãn	27	67,5
3	Theo dõi điều kiện bảo quản thuốc thường xuyên, đúng qui trình	22	55,0
4	Thuốc chờ xử lý được bảo quản ở nơi riêng biệt	29	72,5
5	Thuốc chờ nhập kho được sắp xếp ở khu vực riêng, đảm bảo điều kiện bảo quản	13	32,5
6	Lập hồ sơ ghi chép và thẻ kho theo dõi các mặt hàng đầy đủ	32	80

Căn cứ vào số liệu trên bảng 3, chúng ta có thể nhận định tỷ lệ các kho tuân thủ tốt các điều kiện bảo quản thuốc tốt chưa cao: Khoảng một nửa số kho thuốc (55%) thực hiện

việc theo dõi nhiệt độ, độ ẩm thường xuyên theo đúng qui định. Đồng thời, chỉ có 32,5% các kho thuốc có bố trí khu vực tiếp nhận, sắp xếp hàng chờ nhập kho đúng qui định.

Bảng 4: Xếp loại kho thuốc

STT	Nội dung	Số lượng	
		Số lượng	Tỷ lệ %
1	Đạt chuẩn	15	37,5
2	Không đạt chuẩn	25	62,5
Tổng		40	100

Kho thuốc được đánh giá là đạt chuẩn khi đảm bảo đầy đủ các điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, tuân thủ các qui trình bảo quản và ghi chép, quản lý hồ sơ đầy đủ. Kết quả trên bảng 3 cho thấy chỉ có khoảng 1/3 số kho thuốc đạt đầy đủ các tiêu chuẩn trên.

IV. BÀN LUẬN

Đề đáp ứng mục tiêu “Mô tả thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các khoa dược bệnh viện công lập thuộc tỉnh Tuyên Quang năm 2016”, chúng tôi đã tiến hành quan sát toàn bộ 40 kho thuốc tại 14 bệnh viện công lập trên địa bàn tỉnh. Nghiên cứu đã áp dụng phương pháp quan sát bằng bảng kiểm để đánh giá các điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, việc sắp xếp, bảo quản hàng hóa trong kho thuốc... Đây là phương pháp thu thập số liệu khoa học và đáng tin cậy. Kết quả cho thấy, nhìn chung các kho thuốc đã đáp ứng được một số điều kiện cơ bản về trang thiết bị như được trang bị điều hòa, quạt thông gió, đảm bảo điều kiện vệ sinh nhà kho, sắp xếp hàng hóa và quản lý thuốc đúng qui định. Tuy nhiên, thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các bệnh viện trên địa bàn nghiên cứu còn tồn tại một số vấn đề như chưa đảm bảo diện tích, điều kiện bảo vệ, lối thoát hiểm ...

Về cơ sở vật chất, phần lớn các nhà kho tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Tuyên Quang còn chật chội, chưa đảm bảo về diện tích theo qui định của Bộ Y tế [3]. Có tới 70% số nhà kho có diện tích dưới 20m². Do điều kiện giới hạn về diện tích, một số nhà kho chưa bố trí được đầy đủ, riêng biệt các khu vực theo qui định như khu vực hàng chờ nhập kho; khu vực thuốc chờ xử lý; khu bảo quản thuốc gây nghiện, hướng thần. Thêm vào đó, không gian chật hẹp cũng là nguyên nhân dẫn đến tình trạng các tỷ lệ nhà

kho bố trí được lối đi thông thoáng và lối thoát hiểm đạt yêu cầu còn thấp (khoảng 10%). Khoảng cách giữa các giá kệ không đủ rộng sẽ gây khó khăn cho việc vệ sinh, xếp dỡ hàng hóa và thực hiện các nghiệp vụ kho. Hơn nữa, kho không đủ thông thoáng sẽ hạn chế việc thông gió, tăng nguy cơ cháy nổ... Xuất phát từ thực trạng này, Sở Y tế cần chỉ đạo các bệnh viện quan tâm đến việc bố trí các phòng đủ rộng hoặc xây dựng thêm các kho thuốc đảm bảo tiêu chuẩn.

Về phương tiện, trang thiết bị, phần lớn các kho đã được trang bị đầy đủ điều hòa, nhiệt kế, quạt thông gió, giá kệ theo qui định [4]. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện nghiệp vụ kho, việc theo dõi nhiệt độ, độ ẩm của kho thuốc cần được tiến hành thường xuyên và ghi chép đầy đủ vào sổ theo dõi. Kết quả quan sát của chúng tôi cho thấy, chỉ có khoảng một nửa số kho thuốc (55%) có thực hiện đầy đủ việc này. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của nghiên cứu về thực trạng bảo quản thuốc tại các bệnh viện trên địa bàn Hà Nội [5]. Tại thời điểm điều tra, có khoảng 1/3 số kho thuốc có nhiệt độ trên 30°C và độ ẩm trên 75%. Nhiệt độ và độ ẩm khu vực bảo quản thuốc là hai tác nhân quan trọng quyết định đến việc duy trì chất lượng thuốc trong quá trình bảo quản. Vì vậy, các bệnh viện cần tuân thủ qui trình theo dõi nhiệt độ, độ ẩm trong kho tốt hơn nữa.

Về việc tuân thủ các qui định trong bảo quản, khoảng 2/3 số kho thuốc được nghiên cứu đã tuân thủ tốt các qui định như sắp xếp thuốc đúng qui định, thuốc được bảo quản đúng với điều kiện ghi trên nhãn và lập thẻ kho theo dõi cho từng mặt hàng thuốc. Trao đổi với các cán bộ quản lý kho thuốc, chúng tôi được biết: trong điều kiện hạn chế về diện tích, các cán bộ quản lý kho đã cố gắng

sắp xếp các thuốc để đảm bảo các qui định như dễ thấy, dễ lấy, dễ kiểm đếm và đảm bảo được các nguyên tắc “nhập trước – xuất trước” và “hết hạn trước – xuất trước”. Tuy nhiên, do diện tích kho nhỏ nên một số loại thuốc vẫn phải xếp tạm ngoài hành lang hoặc để dưới sàn nhà. Các cán bộ quản lý kho đã ưu tiên sắp xếp các loại thuốc dễ bị phân hủy, dễ đổ vỡ ở những khu vực bảo quản phù hợp. Trong trường hợp bắt buộc phải để dưới sàn nhà do không có đủ diện tích, chỉ áp dụng đối với một số loại thuốc có điều kiện bảo quản thông thường và bao bì chắc chắn.

Khi xem xét tất cả các tiêu chí của nhà kho bao gồm cơ sở vật chất; trang thiết bị; tuân thủ các qui trình kỹ thuật, kết quả phân tích số liệu cho thấy có khoảng 1/3 số kho thuốc đạt chuẩn. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu tại các bệnh viện ở Hà Nội [5]. Các cán bộ quản lý khoa được cho biết, bên cạnh khó khăn về điều kiện nhà kho, một số cán bộ phụ trách kho chưa được tập huấn đào tạo về nguyên tắc bảo quản thuốc tốt cũng là nguyên nhân của những hạn chế khi thực hiện nghiệp vụ kho. Để tháo gỡ khó khăn này, bên cạnh việc nâng cấp cơ sở vật chất của nhà kho, công tác tập huấn đào tạo cán bộ cũng cần được chú trọng.

Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại tỉnh Tuyên Quang cung cấp các thông tin chi tiết mô tả thực trạng công tác bảo quản thuốc tại các bệnh viện công lập trên địa bàn tỉnh. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để Sở Y tế Tuyên Quang đưa ra những chính sách và các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng bảo quản thuốc tại các bệnh viện.

Do giới hạn về nguồn lực nên nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc quan sát mô tả các điều kiện thực tế tại các nhà kho, chưa đi sâu vào phân tích các nguyên nhân và yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng của công tác bảo quản thuốc. Đồng thời, do đây là một vấn đề mới, nên việc tìm kiếm các tài liệu tham khảo và các kết quả nghiên cứu về chủ đề tương tự làm cơ sở cho việc so sánh, phân tích và bàn luận kết quả còn hạn chế. Chúng tôi đề xuất nên thực hiện các nghiên cứu ở qui mô lớn hơn và tiến hành quan sát ở nhiều thời điểm kết hợp với phương pháp định tính để có thể phân tích và phiên giải kết quả một cách sâu sắc hơn.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu chúng tôi rút ra kết luận như sau: Nhìn chung các kho thuốc đã được trang bị các phương tiện cần thiết như điều hòa, nhiệt độ, quạt thông gió và tuân thủ tương đối tốt các qui trình về bảo quản thuốc. Tuy nhiên, do có một số tồn tại như diện tích hẹp, chưa đủ các điều kiện về lối thoát hiểm, cửa kho chắc chắn, phòng chống cháy nổ, theo dõi nhiệt độ, độ ẩm thường xuyên... nên tỷ lệ kho thuốc đạt chuẩn còn thấp (37,5%).

Xuất phát từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất Sở Y tế Tuyên Quang cần chỉ đạo các bệnh viện: đầu tư nâng cấp nhà kho; tăng cường công tác đào tạo nhân viên dược về qui tắc bảo quản thuốc tốt và đẩy mạnh việc kiểm tra giám sát nhằm thúc đẩy việc tuân thủ các qui định về nghiệp vụ kho, nâng cao chất lượng và hiệu quả của công tác bảo quản thuốc tại các bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), *Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 - Qui định tổ chức và hoạt động của khoa dược bệnh viện.*
2. Sở Y tế Tuyên Quang (2016), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2016.*
3. Bộ Y tế (2010), *Thông tư số 09/2010/TT-BYT ngày 28/4/2010 - Hướng dẫn việc quản lý chất lượng thuốc.*
4. Bộ Y tế (2001), *Quyết định 2701/2001/QĐ - BYT ngày 29/6/2001 - Hướng dẫn quản lý chất lượng thuốc.*
5. Nguyễn Quang Trung (2014), *Thực trạng công tác đảm bảo chất lượng thuốc trong tiếp nhận, bảo quản tại các khoa dược bệnh viện công lập trực thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2014.* Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI CÁC PHÒNG KHÁM ĐA KHOA THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN SÓC SƠN NĂM 2017

Nguyễn Thị Nhung¹, Lê Thị Thanh Hương¹, Trần Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thị Thanh Hương²

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2017 nhằm mô tả thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế tại 05 phòng khám đa khoa trực thuộc Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Sóc Sơn năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy, công tác quản lý chất thải rắn y tế (QLCTRYT) tại các phòng khám đa khoa (PKĐK) được thực hiện tương đối tốt, tuy nhiên một số tiêu chí còn chưa đảm bảo đúng quy định trong Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT về QLCTYT. Nhiều PKĐK chưa có đủ các trang thiết bị phục vụ cho việc phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải như túi, thùng, xe vận chuyển. Việc phân loại chất thải được thực hiện khá tốt (hơn 80%), thực hiện phân loại tại nơi phát sinh (93,1%). Tỷ lệ PKĐK thực hiện lưu giữ riêng chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường chỉ đạt 60%. Công tác đào tạo, tập huấn cho các nhân viên y tế về QLCTRYT tại 05 PKĐK còn hạn chế.

Từ khóa: Quản lý, chất thải rắn y tế, phòng khám đa khoa, Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn

ABSTRACT:

THE MANAGEMENT OF MEDICAL SOLID WASTES AT GENERAL CLINICS IN SOC SON DISTRICT, 2017

A cross-sectional study evaluating the status of medical solid waste management in five general clinics in Soc Son District Health Center was conducted from February to June in 2017. The study showed that the management of medical solid waste at general clinics was quite good, however, some criteria did not comply with regulations of Circular 58/2015/ TTLT-BYT-BTNMT on medical waste management. Many general clinics did not have enough equipment for classification, collection, transportation, storage and treatment of medical solid

waste such as bags, bins, trucks. The classification of waste was conducted quite well (over 80%); waste classification at source reached 93.1%. The rate of general clinics keeping private infectious waste and ordinary waste was only 60%. The training of health care workers at the clinics was still limited.

Keywords: Management, medical solid waste, general clinic, Soc Son District Health Center

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất thải y tế (CTYT) tiềm ẩn những nguy cơ rủi ro lây nhiễm các mầm bệnh hoặc gây nguy hại cho người bệnh, nhân viên y tế và cộng đồng. Chất thải rắn y tế (CTRYT) phát sinh tại tuyến y tế cơ sở rất ít nhưng vẫn có những đặc tính nguy hại của CTYT. Trong thời gian qua, các cơ sở y tế đã nỗ lực trong công tác quản lý chất thải y tế (QLCTYT) góp phần tích cực nhằm hạn chế ô nhiễm môi trường. Tuy nhiên việc QLCTYT nói chung và QLCTRYT hiện nay còn gặp nhiều khó khăn, thách thức, nhất là các cơ sở y tế thuộc tuyến tỉnh, huyện. Trung tâm Y tế Sóc Sơn là một trong 30 trung tâm y tế quận, huyện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội với 2 chức năng phòng chống dịch bệnh và khám chữa bệnh. Các cơ sở khám chữa bệnh thuộc TTYT Sóc Sơn bao gồm: 05 PKĐK khu vực và 26 TYT xã, thị trấn. Tổng lượng chất thải rắn y tế phát sinh hàng tháng khoảng 583,94kg/tháng, trong đó khối lượng chất thải lây nhiễm khoảng 145,2 kg/tháng [9]. Hiện nay, công tác QLCTRYT của TTYT huyện Sóc Sơn vẫn còn gặp nhiều khó khăn do cơ sở hạ tầng thiếu đồng bộ, hệ thống thu gom, lưu giữ chất thải còn thiếu, kinh phí hoạt động hạn chế. Bài báo này được thực hiện nhằm làm rõ mục tiêu mô tả thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các phòng khám đa khoa thuộc Trung tâm Y tế Sóc Sơn năm 2017.

1. Trường Đại học Y tế công cộng

2. Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 21/04/2018 | » Ngày phản biện: 04/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 25/05/2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị QLCTRYT của các PKĐK thuộc TTYT huyện Sóc Sơn
- Toàn bộ nhân viên y tế tham gia trực tiếp vào công tác QLCTRYT gồm: điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên của 05 PKĐK.
- Lãnh đạo TTYT Sóc Sơn và một số cán bộ lãnh đạo, nhân viên các PKĐK.

2. Thời gian

- Thời gian: Từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 6 năm 2017.

3. Địa điểm nghiên cứu

- Toàn bộ 05 PKĐK của TTYT Sóc Sơn gồm 5 PKĐK: PKĐK Kim Anh, PKĐK Trung Giã, PKĐK Xuân Giang, PKĐK Minh Phú, PKĐK Hồng Kỳ

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 định lượng:
 - Quan sát thực trạng thiết bị, cơ sở vật chất: 1 lượt/ngày x 5 PKĐK = 5 lượt.
 - Quan sát công tác phân loại: 4 PKĐK quan sát 6 vị trí, 1 PKĐK quan sát 5 vị trí. Mỗi vị trí quan sát 2 lượt/ngày. Tổng số lượt quan sát: 58 lượt
 - Quan sát công tác thu gom: 4 PKĐK quan sát 6 vị trí, 1 PKĐK quan sát 5 vị trí. Mỗi vị trí quan sát 2 lượt/ngày. Tổng số lượt quan sát: 58 lượt
 - Quan sát công tác vận chuyển: 2 lượt/ngày x 5 PKĐK = 10 lượt.
 - Quan sát công tác lưu giữ: 2 lượt/ngày x 5 PKĐK = 10 lượt.
 - Quan sát công tác xử lý: 2 lượt/ngày x 5 PKĐK = 10 lượt.
 - Quan sát thực hiện quy định: 1 lượt/ngày x 5 PKĐK = 5 lượt
- Cỡ mẫu nghiên cứu định tính:
 - Phòng vấn sâu: 06 cuộc với 01 Trưởng phòng khám, 01 nhân viên thường xuyên tham gia phân loại chất thải và 01 hộ lý phòng khám của 02 nhóm “Đạt” và “Không đạt”
 - Thảo luận nhóm: 01 cuộc thảo luận nhóm với điều dưỡng trưởng của PKĐK

5. Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu định lượng về thực trạng quản lý CTRYT tại 5 PKĐK được thu thập thông qua bảng kiểm quan sát.
- Số liệu định tính được thu thập thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với lãnh đạo và nhân viên của các PKĐK.

6. Phân tích số liệu

- Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.
- Các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm được ghi âm, gõ băng, nội dung của từng bài ghi âm được phân tích theo từng chủ đề.

7. 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 nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của các PKĐK

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ PKĐK có túi nilon, thùng đựng chất thải riêng cho từng loại chất thải đạt 60%. Các PKĐK đều có đủ các túi đựng chất thải đúng mã màu quy định, trong đó loại túi màu vàng, màu xanh và màu đen được trang bị đầy đủ 100% hơn so với các túi màu trắng (80%).

100% PKĐK có thùng đựng chất thải có quy định mức thu gom, trong khi đó chỉ có 20% PKĐK đạt về túi đựng chất thải có mức thu gom. 100% PKĐK có dụng cụ đựng chất thải sắc nhọn riêng đạt tiêu chuẩn theo quy định.

80% PKĐK có đủ thùng thu gom chất thải, trong đó có 60% PKĐK có thùng đựng chất thải đạp chân khi mở. 100% các thùng thu gom chất thải có đủ màu vàng và màu xanh theo quy định, trong khi đó các thùng màu trắng và màu đen chỉ đạt 40%. Tất cả các thùng đựng chất thải đều có dán nhãn cảnh báo ở mặt ngoài của thùng. 80% PKĐK có phương tiện vận chuyển chất thải và nhà lưu chứa chất thải theo quy định.

2. Thực trạng phân loại CTRYT

Các PKĐK thuộc TTYT huyện Sóc Sơn đều thực hiện tương đối tốt việc phân loại CTRYT.

Bảng 1: Tỷ lệ PKĐK thực hiện phân loại đúng CTRYT

Thực hiện phân loại đúng CTRYT	Kết quả	
	Tần số (n=58)	%
Phân loại ngay tại nơi phát sinh	54	93,1
Phân loại chất thải sắc nhọn là bơm kim tiêm	53	91,4
Phân loại chất thải sắc nhọn khác	55	94,8
Phân loại chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	56	96,6
Phân loại chất thải thông thường	50	86,2
Phân loại chất thải giải phẫu	58	100
Phân loại chất thải nguy hại không lây nhiễm	51	87,9
Phân loại chất thải tái chế	47	81,0
Phân loại CT có nguy cơ lây nhiễm cao	58	100
Các vị trí có hướng dẫn cách phân loại	28	48,3

Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao và chất thải giải phẫu được phân loại tốt nhất (100%), tiếp theo là chất thải lây nhiễm không sắc nhọn (96,6%), chất thải sắc nhọn (>90%), chất thải nguy hại không lây nhiễm (87,9%), chất thải thông thường (86,2%), cuối cùng là chất thải tái chế (81%). CTRYT đều được phân loại ngay tại nơi phát sinh (93,1%). Tuy nhiên chỉ có 28/58 vị trí quan sát (48,3%) có dán hướng dẫn phân loại chất thải.

3. Thực trạng thu gom CTRYT

Tỷ lệ PKĐK thực hiện tốt về tần suất thu gom, không thu gom lẫn chất thải và không làm rơi vãi chất thải ra nền nhà đạt 100%. 93,1% có quy định đường thu gom riêng. Tỷ lệ phòng khám thực hiện dán hướng dẫn phân loại và thu gom ở vị trí đặt thùng chứa chất thải chỉ chiếm 48,3%.

4. Thực trạng vận chuyển CTRYT

Tất cả PKĐK đều thực hiện đậy kín nắp thùng, buộc

kín miệng túi đựng chất thải khi vận chuyển, có quy định đường vận chuyển chất thải và không làm rơi vãi chất thải trong khi vận chuyển. Tuy nhiên theo kết quả quan sát, chỉ tỷ lệ PKĐK vận chuyển chất thải đúng thời gian quy định chỉ đạt 60%.

5. Thực trạng lưu giữ CTRYT

Tất cả các PKĐK đều có các dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải đúng quy định. Tuy nhiên tỷ lệ phòng khám thực hiện lưu giữ riêng chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường chỉ đạt 60%. Nơi lưu giữ chất thải tại một số phòng khám cũng đã có trang bị các phương tiện chứa chất thải có thành cứng không bị bục vỡ, rò rỉ (100%); phương tiện có biểu tượng, có nắp đậy kín (40%); khu lưu giữ có mái che, cửa khóa (80%), có đầy đủ phương tiện chứa và phòng chống sự cố (20%), có nền chống thấm, thông khí tốt (60%) và không phát sinh mùi khó chịu (100%).



Bảng 2: Tỷ lệ PKĐK thực hiện lưu giữ đúng CTRYT

Thực hiện lưu giữ đúng CTRYT	Kết quả	
	Tần số (n=10)	%
Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải đúng quy định	10	100
Chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường lưu giữ riêng.	6	60
Nơi lưu giữ chất thải đảm bảo:		
Phương tiện chứa CT có thành cứng không bị bục vỡ, rò rỉ	10	100
Có biểu tượng, có nắp đậy kín	4	40
Có mái che, cửa khóa	8	80
Có đầy đủ phương tiện chứa và phòng chống sự cố	2	20
Nền chống thấm, thông khí tốt	6	60
Không phát sinh mùi khó chịu, hôi	10	100

6. Thực trạng xử lý ban đầu CTRYT

Kết quả quan sát tại các phòng xét nghiệm của 5 PKĐK cho thấy, tỷ lệ các PKĐK thực hiện đúng quy trình xử lý ban đầu chất thải và có xô pha sẵn hóa chất xử lý ban đầu đều đạt 100%.

7. Thực trạng thực hiện quy định về QLCTRYT

Phần lớn các PKĐK (4/5) trong nghiên cứu đều thực hiện phân công nhiệm vụ cho các cán bộ của đơn vị thực hiện QLCTRYT bằng văn bản theo quy định. 100% PK có phân công người vận chuyển chất thải rắn y tế bàn giao chất thải lên cụm theo quy định. Kế hoạch QLCTRYT được 4/5 PKĐK xây dựng hàng năm tuy nhiên nội dung còn sơ sài. 100% phòng khám có lưu giữ sổ sách, chứng từ liên quan đến QLCTRYT như sổ giao nhận chất thải rắn y tế giữa trạm y tế và PKĐK, sổ cân bàn giao chất thải với Công ty URENCO 10 và các báo cáo định kỳ.

Công tác QLCTRYT cũng được các đơn vị kiểm tra, giám sát 1 lần/1 quý (đạt 100%). Tuy nhiên, chỉ có 2/5 PKĐK thực hiện tự kiểm tra, giám sát nhân viên thực hiện QLCTRYT (1 tuần/lần). Công tác đào tạo, tập huấn cho các nhân viên y tế của các PKĐK còn chưa tốt, chỉ có 3/5 PKĐK thực hiện tập huấn về quản lý chất thải y tế cho nhân viên.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tại các PKĐK thuộc TTYT huyện Sóc Sơn đều đã có các trang thiết bị, phương tiện phục vụ việc phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải. Tuy nhiên một số trang thiết bị vẫn còn thiếu hoặc chưa đạt chuẩn theo Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT: thiếu túi màu trắng đựng chất thải tái chế, thiếu thùng đựng chất thải màu đen và màu trắng, túi đựng chất thải không có mức thu gom, chưa đủ thùng thu gom chất thải, thiếu các thùng đựng chất thải đạp chân khi mở. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy, các loại chất thải nguy hại không lây nhiễm và chất thải tái chế phát sinh không đáng kể nên vấn đề này chưa được các đơn vị quan tâm và khi tìm mua để trang bị cho đủ thì trên thị trường cũng không có bán, do vậy tại các PKĐK vẫn còn thiếu các loại thùng thu gom hai loại chất thải này. Chỉ có 60% PKĐK có thùng đựng chất thải đạp chân khi mở, thấp hơn so nghiên cứu của Phan Thanh Lam thực hiện tại Gia Lâm năm 2013 [3]. Lý do là TTYT Sóc Sơn chưa có đủ điều kiện để đầu tư đồng bộ, cùng một lúc nên một số PKĐK vẫn sử dụng xô, xô lót túi và đậy nắp hoặc nếu có thùng đạp chân khi mở nắp thì lại không theo mã màu quy định do

không tìm mua được trên thị trường. Có thể thấy, việc sử dụng các dụng cụ, trang thiết bị chưa đúng quy định, đang là vấn đề đáng quan tâm ở nhiều cơ sở y tế tuyến huyện tại Việt Nam. Đây là những cơ sở y tế mà cơ sở vật chất chưa đồng bộ, hoạt động quản lý chất thải không tập trung và kinh phí còn hạn chế.

Việc phân loại chất thải giải phẫu (100%) và chất thải tái chế (81%) tại các PKĐK tương đối tốt. Tỷ lệ PKĐK thực hiện phân loại đúng chất thải nguy hại không lây nhiễm đạt 87,9%. Kết quả này cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Phan Thanh Lam [3] và Nguyễn Bá Tông [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ phân loại đúng chất thải thông thường đạt 86,2% lại thấp hơn nghiên cứu của Phan Thanh Lam [3]. Chất thải sắc nhọn được các PKĐK phân loại tốt. Chất thải lây nhiễm sắc nhọn (bơm kim tiêm) được phân loại đúng đạt 91,4%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Phú Gia [2] và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Thanh Lam [3], Nguyễn Bá Tông [7] và Đinh Quang Tuấn [8]. Hiện tượng bỏ lẫn chất thải lây nhiễm sắc nhọn vẫn xảy ra do ý thức của người làm phát sinh chất thải chưa cao. Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn được phân loại đúng chiếm 96,1% cao hơn các nghiên cứu của Phan Thanh Lam [3], Nguyễn Bá Tông [6],[7]. Tại các vị trí phát sinh chất thải tỷ lệ PKĐK có hướng dẫn cách phân loại chỉ đạt 48,3% thấp hơn nghiên cứu của Phan Thanh Lam [3], Nguyễn Bá Tông [7]. Qua thảo luận nhóm, các PKĐK vẫn nghĩ rằng các bảng biển, hướng dẫn phải chờ trung tâm cấp cho chứ không nghĩ các đơn vị phải tự làm.

Tất cả các PKĐK đều thực hiện tốt về tần suất thu gom, không thu gom lẫn chất thải và không làm rơi vãi chất thải ra nền nhà đạt 100%, tốt hơn so với nghiên cứu của Lê Chính Phong [4], Nguyễn Bá Tông [7], Lê Phú Gia [2]. Công tác vận chuyển chất thải cũng được các PKĐK thực hiện tốt. Tất cả PKĐK đều thực hiện đầy kín nắp thùng, buộc kín miệng túi đựng chất thải khi vận chuyển, có quy định đường vận chuyển chất thải và không làm rơi vãi chất thải trong khi vận chuyển. Theo Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT [1] thì chất thải phải vận chuyển ra khỏi buồng phòng tối thiểu là 1 lần/ngày và vận chuyển ra khỏi cơ sở y tế là 3 ngày/lần. Tuy nhiên, chỉ có 60% các phòng khám thực hiện đúng quy định về thời gian, tần suất vận chuyển chất thải, tương tự kết quả nghiên cứu của Phan Thanh Lam [2] và Hoàng Thị Thúy [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% PKĐK đều có các dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải đúng quy định.

Tuy nhiên tỷ lệ PKĐK thực hiện lưu giữ riêng chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường chỉ đạt 60% do không có nhà lưu giữ riêng mà lưu giữ chung phòng nhưng có các thùng riêng biệt. Việc xử lý ban đầu chất thải tại 5 PKĐK của TTYT Sóc Sơn được thực hiện tốt 100%, tốt hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông và Phan Thanh Lam.

Phần lớn các PKĐK (4/5) trong nghiên cứu đều thực hiện phân công nhiệm vụ cho các cán bộ của đơn vị thực hiện QLCTRYT bằng văn bản theo quy định và có kế hoạch QLCTRYT hàng năm. Tuy nhiên, nội dung kế hoạch được xây dựng vẫn còn sơ sài, một số kế hoạch không có chữ ký của lãnh đạo đơn vị, không có số, ngày, tháng ban hành kế hoạch. Công tác đào tạo, tập huấn cho các nhân viên y tế của các PKĐK còn chưa tốt, chỉ có 3/5(60%) PKĐK thực hiện tập huấn về QLCTRYT cho nhân viên, thấp hơn so với nghiên cứu của Gabela SD và Knight SE tại 30 phòng khám tại KwaZulu-Natal (Nam Phi) [10]. Việc thực hiện kiểm tra, giám sát của TTYT huyện đối với các PKĐK tương đối tốt, tuy nhiên bên cạnh đó, việc các đơn vị tự kiểm tra, giám sát, đôn đốc cán bộ thực hiện đúng công tác quản lý chất thải thì còn rất hạn chế do cán bộ lãnh đạo PKĐK chưa tăng cường tầm quan trọng trong công tác kiểm tra giám sát giúp cán bộ y tế của mình có nhận thức đúng đắn nhằm thay đổi hành vi để có thể làm tốt hơn công tác quản lý chất thải. Lý do các đơn vị đưa ra là bệnh nhân quá đông, nhân lực thiếu không bố trí được kiểm tra, giám sát.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, công tác quản lý chất thải rắn y tế (QLCTRYT) tại các phòng khám đa khoa (PKĐK) thuộc Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Sóc Sơn được thực hiện tương đối tốt, tuy nhiên một số tiêu chí còn chưa đảm bảo đúng quy định trong Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT về QLCTRYT do nguồn kinh phí cung cấp cho hoạt động QLCTRYT còn hạn chế, dẫn tới việc đầu tư cho cơ sở vật chất, trang thiết bị chưa đồng bộ. Bên cạnh đó, kiến thức và ý thức của nhân viên y tế về tầm quan trọng của QLCTRYT chưa cao cũng là một trong những trở ngại lớn cho công tác QLCTRYT tại các PKĐK.

VI. KHUYẾN NGHỊ

TTYT huyện Sóc Sơn cần duy trì công tác kiểm tra, giám sát, có kế hoạch trong việc bổ sung trang thiết bị,



phương tiện dụng cụ và cơ sở vật chất đáp ứng cho công tác quản lý chất thải rắn y tế tại các PKĐK.

Các PKĐK cũng cần tăng cường công tác kiểm tra giám sát, công tác đào tạo tại chỗ các y sỹ, bác sỹ; bổ sung

đồng bộ các hướng dẫn phân loại tại các vị trí phát sinh chất thải, trang bị đầy đủ phương tiện, dụng cụ, trang thiết bị đồng bộ, phù hợp phục vụ cho công tác phân loại, thu gom, lưu giữ và vận chuyển chất thải tại cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên & Môi trường, Bộ Y tế (2015), Thông tư số 58/TTLT-BYT-BTNMT, ngày 31 tháng 12 năm 2015 Quy định về quản lý chất thải, chủ biên.
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. *Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. Phan Thanh Lam (2013), Thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế của Trung tâm Y tế huyện Gia Lâm”. *Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
4. Lê Chính Phong (2016), Thực trạng thực hiện quy trình quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng viện mắt Hà Nội. *Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
5. Hoàng Thị Thúy (2011), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và kiến thức, thực hành của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Đông Anh, năm 2011. *Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. Nguyễn Bá Tòng (2015), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại các trạm y tế thuộc huyện Châu Thành, Đồng Tháp năm 2015. *Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
7. Nguyễn Bá Tòng (2016), 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.
8. Đinh Quang Tuấn (2011), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế, kiến thức, thực hành của cán bộ y tế trên địa bàn thành phố Việt Trì năm 2011. *Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng*, Trường Đại học Y tế Công cộng.
9. Trung tâm Y tế Sóc Sơn (2016), Báo cáo công tác quản lý chất thải 6 tháng đầu năm 2016.
10. Gabela SD and Knight SE (2010), Healthcare waste management in clinics in a rural health district in KwaZulu-Natal. *South Afr J Infect Dis.* 25(1): 19-21

THỰC TRẠNG NHÂN LỰC Y TẾ CÔNG LẬP TẠI TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2017

Lê Thúy Lan¹, Trần Như Nguyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguồn nhân lực y tế là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống y tế. Trong những năm gần đây, nguồn nhân lực y tế có sự phát triển không ngừng cả về chất lượng và số lượng.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng nhân lực y tế công lập tại tỉnh Hải Dương năm 2017.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là số liệu thứ cấp về nhân lực y tế gồm hồ sơ, sổ sách, biểu mẫu theo quy định của Bộ Y tế tại Sở Y tế gồm tuyến tỉnh, huyện, xã của các cán bộ y tế.

Kết quả: Nhân lực y tế công lập năm 2017 ở tỉnh Hải Dương là 6.983. Trong đó, tuyến tỉnh 40,0% (2.793), tuyến huyện 40,4% (2.824), tuyến xã 19,6% (1.366). Số nhân viên y tế/vạn dân ở mức thấp: bác sĩ/vạn dân là 6,8, dược sĩ đại học/vạn dân là 1,1. Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ chỉ đạt 67%, có nữ hộ sinh hặc y sĩ sản nhi đạt 92%.

Kết luận: Nhân lực y tế công lập năm 2017 của tỉnh Hải Dương còn ở mức thấp, chưa đạt chỉ tiêu Quyết định 122/QĐ-TTg.

Từ khóa: Nhân lực y tế, tỉnh Hải Dương.

ABSTRACT

THE STATUS OF PUBLIC HEALTHCARE WORKER IN HAI DUONG PROVINCE IN 2017

Background: Healthcare worker is considered to be one of the most essential and important components of a health system. Recently, healthcare worker has developed continuously both in quantity and quality.

Objectives: Describe the status of public healthcare worker in Hai Duong province in 2017.

Methods: A cross-sectional study. Study subjects are secondary data on healthcare worker including records, books and forms according to regulation of the Ministry of Health stored at Health Departments including the provincial, district and commune levels.

Results: Public healthcare worker in 2017 in Hai Duong province is 6,983. In which, provincial level is 40.0% (2,793), district level is 40.4% (2,824), commune level is 19.6% (1,366). The ratio of healthcare workers/10,000 citizens is at low level: ratio of doctors /10,000 citizens is 6.8, ratio of pharmacists graduated from university/10,000 citizens is 1.1. The ratio of commune health stations with doctors is only 67%, with midwives or pediatric physicians is 92%.

Conclusions: Public healthcare worker in 2017 in Hai Duong province is still at low level, and has not achieved the targets of Decision 122/QĐ-TTg.

Key words: Healthcare worker, Hai Duong province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, nguồn nhân lực y tế có sự phát triển không ngừng cả về chất lượng và số lượng. Theo thống kê, tổng số cán bộ y tế công tăng dần trong các năm qua, từ 299.100 năm 2008 lên 344.876 năm 2010 và đạt 424.237 người vào năm 2013. Số cán bộ y tế trên vạn dân tăng từ 29,9 năm 2003 lên 34,7 năm 2008. Số bác sĩ trên vạn dân tăng từ 5,9 năm 2003 lên 6,5 năm 2008 và đến năm 2014 là 7,8. Bên cạnh đó, số điều dưỡng trên vạn dân tăng từ 6,0 năm 2003 lên 7,8 năm 2008. Số dược sĩ đại học trên vạn dân tăng từ 0,8 năm 2003 lên 1,2 năm 2008 và đến năm 2014 là 2,2 [1], [2], [3].

Trên thế giới hiện nay, các nước thu nhập thấp và trung bình là những nước gặp nhiều thách thức to lớn trong việc duy trì một lực lượng nhân viên y tế đầy đủ, phù hợp với mục đích và nhu cầu sử dụng. Một phân tích gần đây được tiến hành bởi Liên minh Lực lượng Y tế Toàn cầu và Tổ chức Y tế thế giới ước tính có khoảng 7,2 triệu nhân viên y tế chuyên nghiệp còn thiếu trong năm 2012 và con số này sẽ tăng lên 12,9 triệu trong vài thập niên tới [1]. Tuy nhiên, nhiều quốc gia khác với mức độ phát triển khác nhau cũng gặp phải vấn đề trong việc duy

1. Trường Đại học Y Hà Nội. Tác giả chính Lê Thúy Lan
SĐT 0973109281, Email: lanvinacosh@gmail.com

trì lực lượng y tế sao cho đáp ứng được nhu cầu tiếp cận sâu rộng của người dân. Tại các nước thu nhập cao, hệ thống y tế vẫn thường xuyên phụ thuộc vào nguồn nhân lực y tế nhập cư từ các nước đang phát triển và họ buộc phải có kế hoạch sử dụng các nguồn nhân lực này nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng gia tăng của dân số già hóa [4].

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng nhân lực y tế công lập tại tỉnh Hải Dương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm nghiên cứu: tỉnh Hải Dương.

Thời gian nghiên cứu: tháng 10/2017 – tháng 3/2018.

Đối tượng nghiên cứu: Số liệu thứ cấp về nhân lực y tế: hồ sơ, sổ sách, biểu mẫu theo quy định của Bộ Y tế tại Sở Y tế gồm tuyến tỉnh, huyện, xã của các cán bộ y tế.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: là toàn bộ trên số liệu thứ cấp (n = 6.983). Chọn mẫu: chủ đích toàn bộ, chọn các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và chỉ loại trừ những đối tượng không đủ tiêu chuẩn (số liệu thứ cấp).

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các quy định đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Phân bố nhân lực y tế trên một vạn dân

Bảng 1. Phân bố nhân lực y tế/vạn dân

Loại NLYT	Số lượng	Trên vạn dân
Số NVYT	6.983	38,0
Số bác sĩ	1.249	6,8
Số điều dưỡng	2.553	13,9
Số hộ sinh	569	3,1
Số dược sĩ đại học	209	1,1
Số YTCC	88	0,5
Số KTV y học	443	2,4
NLYT khác	1.872	10,2

Dân số tỉnh Hải Dương năm 2017 là 1.837.661 người Số điều dưỡng/vạn dân là 13,9 và số hộ sinh/vạn dân là 3,1.

Nhận xét: Số bác sĩ/vạn dân của tỉnh Hải Dương là 6,8.

Phân bố tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng trên giường bệnh

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng trên giường bệnh

Loại NLYT	Tuyến tỉnh		Tuyến huyện	
	SL	Trên giường bệnh	SL	Trên giường bệnh
Số NVYT	1.706	0,7	1.524	0,7
Số bác sĩ	540	0,2	482	0,2
Số điều dưỡng	1.166	0,5	1.042	0,5

Số giường bệnh tuyến tỉnh là 2.430 giường.

Số giường bệnh tuyến huyện là 2.115 giường.

Nhận xét: Tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh và điều dưỡng/

giường bệnh được phân bố đồng đều ở tuyến tỉnh và tuyến huyện. Tỷ lệ trên lần lượt là 0,2 và 0,5.

Cơ cấu chức danh chuyên môn nhân lực y tế.

Bảng 3. Bảng phân loại cơ cấu chức danh chuyên môn nhân lực y tế theo tuyến

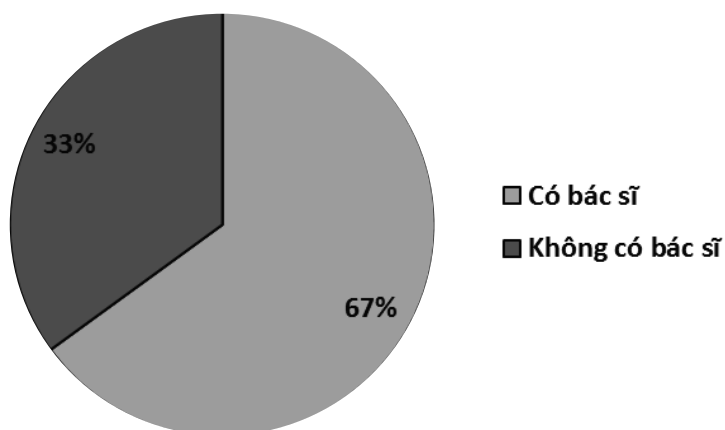
Loại NVYT	Tuyến tỉnh		Tuyến huyện		Tuyến xã		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bác sĩ	540	19,3	482	17,1	227	16,6	1.249	17,9
Dược sĩ đại học	120	4,3	81	2,9	8	0,6	209	3,0
Y tế công cộng	32	1,2	43	1,5	13	1,0	88	1,3
Điều dưỡng	1.166	41,8	1.042	36,9	345	25,3	2.553	36,6
KTV y học	247	8,8	190	6,7	6	0,4	443	6,3
Y sĩ	79	2,8	258	9,1	521	38,1	585	12,3
Hộ sinh	93	3,3	253	9,0	223	16,3	569	8,1
Dược tá	1	0,04	2	0,07	14	1,0	17	0,2
Khác	515	18,4	473	16,8	9	0,7	997	14,3
Tổng số NVYT	2.793	100,0	2.824	100,0	1.366	100,0	6.983	100,0

Nhận xét: Chức danh chuyên môn điều dưỡng và bác sĩ có tỷ lệ cao nhất, tỷ lệ lần lượt là 36,6% và 17,9%. Riêng tuyến xã có tỷ lệ y sĩ cao nhất (38,1%) sau đó là

điều dưỡng (25,3%) và bác sĩ (16,6%).

Phân bố tỷ lệ trạm y tế xã/phường có bác sĩ, hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi

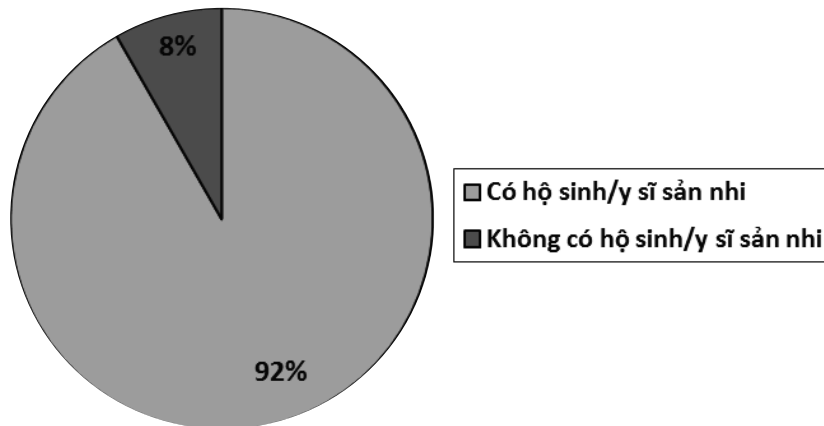
Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ trạm y tế xã/phường có bác sĩ



Nhận xét: 67% trạm y tế xã/phường tại tỉnh Hải Dương có bác sĩ, trong khi đó có đến 33% trạm y tế xã/phường tại tỉnh Hải Dương không có bác sĩ.



Biểu đồ 3. Phân bố tỷ lệ trạm y tế xã/phường có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi



Nhận xét: 92% trạm y tế xã/phường tại tỉnh Hải Dương có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi và 8% trạm y tế xã/phường tại tỉnh Hải Dương không có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi.

IV. BÀN LUẬN:

Số bác sĩ/vận dân của tỉnh Hải Dương năm 2017 đạt 6,8 và số dược sĩ đại học/vận dân là 1,1 tương tự khu vực đồng bằng Sông Cửu Long (6,8 bác sĩ và 1 dược sĩ/vận dân) [5]. Tuy nhiên, so với chỉ tiêu của Quyết định 122/QĐ-TTg thì

nhân lực y tế của tỉnh Hải Dương vẫn còn ở mức thấp [6].

V. KẾT LUẬN:

Nhân lực y tế công lập năm 2017 ở tỉnh Hải Dương là 6.983. Trong đó, tuyển tỉnh 40,0% (2.793), tuyển huyện 40,4% (2.824), tuyển xã 19,6% (1.366).

Số nhân viên y tế/vận dân ở mức thấp [6]: bác sĩ/vận dân là 6,8, dược sĩ đại học/vận dân là 1,1. Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ chỉ đạt 67%, có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi đạt 92%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2009. Nhân lực y tế tại Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013). *Niên giám thống kê y tế năm 2012*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2015). *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015. Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. WHO (2006). *The World Health Report: Working together for health*, Geneva, WHO.
5. Hồng Hiếu (2017). Đồng bằng Sông Cửu Long thiếu nhân lực y tế trầm trọng. <<http://www.baomoi.com/dong-bang-song-cuu-long-thieu-nhan-luc-y-te-tram-trong>>, xem ngày 12/8/2017.
6. Quyết định 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2020, tầm nhìn đến năm 2030.

THỰC TRẠNG RỐI NHIỄU TÂM TRÍ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ BÌNH NGUYÊN, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Nguyễn Thị Minh Phương¹, Trần Thị Thu Hà¹, Lê Lan Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang về thực trạng rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình, kết quả cho thấy: Có 31,2% nữ giới và 14,2% nam giới có rối nhiễu tâm trí; nhóm tuổi từ 80 trở lên có tỉ lệ rối nhiễu tâm trí tương đối cao (34,8%); người không có con có tỉ lệ rối nhiễu tâm trí khá cao (52,9%).

Từ khóa: Rối nhiễu tâm trí, người cao tuổi, tỉnh Thái Bình.

ABSTRACT:

SITUATION OF MENTAL DISTURBANCE IN THE ELDERLY IN BINH NGUYEN COMMUNE, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2015

Epidemiological studie described through a cross-sectional survey on mental disorders in the elderly in Binh Nguyen commune, Kien Xuong district, Thai Binh province. Results showed that 31,2% women and 14,2% of men have mental disturbance; The age group of 80 and older has a high rate of mental disturbance (34,8%); People with no children have a high rate of mental disturbance (52,9%).

Keywords: Mental disorders, elderly, Thai Binh province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự gia tăng các bệnh thực thể, các rối nhiễu tâm trí cũng là “bạn đồng hành” của người cao tuổi (NCT). Trong khi các bệnh thực thể có thể nhận biết không mấy khó khăn qua thăm khám, chẩn đoán thì các rối nhiễu tâm trí thường bị bỏ qua, ít người để ý đến và cũng khó chẩn đoán chính xác. Ở Việt Nam hiện nay các nghiên cứu về rối nhiễu tâm trí (RNNT) thường tập trung vào nhóm trẻ nhỏ và thanh thiếu niên, chưa có nhiều các nghiên cứu chuyên sâu về tình trạng RNNT ở nhóm người cao tuổi.

1. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Thực trạng rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015*”.

Nhằm mục tiêu:

Mô tả thực trạng rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa bàn và đối tượng nghiên cứu

- **Địa bàn nghiên cứu:** Xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2016

- **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang

- Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu

❖ Chọn mẫu:

• Chọn huyện: chọn chủ đích huyện Kiến Xương

• Chọn xã: chọn chủ đích xã Bình Nguyên

• Chọn đối tượng nghiên cứu: chọn ngẫu nhiên người cao tuổi trong danh sách người cao tuổi của xã để phỏng vấn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu

• Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: các đối tượng không còn khả năng nhận thức, khả năng nghe, nói hạn chế và không đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn

❖ Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tính theo công thức áp dụng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó:

z : Hệ số tin cậy lấy ở mức $\alpha=0,05$ thì $z = 1,96$.

p : Tỷ lệ rối loạn tâm trí người cao tuổi theo nghiên cứu của Bộ LĐTBXH là 20%

q : Tỷ lệ người không có rối loạn ($q = 1 - p = 0,8 = 80\%$).

d : Sai số mong muốn (lấy $d = 0,05$)

Từ công thức trên tính được: $n = 245$. Thực tế, chúng tôi đã tiến hành điều tra 400 người cao tuổi tại xã.

- Phương pháp thu thập thông tin

Người cao tuổi được điều tra sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa để sàng lọc RNTT tại cộng đồng của Tổ chức Y tế thế giới.

- Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu điều tra được nhập bằng phần mềm Epi Info 6.04 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Giới tính \ Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
60 - 69 tuổi	94	53,5	128	57,1	222	55,6
70 - 79 tuổi	44	25,0	45	20,1	89	22,2
≥ 80 tuổi	38	21,6	51	22,8	89	22,2
Tổng	176	100,0	224	100,0	400	100,0

Từ bảng số liệu trên, cho thấy: 56,0% đối tượng nghiên cứu là nữ giới, nam giới chiếm 44,0%. Nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 55,6%; nhóm từ 70 - 79 tuổi và ≥ 80 tuổi đều chiếm tỷ lệ 22,2%.

Bảng 2. Tỷ lệ NCT bị rối nhiễu tâm trí theo giới tính

Giới tính \ Rối nhiễu	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không	151	85,8	154	68,8	305	76,2
Có	25	14,2	70	31,2	95	23,8
Tổng	176	100,0	224	100,0	400	100,0
p	<0,05					

Qua bảng 2 ta thấy: trong số 176 người cao tuổi là nam thì chỉ có 14,2% có RNTT tại thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ này ở nữ cao hơn là 31,2% với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ NCT bị rối nhiễu tâm lý theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi Rối nhiễu	60 - 69		70 - 79		≥ 80 tuổi	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không	186	83,8	61	68,5	58	65,2
Có	36	16,2	28	31,5	31	34,8
Tổng	222	100,0	89	100,0	89	100,0
p	<0,05					

Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí tăng dần theo nhóm tuổi, trong nhóm tuổi 70-79 và trên 80 tuổi tỷ lệ này cao hơn rất nhiều khi ở nhóm tuổi từ 60-69 tỷ lệ rối nhiễu chỉ là 16,2% thì là 31,5% và 34,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ NCT bị rối nhiễu tâm trí theo số con

Số con Rối nhiễu	Không có con		1 - 2 con		Từ 3 con trở lên	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không	8	47,1	55	77,5	242	77,5
Có	9	52,9	16	22,5	70	22,5
Tổng	17	100,0	71	100,0	312	100,0
p	<0,05					

Qua bảng 4 cho thấy: trong số 17 NCT không có con thì có tới 9 người có các triệu chứng của rối nhiễu tâm trí chiếm 52,9%. tỷ lệ rối nhiễu ở những người có 1 - 2 con và từ 3 con trở lên đều là 22,5%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Cùng với sự gia tăng các bệnh thực thể, các rối loạn tâm lý cũng là “bạn đồng hành” của người cao tuổi (NCT). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14,2% nam giới và 31,2% nữ giới có RNTT ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Viện Lão khoa Việt Nam². Tỷ lệ nữ giới có RNTT cao hơn so với nam giới là do tâm lý chung của người Việt Nam, phụ nữ thường hay cả nghĩ, hay lo lắng. Bên cạnh đó, đa số nam giới trước kia tham gia cách mạng hoặc thoát li khỏi địa phương, nay họ được hưởng chế độ hoặc có

lượng hưu nên ít khi bận tâm đến vấn đề kinh tế. Ngược lại, nữ giới ở giai đoạn trước thường tham gia lao động cùng gia đình tại quê hương, khi về già họ không tự chủ được nhiều về kinh tế, ngại phiền con cháu. Cùng với đó, nhiều việc trong gia đình đổ dồn lên đôi vai người phụ nữ (chỉ tiêu, thăm hỏi họ hàng, bệnh tật, ...) khiến họ lo nghĩ nhiều hơn.

Về nhóm tuổi, tỷ lệ rối nhiễu tâm trí tăng dần theo nhóm tuổi, trong khi ở nhóm tuổi từ 60 - 69 tỷ lệ rối nhiễu chỉ là 16,2% thì nhóm tuổi 70 - 79 và trên 80 tuổi tỷ lệ này cao hơn rất nhiều là 31,5% và 34,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Như Minh Hằng (2005): Đối tượng có rối nhiễu chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 70 tuổi trở lên (68,18%). Ở độ tuổi 60 - 69, NCT vẫn còn có khả năng lao động. Đặc biệt, ở một xã nội đồng như Bình Nguyên, NCT vẫn có

² <http://suckhoedoisong.vn/roi-loan-tam-ly-o-nguoi-cao-tuoi-n50181.html>



thể trồng cây vụ đông xen cây lúa, vẫn có thể chăn nuôi gia súc, gia cầm... Nhưng bước sang tuổi 70, sức khỏe thể chất suy giảm. Đây là lúc họ phải đối mặt với nỗi lo về sức khỏe nhiều hơn. Bên cạnh đó, vấn đề kinh tế ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của họ, họ ngại phiền đến con, cháu... Chính vì thế, tuổi càng cao, RNTT đối với NCT càng nhiều.

Ở những người không có con rối nhiễu tâm trí chiếm 52,9%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Trần Như Minh Hằng (2005) 55,7%. Tỷ lệ rối nhiễu ở những người có 1 - 2 con và từ 3 con trở lên đều là 22,5%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Đối với người già, một trong những nguyên nhân tâm lý khiến họ có RNTT là sự cô đơn. Với họ, niềm an ủi của tuổi già là con cái, đặc biệt khi người bạn đời của họ không còn nữa. Họ lo lắng khi trái gió trở trời, khi đau nhức xương khớp... nhiều người có con, có cháu để dựa nên mức độ có RLTL ít hơn so với những người đơn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh** (2012). *Khảo sát sơ bộ tỷ lệ sa sút tâm thần ở người cao tuổi trong cộng đồng dân cư*. Nội san Hội Tâm thần học.
2. **Trần Như Minh Hằng, Đinh Văn Lo, Nguyễn Đức Ly (2006)**, “Khảo sát tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Thủy Xuân – thành phố Huế”, Tạp chí Y học Thực hành số 10, trang 67 – 96.
3. **Phạm Khuê** (2000), *Bệnh học tuổi già*, Nhà xuất bản Y học, trang 8 – 87.
4. **Trần Tuấn** (2006). *Đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ câu hỏi SDQ25 sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí trên đối tượng trẻ em 4-16 tuổi tại Việt Nam*. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp bộ, Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam.
5. <http://suckhoedoisong.vn/roi-loan-tam-ly-o-nguoi-cao-tuoi-n50181.html>

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về thực trạng rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 55,6%; nhóm từ 70 - 79 tuổi và ≥ 80 tuổi đều chiếm tỷ lệ 22,2%.
- Có 31,2% nữ giới và 14,2% nam giới có rối nhiễu tâm trí.
- Nhóm tuổi từ 80 trở lên có tỉ lệ rối nhiễu tâm trí tương đối cao (34,8%).
- Người không có con có tỉ lệ rối nhiễu tâm trí khá cao (52,9%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Khuyến khích NCT duy trì tập thể thao thường xuyên để tăng cường sức khỏe, tránh các RLTT ở NCT. Nhằm đem lại hiệu quả cao trong việc chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần cho NCT trong cộng đồng.
- Tuyên truyền, vận động NCT đi khám sức khỏe định kì.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI NHIỀU TÂM TRÍ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ BÌNH NGUYÊN, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Trần Thị Thu Hà¹, Lê Lan Anh¹, Hà Thị Tân¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang về một số yếu tố liên quan đến rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình, kết quả cho thấy: Người cao tuổi đơn thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí cao hơn 2,86 lần so với người có vợ/chồng; người cao tuổi càng không có khả năng lao động có rối nhiễu tâm trí cao hơn 4,5 lần so với người vẫn có khả năng lao động; người cao tuổi mắc 1 bệnh có rối nhiễu tâm trí cao hơn 2,2 lần so với người có từ 2 bệnh trở lên.

Từ khóa: Rối nhiễu tâm trí, người cao tuổi, tỉnh Thái Bình.

ABSTRACT:

SOME FACTORS RELATED TO MENTAL DISTURBANCE IN THE ELDERLY IN BINH NGUYEN COMMUNE, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2015

Epidemiological study was described through a cross-sectional survey on mental disturbance in the elderly in Binh Nguyen commune, Kien Xuong district, Thai Binh province. Results showed that Single-person age was 2,86 times more likely to have a mental disturbance than a spouse; The elderly who are unable to work have mental disturbances 4,5 times higher than those who are still able to work; The elderly with a mental disorder that is 2,2 times higher than those who have two diseases become up.

Keywords: Mental disorders, elderly, Thai Binh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, khoa học kỹ thuật tiên tiến, tuổi thọ của con người trên thế giới ngày

càng được nâng lên, tỉ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, đặc biệt ở các nước đang phát triển và kém phát triển, trong đó có Việt Nam. Trong khi các bệnh thực thể có thể nhận biết không mấy khó khăn qua thăm khám, chẩn đoán thì các rối nhiễu tâm trí thường bị bỏ qua, ít người để ý đến và cũng khó chẩn đoán chính xác. Đó là một trong những nguyên nhân dẫn tới tình trạng nhiều người già đang bị mất đi khả năng sống một cách độc lập. Họ bị hạn chế về vận động, yếu về thể chất hoặc các vấn đề về sức khỏe thể chất và tâm thần khác mà đòi hỏi phải có sự chăm sóc lâu dài.

Vi thể, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *“Một số yếu tố liên quan đến rối nhiễu tâm trí ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015”*. Nhằm mục tiêu:

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối nhiễu tâm trí của người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa bàn và đối tượng nghiên cứu

- **Địa bàn nghiên cứu:** Xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2016

- **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi tại

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang

- **Kỹ thuật chọn mẫu và cỡ mẫu**

❖ Chọn mẫu:

• Chọn huyện: chọn chủ đích huyện Kiến Xương

• Chọn xã: chọn chủ đích xã Bình Nguyên

• Chọn đối tượng nghiên cứu: chọn ngẫu nhiên người

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Tác giả chính Trần Thị Thu Hà: SĐT: 0989535028
Email: hatlyd@gmail.com

» Ngày nhận bài: 15/04/2018 | » Ngày phản biện: 15/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 12/06/2018

cao tuổi trong danh sách người cao tuổi của xã để phỏng vấn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu

• Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: các đối tượng không còn khả năng nhận thức, khả năng nghe, nói hạn chế và không đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn

❖ Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tính theo công thức áp dụng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó:

z : Hệ số tin cậy lấy ở mức $\alpha=0,05$ thì $z = 1,96$.

p : Tỷ lệ rối loạn tâm trí người cao tuổi theo nghiên

cứu của Bộ LĐTBXH là 20%

q : Tỷ lệ người không có rối loạn ($q = 1 - p = 0,8 = 80\%$).

d : Sai số mong muốn (lấy $d = 0,05$)

Từ công thức trên tính được: $n = 245$. Thực tế, chúng tôi đã tiến hành điều tra 400 người cao tuổi tại xã.

- Phương pháp thu thập thông tin

Người cao tuổi được điều tra sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa để sàng lọc RNTT tại cộng đồng của Tổ chức Y tế thế giới.

- Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu điều tra được nhập bằng phần mềm Epi Info 6.04 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp và trình độ học vấn

Nội dung		SL	%
Nghề nghiệp	Nông dân	305	76,2
	Hưu trí	87	21,8
	Lao động tự do	8	2,0
Trình độ học vấn	Mù chữ	8	2,0
	Biết chữ	28	7,0
	Tiểu học	88	22,0
	THCS	222	55,5
	THPT	23	5,8
	Trung cấp trở lên	31	7,7

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Người cao tuổi tại xã chủ yếu làm nghề nông, chiếm 76,2%; 21,8% là cán bộ đã về hưu. 55,5% người cao tuổi được nghiên cứu đã học

xong THCS, 22% học xong tiểu học và vẫn còn 2,0% người cao tuổi không biết chữ.

Bảng 2. Tỷ lệ NCT có rối nhiễu tâm trí theo tình trạng hôn nhân

Hôn nhân \ Rối nhiễu	Không		Có		OR
	SL	%	SL	%	
Có vợ/chồng	241	81,7	54	18,3	2,9
Đơn thân	64	61,0	41	39,0	

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ người cao tuổi đơn thân có rối nhiễu tâm trí cao hơn so với những người có vợ/chồng với tỷ lệ là 39,1% và 18,3%. Người cao tuổi

đơn thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí cao hơn 2.86 lần so với người có vợ/chồng.

Bảng 3. Tỷ lệ NCT có rối nhiễu theo mức độ trò chuyện cùng người thân/con cháu

Rối nhiễu Nói chuyện	Không		Có		OR
	SL	%	SL	%	
Thường xuyên	272	79,5	70	20,5	2,9
Hiếm khi	33	56,9	25	43,1	

Bảng 3 cho thấy: Người cao tuổi ít nói chuyện với con cái và người thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí

cao gấp 2,94 lần so với người cao tuổi thường xuyên trò chuyện cùng người thân.

Bảng 4. Tỷ lệ NCT có rối nhiễu theo khả năng lao động

Rối nhiễu Khả năng lao động	Không		Có		OR
	SL	%	SL	%	
Vẫn lao động	288	79,3	75	20,7	4,5
Không lao động được	17	45,9	20	54,1	

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra: khả năng lao động ảnh hưởng tới tâm lý của người cao tuổi, người cao tuổi càng không

có khả năng lao động thì tỷ lệ rối nhiễu càng cao (54,1%). Khi vẫn còn lao động được thì tỷ lệ rối nhiễu là 20,7%.

Bảng 5. Tỷ lệ NCT có rối nhiễu theo thu nhập/tháng

Rối nhiễu Thu nhập	Không		Có		OR
	SL	%	SL	%	
Từ 500 ngàn trở lên	157	84,4	29	15,6	2,4
Dưới 500 ngàn	148	69,2	66	30,8	

Nhìn bảng 5, ta thấy: Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở nhóm người cao tuổi có thu nhập dưới 500 nghìn/tháng cao nhất

là 30,8%, trong khi tỷ lệ này trong nhóm có thu nhập từ 500 nghìn/tháng trở lên là 15,6%.



Bảng 6. Tỷ lệ NCT có rối nhiễu theo tần suất mắc bệnh

Tần suất mắc bệnh \ Rối nhiễu	Không		Có		OR
	SL	%	SL	%	
1 bệnh	79	85,9	13	14,1	2,2
≥ 2 bệnh	226	73,4	82	26,6	

Qua bảng 6, tỷ lệ rối nhiễu tâm trí tăng theo tần suất mắc bệnh, ở nhóm người cao tuổi không mắc bệnh hoặc mắc 1 bệnh thì rối nhiễu là 14,1%, tỷ lệ này tăng lên ở nhóm có từ 2 bệnh trở lên là 26,6%.

IV. BÀN LUẬN

Người cao tuổi đơn thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí cao hơn 2,86 lần so với người có vợ/chồng. Tâm lý chung của người Việt Nam “con chăm cha không bằng bà chăm ông”. Người bạn đời đóng vai trò đặc biệt quan trọng với mỗi cá nhân trong suốt chặng đường đời, có ý nghĩa sâu sắc khi họ bước vào tuổi xế chiều. Có người bạn sớm tới bầu bạn chia sẻ những buồn vui trải nghiệm trong cuộc sống. Nhu cầu chia sẻ, lắng nghe của con người được thỏa mãn, những lo lắng, phiền muộn tiêu tan. Với những người đơn thân, nguy cơ bị RNTT cao hơn những người có vợ/chồng bởi nhu cầu giao tiếp – một trong 5 năm nhu cầu cơ bản của con người (theo quan điểm của Maslow) bị hạn chế. Có những chuyện trong cuộc sống mà người cao tuổi chỉ có thể chia sẻ với người bạn đời của mình. Người cao tuổi có vợ/chồng trong quá trình giao tiếp với những người xung quanh họ sẽ cởi mở hơn, vui vẻ hơn so với người cao tuổi đơn thân. Bản thân người đơn thân, họ luôn nhận thấy vị thế thấp kém của mình trong xã hội (nếp nghĩ này hiện vẫn còn chất chứa trong tâm tư của người dân ở nhiều làng quê). Vì thế, không tránh khỏi những ưu tư, phiền muộn dồn nén trong lòng, không biết tỏ bày cùng ai.

Kết quả nghiên cứu bảng 3 cũng cho thấy, mức độ trò chuyện cùng với người thân/con cháu có ảnh hưởng đến rối nhiễu tâm trí của người cao tuổi. Người cao tuổi ít nói chuyện với con cái và người thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí cao gấp 2,94 lần so với người cao tuổi thường xuyên cùng trò chuyện với người thân. Điều này một lần nữa khẳng định: nhu cầu giao tiếp là nhu cầu đặc trưng, không thể thiếu của con người. Với người cao tuổi, vấn đề này có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Nhóm người cao tuổi thường chỉ đảm nhận một số việc vặt vãnh trong nhà,

khoảng thời gian nhàn rỗi nhiều. Trong khi đó, đối tượng lao động chính trong gia đình (con, cháu) ít có thời gian ở nhà. Người già rất thích được quan tâm và luôn thể hiện sự quan tâm của mình đối với con, cháu thông qua việc hỏi han, chuyện trò. Tuy nhiên, nếu nhu cầu này không được thỏa mãn, người cao tuổi thường cảm thấy mình là người thừa trong gia đình. Chính điều này càng gây cho họ áp lực tâm lý nặng nề hơn.

Từ bảng 4, cho thấy: NCT càng không có khả năng lao động thì tỷ lệ rối nhiễu càng cao. Khi vẫn còn lao động được thì tỷ lệ rối nhiễu là 20,7% và tỷ lệ này ở nhóm không làm việc được cao hơn là 54,1%. Ở Bình Nguyên, cuộc sống của NCT thường là những công việc nhà nông, gần như không có khoản thu nhập nào khác. Do đó, khi không còn khả năng lao động, sự tích lũy trước đó không nhiều, nay phải đối mặt với tình trạng đau ốm thường xuyên nên dễ ảnh hưởng đến tâm lý của họ. Người cao tuổi luôn dè dặt tâm lý “Tre già thì người chuộng, người già thì ai chuộng”. Với người cao tuổi, đặc biệt là nhóm người không còn khả năng lao động, áp lực này càng thường xuyên hơn.

Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở nhóm người cao tuổi có thu nhập dưới 500 nghìn/tháng cao nhất là 30,8%, thu nhập từ 500 nghìn/tháng trở lên là 15,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Như Minh Hằng (2005): Người có điều kiện kinh tế khó khăn và trung bình có rối loạn cao hơn đối tượng có điều kiện kinh tế khá (94,3% và 5,7%). Tình trạng kinh tế là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến tâm lý của NCT khi đi khám, chữa bệnh. Theo quy luật của tự nhiên, tuổi già không tránh khỏi ốm đau, bệnh tật. Do đó, với mức thu nhập thấp, họ lo chi tiêu trong cuộc sống, lo khi đau ốm... là điều dễ hiểu. Theo đó, khi bị mắc nhiều bệnh (từ 2 bệnh trở lên) có tỉ lệ RNTT là 26,6%.

Kết quả nghiên cứu bảng 6 về tỉ lệ người cao tuổi có rối nhiễu theo tần suất mắc bệnh cho thấy: người cao tuổi mắc 1 bệnh thì tỉ lệ rối nhiễu thấp nhất (14,1%) và cao nhất là nhóm mắc từ 2 bệnh trở lên (26,6%). Thực tế cho

thấy, Bình Nguyên là xã nội đồng, đời sống của người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng đều dựa vào hoa màu và cây lúa. Chút kinh tế người cao tuổi tích lũy được chủ yếu dựa vào nông nghiệp. Bên cạnh đó, một số bệnh hay gặp ở nhóm tuổi này như: tăng huyết áp (44,5%), tiêu hóa (33,8%), đặc biệt là bệnh về cơ – xương – khớp (70,2%). Bước sang tuổi 60, sức khỏe thể chất suy giảm, bệnh tật hoành hành, sức lao động bị hạn chế. Trước thực trạng đó, rối nhiễu tâm trí xuất hiện với một số biểu hiện: lo lắng, căng thẳng, mệt mỏi, khó chịu...

V. KẾT LUẬN

Qua tìm hiểu “*Một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại xã Bình Nguyên, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2015*”, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất (76,2%).
- Đa số NCT có trình độ THCS (55,5%).
- NCT đơn thân có nguy cơ bị rối nhiễu tâm trí cao hơn 2,86 lần so với người có vợ/chồng.
- Ít trò chuyện với con cháu, NCT có nguy cơ rối nhiễu tâm trí cao hơn so với việc thường xuyên trò chuyện (43,1% so với 20,5%).

- NCT càng không có khả năng lao động có rối nhiễu tâm trí cao hơn 4,5 lần so với người vẫn có khả năng lao động.

- Mức thu nhập thấp (dưới 500 ngàn/tháng) NCT có rối nhiễu tâm trí khá cao (30,8%).

- NCT mắc 1 bệnh có rối nhiễu tâm trí cao hơn 2,2 lần so với người có từ 2 bệnh trở lên.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Trong cuộc sống hàng ngày, nhân viên y tế và người thân cần quan tâm nhiều hơn đến NCT, ngoài việc phát hiện những thay đổi về chức năng sinh lý của các hệ thống cơ quan trong cơ thể cần phải theo dõi những biến đổi về tâm lý ở nhiều mức độ khác nhau đối với NCT để nhận biết và điều trị kịp thời những RLTT ở NCT.

- Khuyến khích NCT duy trì tập thể thao thường xuyên để tăng cường sức khỏe, tránh các RLTT ở NCT. Nhằm đem lại hiệu quả cao trong việc chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần cho NCT trong cộng đồng.

- Những người thân trong gia đình và làng xóm cần thường xuyên trò chuyện, chia sẻ với người cao tuổi hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Như Minh Hằng, Đinh Văn Lo, Nguyễn Đức Ly (2006)**, “Khảo sát tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Thủy Xuân – thành phố Huế”, Tạp chí Y học Thực hành số 10, trang 67 – 96.
2. **Phạm Khuê (2000)**, Bệnh học tuổi già, Nhà xuất bản Y học, trang 8 – 87.
3. **Trần Tuấn (2006)**. *Đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ câu hỏi SDQ25 sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí trên đối tượng trẻ em 4-16 tuổi tại Việt Nam*. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp bộ, Liên Hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam.
4. **WHO (2014)**. *Gần 9 triệu người Việt Nam bị rối loạn tâm trí*. Hội nghị triển khai đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020.
5. **WHO (1992)**, Rối loạn khí sắc, Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán, Nhà xuất bản Y học, HN.
6. <http://suckhoedoisong.vn/roi-loan-tam-ly-o-nguoi-cao-tuoi-n50181.html>



THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN VỀ TRUYỀN THÔNG - GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI HUYỆN TRUNG KHÁNH, TỈNH CAO BẰNG NĂM 2017

Nông Bảo Anh¹, Trần Quốc Kham², Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Văn Tiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng hoạt động truyền thông - Giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn bản huyện Trung Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy trang thiết bị đối tượng được phát nhiều nhất là tài liệu truyền thông (97,8%). Chỉ một số ít có các công cụ để làm mẫu (1,7%) và loa cầm tay (0,4%). Phần lớn tài liệu truyền thông được cung cấp chỉ đáp ứng một phần nhu cầu của nhân viên y tế thôn bản (42,4%), có 41,1% số tài liệu đáp ứng đủ nhu cầu và vẫn còn 16,5% tài liệu không đáp ứng được so với nhu cầu thực tế. Các hình thức truyền thông hay được nhân viên y tế thôn bản sử dụng là nói chuyện sức khỏe (58,9%), thăm hộ gia đình (33,3%), hình thức thảo luận nhóm và tư vấn ít được sử dụng hơn (6,5% và 1,3%). Những khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất mà nhân viên y tế thôn bản thường gặp khi thực hiện các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe là thiếu kinh phí (82,7%). Sự phối hợp giữa nhân viên y tế thôn bản với cán bộ khác ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%), có 8,7% sự phối hợp này ở mức chưa tốt. Nhân viên y tế thôn bản ít khi thực hiện lồng ghép các hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe chiếm tỷ lệ cao 55,9% và không thực hiện lồng ghép bao giờ chiếm tỷ lệ thấp (1,4%).

Từ khóa: Nhân viên y tế thôn bản, truyền thông giáo dục sức khỏe, Cao Bằng.

ABSTRACT

ACTIVITIES OF VILLAGE HEALTH STAFF ON COMMUNICATION - HEALTH EDUCATION IN TRUNG KHANH, CAO BANG PROVINCE IN 2017

The research was carried out to describe the situation of communication-health education among village health staffs in Trung Khanh district, Cao

Bang province in 2017. The study results showed that the equipment which subjects receive the most is communication materials (97.8%). Only a few have tools for modeling (1.7%) and portable speakers (0.4%). Most of the communication materials provided only partially meet the needs of village health staffs (42.4%), 41.1% of documents meet demand, and 16.5% of documents do not meet the requirements. be compared with actual demand. The most commonly used forms of communication were health talk (58.9%), household visits (33.3%), group discussion and little-used consultants more (6.5% and 1.3%). The difficulties that the highest proportion of village health staffs frequently when implementing communication activities - health education is the lack of funding (82.7%). Collaboration between village health staff and other staffs was good (68.8%), 8.7% of them was not good. Village health staffs rarely done integrating communication activities - health education high percentage 55.9% and does not implement low coverage (1.4%).

Keywords: Village health staffs, communication-health education, Cao Bang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y tế thôn bản (YTTB) nằm trong hệ thống y tế cơ sở, đóng vai trò quan trọng trong công tác CSSKBD cho nhân dân, trong đó nhân viên y tế thôn, bản (NVYTTB) đóng vai trò là nòng cốt. NVYTTB có ý nghĩa quan trọng và rất cần thiết trong việc chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng, nhất là khu vực nông thôn và miền núi [2], [4].

Nhận thức được vai trò quan trọng của YTTB trong công tác CSSKBD tại cộng đồng. Đảng, Chính phủ, Bộ Y tế đã ra nhiều Nghị quyết, Chỉ thị và Quyết định, Thông tư về tăng cường và củng cố mạng lưới y tế cơ

1. Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe tỉnh Cao Bằng. SĐT 0946038129
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 10/04/2018 | » Ngày phản biện: 02/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 30/05/2018

sở trong đó có YTTB. Một trong những văn bản có ý nghĩa quan trọng đối với YTTB hiện nay là Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 8/3/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế qui định về tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản. Thông tư cũng đã chỉ rõ truyền thông giáo dục sức khỏe là nhiệm vụ số 1 trong 9 nhiệm vụ của NVYTTB [1].

Trùng Khánh là một huyện vùng cao, biên giới, nằm cách thành phố Cao Bằng 62 km về phía Đông Bắc. Toàn huyện có 20 đơn vị hành chính xã, trong đó có 08 xã đặc biệt khó khăn theo Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, với tổng dân số gần 50 nghìn người. Đa số người dân sinh sống bằng nghề nông nghiệp, đời sống sinh hoạt còn nhiều khó khăn, trình độ văn hóa còn thấp, người dân vẫn chưa có ý thức bảo vệ sức khỏe bản thân và cộng đồng. Mặc dù hệ thống y tế của huyện tương đối hoàn thiện, 100% số thôn, bản có nhân viên y tế thôn bản hoạt động, nhưng qua điều tra, phỏng vấn nhanh một số nhân viên y tế thôn trong các đợt đi kiểm tra giám sát của Trung tâm Truyền thông – GDSK tỉnh cho thấy: Hoạt động của đa số NVYTTB còn mang tính chất thụ động, chưa có kế hoạch và phương pháp cụ thể. Dụng cụ, phương tiện phục vụ cho sơ cứu ban đầu và truyền thông giáo dục sức khỏe còn hạn chế. Công tác quản lý, giám sát của tuyến trên chưa được quan tâm đúng mức và tình trạng người dân của huyện đi sang Trung Quốc làm thuê theo thời vụ trong những năm gần đây cũng hết diễn ra rất nhiều do được trả ngày công lao động rất cao, trong đó không loại trừ cả nhân viên YTTB. Vì vậy vấn đề đặt ra là, đội ngũ NVYTTB của huyện Trùng Khánh hiện nay ra sao? Họ đã thực hiện nhiệm vụ như thế nào? Có những khó khăn, bất cập nào gây cản trở đến việc thực hiện nhiệm vụ của họ?

Trong bối cảnh trên để có cơ sở hoạch định chính sách phù hợp nâng cao vai trò và vị thế cũng như hiệu quả của đội ngũ nhân viên YTTB trong TT-GDSK, chúng tôi nghiên cứu đề tài “*Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản về truyền thông - giáo dục sức khỏe tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017*” nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn bản huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu định lượng: Nhân viên YTTB đang hoạt động tại các thôn, bản của huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng.

- Nghiên cứu định tính: Trường trạm y tế xã, thị trấn.

2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế theo nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang định lượng nhằm mô tả thực trạng hoạt động, đánh giá kiến thức về TT-GDSK của nhân viên YTTB và xác định nhu cầu đào tạo nâng cao hiệu quả TT-GDSK tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

* *Cỡ mẫu nhân viên YTTB:*

Cỡ mẫu nhân viên YTTB được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

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

P: tỷ lệ nhân viên YTTB có năng lực tốt trong thực hiện công tác TTGDSK ($p=0,5$ để có cỡ mẫu cần chọn tối thiểu lớn nhất).

d: sai số tuyệt đối lựa chọn ($d=0,07$).

Thay các giá trị trên vào công thức tính ta có $n = 196$ (nhân viên YTTB).

Vì tổng số nhân viên YTTB trên địa bàn huyện là 231 người, nhiều hơn không đáng kể với cỡ mẫu trên, nên nghiên cứu này chọn mẫu toàn bộ 231 nhân viên YTTB của huyện để đưa vào nghiên cứu.

* *Chọn mẫu nhân viên YTTB:*

Điều tra phỏng vấn toàn bộ nhân viên YTTB đang làm việc tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng.

Trong trường hợp nhân viên YTTB đi vắng vào thời điểm nghiên cứu thì hẹn gặp vào thời điểm khác để tiến hành phỏng vấn.

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Phương pháp thu thập thông tin đối với NVYTTB
+ Phỏng vấn trực tiếp với các đối tượng là nhân viên YTTB bằng bộ công cụ điều tra đã chuẩn bị sẵn.

+ Công cụ thu thập số liệu: Xây dựng Bảng hỏi nhân viên YTTB.



- Phương pháp thu thập thông tin đối với Trường trạm y tế xã bằng bộ công cụ điều tra đã chuẩn bị sẵn. TYT xã:

+ Phỏng vấn trực tiếp với các đối tượng là trưởng

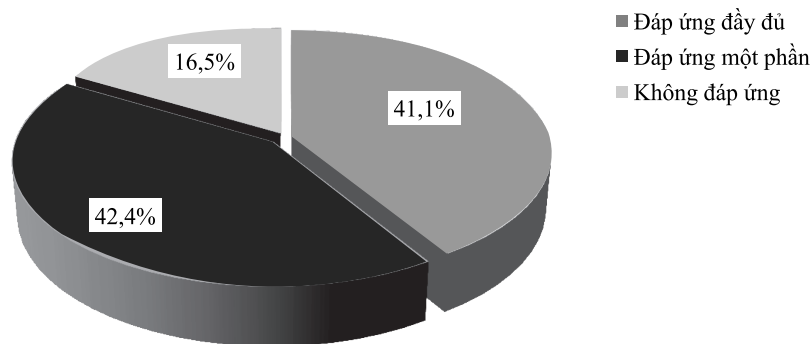
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Trang thiết bị truyền thông hiện có

Tên trang thiết bị	Số lượng (n=231)	Tỷ lệ (%)
Túi truyền thông	212	91,8
Sổ tay truyền thông	218	94,4
Tài liệu truyền thông	226	97,8
Các công cụ để làm mẫu	4	1,7
Loa cầm tay	1	0,4
Đầu đĩa	65	28,1
Đài cassette	42	18,2

Từ bảng 3.1 cho thấy, trang thiết bị đối tượng được phát thông (94,4%) và túi truyền thông (91,8%). Chỉ một số ít có nhiều nhất là tài liệu truyền thông (97,8%), sổ tay truyền các công cụ để làm mẫu (1,7%) và loa cầm tay (0,4%).

Biểu đồ 3.1. Mức độ đáp ứng của tài liệu so với nhu cầu truyền thông



Từ biểu đồ 3.1, phần lớn tài liệu truyền thông được cung cấp chỉ đáp ứng một phần nhu cầu của nhân viên y tế thôn bản (42,4%), có 41,1% số tài liệu đáp ứng đủ nhu cầu và vẫn còn 16,5% tài liệu không đáp ứng được so với nhu cầu thực tế.

Bảng 3.2. Hình thức truyền thông – giáo dục sức khỏe nhân viên y tế thôn bản thường sử dụng

Hình thức TT-GDSK	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Thăm hộ gia đình	77	33,3
Thảo luận nhóm	15	6,5
Tư vấn	3	1,3
Nói chuyện sức khỏe	136	58,9
Tổng	231	100,0

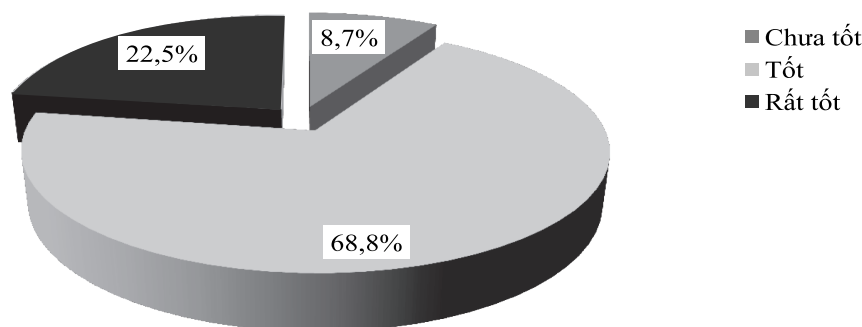
Ở bảng 3.2 cho thấy các hình thức truyền thông hay được nhân viên y tế thôn bản sử dụng là nói chuyện sức khỏe (58,9%), thăm hộ gia đình (33,3%), hình thức thảo luận nhóm và tư vấn ít được sử dụng hơn (6,5% và 1,3%).

Bảng 3.3. Những khó khăn của nhân viên y tế thôn bản khi thực hiện các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe

Khó khăn trong TT-GDSK	Số lượng (n=231)	Tỷ lệ (%)
Địa bàn rộng	22	9,5
Thiếu tài liệu	88	38,1
Thiếu kinh phí	191	82,7
Thiếu kỹ năng	56	24,2
Thiếu sự hợp tác của Ban ngành, đoàn thể	5	2,2
Khác	11	4,8

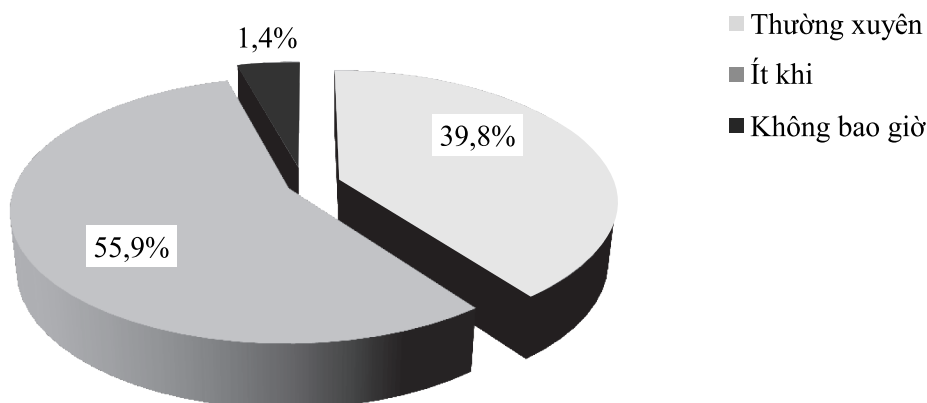
Bảng 3.3 cho thấy những khó khăn mà nhân viên y tế thôn bản thường gặp khi thực hiện các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe là thiếu kinh phí (82,7%), thiếu tài liệu (38,1%) và thiếu kỹ năng (24,2%). Chỉ 2,2% đối tượng gặp khó khăn thiếu sự hợp tác của ban ngành, đoàn thể.

Biểu đồ 3.2. Mức độ phối hợp của các cán bộ khác tại thôn bản với nhân viên y tế thôn bản



Ở biểu đồ 3.2, sự phối hợp giữa NVYT TB với cán bộ khác ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%), có 8,7% sự phối hợp này ở mức chưa tốt.

Biểu đồ 3.3. Mức độ lồng ghép truyền thông – giáo dục sức khỏe trong các hoạt động của cá nhân, gia đình



Biểu đồ 3.3 cho thấy, NVYTTB ít khi thực hiện lồng ghép các hoạt động TT-GDSK chiếm tỷ lệ cao 55,9% và không thực hiện lồng ghép bao giờ chiếm tỷ lệ thấp (1,4%).

IV. BÀN LUẬN

Để thực hiện tốt công tác truyền thông- giáo dục sức khỏe thì ngoài nguồn nhân lực không thể thiếu các trang thiết bị truyền thông hỗ trợ. Theo quy định NVYTTB được trang bị đầy đủ trang thiết bị phục vụ công tác tuy nhiên nghiên cứu cho thấy chỉ một vài trang thiết bị đơn giản như túi truyền thông (91,8%), sổ tay (94,4%) hay tài liệu truyền thông (97,8%) là được cấp phát nhiều còn lại các phương tiện hiện đại hơn như loa chỉ một người có chiếm 0,4% hay các công cụ làm mẫu chỉ 1,7% được trang bị. Địa bàn nghiên cứu là huyện nghèo nên gặp nhiều khó khăn trong việc cung cấp cho NVYTTB trang thiết bị truyền thông.

Trong nghiên cứu đánh giá công tác giáo dục truyền thông tại các trạm y tế xã của hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam cũng cho kết quả rằng tờ rơi là loại tài liệu được sử dụng rất phổ biến trong các hoạt động TT-GDSK hiện nay, do tính tiện dụng, hấp dẫn và gọn nhẹ [3].

Phần lớn tài liệu truyền thông được cung cấp chỉ đáp ứng một phần nhu cầu của nhân viên y tế thôn bản (42,4%), có 41,1% số tài liệu đáp ứng đủ nhu cầu và vẫn còn 16,5% tài liệu không đáp ứng được so với nhu cầu thực tế. Ngoài đáp ứng về số lượng thì tài liệu truyền thông cần phải được thể hiện sinh động, độc đáo, truyền tải các thông điệp chăm sóc sức khỏe nhân dân thông qua các băng rôn, khẩu hiệu, tranh, ảnh... rõ ràng, đầy đủ và chính xác. NVYTTB cũng là một kênh uy tín để đánh giá hiệu quả của tài liệu truyền thông vì NVYTTB cũng là người dân trong địa phương vì thế nếu tài liệu đào tạo NVYTTB tốt thì khi truyền thông đến người dân càng hiệu quả. Qua đây, cần đề xuất với tuyến huyện và tỉnh cung cấp nhiều hơn những tài liệu truyền thông phù hợp để quá trình truyền thông mang lại hiệu quả cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các hình thức truyền thông hay được nhân viên y tế thôn bản sử dụng là nói chuyện sức khỏe (58,9%), thăm hộ gia đình (33,3%), hình thức thảo luận nhóm và tư vấn ít được sử dụng hơn (6,5% và 1,3%). Nhân viên y tế thôn bản hầu hết là những người sống tại địa phương đó trong nhiều năm nên rất thân quen và gần gũi với người dân tại địa phương đó vậy nên nói chuyện sức khỏe là một trong

những hình thức truyền thông rất hiệu quả lại rất thường xuyên liên tục trong suốt quá trình sinh sống của người dân. Nhân viên y tế thôn bản có thể nói chuyện sức khỏe mọi lúc mọi nơi như lúc đi làm ruộng, những khi hội hè hay đơn giản và lúc rảnh rỗi. Hình thức này rất gần gũi, rất dễ nhớ và lại tiết kiệm nhiều chi phí nên rất được đối tượng áp dụng trong truyền thông. Đi kèm với hình thức nói chuyện sức khỏe là thăm hộ gia đình. 2 hình thức này thường được kết hợp 1 cách hiệu quả. Thảo luận nhóm và tư vấn ít được sử dụng hơn vì những hình thức này thường được làm tại tuyến trên như xã, huyện, tỉnh vì đòi hỏi có sự tổ chức, có người dẫn dắt hướng dẫn và cần nhiều kỹ năng và kiến thức nhất định hơn 2 hình thức được nêu trên.

Nghiên cứu về những khó khăn mà nhân viên y tế thôn bản thường gặp khi thực hiện các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe chúng tôi thấy thiếu kinh phí chiếm 82,7%, thiếu tài liệu chiếm 38,1% và thiếu kỹ năng chiếm 24,2%. Chỉ 2,2% đối tượng gặp khó khăn thiếu sự hợp tác của ban ngành, đoàn thể. Do đó, cần đề xuất với tuyến trên cung cấp thêm những kinh phí phù hợp để công tác truyền thông của nhân viên y tế được hiệu quả hơn.

Sự phối hợp giữa NVYTTB với cán bộ khác ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%), có 8,7% sự phối hợp này ở mức chưa tốt. Khi có sự phối hợp giữa NVYTTB với các cán bộ khác được tốt thì công tác truyền thông tại địa phương đó càng hiệu quả do đó mà cần có nghiên cứu khác đi sâu tìm hiểu nguyên nhân và thuận lợi cho sự phối hợp này. Kết quả định tính của chúng tôi cũng cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu cho rằng đa số YTTB có sự phối kết hợp tốt với địa phương, các ban ngành đoàn thể (8/8 ý kiến), tuy nhiên vẫn còn một số ít YTTB chưa biết cách phối hợp để thực hiện các hoạt động TT-GDSK (1/8 ý kiến). Như vậy cần được phát huy những điểm mạnh trong sự phối kết hợp để thực hiện tốt hơn công tác TT-GDSK của NVYTTB và của cán bộ thôn bản ở địa phương để nâng cao mức độ tốt trong sự kết hợp này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, NVYTTB ít khi thực hiện lồng ghép các hoạt động TT-GDSK chiếm tỷ lệ cao 55,9% và không thực hiện lồng ghép bao giờ chiếm tỷ lệ thấp (1,4%). Lồng ghép các hoạt động TT-GDSK đã được ngành Y tế triển khai từ rất lâu và đã có được những kết quả đáng khích lệ vì hoạt động lồng ghép đã giúp giảm chi phí cho các hoạt động đi rất nhiều mà lượng thông tin người dân nhận được không bị chổng chéo, để

hiều, dễ nhớ, dễ thực hiện. Tuy nhiên ở cấp thôn bản việc thực hiện lồng ghép còn nhiều hạn chế do NVYTTB chưa được đào tạo chuyên sâu về vấn đề này hơn nữa công việc này đòi hỏi NVYTTB phải có nhiều kiến thức và kĩ năng về nhiều bệnh khác nhau thì mới có thể lồng ghép trong truyền thông.

V. KẾT LUẬN

- Trang thiết bị đối tượng được phát nhiều nhất là tài liệu truyền thông (97,8%). Chỉ một số ít có các công cụ để làm mẫu (1,7%) và loa cầm tay (0,4%).

- Phần lớn tài liệu truyền thông được cung cấp chỉ đáp ứng một phần nhu cầu của NVYTTB (42,4%), có 41,1% số tài liệu đáp ứng đủ nhu cầu và vẫn còn 16,5% tài liệu không đáp ứng được so với nhu cầu thực tế.

- Các hình thức truyền thông hay được nhân viên Y tế thôn bản sử dụng là nói chuyện sức khỏe (58,9%), thăm hộ gia đình (33,3%), hình thức thảo luận nhóm và tư vấn ít được sử dụng hơn (6,5% và 1,3%).

- Những khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất mà nhân viên Y tế thôn bản thường gặp khi thực hiện các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe là thiếu kinh phí (82,7%).

- Sự phối hợp giữa NVYTTB với cán bộ khác ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%), có 8,7% sự phối hợp này ở mức chưa tốt.

- NVYTTB ít khi thực hiện lồng ghép các hoạt động TT-GDSK chiếm tỷ lệ cao 55,9% và không thực hiện lồng ghép bao giờ chiếm tỷ lệ thấp (1,4%).

VI. KIẾN NGHỊ

- Các cấp, các ngành từ Trung ương đến địa phương cần quan tâm cấp xem xét, điều chỉnh chế độ phụ cấp cho NVYTTB phù hợp, tương xứng với yêu cầu nhiệm vụ được giao.

- Cung cấp trang thiết bị, phương tiện, tài liệu truyền thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). *Thông tư số 07/2013/TT-BYT của Bộ Y tế về Quy định tiêu chuẩn, chức năng và nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản.*
2. Bộ Y tế, WHO and UNICEF (2000), *Tài liệu đào tạo nhân viên y tế thôn bản (dùng cho học viên)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam (2010). *Đánh giá công tác giáo dục truyền thông tại các trạm y tế xã.*
4. Vụ Tổ chức cán bộ (1999). *Báo cáo tình hình hiện trạng và hướng củng cố y tế thôn, bản, ấp.*



THỰC TRẠNG CHĂM SÓC HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

Phạm Trí Dũng¹, Đào Văn Dương², Nguyễn Hồng Sơn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính, thời gian thực hiện từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2018 tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện Da liễu Trung ương với mục tiêu mô tả thực trạng công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh nội trú của điều dưỡng viên và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2018. Đối tượng nghiên cứu là 216 người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng viên thực hiện tốt công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,4%; nội dung chăm sóc, hỗ trợ người bệnh về vệ sinh cá nhân hàng ngày chỉ đạt 34,7%. Tình hình nhân lực, sự quan tâm của lãnh đạo ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên.

Từ khóa: Chăm sóc điều dưỡng, yếu tố ảnh hưởng

ABSTRACT

SITUATION OF SUPPORTING MEDICAL CARE FOR PATIENTS IN NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN 2018

The study used a cross-sectional descriptive method, a combination of quantitative and qualitative research, and the implementation period from January 2018 to May 2018 in clinical departments of the National Dermatology and Venereology Hospital. Describe the status of nurse practitioners' inpatient care and explore some of the factors that influence nursing care for patients at the National Dermatology and Venereology Hospital in 2018. Study subjects were 216 patients. The results showed that the nurse performs well the counseling and health education for the patients with the highest rate of 82.4%; nursing daily care and support for patient's personal hygiene is only 34.7%. Human resources, the care of the

leader affects the nursing care of the patient.

Key words: Nursing care, affecting factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, trên thế giới và trong khu vực nâng cao chất lượng dịch vụ luôn là mục tiêu cao nhất của Ngành Y tế. Trong đó, chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên ngày càng hoàn thiện về trình độ, quy mô, chất lượng và an toàn người bệnh mà Tổ chức Y tế thế giới đã nhận định: “*Điều dưỡng là một mắt xích quan trọng của công tác chăm sóc sức khỏe*”. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe do điều dưỡng viên - hộ sinh cung cấp tác động lớn tới sự hài lòng của người bệnh”[3]. Ở nước ta hiện nay, công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên được thực hiện theo Thông tư 07/2011/TT-BYT [2].

Bệnh viện Da liễu Trung ương là bệnh viện đầu ngành cả nước về chuyên khoa da liễu qua 12 năm thành lập và phát triển, đến nay có rất ít nghiên cứu về công tác chăm sóc người bệnh, đặc biệt là công tác hỗ trợ người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh nội trú của điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng và (2) Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh nội trú của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định lượng

Người bệnh điều trị nội trú và chuẩn bị ra viện tại 04 khoa lâm sàng

2.1.2. Nghiên cứu định tính

Lãnh đạo bệnh viện, Điều dưỡng trưởng bệnh viện, Trưởng hoặc Phó trưởng khoa tại 4 khoa lâm sàng, Điều

1. Trường Đại học Y tế Công cộng
2. Bệnh viện Da liễu Trung ương

dưỡng trưởng 4 khoa lâm sàng, Điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc người bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 đến tháng 5 năm 2018

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại 04 khoa Lâm sàng Bệnh viện Da liễu Trung ương: Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng (D1); Khoa Điều trị bệnh da phụ nữ và trẻ em (D2); Khoa Điều trị bệnh da nam giới (D3); Khoa Laser và sản sóc da (D4).

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

2.4.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng: Công thức chọn mẫu một tỷ lệ

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

Trong đó :

- n : Cỡ mẫu nghiên cứu
- Z(1- α/2): Hệ số tin cậy với ngưỡng xác suất α = 0,05, giá trị Z = 1,96.
- p: Tỷ lệ ước đoán của người bệnh đánh giá tốt về công tác chăm sóc hỗ trợ của điều dưỡng viên. Chọn p = 0,5 để có mẫu tối thiểu lớn nhất.
- d: Sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy d = 0,07.

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,5 \times (1 - 0,5)}{(0,07)^2} = 196$$

Để dự phòng một tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ chối, hoặc không tiếp cận được, cỡ mẫu được cộng thêm 10%, vậy cỡ mẫu là 216 người bệnh.

2.4.2. Nghiên cứu định tính

02 cuộc Phỏng vấn sâu: Lãnh đạo bệnh viện phụ trách về công tác điều dưỡng, 01 Điều dưỡng trưởng bệnh viện

02 cuộc thảo luận nhóm: Nhóm cán bộ quản lý gồm Trưởng khoa (hoặc Phó trưởng khoa), và 4 điều dưỡng trưởng khoa; nhóm điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc người bệnh.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Định lượng: Phỏng vấn người bệnh/người nhà người bệnh bằng bộ câu hỏi dựa trên Thông tư 07/2011/TT-BYT [2].

2.5.2. Nghiên cứu định tính: Ghi âm các cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu là người bệnh (n= 216)

Trong tổng số 216 đối tượng nghiên cứu là người bệnh, nhóm tuổi đông nhất từ 18 – 39 chiếm 38,9%. Tỷ lệ người bệnh nữ và nam gần như tương đương, đa phần nghề nghiệp là tự do, nội trợ (29,6%) và người bệnh sống ở vùng nông thôn 63,4%.

3.2. Công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của ĐDV tại các khoa lâm sàng.

3.2.1. Ý kiến người bệnh về chăm sóc hỗ trợ người bệnh về dinh dưỡng

Bảng 3.1: Ý kiến về chăm sóc dinh dưỡng, hỗ trợ người bệnh ăn uống

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1. Hướng dẫn chế độ ăn, uống theo bệnh tật (n=216)		
Không hướng dẫn	15	6,9
Hướng dẫn không đầy đủ	43	19,9
Hướng dẫn tốt	158	73,1
2. Giải thích những loại thực phẩm/thức ăn cần kiêng khem(n=216)		
Không giải thích	11	5,1
Giải thích không đầy đủ	23	10,6
Giải thích đầy đủ	182	84,3



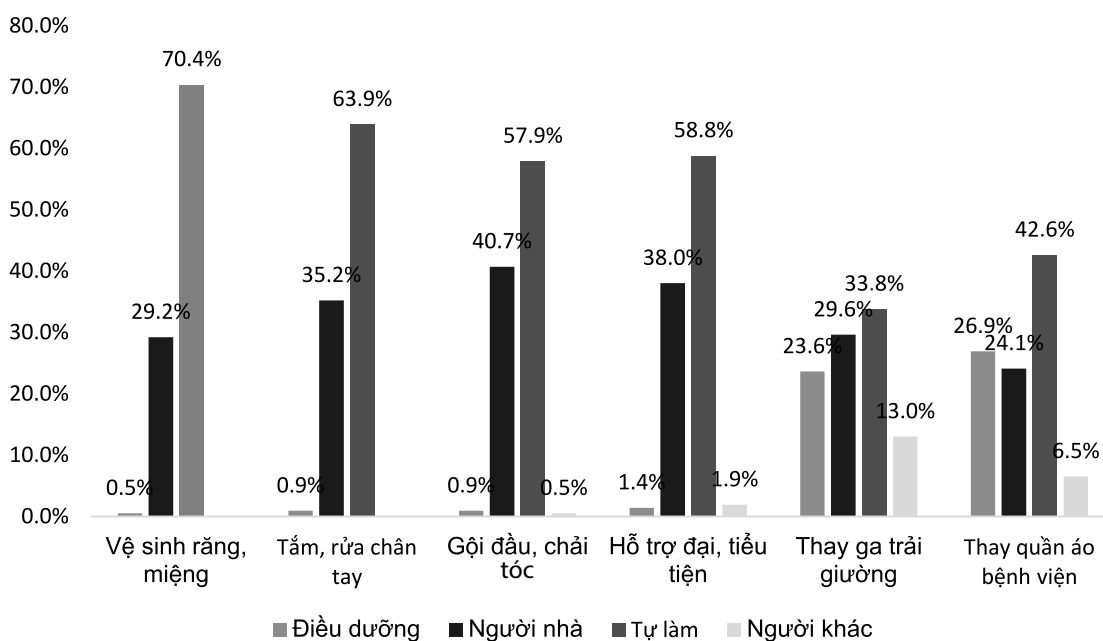
3. Cách giải thích/hướng dẫn của Điều dưỡng viên về ăn uống		
Không hiểu	11	5,1
Khó hiểu	18	8,3
Hiểu rõ ràng	182	84,3
4. Người bệnh khó khăn về ăn, uống		
Có	66	30,6
Không	149	69,0
5. Người hỗ trợ người bệnh khi gặp khó khăn về ăn, uống		
Người nhà	103	47,7
Điều dưỡng viên	18	8,3
Khác	7	3,2
6. Đánh giá của NB về công tác chăm sóc hỗ trợ dinh dưỡng		
Tốt	163	75,5
Không tốt	53	24,5

Công tác hướng dẫn chế độ ăn, uống phù hợp với bệnh tật, tỷ lệ điều dưỡng hướng dẫn tốt chiếm cao nhất 73,1%. Trong quá trình nằm viện 30,6% NB có khó khăn

về ăn, uống và 69,0% không cần hỗ trợ.

3.2.2. Chăm sóc hỗ trợ người bệnh về vệ sinh hàng ngày

Biểu đồ 3.1: Chăm sóc hỗ trợ vệ sinh hàng ngày cho người bệnh



Công tác hỗ trợ vệ sinh cá nhân cho người bệnh của điều dưỡng viên thấp nhất là gội đầu, chải tóc 0,9%.

3.2.3. Chăm sóc hỗ trợ người bệnh về tâm lý, tinh thần

Bảng 3.2: Chăm sóc hỗ trợ tinh thần cho người bệnh

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1. ĐDV luôn quan tâm, động viên NB trong quá trình chăm sóc, làm thủ thuật, phẫu thuật (n=216)		
Có, thường xuyên	173	80,1
Lúc có, lúc không	39	18,1
Không	4	1,9
2. ĐDV giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc cho người bệnh (n=216)		
Có, thường xuyên	168	77,8
Lúc có, lúc không	43	19,9
Không	5	2,3
3. ĐDV sẵn sàng hỗ trợ người bệnh khi cần (n=216)		
Có	192	88,9
Không	24	11,1
4. ĐDV luôn tôn trọng NB trong giao tiếp và cư xử (n=215)		
Có	202	93,5
Không	13	6,0
5. Đánh giá chung của NB về công tác chăm sóc hỗ trợ tâm lý, tinh thần		
Tốt	165	76,4
Không tốt	51	23,6

Công tác chăm sóc, hỗ trợ tâm lý, tinh thần qua nhận xét 216 người bệnh ở bảng 3.2 cho thấy điều dưỡng viên

có thái độ giao tiếp, cư xử tốt với người bệnh 93,5% .

3.2.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe



Bảng 3.3: Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh

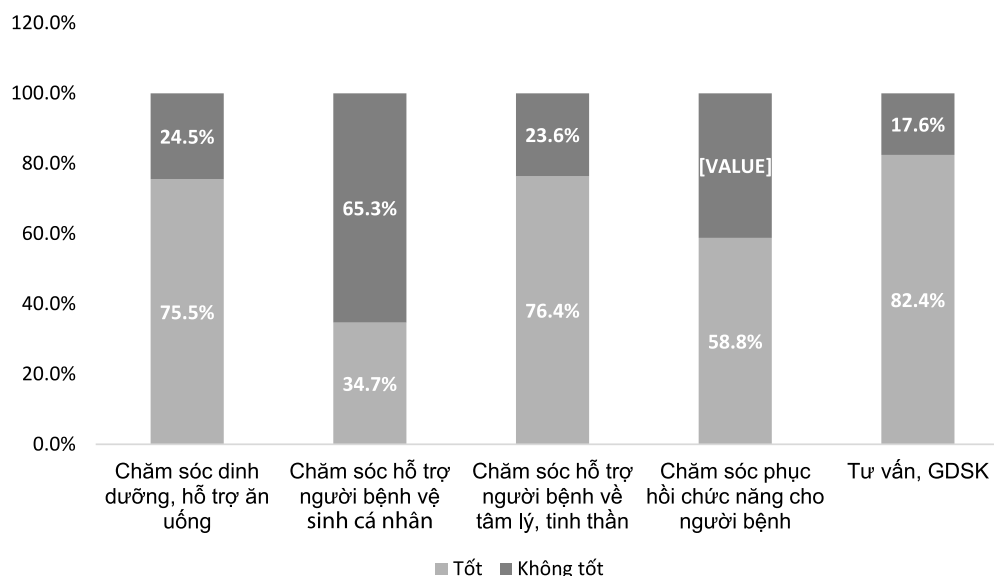
Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1. Tư vấn, hướng dẫn NB tự theo dõi, chăm sóc khi nằm viện (n=216)		
Có	205	94,9
Không	11	5,1
2. Tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn, uống, sinh hoạt, lao động và phòng bệnh cho NB trong điều trị và khi ra viện (n=216)		
Có	200	92,6
Không	16	7,4
3. Người tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh (n=216)		
Bác sĩ	35	16,2
Điều dưỡng viên	42	19,4
Cả bác sĩ và điều dưỡng viên	137	63,4
Khác	2	0,9
4. Đánh giá của người bệnh về tư vấn, giáo dục sức khỏe (n=216)		
Tốt	178	82,4
Không tốt	38	17,6

Đánh giá của người bệnh trong quá trình nằm viện về hướng dẫn tự theo dõi, chăm sóc những điều cần thực hiện để nhanh khỏi bệnh chiếm 94,9%. Hướng dẫn chế độ ăn, uống, sinh hoạt, lao động và

cách phòng bệnh trong khi nằm viện và sau khi ra viện 92,6%.

3.2.5. Đánh giá chung về công tác hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên

Biểu đồ 3.2: Đánh giá chung của NB về công tác hỗ trợ người bệnh



Kết quả đánh giá chung cho từng nội dung chăm sóc hỗ trợ người bệnh đạt tốt nhất là công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh 82,4%, thấp nhất công tác hỗ trợ người bệnh nhân vệ sinh cá nhân hàng ngày chỉ có 34,7%.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện Đa liễu Trung ương.

Tình hình nhân lực điều dưỡng của các khoa là có sự thiếu hụt điều dưỡng, tỉ lệ ĐD/BS tại các khoa lâm sàng chỉ đạt 2,2/1 (TTLT 08/BNV-BNV tỷ lệ BS/ĐD là 3-3,5/1) [1]. Mặt khác số lượng người bệnh mà điều dưỡng viên phải chăm sóc từ 5 – 10 người bệnh/ngày, vì vậy không thể trực tiếp hỗ trợ đầy đủ cho người bệnh được tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên

Qua đánh giá chung về công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng, công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe đạt tỷ lệ cao nhất chiếm 82,4%; chăm sóc hỗ trợ người bệnh về tâm lý tinh thần đạt 76,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Châu tại Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa là 81,3% và 83,2% [4]; chăm sóc dinh dưỡng hỗ trợ ăn uống đạt 75,5%; chăm sóc hỗ trợ vệ sinh cá nhân hàng ngày cho người bệnh đạt 34,7%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình Minh đánh giá về hướng dẫn chế độ ăn trong công tác chăm sóc người bệnh toàn diện tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình đạt tới 99,1% và 53,5% [5]. Sự khác biệt này là có thể do đối tượng trong nghiên cứu của Nguyễn Thị

Bình Minh là những bệnh nhân nặng nằm tại khoa Hồi sức cấp cứu, cần có sự chăm sóc đặc biệt nhất. Đây cũng là hạn chế trong công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh cần khắc phục trong thời gian tới.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên.

Kết quả nghiên cứu này, chúng tôi đã tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên đó là tình hình thiếu hụt nhân lực, áp lực công việc, công tác giám sát kiểm tra.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng

Công tác chăm sóc dinh dưỡng, hỗ trợ ăn uống; chăm sóc tinh thần; tư vấn, giáo dục sức khỏe đều đạt tỷ lệ 75% trở lên; chăm sóc hỗ trợ người bệnh về vệ sinh cá nhân đạt tỷ lệ thấp 34,7%.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên.

Áp lực công việc, quá tải nhiệm vụ của điều dưỡng viên, công tác giám sát kiểm tra ảnh hưởng đến công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên.

VI. KHUYẾN NGHỊ

6.1. Đối với điều dưỡng viên

Chú trọng công tác chăm sóc hỗ trợ người bệnh về vệ sinh cá nhân hàng ngày

6.2. Đối với bệnh viện

Tăng cường sự giám sát kiểm tra, bổ sung nhân lực *đáp ứng* theo tinh thần Thông tư TTLT 08/BNV [1].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nội vụ (2007), Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BNV-BYT ngày 5/6/2007 về hướng dẫn định mức biên chế trong các cơ sở y tế nhà nước (Hà Nội).
2. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/1/2011 Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện (Hà Nội).
3. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2010), Tổng quan về chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện, tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện (Hà Nội), tr. 9 - 12.
4. Nguyễn Thùy Châu (2014), Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua đánh giá của người bệnh nội trú và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2014 - Đại học Y tế công cộng.
5. Nguyễn Thị Bình Minh (2009), Đánh giá thực trạng công tác CSNBTD tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2008 - Kỷ yếu Hội nghị nghiên cứu khoa học điều dưỡng Nhi khoa toàn quốc lần thứ 5, tr. 162 - 172.



THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CỦA TỈNH HÀ NAM NĂM 2017

Phạm Thanh Liêm¹, Nguyễn Xuân Bái², Lương Xuân Hiến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả nhằm đánh giá thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng tại các Trung tâm Y tế huyện của tỉnh Hà Nam năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 166 điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới chiếm 83,1%, nam giới chiếm 16,9%. Phần lớn đối tượng ở độ tuổi dưới 40, đối tượng được đào tạo theo hình thức chính quy chiếm 86,7%. Trình độ chuyên môn của đối tượng chủ yếu là trung cấp chiếm 59,6%, trình độ đại học 23,5% và trình độ cao đẳng chiếm 16,9%. Có 97,0% số điều dưỡng viên học chuyên ngành điều dưỡng đa khoa, vị trí công tác ở bộ phận lâm sàng chiếm 80,1%, cận lâm sàng 10,2% và quản lý hành chính 9,7%. Tỷ lệ điều dưỡng viên hài lòng về công việc hiện tại chiếm 94,6%. Nhân lực điều dưỡng tại khối điều trị của các Trung tâm hiện tại còn thiếu về số lượng. Tại Trung tâm vẫn còn trên 50% điều dưỡng viên chưa đạt chuẩn theo Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV.

Từ khóa: Thực trạng, nhân lực, điều dưỡng, trung tâm, Hà Nam.

ABSTRACT

CURRENT STATUS OF NURSING HUMAN RESOURCES OF HA NAM'S DISTRICT HEALTH CENTERS IN 2017

The descriptive study aims at assessing the current status of nursing human resources in Ha Nam's District Health Centers in 2017. The results of the study show that among the 166 nurses participating in the study, gender accounted for 83.1%, men accounted for 16.9%. The majority of subjects under the age of 40, subjects with formal training accounted for 86.7%. Professional qualifications of the main subjects are intermediate (59.6%), university (23.5%) and college (16.9%). 97.0% of nurses attend nursing specialty, 80.1% of clinical staff, 10.2% of paraclinic and 9.7% of administrators. The proportion of nurses who are satisfied with their current

job is 94.6%. The nursing staff at the treatment centers of the centers are currently lacking in numbers. At the centers, more than 50% of nurses did not meet the standards under Joint Circular No.26/2015/TTLT-BYT-BNV.

Keywords: Current status, human resources, nursing, the centers, Ha Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành Y tế là một ngành đặc thù, liên quan trực tiếp tới tính mạng và sức khỏe con người, do vậy việc phát triển nguồn nhân lực y tế có vai trò đặc biệt quan trọng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Tại các cơ sở khám chữa bệnh thì nhân lực có vai trò quyết định đến chất lượng dịch vụ y tế và sự hài lòng của người bệnh. Một trong những nguồn nhân lực quan trọng đóng góp vào chất lượng dịch vụ y tế tại các cơ sở khám, chữa bệnh là nhân lực điều dưỡng.

Trong chiến lược phát triển công tác điều dưỡng, hộ sinh giai đoạn 2002 - 2008, Tổ chức Y tế thế giới đã khẳng định dịch vụ điều dưỡng, hộ sinh là một trong những trụ cột của hệ thống chăm sóc y tế [5]

Điều dưỡng viên cung cấp các dịch vụ chăm sóc trong các bệnh viện, các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, xử trí từ các cấp cứu, tai nạn cho đến các chăm sóc giảm nhẹ lúc cuối đời; tham gia trực tiếp cung cấp dịch vụ trong và sau thảm họa và tham gia liên ngành trong chuẩn bị ứng phó với thảm họa, dịch bệnh [1]. Do đó muốn nâng cao chất lượng dịch vụ y tế trước tiên phải quan tâm nâng cao số lượng và chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng.

Theo kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 - 2020, phần đầu đến năm 2020 có 20 điều dưỡng/1 vạn dân, từ đó Bộ Y tế dự báo đến năm 2020 hệ thống y tế nước ta cần bổ sung thêm 83.851 điều dưỡng viên [2]. Trình độ nhân lực điều dưỡng đa số là trung cấp chiếm 74,6% [3]. Điều này đồng nghĩa với nhân lực điều dưỡng chưa đáp ứng yêu cầu

1. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 10/05/2018 | » Ngày phản biện: 17/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 02/06/2018

Thoả thuận công nhận dịch vụ điều dưỡng đã được Chính phủ các nước ASEAN ký kết ngày 08/12/2006 tại Cebu, Philippines [4].

Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng tại các trung tâm y tế huyện của tỉnh Hà Nam năm 2017**” với mục tiêu:

Mô tả thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng tại các trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Hà Nam năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 5 trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hà Nam: Trung tâm Y tế huyện Bình Lục, Duy Tiên, Kim Bảng; Lý Nhân và Thanh Liêm.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

+ Điều dưỡng viên đang công tác tại khối điều trị của 5 Trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hà Nam.

+ Trưởng/Phó trưởng phòng điều dưỡng tại các trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hà Nam.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang có phân tích nhằm đánh giá thực

trạng nguồn nhân lực điều dưỡng tại các trung tâm y tế huyện của tỉnh Hà Nam.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn toàn bộ 166 điều dưỡng viên đang công tác tại khối điều trị của 5 trung tâm y tế tuyến huyện tỉnh Hà Nam.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế trước.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập vào các biểu mẫu thống nhất kèm theo (phần phụ lục). Sau khi nhận được số liệu từ các biểu mẫu sẽ được làm sạch và xử lý thô rồi nhập vào máy vi tính hai lần độc lập. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi Info 6.04 và SPSS22.0 trên máy tính.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu để đối tượng hiểu và tự nguyện tham gia. Nếu đối tượng nào từ chối thì đối tượng đó không nằm trong mẫu nghiên cứu.

- Tất cả các thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật.

- Được sự đồng ý của ban giám đốc các trung tâm y tế tuyến huyện của tỉnh Hà Nam và các đơn vị liên quan nhằm đảm bảo tính khả thi của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ điều dưỡng viên theo tuổi và giới tính (n =166)

Giới tính \ Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 30	6	21,4	32	23,2	38	22,9
30 - 40	17	60,7	92	66,7	109	65,7
40 - 50	3	10,7	9	6,5	12	7,2
> 50	2	7,2	5	3,6	7	4,2
Tổng	28	16,9	138	83,1	166	100 %

Bảng 3.1 cho thấy điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu có tỷ lệ đối tượng nữ giới (83,1%) cao gấp 5 lần so với đối tượng nam giới (16,9%). Tỷ lệ tuổi 30 – 40 cao

nhất (65,7%), sau đó là tuổi dưới 30 (22,9%), tuổi 40 -50 (7,2%) và trên 50 (4,2%).

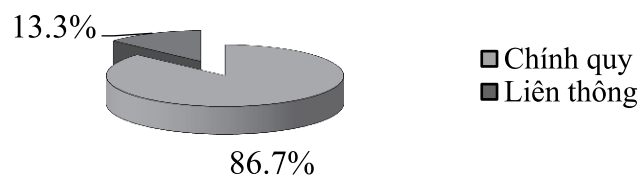


Bảng 3.2. Trình độ hiện tại của đối tượng (n=166)

Trình độ hiện tại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trung cấp	99	59,6
Cao đẳng	28	16,9
Đại học	39	23,5

Kết quả bảng 3.2 cho thấy đối tượng có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (59,6 %), sau đó là đối tượng có trình độ đại học (23,5 %) và đối tượng có trình độ cao đẳng (16,9 %).

Biểu đồ 3.1. Phân bố về loại hình đào tạo của đối tượng (n=166)



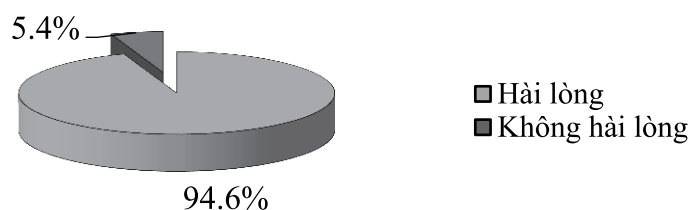
Qua kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu được đào tạo chính quy (86,7%), có 13,3% đối tượng được đào tạo liên thông.

Bảng 3.3. Bộ phận công tác của đối tượng (n=166)

Bộ phận công tác	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng	133	80,1
Cận lâm sàng	17	10,2
Quản lý, hành chính	16	9,7

Kết quả bảng 3.3 cho thấy ĐDV công tác tại bộ phận lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất (80,1%), sau đó là bộ phận cận lâm sàng (10,2 %) và nhóm quản lý hành chính (9,7%).

Biểu đồ 3.2. Sự hài lòng về công việc hiện tại của đối tượng (n = 166)



Qua kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy có 94,6% đối tượng hài lòng, 5,4 % đối tượng không hài lòng về công việc hiện tại.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần đối tượng là nữ giới (83,1%) cao gấp gần 5 lần so với đối tượng nam giới.

tượng nam giới (16,9%) thể hiện đặc thù riêng của ngành điều dưỡng, ĐDV là người phụ trách công tác chăm sóc người bệnh, tư vấn giáo dục sức khỏe và thực hiện các công việc cần sự tỉ mỉ, khéo léo và cẩn thận trong nghề. Chính vì thế mà điều dưỡng được nữ giới lựa chọn nhiều hơn là nam giới. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng có tuổi đời 30-40 chiếm đa số, đối với nam giới là 60,7% và nữ giới là 66,7% và tỷ lệ chung cho cả nam và nữ là 65,7%. Kết quả này phản ánh đúng xu thế hiện nay ngành điều dưỡng được coi là một ngành mới đang thu hút sự quan tâm của giới trẻ trong việc lựa chọn nghề nghiệp tương lai.

Nghiên cứu về trình độ chuyên môn hiện tại của đối tượng chúng tôi nhận thấy có 23,5% ĐDV có trình độ đại học, 16,9% ĐDV có trình độ cao đẳng, tỷ lệ này cao hơn mức bình quân chung của cả nước năm 2015 (11,4% đại học và 12,2% cao đẳng). Các trung tâm y tế hiện vẫn còn 59,6% ĐDV có trình độ trung cấp, tuy thấp hơn nhiều so với tỷ lệ chung của cả nước (74,6%) nhưng cũng ảnh hưởng đến chất lượng nhân lực và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao tại địa phương.

Trong cơ cấu về nhân lực điều dưỡng tại các trung tâm, ngoài việc đảm bảo sự bao phủ về bề rộng theo quy định cũng cần tính đến sự hợp lý về chiều sâu, đó là trình độ chuyên môn và khả năng trong công tác. Cần

bổ trí những điều dưỡng có trình độ, vững chuyên môn, thâm niên công tác nhiều để kèm cặp điều dưỡng chưa đạt chuẩn, yếu về chuyên môn và mới tham gia công tác trong ngành. Kết quả nghiên cứu về bộ phận công tác của đối tượng, khối lâm sàng chiếm 80,1%, cận lâm sàng 10,2% và quản lý hành chính 9,7%.

Nghiên cứu sự hài lòng về công việc hiện tại của đối tượng, có 94,6% điều dưỡng viên hài lòng và 5,4% không hài lòng. Việc giảm áp lực về mặt thời gian và sự quá tải sẽ góp phần nâng cao mức độ hài lòng về công việc của điều dưỡng viên.

V. KẾT LUẬN

- Trong trong số đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới chiếm 83,1% cao gần gấp 5 lần so với nam giới (16,9%). Phần lớn các đối tượng ở độ tuổi dưới 40. Đối tượng được đào tạo theo hình thức chính quy chiếm 86,7%.

- Trình độ chuyên môn của các đối tượng chủ yếu là trung cấp chiếm 59,6%, trình độ đại học 23,5% và cao đẳng chiếm 16,9%.

- Có 97,0% số điều dưỡng viên học chuyên ngành đa khoa; vị trí công tác ở bộ phận lâm sàng chiếm 80,1%, cận lâm sàng 10,2% và quản lý hành chính 9,7%.

- Hầu hết điều dưỡng viên hài lòng về công việc hiện tại (94,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2013), *Chương trình hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng-hộ sinh từ nay đến năm 2020*.
2. Bộ Y tế, (2015), *Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020*.
3. Cục Quản lý khám, chữa bệnh (2016), *Báo cáo Kết quả công tác điều dưỡng năm 2015 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2016 – 2017*.
4. ASEAN (2006), *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services*.
5. WHO (2009), *Nursing Midwifery services – Strategic Direction 2002 – 2008*.



ĐIỀU KIỆN CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Vũ Phong Túc², Ngô Thị Nhu²

TÓM TẮT:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả điều kiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình cho thấy: 99,1% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn mệt mỏi, 65,8% bệnh nhân có khó thở khi ăn, 95,6% bệnh nhân được cân đo khi nhập viện nhưng chỉ có 26,3% bệnh nhân được tư vấn chế độ ăn trong thời gian nằm viện. Tỷ lệ bệnh nhân COPD ăn theo suất ăn của bệnh viện là 69,3%, trong đó 63,3% hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện. Tỷ lệ bác sỹ và điều dưỡng có đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện rất cao (98,2%), và 100% bác sỹ và điều dưỡng có chỉ định can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện.

Từ khóa: Chăm sóc dinh dưỡng, COPD

SUMMARY

NUTRITIONAL CARE CONDITIONS OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THAI BINH LUNG HOSPITAL IN 2017

Cross-sectional study was implemented to describe the nutritional care conditions of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Thai Binh Lung Hospital. The results showed that the majorities of patients with COPD were symptomatic, with most common complaints being anorexia, fatigue (99.1%) and breathlessness while eating (65.8%). The rate of patients weighed on admission to hospital were 95.6% meanwhile only 26.3% of them received dietary counseling during hospitalization. 69.3% of patients with COPD at the hospital meals and 63.3% of them were satisfied with quality of nutritional diets in hospital. The majorities

of doctors and nurses who assessed nutritional status of patients on admission to hospital (98.2%) and all of them assigned nutritional interventions for patients admitted to the hospital.

Keywords: Nutritional Care, COPD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một hiện tượng phổ biến của bệnh nhân nằm viện và được mô tả trong nhiều nghiên cứu dẫn đến tăng biến chứng đối với bệnh, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong, tăng chi phí y tế. Việc xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao cần hỗ trợ dinh dưỡng tích cực sẽ làm giảm được những vấn đề trên [1],[2] [3] [4]

Kết quả nghiên cứu của Cục Quản lý khám, chữa bệnh cho thấy tổ chức dinh dưỡng tiết chế hiện nay chưa được hoàn thiện ở nhiều bệnh viện. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ dinh dưỡng còn thiếu thốn. Công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe về dinh dưỡng bị hạn chế do nhiều bệnh viện không có phòng tư vấn dinh dưỡng riêng, chưa có góc tư vấn dinh dưỡng ở các khoa và thiếu dụng cụ, mô hình để tư vấn cho người bệnh. Nhiều nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc về dinh dưỡng chưa được thực hiện đầy đủ theo quy định.

Tại Việt Nam có rất ít tác giả đề cập cũng như nghiên cứu về điều kiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân COPD. Từ thực tế trên, tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “Điều kiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017” với mục tiêu: *Mô tả điều kiện chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017*

1. Bệnh viện Phổi Thái Bình

Email: nguyenthithuylinh11091@gmail.com , SĐT: 0127.629.7029

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 03/05/2018 | » Ngày phản biện: 24/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 08/06/2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. Đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Thái Bình được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn của GOLD (2013).

- Các bác sỹ và điều dưỡng hiện đang công tác tại Bệnh viện Phổi Thái Bình

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích qua một cuộc điều tra cắt ngang nhằm mô tả thực trạng chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân tại bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nói chung và bệnh nhân COPD nói riêng.

2.2. Cỡ mẫu:

- Cỡ mẫu bệnh nhân COPD: Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán là COPD theo tiêu chuẩn của GOLD (2013) đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình từ tháng 8/2017 đến tháng 01/2018.

- Cỡ mẫu phỏng vấn cán bộ y tế: Toàn bộ nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) tại Bệnh viện Phổi Thái Bình: 55 cán bộ.

2.3. Phương pháp chọn mẫu:

- Bệnh nhân COPD: Chọn chủ đích tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là COPD nhập viện Bệnh viện Phổi Thái Bình từ tháng 8/2017 đến tháng 01/2018

- Lập danh sách toàn bộ bệnh nhân COPD bao gồm các thông tin: họ và tên, tuổi, giới, địa chỉ, mã bệnh án.

- Cán bộ y tế: Chọn toàn bộ nhân viên y tế bao gồm bác sỹ, điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện Phổi Thái Bình.

3. Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn bệnh nhân và nhân viên y tế bằng bảng hỏi thiết kế sẵn. Các bảng hỏi được xây dựng dựa trên các nghiên cứu trước, được tham khảo ý kiến các thầy cô, chuyên gia dinh dưỡng của bộ môn dinh dưỡng Trường đại học Y Dược Thái Bình

Phân tích thông kê: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình Epi data để nhập số liệu. Các dữ liệu được phân tích với ngôn ngữ của phần mềm Stata 10.0 tại Trường Đại học Y Dược Thái Bình với các test thống kê Y học.

Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu không phải can thiệp các biện pháp nào. Tuy nhiên các đối tượng tham gia nghiên cứu đều có quyền tự nguyện tham gia hoặc không tự nguyện tham gia. Các kỹ thuật nghiên cứu được thao tác đơn giản cho người bệnh, ngoài ra còn giúp ích cho chẩn đoán tình trạng dinh dưỡng và đưa lời khuyên trong quá trình điều trị. Người bệnh tham gia nghiên cứu được tư vấn về cách dinh dưỡng hợp lý, không phải chi trả thêm bất cứ khoản gì từ các hoạt động nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Tình trạng tiêu hóa của bệnh nhân và việc thăm khám, tư vấn dinh dưỡng khi vào viện

		≤ 65 tuổi (1) (n = 54)		> 65 tuổi (2) (n = 60)		Chung (n = 114)		p(1,2)
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Chán ăn, mệt mỏi	Có	53	98,1	60	100	113	99,1	>0,05
	Không	1	1,9	0	0	1	0,9	
Rối loạn tiêu hóa	Có	6	11,1	17	28,3	23	20,2	<0,05
	Không	48	88,9	43	71,7	91	79,8	
Khó thở khi ăn	Có	35	64,8	40	66,7	75	65,8	>0,05
	Không	19	35,2	20	33,3	39	34,2	
Cân đo khi vào viện	Có	52	96,3	57	95,0	109	95,6	
	Không	2	3,7	3	5,0	5	4,4	
Tư vấn chế độ ăn	Có	14	25,9	16	26,7	30	26,3	
	Không	40	74,1	44	73,3	84	73,7	



Bảng 1 cho thấy trong 114 bệnh nhân COPD, 99,1% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn mệt mỏi, 65,8% (n= 75) bệnh nhân có khó thở khi ăn, không có sự khác biệt về các triệu chứng trên giữa hai nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và > 65 tuổi. 20,2% bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tiêu hóa, số bệnh nhân ≤ 65 tuổi có triệu chứng rối loạn tiêu hóa ít hơn số bệnh nhân > 65 tuổi có triệu chứng rối loạn tiêu hóa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. 95,6% bệnh nhân được cân đo khi nhập viện, 4,4% bệnh nhân không cân đo khi nhập viện. Trong thời gian nằm nội trú tại bệnh viện có 26,3% (n= 30) bệnh nhân được tư vấn chế độ ăn, 73,7% bệnh nhân chưa được tư vấn về chế độ ăn.

95,6% bệnh nhân được cân đo khi nhập viện, 4,4% bệnh nhân không cân đo khi nhập viện. Tỷ lệ này cao hơn

nhều so với nghiên cứu của Trần Khánh Thu (2017) về thực trạng chăm sóc dinh dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, chỉ có 19,5% bệnh nhân được kiểm tra cân nặng khi nhập viện [5].

Trong thời gian nằm nội trú tại bệnh viện có 26,3% (n= 30) bệnh nhân được tư vấn chế độ ăn, 73,7% bệnh nhân chưa được tư vấn về chế độ ăn. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khang, Nguyễn Đỗ Huy (2009), tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn dinh dưỡng trong thời gian nằm viện là 26,5% [6]. Tương đương với kết quả nghiên cứu về tình hình quản lý bữa ăn và tư vấn dinh dưỡng cho người cao tuổi tại Viện Lão khoa Trung ương năm 2013 tỷ lệ tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện là 26,5% [7].

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân COPD ăn theo suất ăn tại bệnh viện

	≤ 65 tuổi (1) (n = 54)		> 65 tuổi (2) (n = 60)		Chung (n = 114)		p(1,2)
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Có ăn	34	63,0	45	75,0	79	69,3	$>0,05$
Không ăn	20	37,0	15	25,0	35	30,7	

Bảng 2 cho thấy trong 114 bệnh nhân có 69,3% bệnh nhân ăn theo suất ăn của bệnh viện, 30,7% bệnh nhân không ăn theo suất ăn của bệnh viện. Không có sự khác nhau về tỷ lệ bệnh nhân ăn theo suất ăn tại bệnh viện giữa

nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và >65 tuổi.

Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khang, Nguyễn Đỗ Huy (2009) tỷ lệ mua thức ăn của căng tin bệnh viện chỉ đạt 10,9% [6].

Bảng 3. Mức độ hài lòng của bệnh nhân COPD về suất ăn dinh dưỡng của bệnh viện

	≤ 65 tuổi (n = 34)		> 65 tuổi (n = 45)		Chung (n = 79)		p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Rất hài lòng	0	0	0	0	0	0	$<0,05$
Hài lòng	16	47,1	34	75,6	50	63,3	
Không hài lòng	18	52,9	11	24,4	29	36,7	
Rất không hài lòng	0	0	0	0	0	0	

Bảng 3 cho kết quả trong 79 bệnh nhân ăn theo suất ăn tại bệnh viện 63,3% hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, 36,7% bệnh nhân không hài lòng với suất ăn tại bệnh viện. Trong nhóm bệnh nhân ≤ 65 tuổi có 47,1% hài lòng và 52,9% không

hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, trong nhóm bệnh nhân >65 tuổi có 75,6% hài lòng và 24,4% không hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân COPD tại bệnh viện Phổi Thái Bình

	Bác sĩ (n = 19)		Điều dưỡng (n = 36)		Chung (n = 55)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
<i>Đánh giá tình trạng dinh dưỡng khi vào viện</i>						
Có	19	100	35	97,2	54	98,2
Không	0	0	1	2,8	1	1,8
<i>Chỉ định can thiệp dinh dưỡng khi vào viện</i>						
Có	19	100	36	100	55	100
Không	0	0	4	0	5	0
<i>Thời gian báo ăn sau vào viện</i>						
1 giờ	4	21,1	9	25,7	13	24,1
2 giờ	6	31,6	5	14,3	11	20,4
3 giờ	7	36,8	16	45,7	23	42,6
4 giờ	2	10,5	5	14,3	7	13,0

Bảng 4 cho thấy 98,2% bác sĩ và điều dưỡng có đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện, 100% bác sĩ và điều dưỡng có chỉ định can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện, 42,6% bác sĩ và điều dưỡng báo ăn cho bệnh nhân sau 3 giờ

vào viện. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu về tình hình quản lý bữa ăn và tư vấn dinh dưỡng cho người cao tuổi tại Viện Lão khoa Trung ương năm 2013 (64,2% bác sĩ tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân) [7]

Bảng 5. Hoạt động tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Phổi Thái Bình

	Bác sĩ (n = 19)		Điều dưỡng (n = 36)		Chung (n = 55)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
<i>Tư vấn dinh dưỡng khi vào viện</i>						
Có	18	94,7	32	88,9	50	90,9
Không	1	5,3	4	11,1	5	9,1
<i>Phương pháp tư vấn dinh dưỡng</i>						
Trao đổi nhóm nhỏ	10	52,6	28	77,8	38	69,1
Trao đổi cá nhân	12	63,2	29	80,6	41	74,5
Nói chuyện tại hội trường	0	0	0	0	0	0
Ti vi/ báo/ tờ rơi	17	89,5	35	97,2	52	94,5



Bảng 5 cho thấy trong 55 bác sĩ và điều dưỡng có 90,9% (n= 50) cán bộ có tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện, 94,5% bác sĩ và điều dưỡng sử dụng phương pháp tư vấn dinh dưỡng cho

bệnh nhân qua ti vi/báo/tờ rơi, 74,5% bác sĩ và điều dưỡng sử dụng phương pháp trao đổi cá nhân, 69,1% bác sĩ và điều dưỡng sử dụng phương pháp trao đổi nhóm nhỏ.

Bảng 6. Ý kiến đóng góp của cán bộ y tế về hoạt động dinh dưỡng của bệnh nhân COPD

Các biến số	Bác sĩ (1) (n = 19)		Điều dưỡng (2) (n = 36)		Chung (n = 55)		p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
<i>Thời gian tư vấn dinh dưỡng</i>							
Khi vào viện	10	52,6	16	44,4	26	47,3	>0,05
Lúc BS đi buồng	2	10,5	1	2,8	3	5,4	
Bất kì lúc nào	7	36,9	19	52,8	26	47,3	
<i>Đối tượng giám sát chế độ ăn của bệnh nhân</i>							
Bác sĩ	1	5,3	0	0	1	1,8	>0,05
Điều dưỡng	2	10,5	6	16,7	8	14,5	
Người nhà BN	17	89,5	30	83,3	47	85,5	
<i>Nơi cung cấp thức ăn cho bệnh nhân</i>							
Khoa dinh dưỡng	17	89,5	36	100	53	96,4	>0,05
Căng tin	2	10,5	0	0	2	3,6	
Quán ăn	0	0	0	0	0	0	

Bảng 6 cho kết quả trong 55 bác sĩ và điều dưỡng, 47,3% người cho rằng thời gian tư vấn dinh dưỡng tốt nhất là khi bệnh nhân vào viện, 47,3% cho rằng có thể tư vấn dinh dưỡng bất cứ lúc nào. 85,5% bác sĩ và điều dưỡng đề nghị đối tượng giám sát chế độ ăn của bệnh nhân là người nhà bệnh nhân. 96,4% bác sĩ và điều dưỡng đồng ý khoa dinh dưỡng là nơi cung cấp thức ăn cho bệnh nhân. Những ý kiến đóng góp về hoạt động dinh dưỡng của bệnh nhân COPD không có sự khác biệt giữa bác sĩ và điều dưỡng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 99,1% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn mệt mỏi, 65,8% (n= 75) bệnh nhân có khó thở khi ăn, 20,2% bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tiêu hóa.

Trong bảng 1 có 95,6% bệnh nhân được cân đo khi nhập viện, 4,4% bệnh nhân không cân đo khi nhập viện. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Khánh Thu (2017) về thực trạng chăm sóc dinh dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, chỉ có 19,5% bệnh nhân được kiểm tra cân nặng khi nhập viện.

Trong thời gian nằm nội trú tại bệnh viện có 26,3% (n= 30) bệnh nhân được tư vấn chế độ ăn, 73,7% bệnh nhân chưa được tư vấn về chế độ ăn. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khang, Nguyễn Đỗ Huy (2009), tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn dinh dưỡng trong thời gian nằm viện là 26,5%. Tương đương với kết quả nghiên cứu về tình hình quản lý bữa ăn và tư vấn dinh dưỡng cho người cao tuổi tại Viện Lão khoa Trung ương năm 2013 tỷ lệ tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện là 26,5% .

Nghiên cứu cho thấy có 4,4% bệnh nhân ăn 2 bữa/ngày, 90,4% bệnh nhân ăn 3 bữa/ngày, 5,3% bệnh nhân ăn trên 3 bữa, 92,1% bệnh nhân không ăn bữa phụ, 21,1% bệnh nhân có ăn kiêng ít nhất 1 loại thực phẩm.

Nghiên cứu thấy rằng có 69,3% bệnh nhân ăn theo suất ăn của bệnh viện, 30,7% bệnh nhân không ăn theo suất ăn của bệnh viện. Không có sự khác nhau về tỷ lệ bệnh nhân ăn theo suất ăn tại bệnh viện giữa nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và >65 tuổi. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khang, Nguyễn Đỗ Huy (2009) tỷ lệ mua thức ăn của căng tin bệnh viện chỉ đạt 10,9%. Trong 79 bệnh nhân ăn theo suất ăn tại bệnh viện 63,3% hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, 36,7% bệnh nhân không hài lòng với suất ăn tại bệnh viện. Trong nhóm bệnh nhân ≤ 65 tuổi có 47,1% hài lòng và 52,9% không hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, trong nhóm bệnh nhân >65 tuổi có 75,6% hài lòng và 24,4% không hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện, sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy trong 55 bác sỹ và điều dưỡng có 90,9% (n= 50) cán bộ có tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện, 94,5% bác sỹ và điều dưỡng sử dụng phương pháp tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân qua ti vi/báo/tờ rơi, 74,5% bác sỹ và điều dưỡng sử dụng phương pháp trao đổi cá nhân, 69,1% bác sỹ và điều dưỡng sử dụng phương pháp trao đổi nhóm nhỏ.

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng 47,3% bác sỹ và điều dưỡng cho rằng thời gian tư vấn dinh dưỡng tốt nhất là

khi bệnh nhân vào viện, 47,3% cho rằng có thể tư vấn dinh dưỡng bất cứ lúc nào. 85,5% bác sỹ và điều dưỡng đề nghị đối tượng giám sát chế độ ăn của bệnh nhân là người nhà bệnh nhân. 96,4% bác sỹ và điều dưỡng đồng ý khoa dinh dưỡng là nơi cung cấp thức ăn cho bệnh nhân. Những ý kiến đóng góp về hoạt động dinh dưỡng của bệnh nhân COPD không có sự khác biệt giữa bác sỹ và điều dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Trong 114 bệnh nhân COPD, 99,1% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn mệt mỏi, 65,8% bệnh nhân có khó thở khi ăn, 95,6% bệnh nhân được cân đo khi nhập viện nhưng chỉ có 26,3% bệnh nhân được tư vấn chế độ ăn trong thời gian nằm viện.

Tỷ lệ bệnh nhân COPD ăn theo suất ăn của bệnh viện là 69,3%, trong đó 63,3% hài lòng với suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện

Tỷ lệ bác sỹ và điều dưỡng có đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện rất cao (98,2%), và 100% bác sỹ và điều dưỡng có chỉ định can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện. 90,9% bác sỹ và điều dưỡng có tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân khi vào viện, hình thức tư vấn chủ yếu là trao đổi cá nhân, trao đổi nhóm nhỏ, qua ti vi/báo/tờ rơi.

96,4% bác sỹ và điều dưỡng đề nghị khoa dinh dưỡng là nơi cung cấp thức ăn cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Briony Thomas, Jacki Bishop (2007). Manual of Dietetic Practice, 4th ed., Oxford, UK.
2. Jane A, Read et al (2005). Nutritional Assessment in Cancer: Comparing the Mini-Nutritional Assessment (MNA) with the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA., Nutrition and Cancer, Vol.53, issue 1 September 2005, 51-56.
3. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012). Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng. Nhà Xuất bản Y học, 57-61.
4. J. Kondrup et al, ESPEN (2003). Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition 22(4), 415- 421.
5. Trần Khánh Thu (2017). Thực trạng chăm sóc dinh dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình và kết quả can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh thân nhân tạo chu kỳ.
6. Nguyễn Văn Khang, Nguyễn Đỗ Huy (2009). Thực trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân, hiểu biết, thái độ và thực hành chăm sóc dinh dưỡng của người chăm sóc (người nhà) bệnh nhân, cán bộ y tế trong bệnh viện



XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ô NHIỄM NƯỚC GIẾNG KHOAN TẠI XÃ BÁCH THUẬN, HUYỆN VŨ THUR TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Đặng Thị Vân Quý¹, Ngô Thị Nhu¹, Đinh Thị Kim Anh¹

TÓM TẮT:

Chúng tôi tiến hành khảo sát một số yếu tố nguy cơ ô nhiễm nước giếng khoan tại xã Bách Thuận huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2017 tại 298 hộ gia đình chúng tôi thấy: Yếu tố nhà tiêu cách giếng dưới 10m có tần suất cao nhất 75,8%, bán kính sân giếng dưới 1m có tần suất 42,3%, nguồn nhiễm gần cách giếng dưới 10m có tần suất 26,2%. Mức độ nguy cơ ô nhiễm nguồn nước thấp chiếm tỷ lệ 62,7%, mức độ trung bình là 30,9% và mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 6,4%. Nguồn nước gần nhà tiêu có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao đạt 23,1%. Nguồn nước gần rãnh thoát nước có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 11,8% và các nguồn nước gần khu vực chuồng trại có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 7,0%.

Từ khóa: Giếng khoan, chất lượng nước

ABSTRACT:

SOME RISK FACTORS TO WELL WATER CONTAMINATION AT BACH THUAN COMMUNE, VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2017

We conducted the study on risk factors for well water contamination in Bach Thuan commune, Vu Thu district, in Thai Binh province from January 2017 to June 2017 among 298 households. Results showed that: distance from toilet to well of less than 10m was high at 75.8%, radius of well yard of less than 1m was of 42.3%, and the source of contamination of less than 10m from the well was of 26.2%. The lower risk level of water source contamination was of 62.7%, the average risk level was of 30.9% and the high contaminated level was of 6.4%. Water sources near the toilet having high risk level of contamination was of 23.1%; Water sources near the drainage ditch having high risk level of contamination was of 11.8% and water resources near the animal lodging area with high contaminated risk was of 7.0%.

Key words: Well, water quality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ta là một nước đang phát triển, sản xuất nông nghiệp là chủ yếu, thu nhập bình quân đầu người thấp, do vậy còn gặp nhiều khó khăn trong việc giữ gìn môi trường trong sạch, trong đó có nguồn nước ăn uống và sinh hoạt nhất là ở các vùng nông thôn. Bên cạnh đó là tình trạng thiếu ý thức về vệ sinh làm cho môi trường nước ngày càng ô nhiễm hơn.

Xã Bách Thuận là một xã vùng ven sông Hồng thuộc huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. Theo báo cáo của trạm y tế nguồn nước được người dân sử dụng chủ yếu ở xã là nước giếng khoan trong sinh hoạt, nước mưa và nước máy chiếm tỷ lệ chưa nhiều. Mặt khác, nguồn nước giếng khoan ở đây được người dân sử dụng chủ yếu trong sinh hoạt nhưng tỷ lệ qua lọc còn thấp. Chính vì vậy chúng tôi muốn kiểm một số yếu tố gây nhiễm bẩn nguồn nước người dân đang sử dụng nhằm đưa ra những giải pháp cải thiện chất lượng nước, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

Xác định một số yếu tố nguy cơ ô nhiễm nước giếng khoan tại xã Bách Thuận, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở xã Bách Thuận thuộc huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình, là xã vùng ven sông Hồng

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Hộ gia đình có nguồn nước giếng khoan: tiến hành điều tra và kiểm các yếu tố nguy cơ ô nhiễm và phỏng vấn chủ hộ gia đình hoặc người thay thế chủ hộ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Tác giả chính: Đặng Thị Vân Quý
Email: vanquyytb@gmail.com, SĐT: 0912105287

» Ngày nhận bài: 04/05/2018 | » Ngày phản biện: 17/05/2018 | » Ngày duyệt đăng: 08/06/2018

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu kiểm yếu tố nguy cơ và phỏng vấn người dân:

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

Trong đó:

- n: Là cỡ mẫu cho nghiên cứu (đơn vị mẫu là hộ gia đình)/xã
- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất μ (Với $\mu = 0,05$ thì $Z = 1,96$)
- p: Tỷ lệ nguồn nước giếng khoan có nguy cơ ô

nhiễm trung bình theo nghiên cứu trước là $p=0,62$

- e: Độ sai lệch mong muốn, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $e = 0,06$.

Với các dữ liệu trên cỡ mẫu được tính cho điều tra 252. Trên thực tế chúng tôi phỏng vấn và kiểm yếu tố nguy cơ là 298 hộ gia đình

2.4. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tần suất xuất hiện các yếu tố liên quan của nước giếng khoan (n=298)

Yếu tố liên quan	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Nhà tiêu cách giếng <10m	226	75,8
Nhà tiêu ở chỗ đất cao hơn giếng	29	9,7
Nguồn nhiễm bản cách giếng <10m	78	26,2
Thiếu rãnh thoát nước gây ú đọng trong phạm vi 2m	50	16,8
Không có rào chắn quanh giếng	249	83,6
Bán kính sân giếng <1m	126	42,3
Sân giếng bị hỏng xung quanh bơm	54	18,1
Có vũng nước đọng xung quanh bơm	65	21,8
Bơm nước bị hỏng	48	16,1
<i>Điểm trung bình nguy cơ</i>	<i>0,35</i>	

Bảng 3.1 trình bày yếu tố nguy cơ ô nhiễm nguồn nước: Yếu tố nguy cơ cao nhất là không có rào chắn xung quanh giếng 83,6%, nhà tiêu cách giếng dưới 10m

chiếm 75,8%, sân giếng không đảm bảo tiêu chuẩn chiếm 42,3%. Điểm trung bình nguy cơ ô nhiễm nguồn nước giếng khoan là 0,35

Bảng 3.2. Mức độ nguy cơ ô nhiễm nguồn nước giếng khoan (n=298)

Mức độ nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất cao	0	-
Cao	19	6,4
Trung bình	92	30,9
Thấp	187	62,7



Bảng 3.2 cho thấy mức độ nguy cơ ô nhiễm nguồn nước giếng khoan. Nhìn chung các nguồn nước ngầm vẫn có nguy cơ ô nhiễm. Nguy cơ ô nhiễm ở mức trung bình

là chủ yếu (63%) nhưng cũng còn 6,4% nguồn nước giếng có nguy cơ ô nhiễm cao.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa độ sâu của giếng với mức độ nguy cơ ô nhiễm

Chiều sâu \ Mức độ	<10m (n=54)		10m – 15m (n=219)		>15m (n=25)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Cao	4	7,4	15	6,9	0	-
Trung bình	17	31,5	67	30,6	8	32,0
Thấp	33	61,1	137	62,5	17	68,0

Bảng 3.3 cho thấy mức độ nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ cao trên 60% ở các độ sâu khác nhau. Mức độ nguy cơ ô nhiễm trung bình đạt trên 30%. Mức độ cao đạt tỷ lệ thấp

7,4% đối với các giếng có độ sâu dưới 10m, 6,9% đối với các giếng có độ sâu 10m – 15m.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa sử dụng bể lọc với mức độ nguy cơ ô nhiễm

Bể lọc \ Mức độ	Có bể lọc (n=56)		Không có bể lọc (n=242)		p
	SL	%	SL	%	
Cao	3	5,4	16	6,6	> 0,05
Trung bình	18	32,1	74	30,6	> 0,05
Thấp	35	62,5	152	62,8	> 0,05

Những giếng nước có bể lọc có mức độ nguy cơ ô nhiễm thấp chiếm tỷ lệ cao 62,5%, mức độ nguy cơ ô nhiễm cao chiếm 5,4%. Đối với những giếng không

có bể lọc mức độ nguy cơ ô nhiễm thấp chiếm 62,8%, mức độ trung bình 30,6%, mức độ nguy cơ ô nhiễm cao 6,6%.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thời gian thay rửa bể lọc với mức độ nguy cơ ô nhiễm (n=56)

Bể chứa \ Mức độ	Dưới 3 tháng (n=29)		≥ 3 tháng (n=27)		p
	SL	%	SL	%	
Cao	1	3,5	2	7,4	> 0,05
Trung bình	9	31,0	9	33,3	> 0,05
Thấp	19	65,5	16	56,3	> 0,05

Bảng 3.5 cho thấy mức độ nguy ô nhiễm ở các bể lọc có thời gian thay rửa dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ thấp 65,5%, mức độ ô nhiễm trung bình chiếm tỷ lệ 31,0%, ở mức độ

ô nhiễm cao chiếm tỷ lệ 3,5%. Các nguồn nước giếng sử dụng bể lọc có thời gian thay rửa trên 3 tháng mức độ ô nhiễm thấp chiếm 56,3% và mức độ cao là 7,4%

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa chiều cao cột lọc với mức độ nguy cơ ô nhiễm (n=56)

Bể chứa Mức độ	≤ 50cm (n=27)		> 50cm (n=29)		p
	SL	%	SL	%	
Cao	2	7,4	1	3,5	> 0,05
Trung bình	5	18,5	13	44,8	< 0,05
Thấp	20	74,1	15	51,7	> 0,05

Mối liên quan giữa chiều cao cột lọc với mức độ nguy cơ ô nhiễm được trình bày trong bảng 3.6. Các giếng sử dụng bể lọc có chiều sâu cột lọc nhỏ hơn 50cm: mức độ nguy cơ ô nhiễm thấp 74,1%, mức độ nguy cơ ô nhiễm trung bình

18,5%, mức độ nguy cơ ô nhiễm cao 7,4%. Các giếng sử dụng bể lọc có chiều sâu cột lọc lớn hơn 50cm: mức độ nguy cơ ô nhiễm thấp và trung bình là chủ yếu chiếm tỷ lệ 51,7% và 44,8%. Mức độ nguy cơ ô nhiễm cao 3,5%.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa khu vực ô nhiễm gần giếng khoan với mức độ nguy cơ ô nhiễm

Khu ô nhiễm Mức độ	Chuồng trại (n=143)		Rãnh thoát nước (n=34)		Nhà tiêu (n=26)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Cao	10	7,0	4	11,8	6	23,1	< 0,05
Trung bình	59	41,3	15	44,1	16	61,5	> 0,05
Thấp	74	51,7	15	44,1	4	15,4	< 0,05

Bảng trên cho thấy số giếng khoan gần khu vực chuồng trại chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguy cơ ô nhiễm thấp chiếm 51,7%, nguy cơ ô nhiễm trung bình chiếm 41,3%, nguy cơ cao chỉ chiếm 7,0%. Các giếng khoan gần nhà tiêu có nguy cơ cao chiếm 23,1%, nguy cơ trung bình chiếm 61,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi tiến hành điều tra một số yếu tố liên quan đến chất lượng nguồn nước giếng khoan, kết quả nghiên cứu cho thấy: tần suất xuất hiện các yếu tố liên quan chiếm tỷ lệ cao nhất là không có rào chắn quanh giếng (83,6%), nhà tiêu cách giếng dưới 10m (75,8%), bán kính sân giếng dưới 1m (42,3%). Nguồn nhiễm bẩn cách giếng dưới 10m là 26,2%; còn vũng nước đọng xung quanh bơm là 21,8%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả xét nghiệm chất lượng nguồn nước chúng tôi trình bày ở bảng trên. Điều này có nghĩa là ở những giếng khoan có các nguồn nhiễm bẩn ở trong chu vi bảo vệ, không có rào chắn bảo vệ, rãnh thoát nước

hỏng và thiếu là nguyên nhân làm bẩn nguồn nước, do đó khi xét nghiệm không có số mẫu đạt các chỉ tiêu nêu trên. Các mẫu này nhiều hơn ở những giếng khoan được xây dựng theo đúng quy trình kỹ thuật. Qua đây chứng tỏ chất lượng nước giếng khoan bị nhiễm bẩn chủ yếu là do quy trình xây dựng giếng không đúng kỹ thuật. Theo chúng tôi điều này khẳng định một lần nữa do người dân nghĩ là nước giếng khoan nằm sâu trong lòng đất hơn nữa là nguồn nước chỉ dùng trong sinh hoạt là chủ yếu nên ý thức bảo vệ giữ gìn vệ sinh trên mặt đất như sân giếng, rãnh thoát nước và phân khu bảo vệ giếng vì vật đã làm bẩn nguồn nước gia đình mình bởi chính các hoạt động trong sinh hoạt đời sống hàng ngày. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khuê ở xã Vĩnh An thành phố Hải Phòng cho biết nhà tiêu cách giếng khoan dưới 10m và 49,0%; Có vũng nước đọng trên nền (35,9%); hệ thống dẫn nước bị hư (28,8%); có nguồn ô nhiễm cách giếng dưới 10m (22,4%); rãnh thoát nước không tốt (34,1%) [2].



V. KẾT LUẬN

Xác định một số yếu tố nguy cơ đến chất lượng nước giếng khoan cho thấy:

- Yếu tố nhà tiêu cách giếng dưới 10m có tần suất cao nhất 75,8%, bán kính sân giếng dưới 1m có tần suất 42,3%, Nguồn nhiễm bẩn cách giếng dưới 10m có tần suất 26,2%
- Mức độ nguy cơ ô nhiễm nguồn nước thấp chiếm

tỷ lệ 62,7%, mức độ trung bình là 30,9% và mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 6,4%

- Nguồn nước gần nhà tiêu có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao đạt 23,1%. Nguồn nước gần rãnh thoát nước có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 11,8% và các nguồn nước gần khu vực chuồng trại có mức độ nguy cơ ô nhiễm cao là 7,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), *Báo cáo hiện trạng môi trường quốc gia giai đoạn 2011-2015*
2. Phạm Minh Khuê (2014), “Thực trạng sử dụng các nguồn nước sinh hoạt của người dân xã Vĩnh An, Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2013”, Tạp chí Y học Thực hành, số 4 (914), Tr. 3 - 5.
3. Bùi Thị Ngọc Linh (2015) *Đánh giá chất lượng nguồn nước và kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về sử dụng nước sinh hoạt tại xã Vũ Đông, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình năm 2015*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình
4. Ngô Thị Nhu và cộng sự (2007) “Thực trạng vệ sinh nguồn nước ngầm tại một số xã vùng nông thôn Đông Hưng, Thái Bình”, Tạp chí Y học Thực hành, số 10, tr. 17- 19.
5. UNICEF (2011), *Báo cáo tóm tắt mối liên quan giữa vệ sinh môi trường, nguồn nước hộ gia đình và hành vi chăm sóc trẻ của bà mẹ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Việt Nam*

TỶ LỆ MẨN CẢM VỚI THỨC ĂN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI QUA GHI NHẬN CỦA CHA MẸ TRẺ TẠI TRƯỜNG MẦM NON HOA MAI, QUẬN CẦU GIẤY, HÀ NỘI

Phạm Thu Hiền¹, Đỗ Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT:

Mẫn cảm với thức ăn phổ biến ở trẻ, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đều chiếm trên 20%. Mẫn cảm với thức ăn ảnh hưởng đến sức khỏe ở trẻ như gây ra các dấu hiệu sau ăn ảnh hưởng đến một hay toàn bộ các cơ quan trong cơ thể, ngoài ra mẫn cảm còn ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ. Tuy vậy hiện ở nước ta chưa có nghiên cứu xác định tình trạng mẫn cảm thức ăn ở trẻ. Nhằm xác định tỷ lệ mẫn cảm ở trẻ dưới 5 tuổi, qua đó đề xuất các giải pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 497 trẻ có độ tuổi dưới 5 tuổi tại Trường mầm non Hoa Mai, Cầu Giấy, Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 9,26% trẻ đã từng mẫn cảm với thức ăn, tỷ lệ các loại thức ăn trẻ bị mẫn cảm như sau:

- Các loại hạt: Lạc 1,4%, vừng 1,61%, đậu nành 2,41%, hạt khác 0,6%.
- Mẫn cảm với trứng gà 3,02%, thực phẩm chứa trứng là 2,41%.
- Mẫn cảm với sữa bò là 2,01%, với thực phẩm chứa sữa bò là 2,41%.
- Mẫn cảm với các sản phẩm ngũ cốc (bột mỳ, bánh mỳ, mỳ tôm): 1,41%.
- Mẫn cảm với cá 1,81%, với giáp xác 3,82%.

Từ khóa: Mẫn cảm, thức ăn, trẻ dưới 5 tuổi

ABSTRACT:

RATE OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD PRESENTING FOOD SENSITIVITY ACCORDING TO PARENTS' EVALUATION AT HOA MAI KINDER GARTEN, HANOI

Food sensitivity is common to children. Some studies showed that the rate accounted for 20%. Food sensitivity had an influence on children's health Symptoms after eating affected one or all of the organs in the child's body and children's nutritional status. However, there has been no studies conducted to determine food sensitivity in

children. In order to determine the rate of food sensitivity in children under 5 and recommend interventional solutions, we conducted a cross-sectional study on 497 children under 5 at Hoa Mai kinder garten, Cau Giay, Hanoi.

Results showed that 9,26% of the children had ever suffered from food sensitivity.

Foods that caused food sensitivity in children included:

- Grain: peanut 1,4%, sesame 1,61%, soybean 2,41%, others 0,6%.
- Chicken eggs: 3,02%, food containing egg :2,41%.
- Cow milk 2,01%, food containing cow milk: 2,41%.
- Cereal products (flour, bread, noodle): 1,41%.
- Fish 1,81%, Crustacean 3,82%.

Keywords: Sensitivity, food, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mẫn cảm với thức ăn phổ biến ở trẻ em. Theo nghiên cứu tại Thụy Điển cho thấy tỷ lệ mẫn cảm với thức ăn ở trẻ có độ tuổi 7-8 tuổi là 21,3%[7]. Các dấu hiệu của mẫn cảm thức ăn ảnh hưởng đến một hoặc nhiều bộ phận, cơ quan trong cơ thể, dấu hiệu phổ biến nhất là ở da như mề đay, phù mạch, Eczema, hệ hô hấp, vùng dạ dày, ruột và trong màng nhầy khoang miệng [1] [4] [5]. Mẫn cảm thức ăn bao gồm cả có đáp ứng hoặc không đáp ứng miễn dịch khi tiến hành test chẩn đoán ứng thức ăn qua trung gian là kháng thể IgE [6]. Mẫn cảm thức ăn còn làm hạn chế việc hấp thụ các chất dinh dưỡng do trẻ không thể ăn thức ăn hoặc khi ăn trẻ kèm theo các dấu hiệu bệnh lý.

Tuy vậy, hiện ở nước ta vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng mẫn cảm ở trẻ em. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ mẫn cảm ở thức ăn ở trẻ dưới 5 tuổi qua sự ghi nhận của các bậc cha, mẹ, trên cơ sở đánh giá thực trạng và đề ra các chiến lược trong công tác chăm sóc sức khỏe cho trẻ em.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương, Tác giả liên hệ: Đỗ Mạnh Hùng

Email: hungdm.nip@gmail.com, Sdt: 0913304075

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em dưới 5 tuổi tại trường mầm non Hoa Mai, Cầu Giấy, Hà Nội cùng cha/mẹ các em đang theo học tại đây.

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m} \right)^2 \times p \times (1 - p)$$

n = Cỡ mẫu

p = 0,213 giả định trẻ bị mẫn cảm với thức ăn (theo các tác giả Thụy Điển là 21,3%)

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

d = Tỷ lệ sai số cho phép trong nghiên cứu được giả định là: 0,04

Ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cần có là 403 trẻ, tuy vậy kết quả chúng tôi thu thập được 497 phụ huynh của các trẻ có độ tuổi dưới 5 tuổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

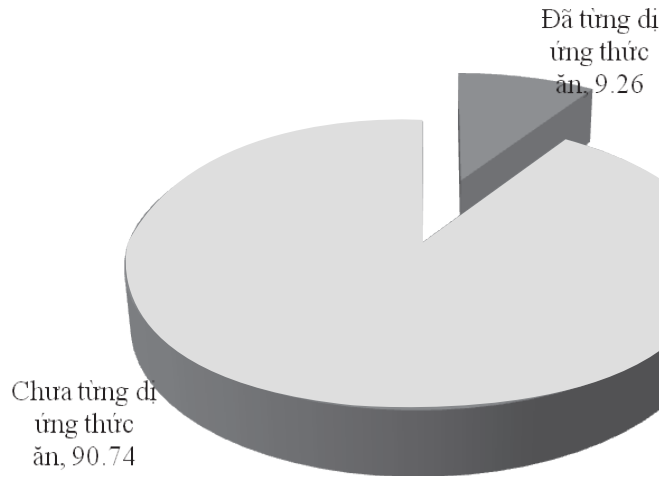
Bảng 1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	240	48,29
	Nữ	257	51,71
Tuổi	< 12 tháng	81	16,3
	12-24 tháng	103	20,72
	24-36 tháng	42	8,45
	36-48 tháng	74	14,89
	>48 tháng	197	39,64
Địa dư	Nội thành	484	97,38
	Ngoại thành	13	2,62
Dân tộc	Kinh	488	98,19
	Khác	9	1,81
TỔNG		497	100

Kết quả nghiên cứu chúng tôi thu thập được 497 trẻ, trong đó trẻ nam/nữ là 48,29% /51,71%. Độ tuổi trên 48 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,64%, tiếp đó là độ tuổi 12-24 tháng 20,72%, độ tuổi 36-48

tháng 14,89%, độ tuổi 24-36 tháng chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 8,45%. Đa số đối tượng nghiên cứu là khu vực nội thành với 97,38%, chủ yếu các đối tượng là dân tộc Kinh với 98,19%.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mẫn cảm với thức ăn ở trẻ



Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ đã từng mẫn cảm với các loại thức ăn có 46 trẻ chiếm 9,26%, chưa từng dị ứng với bất kỳ loại thức ăn nào là 90,74%.

Bảng 2. Các loại thức ăn trẻ mẫn cảm (n=497)

Thức ăn trẻ mẫn cảm	Số lượng	Tỷ lệ
Lạc	7	1,41
Vừng	8	1,61
Đậu nành	12	2,41
Các loại hạt khác	3	0,60
Trứng gà	15	3,02
Thực phẩm chứa trứng	12	2,41
Sữa bò	10	2,01
Các sản phẩm sữa bò	12	2,41
Bột mỳ, bánh mỳ, mỳ tôm	7	1,41
Cá	9	1,81
Giáp xác	19	3,82
Thức ăn khác	8	1,61

Kết quả nghiên cứu cho thấy lạc và các loại hạt chiếm tỷ lệ 2,1%, trứng và các sản phẩm chứa trứng chiếm tỷ lệ 5,43%, sữa bò và các sản phẩm chứa sữa bò chiếm 4,42%, các dạng bột mỳ, bánh mỳ, mỳ tôm chiếm 1,41%,



IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mẫn cảm với thức ăn là 9,26%. So sánh với các đồng nghiệp nước ngoài trước đó, tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều. Nghiên cứu tại Thụy Điển ở lứa tuổi 7-8 tuổi, mẫn cảm với thức ăn là 21,3% [7]. Nghiên cứu tại Phần Lan ở trẻ 1-4 tuổi chiếm 21% [2], và nghiên cứu tại Na Uy ở trẻ 1 tuổi là 19% [3]. Một nghiên cứu khác tại Thụy Điển tỷ lệ này là 26% ở trẻ có độ tuổi dưới 8 tuổi [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mẫn cảm với lạc là 1,41%, vừng là 1,41%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả tại Thụy Điển lứa tuổi 7-8 có mẫn cảm với lạc là 3,2, mẫn cảm với đậu nành là 0,6% [7]. Tuy vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các đồng nghiệp tại Phần Lan ở đối tượng là trẻ 1-4 tuổi, trong đó trẻ mẫn cảm với các loại đậu: đậu Hà Lan, Lạc, đậu nành, đậu lăng là 1,1% [2].

Trong nghiên cứu, trẻ mẫn cảm với trứng gà là 3,02%, các sản phẩm chứa trứng là 2,41%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại Thụy Điển ở đối tượng trẻ 7-8 tuổi tỷ lệ dị ứng với trứng là 1,4% [7], tuy vậy kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu tại Phần Lan ở trẻ 1-4 tuổi, trong đó trẻ mẫn cảm với trứng là 2,8% [2].

Trẻ mẫn cảm với các loại thức ăn được chế biến từ ngũ cốc như bột mì, bánh mì, mì tôm trong nghiên cứu là 1,41%, so với kết quả nghiên cứu tại Thụy Điển độ tuổi 7-8 tuổi, mẫn cảm với ngũ cốc là 1% [7], so sánh với kết quả nghiên cứu tại Phần Lan độ tuổi 1-4 tuổi, mẫn cảm với ngũ cốc là 2,6% [2].

Mẫn cảm với cá ở trẻ trong nghiên cứu là 1,81%, mẫn cảm ở trẻ với giáp xác là 3,82%, kết quả này cao hơn so với các tác giả tại Thụy Điển ở lứa tuổi 7-8 tuổi với 1,2% [7], cao hơn kết quả nghiên cứu của các đồng nghiệp tại Phần Lan ở độ tuổi 1-4, với tỷ lệ mẫn cảm với cá là 0,6% [2].

Mẫn cảm với thức ăn không chỉ gây ra các tình trạng sức khỏe qua việc biểu hiện các dấu hiệu sau khi ăn, mà còn là rào cản trong việc phòng chống suy dinh dưỡng ở trẻ. Qua kinh nghiệm khám và điều trị chúng tôi thấy rằng có nhiều trường hợp trẻ suy dinh dưỡng được sinh ra trong những gia đình có điều kiện trong việc tiếp cận với các loại dinh dưỡng, tuy nhiên do sự mẫn cảm với thức ăn cộng với sự thiếu hiểu biết của các bậc cha mẹ là nguyên nhân của việc suy dinh dưỡng ở trẻ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 497 trẻ dưới 5 tuổi, bằng việc ghi nhận của các bậc cha mẹ về mẫn cảm với thức ăn ở trẻ, kết quả có 9,26% số trẻ đã từng mẫn cảm với thức ăn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy được bức tranh về tỷ lệ mẫn cảm với từng loại thức ăn ở trẻ bao gồm các loại thức ăn được chế biến từ hạt, ngũ cốc, trứng, sữa, cá, giáp xác.

Cần có thêm các nghiên cứu về ảnh hưởng của mẫn cảm thức ăn với sức khỏe ở trẻ. Bên cạnh đó, các bà mẹ khi cho trẻ ăn cần chú ý đến việc trẻ mẫn cảm với thức ăn, qua đó bảo vệ sức khỏe và phòng ngừa suy dinh dưỡng bằng các loại thức ăn thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Östblom E, Lilja G, Pershagen G, van Hage M, Wickman M. Phenotypes of food hypersensitivity and development of allergic diseases during the first 8 years of life. *Clin Exp Allergy* 2008; 38:1325-1332.
2. Pyrhonen K, Nayha S, Kaila M, Hiltunen L, Laara E. Occurrence of parent-reported food hypersensitivities and food allergies among children aged 1-4 yr. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20:328-338.
3. Eggesbo M, Halvorsen R, Tambs K, Botten G. Prevalence of parentally perceived adverse reactions to food in young children. *Pediatr Allergy Immunol* 1999; 10:122-132.
4. Gupta RS, Springston EE, Smith B, Pongracic J, Holl JL, Warrier MR. Parent report of physician diagnosis in pediatric food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131:150-156.
5. Roehr CC, Edenharter G, Reimann S, Ehlers I, Worm M, Zuberbier T, et al. Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents. *Clin xp Allergy* 2004; 34:1534-1541
6. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review
7. Strinnholm Åsa RN, MSc, Winberg Anna MD, West Christina MD, PhD, Hedman Linnea PhD1, Rönmark Eva PhD, Food hypersensitivity is common in Swedish schoolchildren, especially oral reactions to fruit and gastrointestinal reactions to milk

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ECZEMA VỚI MẮN CẢM THỨC ĂN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI QUA SỰ GHI NHẬN CỦA CHA, MẸ TRẺ TẠI TRƯỜNG MẦM NON HOA MAI, CẦU GIẤY, HÀ NỘI

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Thu Hiền¹

TÓM TẮT:

Mẩn cảm thức ăn và Eczema xuất hiện phổ biến ở trẻ em, một số nghiên cứu cho thấy mẩn cảm thức ăn có tần suất nhiều hơn các bệnh về da trong đó có Eczema. Nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa Eczema với mẩn cảm thức ăn ở trẻ dưới 5 tuổi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang 497 trẻ dưới 5 tuổi trên tại Trường mầm non Hoa Mai, Cầu Giấy, Hà Nội năm 2014.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc trẻ đã từng mẩn cảm thức ăn với Eczema ($p < 0,01$).

- Không có mối liên quan giữa Eczema với mẩn cảm với các nhóm thức ăn: thức ăn thiết yếu, thức ăn thiết yếu không gồm bao gồm sữa, mẩn cảm với sữa, mẩn cảm với các loại hạt ($p > 0,05$).

- Trẻ mẩn cảm với bánh, kẹo có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mắc Eczema ($p < 0,01$).

Từ khóa: Chàm, mẩn cảm, thức ăn, trẻ dưới 5 tuổi

ABSTRACT :

THE LINK BETWEEN ECZEMA AND FOOD SENSITIVITY IN CHILDREN UNDER 5 ACCORDING TO PARENT'S EVALUATION AT HOA MAI KINDERGARTEN, CAU GIAY, HANOI

Food sensitivity and Eczema are common to children. Some studies showed that food sensitivity occurred more frequently than skin lesions, including Eczema. In order to find the link between Eczema and food sensitivity in children under 5 at Hoa Mai kindergarten, Cau Giay, Hanoi in 2014

- There was a statistical link between children having food sensitivity and Eczema ($p < 0,01$).

- There was no link between Eczema and sensitivity from some certain foods such as: fundamental foods, fundamental foods excluding milk, milk sensitivity and grain sensitivity ($p > 0,05$).

1. Bệnh viện Nhi Trung ương, Tác giả chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: hungdm.nip@gmail.com, Sdt: 0913304075

- Children's being sensitive to biscuit and candy links to having eczema ($p < 0,01$).

Keywords: Eczema, sensitivity, food, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mẩn cảm với thức ăn phổ biến ở trẻ em, theo nghiên cứu tại Thụy Điển cho thấy tỷ lệ mẩn cảm với thức ăn ở trẻ có độ tuổi 7-8 tuổi là 21,3%, [4]. Theo các kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy, Eczema cũng là bệnh phổ biến, tại Mỹ ở trẻ em dưới 18 tuổi có 10,7% [2]. Tỷ lệ này cũng thay đổi theo các vùng địa lý hoặc sắc tộc ở Iran dưới 2% hoặc trên 16% ở Nhật Bản và Thụy Điển [1].

Các dấu hiệu mẩn cảm thức ăn thường xuất hiện ở một hoặc nhiều cơ quan, trong đó đặc biệt ở da. Một số tác giả đã chỉ ra rằng mẩn cảm thức ăn có biểu hiện nhiều hơn các dấu hiệu hoặc bệnh kèm theo như mề đay, phù mạch, Eczema [5][6][7].

Tuy vậy, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa Eczema và mẩn cảm với thức ăn. Nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa Eczema và mẩn cảm với thức ăn, qua đó có các biện pháp phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhóm đối tượng ở trẻ dưới 5 tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 0- 5 tuổi tại trường mầm non Hoa Mai, Cầu Giấy, Hà Nội - năm 2014 và cha/mẹ các em hiện đang học tại đây.

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m} \right)^2 \times p \times (1 - p)$$

n = Cỡ mẫu
 $p = 0,213$ giả định trẻ bị mẫn cảm với thức ăn (theo các tác giả Thụy Điển là 21,3%)
 $Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)
 $d =$ Tỷ lệ sai số cho phép trong nghiên cứu được giả định là: 0,04
 Ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cần có là 403 trẻ, tuy vậy kết quả chúng tôi thu thập được 497 phụ huynh của

các trẻ có độ tuổi dưới 5 tuổi.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Eczema: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của UK Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis [3].

Thu thập số liệu: Khám sàng lọc kết hợp với phỏng vấn cha, mẹ trẻ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa Eczema và việc đã từng mẫn cảm với thức ăn

Đã từng mẫn cảm với bất cứ thức ăn nào	Eczema				p	OR (95%CI)
	Mắc		Không			
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Mẫn cảm	11	23,91	35	76,09	0,0072	2,59 (1,15-5,51)
Không	55	12,20	396	87,80		
Tổng	66	13,28	431	86,72		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trẻ đã từng mẫn cảm với thức ăn và bệnh eczema ($p < 0,01$), trong đó nguy cơ Eczema ở nhóm trẻ mẫn cảm với thức ăn cao gấp 2,59 lần nhóm trẻ không mẫn cảm với thức ăn.

Bảng 2. Mối liên quan giữa Eczema và mẫn cảm với các nhóm thức ăn

Mẫn cảm thức ăn		Eczema				p	OR (95%CI)
		Mắc		Không			
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Thức ăn thiết yếu bao gồm cả sữa	Mẫn cảm	6	17,65	28	82,35	0,437	1,44 (0,47-3,74)
	Không	60	12,96	403	87,04		
Thức ăn thiết yếu không bao gồm sữa	Mẫn cảm	5	16,13	26	83,87	0,629	1,28 (0,37-3,55)
	Không	61	13,09	405	86,91		
Mẫn cảm với sữa	Mẫn cảm	3	18,75	13	81,25	0,512	1,53 (0,27-5,79)
	Không	63	13,10	418	86,90		
Mẫn cảm với các loại hạt	Mẫn cảm	2	15,38	11	84,62	0,821	1,19 (0,13-5,65)
	Không	64	13,22	420	86,78		
Bánh, kẹo, đồ uống có ga, cò,...	Mẫn cảm	7	10,61	8	1,86	<0,001	6,27 (1,85-20,49)
	Không	59	89,39	423	98,14		
Tổng		66	13,28	431	86,72		

Nhóm thức ăn thiết yếu trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có: Thịt, trứng, cá, tôm, cua, sữa, thức ăn được chế biến từ ngũ cốc (gạo, ngô, bột mỳ), đậu nành.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mắc eczema với mẫn cảm các nhóm thức ăn được chế biến công nghiệp gồm bánh, kẹo, đồ uống có ga, có cồn đóng chai ($p < 0,001$), trong đó nguy

cơ trẻ mắc Eczma ở nhóm trẻ mẫn cảm với bánh, kẹo, đồ uống có ga, cồn cao gấp 6,27 lần nhóm trẻ không mẫn cảm.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Eczema với mẫn cảm với các nhóm thức ăn thiết yếu bao gồm sữa, thức ăn thiết yếu không bao gồm sữa, mẫn cảm với ỉa, các loại hạt. Mặc dù vậy OR luôn có giá trị lớn hơn 1.

Bảng 3. Mối liên quan giữa Eczema và mẫn cảm một số loại thức ăn cụ thể

Mẫn cảm với loại thức ăn		Eczema				p	OR
		Mắc		Không			
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Trứng gà	Có	2	13,33	13	86,67	0,995	1,005 (0,11;4,60)
	Không	64	13,28	418	86,72		
Thực phẩm có trứng	Có	1	8,33	11	91,67	0,6093	0,59 (0,01;4,17)
	Không	65	13,40	420	86,60		
Sữa bò	Có	2	20,00	8	80,00	0,527	1,65 (0,17;8,53)
	Không	64	13,14	423	86,86		
Sản phẩm sữa bò	Có	1	8,33	11	91,67	0,6093	0,59 (0,01;4,17)
	Không	65	35,14	120	64,86		
Vùng	Có	2	25,00	6	75,00	0,3247	2,62 (0,25;15,11)
	Không	64	13,09	425	86,91		
Cá	Có	1	11,11	8	88,89	0,8466	0,81 (0,2;6,24)
	Không	65	13,32	423	86,68		
Cua, tôm	Có	2	10,53	17	89,47	0,7184	0,76 (0,08;3,33)
	Không	64	13,39	414	86,61		
Đồ uống có ga, có cồn	Có	3	4,55	6	1,39	0,0695	3,42 (0,54-16,48)
	Không	64	95,45	425	98,61		
Bánh, kẹo	Có	5	7,58	6	1,39	0,0015	5,81 (1,35-23,47)
	Không	62	93,94	425	98,61		
TỔNG		67		431			

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc trẻ mẫn cảm với các loại bánh, kẹo với bệnh Eczema ($p < 0,01$), trong đó trẻ mẫn cảm với bánh kẹo có nguy cơ Eczema cao hơn gấp 5,81 lần trẻ không mẫn cảm.

Nghiên cứu cũng cho thấy không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh Eczema với các thức

ăn trứng, thực phẩm chứa trứng, sữa bò, các sản phẩm chứa sữa bò, ngũ cốc, cá, tôm, cua (giáp xác), lạc, các loại hạt khác, đồ uống có ga, có cồn ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ mẫn cảm



với thức ăn và mắc Eczema là 23,91%, trẻ mắc Eczema không mẫn cảm với thức ăn có tỷ lệ 12,2%. Kết quả nghiên cứu trẻ từng mẫn cảm với thức ăn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với Eczema ở trẻ dưới 5 tuổi ($p < 0,01$). Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của các đồng nghiệp tại Thụy Điển ở trẻ 7-8 tuổi, trong đó mối liên quan giữa mẫn cảm với thức ăn và Eczema ($p < 0,001$), tỷ lệ mẫn cảm với thức ăn ở nhóm mắc Eczema là 42,1% và nhóm không mắc Eczema là 17,6% [4].

Trong nghiên cứu, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Eczema với mẫn cảm với các nhóm thức ăn thiết yếu bao gồm sữa, thức ăn thiết yếu không bao gồm sữa, mẫn cảm với ữa, các loại hạt ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nghiên cứu lại chỉ ra rằng mẫn cảm các loại thức ăn như bánh, nước giải khát có ga, có cồn có ảnh hưởng đến bệnh Eczema ($p < 0,001$), tuy vậy các chỉ số chênh đều có giá trị lớn hơn 1, tức là yếu tố góp phần gây lên bệnh. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả tại Thụy Điển ở nhóm trẻ 7-8 tuổi, trong đó có mối liên quan giữa Eczema với mẫn cảm với các nhóm thức ăn thiết yếu, các nhóm thức ăn thiết yếu không bao gồm sữa, mẫn cảm với sữa, mẫn cảm với các loại quả và hạt ($p < 0,001$), tỷ lệ trẻ mắc Eczema mẫn cảm nhóm thức ăn thiết yếu là 22,3%, trẻ mắc Eczema mẫn cảm với nhóm thức ăn thiết yếu không bao gồm sữa là 12,2%, trẻ mắc Eczema mẫn cảm với sữa là 14%, trẻ eczema mẫn cảm với các loại hoa quả và hạt là 33,5% [4].

Khi phân tích xác định mối liên quan giữa Eczema với từng loại thức ăn cụ thể chúng tôi thấy rằng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh Eczema với các thức ăn trứng, thực phẩm chứa trứng, sữa bò, các sản phẩm chứa sữa bò, ngũ cốc, cá, tôm, cua (giáp xác), lạc, các loại hạt khác, đồ uống có ga, có cồn ($p > 0,05$). Trong khi đó, Eczema có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mẫn cảm bánh, kẹo ($p < 0,001$). Như vậy, có thể trong bánh, kẹo có chứa một số chất dị nguyên nào đó ảnh hưởng đến Eczema và mẫn cảm thức ăn ở trẻ. Trong khi đó, qua tìm hiểu cho thấy đa phần trẻ em có thói quen ăn bánh kẹo do người thân mua.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ kết quả phân tích 497 trẻ dưới 5 tuổi trên địa bàn thành phố Hà Nội nhằm xác định mối liên quan giữa Eczema và mẫn cảm thức ăn, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Eczema và mẫn cảm thức ăn ($p < 0,01$), khi phân tích cụ thể từng loại thức ăn thì có mối liên quan giữa Eczema với mẫn cảm với bánh, kẹo.

Từ kết quả nghiên cứu các bậc phụ huynh cần cần thận khi cho trẻ ăn các loại bánh kẹo, cần tìm hiểu rõ xuất xứ, chất lượng các loại bánh kẹo khi cho trẻ ăn. Bên cạnh đó cần có nghiên cứu nhằm có thêm bằng chứng về vai trò và ảnh hưởng giữa Eczema với mẫn cảm với thức ăn nhằm có biện pháp phòng ngừa và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NICE Clinical Guidelines, No. 57. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2007 Dec. Atopic Eczema in Children: Management of Atopic Eczema in children from birth up to the age of 12 years
2. Shaw TE, Currie GP, Koudelka CW, Simpson EL. Eczema prevalence in the United States: data from the 2003 National Survey of Children's Health. *J Invest Dermatol*. 2011 Jan;131(1):67-73.
3. H.C Williams, P.G.J. Burney, A.C.Pembroke and R.J.Hay. The U.K.Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *British Journal of Dermatology* (1994) 131, 406-416
4. Strinnholm Åsa RN, MSc, Winberg Anna MD, West Christina MD, PhD, Hedman Linnea PhD1, Rönmark Eva PhD, Food hypersensitivity is common in Swedish schoolchildren, especially oral reactions to fruit and gastrointestinal reactions to milk
5. Östblom E, Lilja G, Pershagen G, van Hage M, Wickman M. Phenotypes of food hypersensitivity and development of allergic diseases during the first 8 years of life. *Clin Exp Allergy* 2008; 38:1325-1332.
6. Gupta RS, Springston EE, Smith B, Pongratic J, Holl JL, Warriar MR. Parent report of physician diagnosis in pediatric food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131:150-156.
7. Roehr CC, Edenharter G, Reimann S, Ehlers I, Worm M, Zuberbier T, et al. Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents. *Clin Exp Allergy* 2004; 34:1534-1541.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI 2 BỆNH VIỆN Ở KHÁNH HÒA SAU 1 NĂM THỰC HIỆN THÍ ĐIỂM SỬA ĐỔI THANH TOÁN THEO ĐỊNH SUẤT

Bùi Huy Tùng¹, Vũ Thị Hoàng Lan², Nguyễn Khánh Phương³, Chu Huyền Xiêm²

TÓM TẮT:

Nghiên cứu sử dụng mô hình SERVQUAL đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú tại 2 bệnh viện (BV) ở Khánh Hòa sau 1 năm thực hiện thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất. Tổng hợp sự hài lòng của người bệnh ở BV đồng bằng đạt điểm trung bình 3,69 (trên thang điểm 5) trước thí điểm và 3,74 sau thí điểm. Điểm số này ở BV miền núi là 3,70 và 3,74. Các sự khác biệt là nhỏ (tăng 1,6% và tăng 1,4%), không có ý nghĩa thống kê. Điểm đáng chú ý nhất là sự hài lòng trên phương diện đáp ứng (tăng 6,2% ở BV đồng bằng, tăng 5,0% ở BV miền núi) và phương diện cảm thông (tăng 3,1% ở BV đồng bằng). Các sự thay đổi có ý nghĩa thống kê được ghi nhận đều liên quan trực tiếp đến hành vi, thái độ của nhân viên y tế.

Từ khóa: Sự hài lòng, định suất, phương thức thanh toán, Khánh Hòa.

SUMMARY

ASSESSING INPATIENTS' SATISFACTION IN 2 HOSPITALS IN KHANH HOA PROVINCE AFTER 1 YEAR USING THE NEW CAPITATION MODEL

The SERVQUAL model was used to assess inpatients' satisfaction in two district hospitals in Khanh Hoa province after 1 year using the new capitation model. In the hospital on the plain, the average scores were 3.69 (on a scale of 5) before the pilot and 3.74 after the pilot. The scores of the hospital in the mountains were 3.70 and 3.74. The differences were small (1.6% and 1.4% increase), which was not statistically significant. The most notable result was satisfaction in Responsiveness (6.2% increase in the hospital on the plain, 5.0% increase in the hospital in the mountains) and Empathy (3.1% in the hospital on the plain). Significant statistical changes are directly related to the behaviors and attitudes of health workers.

Keywords: Satisfaction, capitation, payment method, Khanh Hoa province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khánh Hòa là 1 trong 4 tỉnh được Bộ Y tế lựa chọn để thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất nhằm khắc phục những bất cập của việc thực hiện thanh toán theo định suất theo thông tư 09/2009/TTLT-BYT-BTC: Chưa kiểm soát được sự gia tăng chi phí khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT), nguồn tài chính từ BHYT tập trung cho BV tuyến trên, mức chi trả chưa điều chỉnh theo nhu cầu KCB, chưa có biện pháp kiểm soát chất lượng KCB BHYT, không cân đối được quỹ định suất.

Mục đích hướng tới của thí điểm là tăng cường hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT thông qua việc kiểm soát chi phí, giảm tình trạng bội chi và cải thiện chất lượng KCB ở bệnh viện tuyến huyện. Nghiên cứu này đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú, một trong những câu phân đánh giá chất lượng KCB BHYT, tại 2 bệnh viện (BV) tuyến huyện ở Khánh Hòa sau 1 năm thực hiện thí điểm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu can thiệp - phỏng thực nghiệm, so sánh trước và sau khi triển khai thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân KCB BHYT nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 12 năm 2014. Trong đó thời gian triển khai thí điểm

1. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội. Email: kdctc.hn@gmail.com, SĐT: 0915.344.094

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

3. Viện Chiến lược và Chính sách y tế

kéo dài 1 năm, từ tháng 1 năm 2014 đến hết tháng 12 năm 2014. Số liệu được thu thập tại thời điểm 1 tháng trước thí điểm và sau 1 năm triển khai thí điểm tại 2 BV đa khoa tuyến huyện: Diên Khánh (BV đồng bằng), Khánh Vĩnh (BV miền núi).

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Tại mỗi bệnh viện chọn phỏng vấn 120 người bệnh BHYT. Thời điểm tiến hành phỏng vấn là 1 tháng trước thí điểm và sau 1 năm triển khai thí điểm. Nghiên cứu chọn tất cả người bệnh nội trú làm xong thủ tục thanh toán chi phí KCB BHYT vào tất cả các ngày trong tuần cho đến khi đủ cỡ mẫu nói trên. Những người bệnh được chọn phải từ 18 tuổi trở lên, đủ khả năng tự trả lời câu hỏi, không phải là nhân viên bệnh viện hoặc người nhà nhân viên bệnh viện.

2.5. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

Điều tra viên tiến hành phỏng vấn người bệnh ngay sau khi họ làm xong các thủ tục thanh toán chi phí KCB BHYT. Sự hài lòng của người bệnh được đánh giá trên mô hình SERVQUAL với 5 phương diện:

- Phương diện hữu hình gồm những điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, trang phục và ứng xử của NVYT, môi trường khuôn viên bệnh viện.

- Phương diện tin cậy gồm những tiêu mục đánh giá

khả năng thực hiện các dịch vụ đã cam kết một cách đáng tin cậy và chính xác.

- Phương diện đáp ứng gồm các tiêu mục đánh giá sự sẵn sàng giúp đỡ người bệnh và cung cấp các dịch vụ kịp thời.

- Phương diện đảm bảo gồm các tiêu mục đánh giá kiến thức và sự hòa nhã của NVYT cũng như khả năng của họ trong việc tạo lòng tin, sự tin nhiệm cho người bệnh.

- Phương diện cảm thông gồm các tiêu mục đánh giá mức độ quan tâm chăm sóc của NVYT dành cho người bệnh.

Mức độ hài lòng được tính điểm từ 1 đến 5 (thang điểm Likert) với các mức độ rất không hài lòng, không hài lòng, bình thường, hài lòng và rất hài lòng. Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Kết quả đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú được trình bày trong bảng 1 cho thấy mức độ hài lòng trung bình dao động trong khoảng từ 3,4 đến 3,9 điểm. Sự thay đổi được đánh giá theo tỷ lệ phần trăm với trị số dương là tăng và âm là giảm.

Bảng 1. Sự hài lòng của người bệnh trên 5 phương diện

Sự hài lòng của người bệnh về	n = 120	Trước thí điểm		Sau thí điểm		Gia tăng (%)	Kiểm định Mann - Whitney
		Mean ± SD	Median	Mean ± SD	Median		
Phương diện hữu hình	BV đồng bằng	3,72 ± 0,51	3,69	3,75 ± 0,63	3,78	0,7%	0,19
	BV miền núi	3,72 ± 0,53	3,65	3,69 ± 0,55	3,68	0,8%	0,08
Phương diện tin cậy	BV đồng bằng	3,71 ± 0,88	3,7	3,69 ± 0,53	3,68	-0,6%	0,21
	BV miền núi	3,85 ± 0,45	3,79	3,82 ± 0,52	3,79	-0,8%	0,09
Phương diện đáp ứng	BV đồng bằng	3,47 ± 0,51	3,53	3,69 ± 0,46	3,67	6,2%	0,00
	BV miền núi	3,52 ± 0,39	3,51	3,69 ± 0,44	3,7	5,0%	0,00
Phương diện đảm bảo	BV đồng bằng	3,89 ± 0,52	3,88	3,86 ± 0,53	3,87	-0,7%	0,08
	BV miền núi	3,76 ± 0,52	3,75	3,78 ± 0,70	3,81	0,4%	0,18
Phương diện cảm thông	BV đồng bằng	3,67 ± 0,65	3,71	3,78 ± 0,69	3,79	3,1%	0,03
	BV miền núi	3,65 ± 0,54	3,7	3,72 ± 0,58	3,72	2,0%	0,06
Tổng hợp sự hài lòng của người bệnh	BV đồng bằng	3,69 ± 0,52	3,7	3,75 ± 0,57	3,74	1,6%	0,07
	BV miền núi	3,70 ± 0,43	3,68	3,74 ± 0,66	3,72	1,4%	0,11

Phần lớn các sự thay đổi về mức độ hài lòng của người bệnh sau một năm thí điểm là tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tổng hợp sự hài lòng của người bệnh ở BV đồng bằng đạt điểm trung bình 3,69 trước thí điểm và 3,74 sau thí điểm. Điểm số này ở BV miền núi là 3,70 và 3,74. Các sự khác biệt là nhỏ (tăng 1,6% và tăng 1,4%),

không có ý nghĩa thống kê. Điểm đáng chú ý nhất là sự hài lòng trên phương diện đáp ứng (tăng 6,2% ở BV đồng bằng, tăng 5,0% ở BV miền núi) và phương diện cảm thông (tăng 3,1% ở BV đồng bằng) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 2. Trình bày chi tiết hơn những nội dung hài lòng trên phương diện đáp ứng.

Bảng 2. Sự hài lòng về phương diện đáp ứng

Sự hài lòng của người bệnh về	n = 120	Trước thí điểm		Sau thí điểm		Gia tăng (%)	Kiểm định Mann - Whitney
		Mean ± SD	Median	Mean ± SD	Median		
Được bác sĩ thăm khám, tư vấn, động viên	BV đồng bằng	3,37 ± 0,52	4	3,62 ± 0,39	4	7,4%	0,00
	BV miền núi	3,44 ± 0,55	4	3,65 ± 0,51	4	6,1%	0,00
Được hướng dẫn về quy trình khám chữa bệnh	BV đồng bằng	3,51 ± 0,59	4	3,67 ± 0,37	4	4,6%	0,01
	BV miền núi	3,66 ± 0,41	4	3,79 ± 0,49	4	3,6%	0,00
Được cung cấp đầy đủ thông tin về xét nghiệm chẩn đoán, thuốc điều trị	BV đồng bằng	3,42 ± 0,52	4	3,67 ± 0,47	4	7,3%	0,01
	BV miền núi	3,37 ± 0,67	4	3,58 ± 0,55	4	6,2%	0,00
Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết	BV đồng bằng	3,59 ± 0,35	4	3,79 ± 0,51	4	5,6%	0,00
	BV miền núi	3,6 ± 0,52	4	3,75 ± 0,53	4	4,2%	0,01

Sau thí điểm, mức độ hài lòng của người bệnh nội trú đều tăng khi được hỏi về các nội dung “được bác sĩ thăm khám, tư vấn, động viên”; “được hướng dẫn về quy trình khám chữa bệnh”; “được cung cấp đầy đủ thông tin về xét nghiệm chẩn đoán, thuốc điều trị”; “hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết”. Sự gia tăng đều mang giá trị dương, dao động từ 3,6% đến 7,4%, thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất với cách

tính quỹ mới, cắt bỏ thanh toán KCB đa tuyến giúp cho phía bệnh viện biết được chính xác phần quỹ định suất được nhận, giúp bệnh viện chủ động hơn trong hoạt động tổ chức KCB BHYT. Thái độ tích cực, chủ động của y bác sĩ có thể là cơ sở tốt giúp cho việc cải thiện chất lượng KCB, trong đó có sự hài lòng của người bệnh. Các sự thay đổi có ý nghĩa được ghi nhận đều liên quan trực tiếp đến hành vi, thái độ của nhân viên y tế.



Bảng 3. Một số kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê

Sự hài lòng của người bệnh về	n = 120	Trước thí điểm		Sau thí điểm		Gia tăng (%)	Kiểm định Mann - Whitney
		Mean ± SD	Median	Mean ± SD	Median		
Cán bộ, nhân viên BV vui vẻ, hòa nhã	BV đồng bằng	3,65 ± 0,33	4	3,81 ± 0,42	4	4,4%	0,00
	BV miền núi	3,72 ± 0,53	4	3,89 ± 0,46	4	4,6%	0,00
Nhân viên y tế nhiệt tình, tận tụy	BV đồng bằng	3,62 ± 0,56	4	3,79 ± 0,33	4	4,7%	0,04
	BV miền núi	3,72 ± 0,51	4	3,81 ± 0,37	4	2,4%	0,00
Y bác sĩ cảm thông, chia sẻ với tình trạng bệnh tật và sự lo lắng của người bệnh	BV đồng bằng	3,62 ± 0,38	4	3,79 ± 0,61	4	4,7%	0,00
	BV miền núi	3,52 ± 0,32	4	3,69 ± 0,43	4	4,8%	0,00

Nhiều nội dung nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh chỉ ra sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Trên phương diện hữu hình là sự hài lòng về: Khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp; buồng bệnh sạch sẽ, thông thoáng; nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt; trang thiết bị, máy móc đầy đủ và hoạt động tốt; được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ; và căng tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu. Trên phương diện tin cậy là sự hài lòng về: Tin tưởng ở kết quả chẩn đoán và điều trị; Chi phí KCB rõ ràng, hợp lý; bình đẳng, công bằng trong đối xử với người bệnh; NVYT không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng. Trên phương diện đảm bảo là sự hài lòng về: Bác sĩ có chuyên môn giỏi; được tôn trọng và giữ kín bí mật riêng tư; đảm bảo an ninh, an toàn khi khám chữa bệnh. Trên phương diện cảm thông là sự hài lòng về: Thời gian khám chữa bệnh được bố trí

phù hợp, thuận tiện; sự chăm sóc y tế của y bác sĩ phù hợp với tình trạng bệnh tật và hoàn cảnh của người bệnh; nhân viên y tế luôn chú ý tới người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Tổng hợp sự hài lòng của người bệnh ở BV đồng bằng đạt điểm trung bình 3,69 trước thí điểm và 3,74 sau thí điểm. Điểm số này ở BV miền núi là 3,70 và 3,74. Các sự khác biệt là nhỏ (tăng 1,6% và tăng 1,4%), không có ý nghĩa thống kê. Điểm đáng chú ý nhất là sự hài lòng trên phương diện đáp ứng (tăng 6,2% ở BV đồng bằng, tăng 5,0% ở BV miền núi) và phương diện cảm thông (tăng 3,1% ở BV đồng bằng). Các sự thay đổi có ý nghĩa thống kê được ghi nhận đều liên quan trực tiếp đến hành vi, thái độ của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 5380/QĐ-BYT triển khai thí điểm sửa đổi thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất.
2. Bộ Y tế và Bộ Tài chính (2009), “Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế”, Thông tư 09/2009/TTLT-BYT-BTC.
3. Parasuraman A et al (1988), “Servqual: A Multiple – Item Scale for Measuring consumer perceptions of Service quality”, Journal of retailing, 64(1), p. 22-40.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG, BẢO QUẢN NHÀ TIÊU HỘ GIA ĐÌNH TẠI XÃ MƯỜNG THÁI HUYỆN PHÙ YÊN, TỈNH SƠN LA

Ngô Thị Nhu¹, Vi Trung Tuyển², Lê Thị Kiều Hạnh¹, Đinh Thị Kim Anh²

TÓM TẮT:

Sau khi tiến hành điều tra, khảo sát thực trạng sử dụng, bảo quản nhà tiêu tại 300 hộ gia đình xã Mường Thái, huyện Phù Yên, tỉnh Sơn La kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các hộ gia đình không có nhà tiêu còn rất cao chiếm 51,4%. Loại hình nhà tiêu hợp vệ sinh được sử dụng nhiều nhất là nhà tiêu tự hoại (62,9%). Tỷ lệ nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh theo quy định của Bộ Y tế là nhà tiêu tự hoại (100%); tiếp theo là nhà tiêu 2 ngăn (78,7%) và nhà tiêu chìm có ống thông hơi (60,0%).

Từ khóa: Nhà tiêu, nhà tiêu hợp vệ sinh

ABSTRACT

THE SITUATION OF USING AND PRESERVING LATRINES OF HOUSEHOLDS IN MUONG THAI COMMUNE, PHU YEN DISTRICT, SON LA PROVINCE

The survey was conducting in 300 households to assess the situation of using and preserving latrines in Muong Thai commune, Phu Yen district, Son La province. The results showed that 51.4% of households had no access to latrine. The most popular hygiene latrines used by the population was latrine with septic tank (62.9%). The types of hygiene latrines which meet Ministry of health standards were septic tank, double ventilated improved pit latrine and ventilated improved pit latrine (100%, 78.7% and 60% respectively)

Key words: Latrine, hygiene latrine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Bộ Y tế cho thấy, 10/28 bệnh truyền nhiễm gây dịch được giám sát có tỉ lệ mắc trên 100.000 dân cao nhất theo thứ tự là cúm, tiêu chảy, sốt xuất huyết, lỵ trực khuẩn, quai bị, lỵ amíp, viêm gan, thủy đậu, rubella,... có liên quan tới nước sạch, vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân [1], [6].

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Sở Y tế Sơn La

Để giảm gánh nặng bệnh tật và làm trong sạch môi trường, sự tích cực trong thu gom, xử lý đúng kỹ thuật các chất thải nói chung và xử lý phân nói riêng là một mắt xích quan trọng. Biện pháp xử lý phân người hiệu quả nhất chính là xây dựng, bảo quản và sử dụng các loại nhà tiêu. Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhưng tính đến năm 2010, tỷ lệ số hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh mới đạt 60%, thấp hơn 10% so với mục tiêu đề ra của Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2006-2010 [4].

Mường Thái là xã nằm ở hướng đông bắc của huyện Phù Yên, 100% dân cư sống ở nông thôn, vùng sâu vùng xa. Với nền kinh tế chủ yếu là nông nghiệp, thu nhập bình quân đầu người rất thấp, còn tồn tại nhiều phong tục tập quán, hủ tục, lạc hậu, nhiều thói quen vệ sinh môi trường chậm thay đổi nên đây vẫn là xã nóng về nhà tiêu hộ gia đình của vùng nông thôn chúng tôi tiến hành triển khai thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng sử dụng và bảo quản các loại nhà tiêu hộ gia đình tại xã Mường Thái, huyện Phù Yên của tỉnh Sơn La năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Mường Thái huyện Phù Yên, tỉnh Sơn La

2. Đối tượng nghiên cứu

- Nhà tiêu tại hộ gia đình tại xã Mường Thái
- Đối tượng phỏng vấn là chủ hộ gia đình hoặc người nắm vững thông tin trong hộ gia đình.

3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2017 đến 9/2017

4. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang

* Chọn mẫu và cỡ mẫu:

+ Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ của xã:

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

- n: cỡ mẫu nghiên cứu là số hộ gia đình điều tra
- $\alpha/2$: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- d^2 : Khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể ($d = 0,6$)
- p: tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh ước tính 0,5

Với các dữ liệu trên n được tính là, được làm tròn là 270. Thực tế chúng tôi đã điều tra được 300 hộ gia đình

+ Chọn mẫu

Tại xã được lựa chọn, số HGĐ được lựa chọn chia đều cho mỗi bản. Tại mỗi bản chọn ngẫu nhiên HGĐ đầu tiên, các hộ tiếp theo được lựa chọn theo nguyên tắc công liên công cho tới khi đủ số hộ điều tra thì dừng lại.

5. Xử lý số liệu

Các số liệu được nhập vào máy tính và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04, Epi-Data và sử dụng các thuật toán thống kê y học

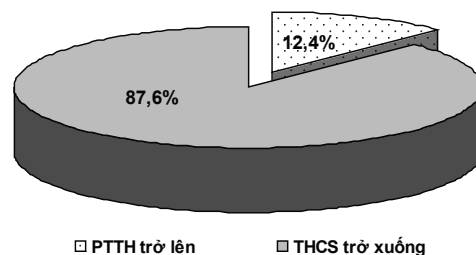
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo dân tộc của đối tượng trả lời phỏng vấn

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mường	125	41,6
Kinh	48	16
Dao	71	23,7
Mông	56	18,7

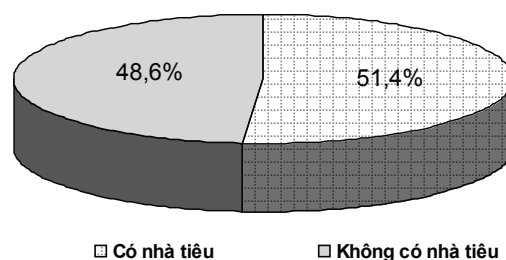
Kết quả bảng 3.1 cho thấy đối tượng nghiên cứu là người dân tộc là: Kinh 16%; Mường 41,6%; Dao 23,7%; dân tộc Mông 18,7%.

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ trình độ học vấn của đối tượng tham gia nghiên cứu



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ THPT trở lên chiếm 87,6% và chỉ có 12,4% đối tượng phỏng vấn có trình độ học vấn THCS trở xuống.

Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ các hộ gia đình có nhà tiêu (n=300)



Biểu đồ 3.2 cho thấy có 48,6% số hộ gia đình nghiên cứu hiện không có nhà tiêu.

Bảng 3.2. Loại nhà tiêu mà hộ gia đình đang sử dụng (n=154)

Loại nhà tiêu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhà tiêu tự hoại	97	62,9
Nhà tiêu hai ngăn	33	21,4
Nhà tiêu 1 ngăn	7	4,5
Nhà tiêu thấm dội nước	12	7,8
Nhà tiêu chìm có ống thông hơi	5	3,4
Tổng	154	100

Theo kết quả ở bảng 3.2 cho thấy có 62,9% số hộ gia đình có nhà tiêu. Có 21,4% số hộ gia đình có nhà tiêu sử dụng nhà tiêu hai ngăn. Các loại khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhà tiêu tự hoại đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản (n=97)

Nhà tiêu tự hoại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng	97	100
Đạt tiêu chuẩn về sử dụng, bảo quản	97	100
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng, bảo quản	97	100
Không đạt	0	-

Bảng 3.3 cho thấy trong số 97 nhà tiêu tự hoại mà 97 HGD đang sử dụng thì 100% số nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhà tiêu thấm dội nước đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản (n=12)

Nhà tiêu thấm dội nước	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng	5	5/12 (41,6)
Đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản	5	5/12 (41,6)
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng, bảo quản	5	5/12 (41,6)
Không đạt	7	7/12 (58,4)

Kết quả bảng 3.4 cho thấy trong số 12 HGD sử dụng nhà tiêu thấm dội nước thì chỉ có 5/12 (41,6%) hộ gia đình là đạt chuẩn HVS theo quy định của Bộ Y tế.



Bảng 3.5. Tỷ lệ nhà tiêu chím có ống thông hơi đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản (n=5)

Nhà tiêu chím có ống thông hơi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng	3	3/5
Đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản	3	3/5
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng, bảo quản	3	3/5
Không đạt	2	2/5

Kết quả bảng 3.5 cho thấy trong số 5 HGD nghiên cứu có nhà tiêu chím có ống thông hơi chỉ có 3/5 HGD có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản.

Bảng 3.6: Tỷ nhà tiêu hai ngăn đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng và bảo quản (n=33)

Nhà tiêu hai ngăn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng	26	78,7
Đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản	26	78,7
Đạt tiêu chuẩn về xây dựng, sử dụng, bảo quản	26	78,7
Không đạt	7	21,3

Kết quả bảng 3.6 cho thấy trong 33 nhà tiêu hai ngăn ủ phân tại chỗ quan sát được chỉ có 26/33 đạt tiêu chuẩn hợp vệ sinh, chiếm tỷ lệ 78,7% còn lại 21,3% là không hợp vệ sinh.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng còn một tỷ lệ khá lớn các hộ gia đình không có nhà tiêu để sử dụng chiếm tới 48,6%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hữu Vách và cộng sự tiến hành ở 3 huyện thuộc 2 tỉnh Bắc Trung Bộ năm 2005 (26,3% các hộ gia đình được điều tra không có nhà tiêu) [5]. Trong các loại nhà tiêu HGD đang sử dụng đáng chú ý là có tới 14,9% số hộ gia đình sử dụng nhà tiêu không thuộc loại nhà tiêu HVS dựa theo Quy chuẩn nhà tiêu hợp vệ sinh dựa theo Thông tư số 27/2011/TT-BYT ngày 24/6/2011 Ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nhà tiêu - điều kiện bảo đảm hợp vệ sinh.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các hộ gia đình chủ yếu sử dụng nhà tiêu tự hoại chiếm 62,9%; nhà tiêu hai ngăn là 21,4%; nhà tiêu thấm dội nước là 7,8% (bảng

3.2). Kết quả này cho thấy là người dân ở đây đã có nhận thức tương đối tốt nên tỷ lệ người dân sử dụng nhà tiêu tự hoại tương đối cao và hầu hết các nhà tiêu đều được xây dựng trong những năm gần đây nên thực trạng sử dụng là rất tốt.

Tỷ lệ nhà tiêu hộ gia đình đạt cả các tiêu chuẩn vệ sinh về xây dựng, sử dụng và bảo quản theo Thông tư số 27/2011/TT - BYT có 97/97 nhà tiêu tự hoại, 5/7 nhà tiêu thấm dội nước và 26/33 nhà tiêu hai ngăn đạt tiêu chuẩn.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các hộ gia đình không có nhà tiêu còn rất cao chiếm 51,4%.

- Nhà tiêu tự hoại là loại nhà tiêu hợp vệ sinh được sử dụng nhiều nhất chiếm 62,9% và thấp nhất là nhà tiêu chím có ống thông hơi chiếm 15,1%

- Tỷ lệ nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh theo quy định của Bộ Y tế là nhà tiêu tự hoại (100%); tiếp theo là nhà tiêu 2 ngăn (78,7%) và nhà tiêu chím có ống thông hơi (60,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Tổng Cục thống kê (2004), *Báo cáo chuyên đề, mức độ bao phủ của các chương trình y tế công cộng - Điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002*. NXB Y học, Hà Nội 2004, tr. 50-52
2. Bộ Y tế (2011), *Thông tư số 27/2011/TT-BYT: Tiêu chuẩn vệ sinh đối với các loại nhà tiêu* (Ban hành Quy chuẩn, kỹ thuật quốc gia về nhà tiêu-điều kiện đảm bảo hợp vệ sinh của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. Bùi Hữu Toàn (2009), *Đánh giá thực trạng và nguyên nhân xây dựng sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện Chương Mỹ, Hà Nội, năm 2009*. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà nội.
4. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2011), *Kết quả thực hiện Chương trình Mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn năm 2010 và giai đoạn 2006 - 2010*. Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Hà Nội.
5. Trịnh Hữu Vách, Nguyễn Thị Hồng Tú, Nguyễn Hùng Long (2006), “Tình hình xây dựng và sử dụng nhà tiêu tại các hộ gia đình ở 3 huyện thuộc 2 tỉnh Bắc Trung Bộ Việt Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 1/2006, tr. 61- 63.
6. Trần Quỳnh Anh, Hoàng Thị Thu Hà, Đặng Ngọc Lan (2010), *Tình hình sử dụng nhà tiêu và thực hành rửa tay của người dân ở 3 xã vùng Tây Bắc năm 2010*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, tr .165 (Số 1/2011).



NHU CẦU ĐÀO TẠO CỦA CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ DỰ PHÒNG TUYÊN TỈNH KHU VỰC MIỀN BẮC, 2018-2022

Đặng Thị Thu Thảo¹, Vũ Sinh Nam¹, Tống Thị Hà¹, Ngô Khánh Phương¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Bùi Thị Minh Trang¹, Lê Hồng Nga¹, Lại Thị Minh¹, Nguyễn Thúy Quỳnh¹,
Nguyễn Hồng Đan¹, Nguyễn Hồng Yến¹, Nguyễn Thị Thùy Dương¹

TÓM TẮT:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 121 khoa/phòng của 38 đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh khu vực phía Bắc từ tháng 6/2017-4/2018 bằng phương pháp định lượng kết hợp định tính nhằm đánh giá nhu cầu đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu đào tạo trong giai đoạn 2018-2022 khá cao: lĩnh vực kiểm soát bệnh lây nhiễm là 656 lượt cán bộ/năm, lĩnh vực xét nghiệm tăng mạnh trong 2 năm 2018 (411 lượt cán bộ) và 2019 (307 lượt cán bộ) và sau đó giảm dần từ 2020-2022 (khoảng >200 lượt cán bộ/năm), lĩnh vực phòng chống bệnh không lây nhiễm là 730 lượt/năm. Đào tạo tư vấn phòng chống HIV/AIDS nhận được nhiều sự quan tâm của các đơn vị chiếm 15,7% trong tổng nhu cầu đào tạo hàng năm. Các đơn vị đều có nhu cầu tổ chức đào tạo tại Hà Nội, tuy vậy đào tạo từ xa bắt đầu nhận được sự quan tâm của các đơn vị (26,7%).

Từ khóa: Nhu cầu đào tạo, đào tạo liên tục, y tế dự phòng

ABSTRACT:

TRAINING DEMAND FOR PROVINCIAL PREVENTIVE MEDICINE UNITS OF NORTHERN PROVINCES OF VIETNAM, 2018-2022

Cross-sectional descriptive studies were conducted on 121 departments/divisions of 38 preventive medicine units in the 28 northern provinces of Vietnam from June 2017 to April 2018 by quantitative and qualitative methods for assessing the continuing training demand for 2018-2022. The results showed that the training demand in the period 2018-2022 were quite high: the communicable disease control sector would be 656 staff members per year, the laboratory testing sector would increase sharply in 2018 (411 staff members) and 2019 (307 staff members)

and then gradually reduce from 2020-2022 (about 200 staff members per year), the field of non-communicable disease prevention is 730 staff members/year. HIV/AIDS prevention consultant sector received a great deal of interest from the units, accounting for 15.7% of the total annual training demand. All units want to organize the training courses in Hanoi, but distance training has received the attention of the units (26.7%).

Key words: Training demand, continuous training, preventive medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang từng bước tiến tới xây dựng một hệ thống chăm sóc y tế bền vững trong đó phát triển đồng bộ cả y tế chuyên sâu và y tế phổ cập. Trong các năm qua, hệ thống y tế dự phòng đang dần được chú trọng và quan tâm đúng mức của ngành Y tế. Việc nâng cấp cơ sở vật chất và hệ thống các trang thiết bị xét nghiệm cận lâm sàng phải đi đôi với đào tạo nhân lực có chuyên môn cao đáp ứng được với nhu cầu phát triển của công nghệ mới. Báo cáo đánh giá cuối kỳ của Dự án Phát triển hệ thống y tế dự phòng năm 2014 cho thấy: 62,1% nhân viên phòng xét nghiệm thuộc 45 Trung tâm Y tế dự phòng được đào tạo chuyên ngành xét nghiệm, số cán bộ được đào tạo chuyên ngành sinh học là 20%, tỉ lệ bác sỹ là 12% và 1,8% là y tế công cộng. Số cán bộ được đào tạo về lĩnh vực an toàn sinh học của 45 Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/thành phố (TTYTDP) thuộc dự án mới đạt 42,9%; một số khác đã được đào tạo nhưng do cơ sở đào tạo không được cấp chứng chỉ về an toàn sinh học phòng xét nghiệm nên không có chứng chỉ. Trong kế hoạch nâng cao năng lực cho các TTYTDP thì yêu cầu về nhân lực là đảm bảo số lượng và chất lượng đáp ứng nhu cầu với 100% cán bộ làm công tác xét nghiệm y tế dự phòng được đào tạo/tập huấn về chuyên môn; 90% nhân viên phòng

1. Trung tâm Đào tạo và Quản lý khoa học – Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thùy Dương,

SĐT: 0985019101, Email: nttduong096@yahoo.com

» Ngày nhận bài: 02/06/2018 | » Ngày phản biện: 11/06/2018 | » Ngày duyệt đăng: 20/06/2018

xét nghiệm có chứng chỉ/xác nhận đã qua tập huấn về an toàn sinh học; 90% cơ sở xét nghiệm y tế dự phòng tuyến trung ương, 70% tuyến tỉnh và 50% cơ sở xét nghiệm y tế dự phòng tuyến huyện có cán bộ được đào tạo/tập huấn về quản lý chất lượng, tuân thủ các hướng dẫn về đảm bảo chất lượng xét nghiệm.

Theo tổng hợp nhu cầu đào tạo của 23 tỉnh/thành phố phía Bắc do Khoa chỉ đạo tuyến, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thực hiện thì nhu cầu đào tạo về xét nghiệm là 20/23 tỉnh, kiểm soát bệnh truyền nhiễm và tiêm chủng là 19/23 tỉnh, bệnh không lây nhiễm là 6/23 tỉnh cho năm 2017 [5]. Xác định nhu cầu đào tạo nhằm phát hiện chính xác các vấn đề cần đào tạo, đối tượng cần đào tạo và loại hình đào tạo, xác định nhu cầu đào tạo là bước đầu tiên trong quy trình đào tạo, được tiến hành trước khi lập kế hoạch đào tạo [2,6,7,8]. Để có cơ sở xây dựng kế hoạch đào tạo trong giai đoạn 2018-2022 đáp ứng được các mục tiêu nói trên, nghiên cứu xác định nhu cầu đào tạo của các đơn vị y tế dự phòng là thực sự cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: 121 khoa/phòng chuyên môn của năm lĩnh vực kiểm soát bệnh truyền nhiễm và tiêm chủng, sốt rét, côn trùng và động vật y học, xét nghiệm, kiểm soát bệnh không lây nhiễm và phòng, chống HIV của 38 đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh thuộc 28 tỉnh miền Bắc, trong đó có 28 Trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, 6 Trung tâm phòng chống HIV/AIDS (Hải Dương, Hà Tĩnh, Hải Phòng, Cao Bằng, Lạng Sơn, Nam Định) và 4 Trung tâm Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng (Cao Bằng, Nghệ An, Lạng Sơn, Hoà Bình).

Nghiên cứu định tính: 10 lãnh đạo của Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh miền Bắc.

2.2. Thời gian và phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có kết

hợp phân tích định tính và định lượng. Số liệu thu thập được từ các phiếu tự điền được gửi về các đơn vị y tế dự phòng và việc thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu.

- Thời gian từ tháng 9/2017-4/2018.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Phân tích số liệu định lượng: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy bằng phần mềm Epi-Info và phân tích bằng SPSS 25.0.

- Phân tích số liệu định tính: Số liệu được gỡ băng và mã hóa theo chủ đề. Thông tin trong từng chủ đề được so sánh và đối chiếu giữa nguồn cung cấp và phương pháp thu thập thông tin.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Các cá nhân và đơn vị tham gia nghiên cứu đều tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

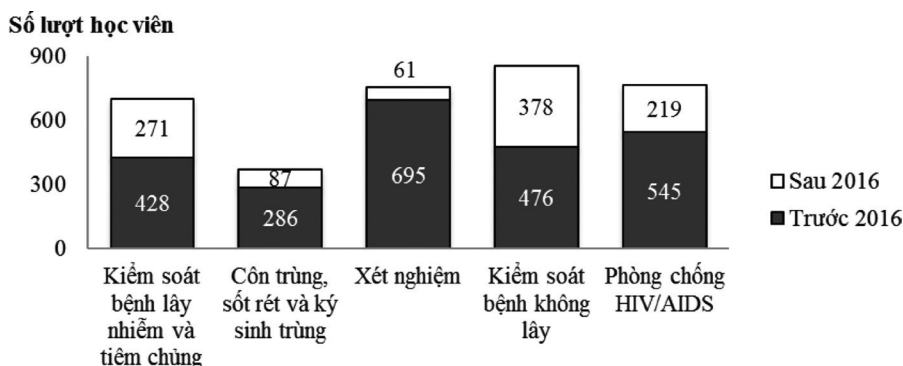
3.1. Thông tin chung về nhân sự tại các đơn vị thực hiện nghiên cứu

Nhân sự tại các đơn vị y tế dự phòng công tác trong lĩnh vực kiểm soát bệnh truyền nhiễm và tiêm chủng, sốt rét, côn trùng và động vật y học, xét nghiệm, kiểm soát bệnh không lây nhiễm và phòng, chống HIV chủ yếu là cán bộ trẻ 62% cán bộ dưới 40 tuổi và chỉ có 14% cán bộ trên 50 tuổi. Do đội ngũ là cán bộ trẻ nên thâm niên công tác của các cán bộ cũng dao động trong khoảng 10±8 năm, người có thâm niên công tác lâu nhất là 39 năm. Phân bố giới tính tại các đơn vị tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nữ chiếm gần xấp xỉ 60%, đặc biệt tỷ lệ nữ giới cao ở các cán bộ xét nghiệm, bệnh không lây nhiễm và phòng chống HIV/AIDS.

Trình độ chuyên môn của nhân sự tại các đơn vị tham gia nghiên cứu khá đồng đều, trong đó tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học là hơn 42%, dưới đại học - 41% và trên đại học -17%. Đặc biệt, tỷ lệ cán bộ là bác sỹ và bác sỹ y học dự phòng chỉ đạt 24,2%.

3.2. Thực trạng đào tạo trong giai đoạn 2013-2017 tại các đơn vị

Biểu đồ 1. Số lượt cán bộ được đào tạo giai đoạn 2013-2017 của các đơn vị

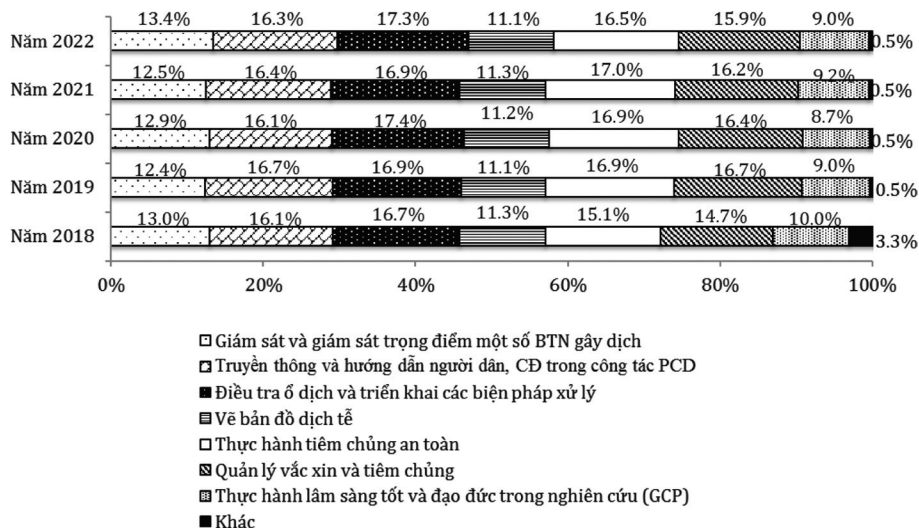


Theo kết quả phỏng vấn sâu, hầu hết các lãnh đạo đơn vị đều hiểu rằng mỗi một nhân viên công tác tại ngành Y đều cần có thời gian đào tạo liên tục trung bình là 24 giờ/năm. Và trong 5 năm gần đây chỉ có gần 60% lãnh đạo của các đơn vị tham gia điều tra đã được đào tạo về quản lý hành chính hoặc quản lý chất lượng.

3.3. Nhu cầu đào tạo trong giai đoạn 2018-2022 của các đơn vị

“Đào tạo liên tục cập nhật kiến thức là yêu cầu thiết yếu của các cán bộ, đảm bảo cho cán bộ được tiếp cận với các kiến thức, kỹ thuật mới. Tuy nhiên việc đào tạo liên tục cần phải phù hợp với nhu cầu của các đơn vị, trình độ của người tham dự học tập nên việc đào tạo liên tục cần được lập kế hoạch trước khi tiến hành triển khai đào tạo. Trung bình hàng năm các đơn vị có nhu cầu cử từ 10-15% cán bộ để tham gia đào tạo liên tục” - Giám đốc TT YTDP, 59 tuổi.

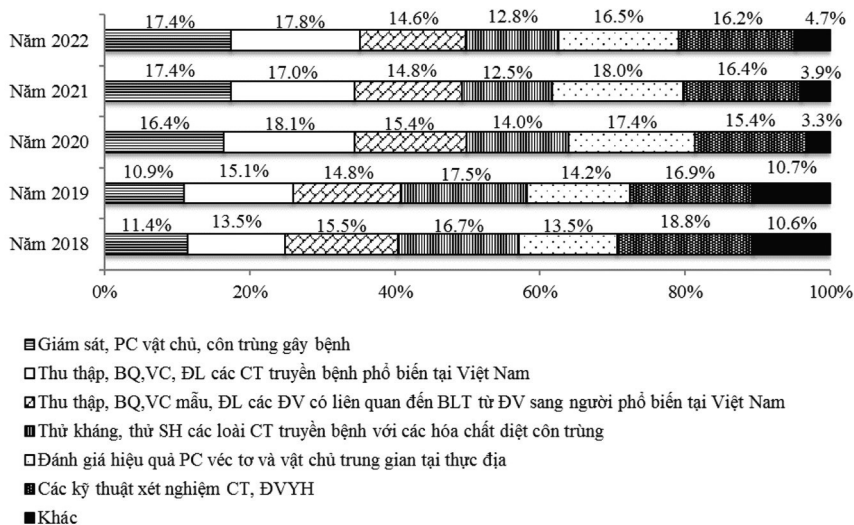
Biểu đồ 2. Phân bố nội dung cần được đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực kiểm soát bệnh truyền nhiễm và tiêm chủng



Trong giai đoạn 2018-2022, nhu cầu cử cán bộ đi học của các đơn vị kiểm soát bệnh truyền nhiễm là khá cân

bằng giữa các năm (xấp xỉ 650 lượt cán bộ/năm), cũng như cân bằng giữa các nội dung đào tạo.

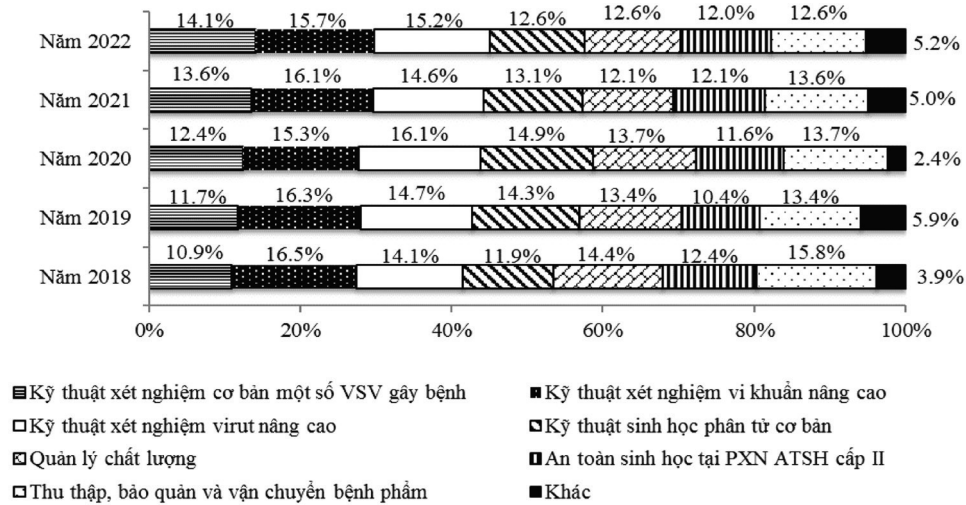
Biểu đồ 3. Phân bố nội dung cần được đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực sốt rét, ký sinh trùng và côn trùng



Đối với lĩnh vực sốt rét, ký sinh trùng và côn trùng, nhu cầu đào tạo trung bình cho 5 năm tới là 320 lượt

cán bộ/năm, tỷ lệ nhu cầu đào tạo khá cân bằng giữa các nội dung.

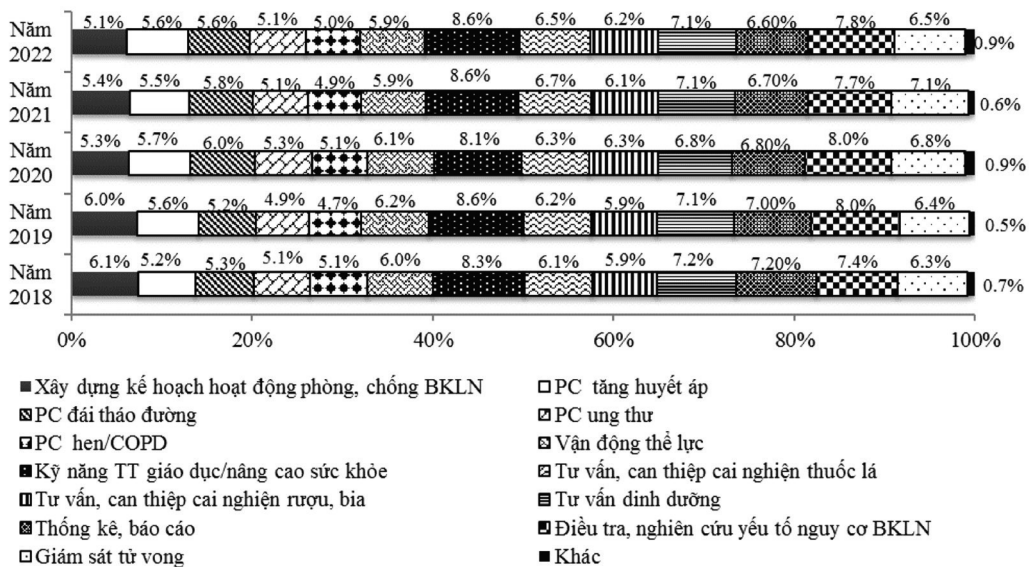
Biểu đồ 4. Phân bố nội dung cần được đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực xét nghiệm



Nhu cầu đào tạo cán bộ trong lĩnh vực xét nghiệm giảm dần qua các năm, trong đó năm 2018 (411 lượt cán bộ) và 2019 (307 lượt cán bộ). Nội dung đào tạo “Kỹ thuật

xét nghiệm vi khuẩn nâng cao” có tỷ lệ nhu cầu đào tạo cao hơn các nội dung đào tạo khác không đáng kể (xấp xỉ 16%/năm).

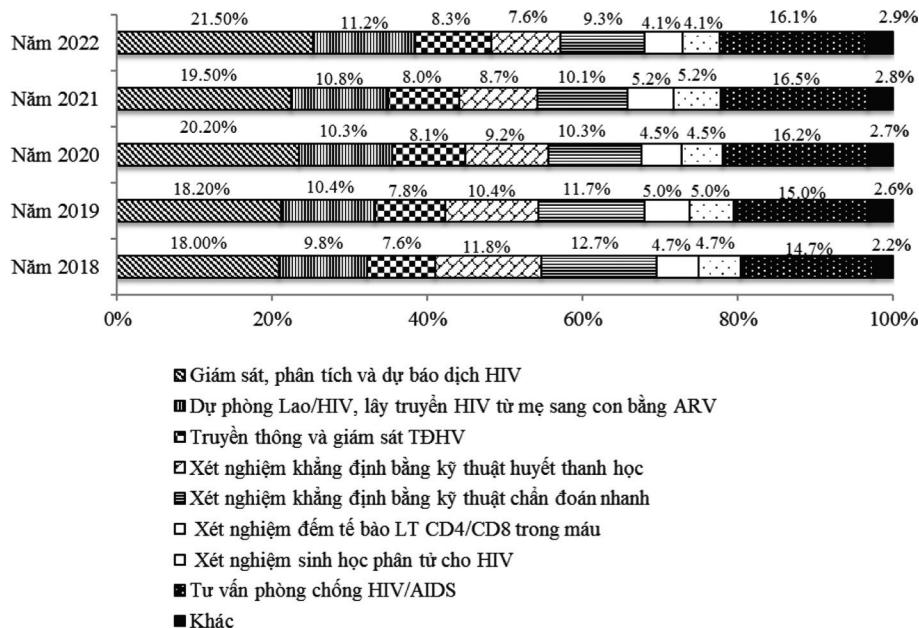
Biểu đồ 5. Phân bố nội dung cần được đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực phòng chống bệnh không lây nhiễm



So với các lĩnh vực khác, nhu cầu đào tạo ở lĩnh vực bệnh không lây nhiễm là cao nhất 730 lượt học viên/năm nhưng tỷ lệ phân bố khá đồng đều ở các lĩnh vực.



Biểu đồ 6. Phân bố nội dung cần được đào tạo liên tục giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực dự phòng và điều trị HIV



Nhu cầu đào tạo hàng năm đối với lĩnh vực dự phòng và điều trị HIV là 450 lượt cán bộ/năm. Trong đó, hai nội dung có sự quan tâm cao là giám sát, phân tích và dự báo dịch HIV, HIV kháng thuốc, Lao/HIV, dự phòng LTMC (19,5% năm) và tư vấn phòng chống HIV/AIDS (15,7%/năm).

Bảng 1. Phân bố nhu cầu đào tạo theo địa điểm tổ chức khóa đào tạo

Địa điểm	Đào tạo cơ bản		Đào tạo nâng cao	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tại đơn vị	4	3,4	0	0
Từ xa	31	26,5	7	6
Tại Hà Nội	72	61,5	71	60
Khác	10	8,5	40	34

Với cả hai loại hình đào tạo cơ bản và nâng cao thì các đơn vị đều có nhu cầu được tổ chức các khóa đào tạo tại Hà Nội.

Bảng 2. Phân bố nhu cầu đào tạo theo thời gian khóa đào tạo

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khóa đào tạo cơ bản		
- 3-5 ngày	66	63,5
- 6-8 ngày	38	32,8
- 9-10 ngày	12	10,3
Khóa đào tạo nâng cao		
- 6-10 ngày	46	38
- 10-15 ngày	45	37
- 1 tháng	30	25

Thời gian đào tạo từ 3-5 ngày là phù hợp với khóa đào tạo cơ bản (63,5%), trong khi đó thời gian của một khóa đào tạo nâng cao thì không có sự thống nhất giữa các đơn vị.

“Nếu đơn vị có nhu cầu đào tạo, thì lãnh đạo đơn vị sẵn sàng bỏ kinh phí để cử cán bộ đi đào tạo”, “Khó khăn nhất trong việc cử cán bộ tham gia đào tạo đó là kinh phí” – Giám đốc TTYTDP. Trong số các đơn vị tham gia đánh giá chỉ có 8% các đơn vị đồng ý bỏ kinh phí ra để tham gia đào tạo, 53% hỗ trợ kinh phí đào tạo toàn phần, 39% hỗ trợ kinh phí một phần.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các cán bộ lãnh đạo trung tâm đều xác định sự cần thiết và việc có qui định về yêu cầu đào tạo liên tục cho nhân viên y tế. Nhưng chỉ có gần 70% lãnh đạo hiểu đúng thời gian đào tạo liên tục đối với cán bộ công tác y tế dự phòng là 120 giờ/5 năm và tối thiểu mỗi năm có 12 giờ [1]. Các đơn vị y tế dự phòng đều đánh giá được vai trò của việc đào tạo liên tục cũng như việc xác định nhu cầu đào tạo trước khi lập kế hoạch đào tạo. Nhu cầu đào tạo liên tục trong giai đoạn 2018-2022 trong lĩnh vực kiểm soát bệnh lây nhiễm là 656 lượt học viên/năm. Trong 5 năm gần đây, tỷ lệ của cán bộ xét nghiệm được tham gia đào tạo trong cả 5 lĩnh vực là tương đối cao gần 4 lượt trong 5 năm. Tuy nhiên, việc đào tạo đối với cán bộ xét nghiệm chủ yếu được tiến hành trước năm 2016 nhờ vào các hoạt động đào tạo của Dự án Hỗ trợ phát triển hệ thống Y tế dự phòng, sau 2016 rất ít các hoạt động đào tạo cho cán bộ xét nghiệm được thực hiện. Điều này dẫn đến sự tăng mạnh nhu cầu đào tạo của các cán bộ xét nghiệm vào hai năm 2018, 2019, sau đó giảm dần qua các năm.

Trong các lĩnh vực của hệ thống y tế dự phòng, các cán bộ kiểm soát bệnh không lây là có số lượt được đào tạo là cao nhất (>4 lượt/cán bộ) và cân bằng giữa trước và sau năm 2016. Và nhu cầu đào tạo trong 5 năm tiếp theo của đội ngũ cán bộ này cũng là cao nhất với 730 lượt học viên mỗi năm. Hiện nay, các đơn vị y tế dự phòng đang trong giai đoạn tái cơ cấu, việc sát nhập các đơn vị vào thành các trung tâm kiểm soát bệnh tật, việc tách các khoa kiểm soát bệnh không lây nhiễm từ khoa dịch tễ ở các đơn vị, dẫn đến sự thay đổi nhân sự cũng như tuyển mới. Bên cạnh đó, sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm trong cộng đồng khiến cho nhu cầu đào tạo trong lĩnh vực này luôn ở mức độ cao.

Trong khi đó, tỷ lệ được tham gia đào tạo của các cán bộ sốt rét, côn trùng và ký sinh trùng là thấp nhất chỉ có

1,83 lượt trong 5 năm gần đây. Hơn nữa, các lĩnh vực đào tạo chủ yếu tập trung vào sốt rét và ký sinh trùng, các đào tạo về côn trùng còn rất hạn chế. Trong giai đoạn 2018-2022, nhu cầu đào tạo của các cán bộ sốt rét, ký sinh trùng và côn trùng đã tăng 320 lượt học viên/năm, tuy nhiên vẫn thấp so với các lĩnh vực khác.

Đối với lĩnh vực công tác dự phòng và điều trị HIV, nhu cầu đào tạo giám sát, phân tích và dự báo dịch HIV, HIV kháng thuốc, lao/HIV, dự phòng LTMC (19,5% năm) và tư vấn phòng chống HIV/AIDS (15,7%/năm) là cao nhất. Thông tư 01/2015/TT-BYT về việc Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế [3] yêu cầu các cán bộ xét nghiệm, cán bộ phòng khám VCT, cán bộ/bác sỹ tư vấn xét nghiệm HIV phải có chứng chỉ tư vấn phòng chống HIV/AIDS dẫn đến nhu cầu đào tạo của nội dung này cao hơn so với các nội dung khác. Để đáp ứng Thông tư 01/2015/TT-BYT, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đã tổ chức đào tạo và cấp chứng chỉ tư vấn phòng chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, nguồn kinh phí của các đơn vị còn hạn hẹp cũng như thiếu các chế tài trong việc thực hiện Thông tư nên đến nay trung bình hàng năm Viện chỉ tổ chức có 1 khóa đào tạo Tư vấn phòng chống HIV/AIDS (20 lượt học viên).

Về địa điểm đào tạo của cả hai loại hình đào tạo đều chọn Hà Nội, trong khi đó tại nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dương và cộng sự [4] năm 2013 đánh giá nhu cầu đào tạo với cán bộ y tế HIV tại các tỉnh Tây Nguyên cho thấy các cán bộ đều có nhu cầu đào tạo tại đơn vị. Tuy vậy, đào tạo từ xa bắt đầu nhận được sự quan tâm của các đơn vị (26,7%) và một số đơn vị đề xuất việc phối hợp giữa đào tạo từ xa lý thuyết và thực hành tại Hà Nội hoặc thực địa. Việc đào tạo từ xa sẽ góp phần giải quyết được khó khăn về mặt kinh phí dành cho đào tạo của các đơn vị y tế dự phòng.

V. KẾT LUẬN

Các đơn vị y tế dự phòng đều đánh giá được vai trò của việc đào tạo liên tục cũng như việc lập kế hoạch đào tạo. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu đào tạo trong giai đoạn 2018-2022 khá cao: lĩnh vực kiểm soát bệnh lây nhiễm là 656 lượt học viên/năm, lĩnh vực xét nghiệm tăng mạnh trong 2 năm 2018, 2019 và sau đó giảm dần từ 2020-2022, lĩnh vực phòng chống bệnh không lây nhiễm là 730 lượt/năm. Đào tạo tư vấn phòng chống HIV/AIDS nhận được nhiều sự quan tâm của các đơn vị chiếm 15,7% trong tổng nhu cầu đào tạo hàng năm. Các đơn vị đều có nhu cầu tổ chức đào tạo tại Hà Nội. Tuy vậy, đào tạo từ xa bắt đầu nhận được sự quan tâm của các đơn vị (26,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2012), Thông tư 22/2012-BYT về việc Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế .
2. Bộ Y tế (2013), Tài liệu hội thảo Đào tạo liên tục ngành Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), Thông tư 01/2015/TT-BYT về việc Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế
4. Nguyễn Thị Thùy Dương và cộng sự (2013), Thực trạng nhu cầu đào tạo của các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Khu vực Tây Nguyên 2012, Tạp chí Y học Dự phòng 11(147), tr. 127-133.
5. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2017), Đánh giá nhu cầu hỗ trợ y tế dự phòng năm 2017

TIẾNG ANH

6. Marinopoulos, Spyridon S (2017), Effectiveness of Continuing Medical Education, Johns Hopkins University.
7. M. Cervero, Ronald (2014), Effectiveness of continuing medical education: updated synthesis of systematic review, Accreditation Council for Continuing Medical Education.
8. Ward J. (1993), Needs assessment in continuing medical education. Its feasibility and value in a seminar about skin cancer for general practitioners., The Medical Journal of Australia, Vol. 159(1).p.20-23.

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, Krishnakone 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: 0243 7621898 - Fax: 0243 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: 0243 832 5656 - Email: info@medicomgroup.vn
Website: <http://medicomgroup.vn>