

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR8: THỰC TRẠNG HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI HUYỆN ỨNG HÒA, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2018

TR48: MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

TR81: ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRẠM Y TẾ CỦA THỊ XÃ CHÍ LINH - TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

TR124: ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DỊCH VỤ TIÊM CHỦNG CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI VIỆN KIỂM ĐỊNH QUỐC GIA VẮC XIN VÀ SINH PHẨM Y TẾ NĂM 2018



Số: 6 (47) tháng 11+12/2018



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

MỤC LỤC

Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống HIV/AIDS của người dân tộc thiểu số tại 4 tỉnh biên giới năm 2017 **3**

Trần Minh Tú, Hoàng Đức Cảnh, Nguyễn Anh Tuấn, Kiều Thị Vân

Thực trạng hệ thống giám sát bệnh sốt xuất huyết dengue tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội năm 2018 **8**

Đặng Anh Tuấn

Quản lý bệnh bụi phổi nghề nghiệp tại Công ty than Quang Hanh, Tập đoàn Than - Khoáng sản Việt Nam năm 2018 **15**

Lê Quang Chung

Đánh giá năng lực các phòng xét nghiệm HIV và các yếu tố ảnh hưởng tại thành phố Hà Nội năm 2018 **21**

Trần Thị Bích Hậu

Đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Quân y 175 **28**

Nguyễn Thế Hùng, Trịnh Đình Cẩm, Tống Đức Minh, Lê Tuấn Anh

Tình trạng lo âu của bệnh nhân ung thư điều trị tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa năm 2018 **35**

Nguyễn Trí Độ, Trương Việt Dũng

Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15 - 49 tuổi tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2018 **43**

Trịnh Thị Bình, Đỗ Thái Hòa, Kiều Thị Vân

Một số yếu tố liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường tuyp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa **48**

Nguyễn Văn Hòa, Trương Việt Dũng

Thực trạng nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng khuyết tật vận động của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2018 **54**

Lê Đăng Khôi, Trương Việt Dũng, Nguyễn Thị Linh

Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư vú điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế **60**

Phan Thị Mộng Kha, Đoàn Vương Diễm Khánh

Sự hài lòng của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2018 và một số yếu tố liên quan **65**

Lê Thị Quỳnh Nga, Trương Việt Dũng

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại các khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa **73**

Đặng Thị Thu, Trương Việt Dũng

Đánh giá hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại trạm y tế của thị xã Chí Linh - tỉnh Hải Dương năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng **81**

Hồ Thị Thu Hà, Dương Kim Tuấn

Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng của sản phụ tại Bệnh viện An Bình thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 **87**

Nguyễn Đức Trí Dũng, Trần Thiện Thuận, Nguyễn Quỳnh Trúc

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 Đình

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)

Võ Thị Kim Anh

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 Phượng (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

Chiến lược ứng phó với stress ở học sinh tại các trường trung học phổ thông thành phố Huế	93
Đoàn Vương Diễm Khánh, Đặng Thị Ngọc Tường	
Các nhân tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên	99
Nguyễn Thị Thu, Dương Huyền Thương	
Mối liên quan giữa thời điểm tuổi thai mẹ mắc Rubella với các khiếm khuyết ở trẻ	105
Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Văn Bằng	
Thực trạng nghiện game online và nhận thức về game online của học sinh Trường trung học phổ thông Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội năm 2018	113
Lưu Minh Châu, Nguyễn Thị Diệu Thu, Đinh Văn Tài	
Nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa các năm 2007 - 2012 và 2017	119
Trần Thị Mai Anh, Trương Việt Dũng	
Đánh giá kết quả dịch vụ tiêm chủng cho trẻ dưới 5 tuổi tại Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm Y tế năm 2018	124
Ngô Phi Phương	
Thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa năm 2017	130
Nguyễn Xuân Bái, Ngô Thị Nhu, Phạm Thị Vân Anh, Đặng Thị Văn Quý	

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS CỦA NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI 4 TỈNH BIÊN GIỚI NĂM 2017

Trần Minh Tú¹, Hoàng Đức Cảnh², Nguyễn Anh Tuấn³, Kiều Thị Vân³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 1225 đối tượng là người dân tộc thiểu số từ 18 tuổi trở lên tại 4 tỉnh biên giới (Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum, Bình Phước). Nghiên cứu nhằm tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống HIV/AIDS trên nhóm đối tượng này. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 16,4% có kiến thức đúng đủ về lây truyền HIV/AIDS; 33,5% không biết nơi xét nghiệm HIV/AIDS; 1,0% có tiêm chích ma túy; 11,6% có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất; 3,5% quan hệ với gái mại dâm (84,2% có sử dụng bao cao su); 4,1% tham gia tư vấn và xét nghiệm tự nguyện; 53,5% được nhận thông tin truyền thông trong 12 tháng.

Từ khóa: HIV/AIDS, dân tộc thiểu số.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON HIV/AIDS PREVENTION AND CONTROL OF ETHNIC MINORITIES IN 4 BORDER PROVINCES 2017

Cross-sectional descriptive study was conducted on 1225 ethnic minority people aged 18 and over in 4 border provinces (Lao Cai, Thanh Hoa, Kon Tum, Binh Phuoc). This study was aimed at assessing the knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS prevention and control among this group. The results show that 16.4% of respondents have adequate knowledge about HIV/AIDS transmission; 33.5% did not know where HIV/AIDS tests can be done; 1.0% have used injectable drugs; 11.6% used a condom during the last sexual intercourse; 3.5% had sex with female sex

workers (84.2% used condoms); 4.1% participated in VCT; 53.5% received media coverage of HIV/AIDS in the last 12 months.

Key words: HIV/AIDS, ethnic minorities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay dịch HIV/AIDS vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ trong cộng đồng đặc biệt là cộng đồng dân tộc thiểu số (DTTS). Đồng bào DTTS có những nét đặc thù như trình độ học vấn thấp, phong tục lạc hậu, kinh tế kém phát triển, giao thông khó khăn, hoạt động buôn bán ma túy phức tạp [1], [2]. Điều này đã cảnh báo về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trên nhóm đối tượng này. Hiểu biết về phòng, chống HIV/AIDS của đồng bào DTTS rất hạn chế, tỷ lệ hiểu biết đầy đủ về kiến thức lây truyền HIV/AIDS thấp dưới 38%, thậm chí dưới 10,0% ở dân tộc Tày (Cao Bằng), H'Mông (Lai Châu), Raglay (Khánh Hòa), Khmer (Hậu Giang) [3]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của đồng bào DTTS trên 18 tuổi tại 4 tỉnh biên giới (Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum, Bình Phước) năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người DTTS từ 18 tuổi trở lên tại 4 tỉnh biên giới (Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum, Bình Phước).

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không hợp tác để trả lời phỏng vấn hoặc/và đi vắng trong thời gian nghiên cứu.

1. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật thành phố Hà Nội,

Tác giả chính: Trần Minh Tú, SĐT: 0968266869, Email: minhhtkd@gmail.com

2. Cục Phòng chống HIV/AIDS

3. Học viện Quân Y

2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu là 24 tháng: Từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2017.

Tại 4 tỉnh biên giới: Lào Cai (Bát Xát, Bảo Thắng); Thanh Hóa (Mường Lát, Quan Sơn); Kon Tum (Ngọc Hồi, Đăk Tô); Bình Phước (Lộc Ninh, Bù Đốp, Đồng Xoài).

3. Phương pháp nghiên cứu

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

3.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cơ mẫu: Áp dụng công thức tính cơ mẫu trong điều tra mô tả cắt ngang

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

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $d = 0,05$; p là tỷ lệ người DTTS có kiến thức đúng về lây truyền HIV, lấy $p = 0,275$ theo kết quả của Ngân hàng Thế giới tại 14 tỉnh biên giới năm 2012; n là cơ mẫu cần tính cho một tỉnh và thay số cho kết quả $n = 306$. Tổng số mẫu cần nghiên cứu trên 4 tỉnh là 1.224 người. Trên thực tế đã phỏng vấn 1.225 người.

Phương pháp mẫu: Chọn mẫu có chủ đích các tỉnh cụ thể Lào Cai (307 người); Thanh Hóa (306 người); Kon Tum (306 người); Bình Phước (306 người).

4. Bộ công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được chuẩn hóa gồm 4 phần: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; tiêm chích ma túy, quan

hệ tình dục và sử dụng bao cao su; kiến thức lây truyền, chẩn đoán và điều trị; sử dụng dịch vụ về HIV/AIDS và tham gia truyền thông thay đổi hành vi. Điều tra viên cần 30 phút để hoàn thành cuộc phỏng vấn.

5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng Excel 2007 và xử lý bằng phần mềm SPSS version 20 có sử dụng các thuật toán thống kê ứng dụng trong y học.

III. KẾT QUẢ

1. Các đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là nữ giới chiếm 55,0%; nam giới 45,0%. Độ tuổi trung bình $35,1 \pm 11,5$. Tỷ lệ nhóm 25-49 tuổi là 68,6%; nhóm 18-24 tuổi chiếm tỷ lệ 20,0% và nhóm từ 50 tuổi trở lên chiếm 11,4%. Tỷ lệ biết đọc/ viết là 87,2%. Trình độ tiểu học, trung học cơ sở/trung học phổ thông (THCS/THPT), đại học/cao đẳng (ĐH/CĐ) lần lượt là 45,3%, 39,6%, 1,3% và 13,8% đối tượng không đi học. Nghề nghiệp chủ yếu là nghề làm ruộng/làm rẫy/trồng rừng với tỷ lệ là 84,9%. Tỷ lệ có vợ/chồng là 81,7%; chưa lập gia đình, sống chung, góa lần lượt là 11,4%, 3,3%, 2,6% và ly thân 0,2%. Dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,9%; tiếp theo là các dân tộc Xơ Đăng, Dao, Khmer chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,7%, 13,6% và 10,5%; các dân tộc còn lại chiếm tỷ lệ từ 2% đến 9%.

2. Thực trạng kiến thức của người dân tộc thiểu số về phòng, chống HIV/AIDS

Bảng 1. Tỷ lệ trả lời đúng đủ về lây truyền HIV/AIDS theo giới tính và trình độ học vấn

Giới tính, trình độ học vấn		Lào Cai (n=307)		Thanh Hóa (n=306)		Kon Tum (n=306)		Bình Phước (n=306)		Chung (n=1225)	
		SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL
Chung		17	5,6	82	26,8	64	20,9	38	12,4	201	16,4
Giới tính	Nam	6	2,0	45	14,7	24	7,8	18	5,9	93	7,6
	Nữ	11	3,6	37	12,1	40	13,1	20	6,5	108	8,8
Trình độ học vấn	Không đi học	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,7	3	1,8
	Tiểu học	4	1,3	19	6,2	33	10,8	9	2,9	65	11,7
	THCS/THPT	10	3,3	63	20,6	28	9,2	25	8,2	126	26,0
	ĐH/CĐ	2	0,7	0	0,0	3	1,0	2	0,7	7	43,8

Bảng 1 cho thấy: Đồng bào DTTS hiểu biết đúng về lây truyền HIV/AIDS đạt 16,4%; tỷ lệ này cao nhất tại Thanh Hóa là 26,8%, tỷ lệ này tại Kon Tum, Bình Phước, Lào Cai lần lượt là 20,9%, 12,4%, 5,6%. Theo giới tính,

nhóm nữ giới (8,8%) cao hơn nhóm nam giới (7,6%). Theo trình độ học vấn, tỷ lệ trả lời đúng giảm dần theo thứ tự: Đại học/cao đẳng (43,8%), THCS/THPT (26,0%), tiểu học (11,7%) và không đi học (1,8%).

Bảng 2. Tỷ lệ hiểu biết đúng về nơi xét nghiệm HIV/AIDS (n=1225)

Nơi xét nghiệm	Số lượng	Tỷ lệ
Trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh	236	19,3
Bệnh viện ĐK tỉnh	300	24,5
Trung tâm YTDP huyện	278	22,7
Bệnh viện ĐK huyện	470	38,4
Phòng khám Đa khoa khu vực	58	4,7
Không biết/không trả lời	410	33,5

Nhìn chung, đồng bào DTTS biết đúng về nơi xét nghiệm HIV dao động từ 4,7% đến 38,4%. Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng không biết/không trả lời về nơi xét nghiệm HIV khá cao (33,5%).

Bảng 3. Tỷ lệ TCMT theo giới tính và nhóm tuổi

Giới tính và nhóm tuổi		Số lượng người tham gia phỏng vấn	Tiêm chích ma túy	
			SL	TL(%)
Chung		1225	12	1,0
Giới tính	Nam	547	7	1,3
	Nữ	678	5	0,7
Nhóm tuổi	18-24	245	4	1,6
	25-49	840	7	0,8
	>=50	140	1	0,7

Bảng 3 cho thấy: 1,0% đối tượng TCMT. Trong đó, nhóm nam giới tiêm chích ma túy (1,3%) cao hơn nhóm nữ giới (0,7%). Theo nhóm tuổi, tỷ lệ TCMT giảm dần theo thứ tự: nhóm 18-24 tuổi (1,6%), nhóm 25-49 tuổi (0,8%) và nhóm từ 50 tuổi trở lên (0,7%).

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất theo giới tính và nhóm tuổi

Giới tính và nhóm tuổi		Số lượng người tham gia phỏng vấn	Sử dụng BCS trong lần quan hệ gần đây nhất	
			SL	TL(%)
Chung		1225	142	11,6
Giới tính	Nam	547	88	16,1
	Nữ	678	54	8,0
Nhóm tuổi	18-24	245	26	10,6
	25-49	840	110	13,1
	>=50	140	6	4,3



Bảng 4 cho thấy: 11,6% đối tượng sử dụng BCS trong lần quan hệ gần đây nhất; trong đó, tỷ lệ nam giới sử dụng bao cao su cao hơn khoảng 2 lần nhóm nữ giới (16,1% và 8,0%). Theo nhóm 25-49 tuổi chiếm tỷ lệ 13,1%, tiếp theo

nhóm 18-24 tuổi là 10,6%, thấp nhất là nhóm trên 50 tuổi là 4,3%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với thực tế, trong cộng đồng người DTTS quan niệm về quan hệ tình dục (QHTD) của thường rất cởi mở, nhất là nhóm nam giới.

Bảng 5. Quan hệ tình dục của nam với nhóm đối tượng nguy cơ cao

Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
QHTD với gái mại dâm (GMD) (n=547)	19	3,5
QHTD với GMD có sử dụng BCS (n=19)	16	84,2
QHTD với GMD có sử dụng ma túy (n=19)	0	0,0
QHTD với bạn tình nam (n=547)	2	0,4

Bảng 5 cho thấy: Tỷ lệ nam giới DTTS quan hệ với GMD là 3,5% (trong đó 84,2% sử dụng BCS). Không có trường hợp nào quan hệ tình dục với GMD có sử dụng ma

túy. Đặc biệt, trong nghiên cứu có 2 trường hợp QHTD đồng giới nam (0,4%).

Bảng 6. Tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS

Tiếp cận các dịch vụ	Lào Cai (n=307)	Thanh Hóa (n=306)	Kon Tum (n=306)	Bình Phước (n=306)	Chung (n=1225)
Nhận BCS trong 1 tháng qua	3,9	17,3	9,8	2,0	8,2
Nhận truyền thông trong 12 tháng	67,4	56,9	63,4	26,1	53,5
Tham gia VCT	2,3	7,5	4,9	1,6	4,1

Bảng 6. cho thấy:

- 8,2% đối tượng nhận được BCS trong 1 tháng qua (tỷ lệ của các tỉnh Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum và Bình Phước lần lượt là 3,9%, 17,3%, 9,8%, 2,0%).

- Tỷ lệ nhận được truyền thông là 53,5%.

- Tỷ lệ đối tượng tham gia VCT là 4,1% (tỷ lệ của các tỉnh Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum và Bình Phước lần lượt là 2,3%, 7,5%, 4,9% và 1,6%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại 4 tỉnh biên giới cho thấy: Đối tượng có kiến thức đúng, đủ về lây truyền HIV/AIDS ở mức thấp chỉ đạt có 16,4%, nhóm đối tượng có trình độ học vấn thấp có kiến thức kém hơn nhóm đối tượng có trình độ học vấn cao. Kết quả nghiên cứu phù hợp với thực tế cộng đồng DTTS tại các tỉnh biên giới sinh sống tại địa bàn vùng sâu, vùng xa, kinh tế khó khăn, có trình độ dân trí thấp, còn nhiều phong tục lạc hậu đồng thời ít có điều kiện tiếp xúc với thông tin truyền thông nhất là các thông

tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự năm 2006 trong nhóm đồng bào dân tộc ít người tại Việt Nam và thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy về KAP phòng chống HIV/AIDS của đồng bào DTTS tại Đắk Lắk năm 2012 [3], [4].

Nhìn chung, đồng bào DTTS biết đúng nơi xét nghiệm HIV không cao và có đến 33,5% số đối tượng không biết nơi xét nghiệm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của của Phan Thị Thu Hương và cộng sự về tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai trong nhóm dân tộc Thái ở Thanh Hóa (60,3%) và kết quả của Bùi Thị Nga năm 2010 (48,3%) [5], [6].

Tiêm chích ma túy là hành vi nguy cơ cao, là nguyên nhân chủ yếu lây truyền HIV qua đường máu. Tỷ lệ TCMT chung của đồng bào DTTS tại địa bàn 4 tỉnh nghiên cứu là 1,0%. Kết quả này hơn 4 lần tỷ lệ TCMT của toàn thế giới (0,25%) và cao hơn 5 lần tỷ lệ TCMT của khu vực Đông Nam Á (0,2%) [7]. Nhóm nam giới tuổi 18-24 chiếm tỷ lệ cao nhất 1,6%. Đây là độ tuổi mà tâm sinh lý có nhiều thay

đôi, dễ bị lôi kéo tham gia các tệ nạn xã hội nhất là TCMT.

Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV tiếp theo là QHTD không an toàn nhất là với đối tượng có nguy cơ cao. Chỉ có 11,6% đối tượng sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất. Đây là yếu tố nguy cơ dẫn đến lây truyền các bệnh qua đường tình dục trong đó có HIV/AIDS. Trong đó, tỷ lệ nam giới quan hệ với GMD là 3,5%. Kết quả này tương tự nghiên cứu trên nhóm đồng bào dân tộc ít người tại Việt Nam của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự năm 2006: tỷ lệ quan hệ với gái mại dâm tại Kiên Giang, Thái Nguyên lần lượt là 3,5% và 1,5% [3]. Kết quả này thấp hơn kết quả Trần Thanh Thủy và cộng sự nghiên cứu trên cộng đồng dân cư 15-49 tuổi tại Đà Nẵng năm 2012 (29,8%). [8]

Tư vấn xét nghiệm giúp người làm xét nghiệm HIV đồng ý làm xét nghiệm, chấp nhận kết quả xét nghiệm và định hướng thay đổi hành vi. Tuy nhiên, kết quả hoạt động và độ bao phủ của các dịch vụ này còn khá khiêm tốn chỉ có đến 4,1% đối tượng trong nghiên cứu tham gia. Điều này có thể do các đối tượng ít nhận được thông tin truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS (53,5%). Kết quả nghiên cứu khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2006: tỷ lệ tham gia VCT HIV tại Thái Nguyên (8,7%), Kiên Giang (4,6%), Đồng Nai (4,2%) [3].

Do đó, cần phải có những giải pháp phù hợp nhằm nâng cao hiểu biết của người DTTS để họ có thái độ tích

cực hơn trong phòng, chống HIV/AIDS và sẽ có sự chuyển đổi tốt từ kiến thức, thái độ đến thực hành phòng chống HIV/AIDS.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đồng bào dân tộc thiểu số địa bàn 4 tỉnh biên giới gặp rất nhiều khó khăn (dân trí thấp, kinh tế chậm phát triển, nhiều tệ nạn xã hội,...). Bởi vậy dẫn đến một bức tranh chung đó là tỷ lệ người dân tộc thiểu số có kiến thức đúng về phòng, chống HIV/AIDS còn thấp: 16,4% hiểu biết đúng về lây truyền HIV/AIDS; tỷ lệ đối tượng không biết nơi xét nghiệm HIV/AIDS là 33,5%. Từ đó, dẫn đến thái độ và thực hành phòng, chống HIV/AIDS chưa cao: 1,0% đối tượng tiêm chích ma túy; tỷ lệ dùng BCS trong lần QHTD gần nhất là 11,6%; 3,5% nam giới quan hệ với gái mại dâm (trong đó 84,2% sử dụng BCS); tỷ lệ đối tượng tham gia VCT là 4,1%.

Tăng cường các hoạt động giáo dục truyền thông phòng, chống HIV/AIDS cho đồng bào dân tộc thiểu số bằng nhiều hình thức phù hợp với ngôn ngữ, văn hóa của cộng đồng dân tộc thiểu số tại các tỉnh biên giới. Chú trọng giáo dục truyền thông đến các đối tượng có trình độ văn hóa thấp, ít nhận được thông tin truyền thông, có kiến thức hạn chế về lây truyền HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018“, Hà Nội.
2. Trần Như Hải, Nguyễn Thị Thủy, Phạm Thọ Dược và cộng sự (2015), Thực trạng kiến thức, hành vi của cộng đồng và khả năng tiếp cận hoạt động chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Đắk Nông, năm 2011-2013, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170).
3. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự (2006), Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ gây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc ít người tại Việt Nam, *Y học Thực hành*, Số 742+743, tr. 29-39.
4. Nguyễn Thị Thủy, Phạm Đức Mạnh và Nguyễn Văn Hùng (2012), Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và một số yếu tố liên quan đến phòng chống HIV/AIDS của đồng bào dân tộc thiểu số ở thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk, năm 2012, *Y học Thực hành*, Số 889+890, tr. 27-21.
5. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Bá Cẩn và cộng sự (2006), Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái ở Thanh Hóa, *Y học Thực hành*, Số 742+743, tr. 271-277.
6. Bùi Thị Nga (2010), *Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS của nhóm nghiện chích ma túy tại 4 huyện của thành phố Hà Nội (2009)*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (2017), *World Drug Report 2017*, Part II.
8. Trần Thanh Thủy, Phạm Thị Đào, Trương Tấn Nam và cộng sự (2012), Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư 15-49 tuổi tại thành phố Đà Nẵng năm 2011-2012, *Y học Thực hành*, Số 889+890, tr. 191-195.



THỰC TRẠNG HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI HUYỆN ỨNG HÒA, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2018

Đặng Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả, phỏng vấn 180 cán bộ TTYT và cộng tác viên huyện Ứng Hòa phòng chống SXHD. Kết quả mạng lưới CTV phòng chống SXHD tại các xã, thị trấn huyện Ứng Hòa cơ bản đã đáp ứng được các yêu cầu đối với công việc. Trong độ tuổi lao động 67.8%, trình độ học phổ thông trở lên 75%. Nắm rõ nhiệm vụ tuyên truyền phòng chống SXHD tại các khu dân cư, tuy nhiên việc hoàn thành tốt còn rất thấp, chỉ có 2,8% cộng tác viên thực hiện tốt và đầy đủ 6 nhiệm vụ. Có 79,3% TYT đã thực hiện việc phân tích số liệu đơn giản, 100% TYT đã xây dựng kế hoạch PCD SXHD, 96,6% TYT có đủ cơ sở PCD, 31,03% TYT có tài liệu hướng dẫn giám sát SXHD, 100% TYT có điện thoại, máy tính và được nối mạng internet.

Từ khóa: Bệnh sốt xuất huyết Dengue

ABSTRACT:

THE SITUATION OF DENGUE FEVER CONTROL SYSTEM IN UNG HOA DISTRICT, HA NOI 2018

Cross-sectional study were carried out, descriptive methods, interviews 180 health workers and district health staffs in Dengue fever prevention. The results show that the network of health workers in the communes and towns of Ung Hoa district basically met the requirements for work for Dengue fever prevention. Of the working age of 67.8%, the general education level is up to 75%. Understanding the propaganda task of preventing and fighting against droplets in residential areas, however, the good completion was very low, only 2.8% of the collaborators performed well and full 6 tasks. There were 79.3% CHC conducted simple data analysis, 100% CHC have developed plan of Dengue fever prevention, 96.6% CHC have drug basis, 31.03% CHC have guideline documents. 100% of CHC have phones, computers and internet.

Keywords: Dengue fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hà Nội là vùng trọng điểm dịch SXHD của miền Bắc. Năm 2017, Hà Nội có 37.665 ca mắc, chiếm 61,3% tổng số ca mắc của toàn miền Bắc. Ứng Hòa là một huyện của thành phố Hà Nội, có nhiều điều kiện để phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội. Tuy nhiên với đặc điểm là một huyện có diện tích rộng, dân số đông, điều kiện vệ sinh môi trường tại một số xã còn chưa đảm bảo, ý thức của người dân về phòng chống dịch bệnh và vệ sinh an toàn thực phẩm còn chưa cao do vậy tình hình dịch bệnh còn có những diễn biến phức tạp. Trong 2 năm trở lại đây tình trạng bệnh nhân mắc sốt xuất huyết gia tăng rõ rệt. Năm 2016 chỉ ghi nhận 15 ca (tỉ lệ 7,38 ca mắc/100.000 dân), tuy nhiên đến năm 2017 đã ghi nhận số ca mắc lên đến 169 ca (82,67 ca mắc/100.000 dân) [4]. Để nâng cao hiệu quả trong công tác phòng chống dịch SXH tại địa phương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng hệ thống giám sát bệnh sốt xuất huyết Dengue tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội năm 2018”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Lãnh đạo TTYT huyện; Trưởng khoa KSBTN; Cán bộ chuyên trách chương trình sốt xuất huyết; Cán bộ khoa xét nghiệm; Trưởng trạm y tế xã, thị trấn; Cán bộ chuyên trách chương trình phòng chống bệnh truyền nhiễm (sốt xuất huyết dengue); Cộng tác viên chương trình phòng, chống SXHD tại các xã.

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả có phân tích về hoạt động giám sát của cộng tác viên chương trình phòng chống sốt xuất huyết tại các cộng đồng dân cư; hoạt động giám sát của cán bộ y tế tuyến xã, huyện và cơ sở y tế

Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu định lượng: áp dụng mẫu toàn bộ, tất cả CTV chương trình SXHD tại các xã, thị

1. Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa, Hà Nội, SĐT: 0912716548

» Ngày nhận bài: 20/09/2018 | » Ngày phản biện: 05/10/2018 | » Ngày duyệt đăng: 30/10/2018

trần có mặt và thỏa mãn là đối tượng nghiên cứu, ước tính từ 170 đến 190 người.

Cỡ mẫu cơ sở y tế, nhóm nghiên cứu chọn 100% các cơ sở y tế tham gia mạng lưới giám sát SXHD.

Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với các đối tượng Giám đốc hoặc Phó Giám đốc trực tiếp chỉ đạo chương trình phòng chống bệnh truyền nhiễm; Trưởng phòng Y tế huyện; Cán bộ phụ trách chương trình SXHD tuyến huyện; Cán bộ phụ trách GSBTN của bệnh viện và 2 PKĐK.

Thời gian nghiên cứu tiến hành từ tháng 4 tới tháng 10 năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng cộng tác viên mạng lưới giám sát SXHD

Kết quả nghiên cứu 180 đối tượng là CTV, nữ giới (73,7%), đang ở độ tuổi lao động 67,8%, trên 55 tuổi chiếm 32,2%, độ tuổi trung bình là 47 tuổi, đối tượng trẻ nhất là 20 tuổi, lớn tuổi nhất là 71 tuổi. Trình độ học vấn trung học phổ thông 49,4% và trung học cơ sở chiếm 24,4%, tiểu học chiếm 0,6%, đại học trung học 25,6%, công nhân viên chức chiếm 8,3%, buôn bán là 5%, làm nghề tự do là 25,8%, làm nội trợ là 27,2%, đối tượng không làm gì ở nhà chiếm 36,7%.

Bảng 3.1: Đặc điểm công việc hiện tại của CTV mạng lưới giám sát SXHD

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm tham gia các hội/đoàn thể khác			
Tham gia các hội/đoàn thể	Có	165	91,7
	Không	15	8,3
Y tế thôn bản/cộng tác viên dân số	Có	106	64,2
	Không	59	35,8
Tổ trưởng/tổ phó tổ dân phố	Có	16	9,7
	Không	149	90,3
Hội phụ nữ	Có	62	37,6
	Không	103	62,4
Đoàn thanh niên	Có	11	6,7
	Không	154	93,3
Hội chữ thập đỏ	Có	4	2,4
	Không	161	97,6
Hội nông dân	Có	32	19,4
	Không	133	80,6
Hội cựu chiến binh	Có	15	9,1
	Không	150	90,9
Mặt trận tổ quốc	Có	2	1,2
	Không	163	98,8
Đoàn thể khác	Có	12	7,3
	Không	153	92,7
Thời gian tham gia hoạt động CTV			
Dưới 1 năm		144	80
Từ 1 - < 2 năm		35	19,4
Từ 2 - < 3 năm		0	0
Trên 3 năm		1	0,6
Số hộ gia đình mỗi CTV phụ trách			
Dưới 100 HGD		171	95
Từ 100 đến 200 HGD		8	4,4
Trên 200 HGD		1	0,6



Các đối tượng nghiên cứu tham gia vào các Hội/ đoàn thể (91,7%), trong đó: Y tế thôn bản/cộng tác viên dân số (64,2%), Tổ trưởng/tổ phó tổ dân phố (9,7%), Hội phụ nữ (37,6%), Đoàn thanh niên (6,7%),

Hội chữ thập đỏ (2,4%), Hội nông dân (19,4%), Hội cựu chiến binh (9,1%), Mặt trận tổ quốc (1,2%), đoàn thể khác (7,3%).

3.2. Hoạt động giám sát SXHD

Bảng 3.1. Hiểu biết các hoạt động cần thực hiện của CTV

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ %
Thăm kiểm tra hộ gia đình	Có	149	82,8
	Không	31	17,2
Truyền thông phòng chống SXHD	Có	167	92,8
	Không	13	7,2
Vận động người dân	Có	150	83,3
	Không	30	16,7
Phun hóa chất diệt muỗi	Có	12	6,7
	Không	168	93,3
Tham gia diệt bọ gậy	Có	131	72,8
	Không	49	27,2
Báo cáo tuyến trên	Có	96	53,3
	Không	84	46,7
Khác	Có	1	0,6
	Không	179	99,4
Không biết	Có	4	2,2
	Không	176	97,8

Thăm hộ gia đình (82,8%), truyền thông phòng chống SXHD (92,8%), vận động người dân (83,3%).

Bảng 3.2: Thực hành các hoạt động tại địa bàn của CTV

Hoạt động		Tần số	Tỷ lệ %
Thăm, kiểm tra các HGĐ	Có	147	81,7
	Không	33	18,3
Tuyên truyền về PC SXHD	Có	160	88,9
	Không	20	11,1
Vận động người dân tham gia chiến dịch VSMT	Có	144	80
	Không	36	20
Phun hóa chất diệt muỗi	Có	12	6,7
	Không	168	93,3
Tham gia diệt bọ gậy tại cộng đồng	Có	128	71,1
	Không	42	28,9
Báo cáo tình hình dịch lên tuyến trên	Có	89	49,4
	Không	91	50,6
Khác	Có	1	0,6
	Không	179	99,4
Không biết	Có	3	1,7
	Không	177	98,3

Thăm, kiểm tra HGD (81,7%), tuyên truyền về PC SXHD (88,9%), vận động người dân tham gia chiến dịch VSMT (80%).

Bảng 3.3. Tình hình CTV thăm, kiểm tra các HGD hàng tháng

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lên kế hoạch thăm, kiểm tra HGD hàng tháng		
Có	134	74,4
Không	46	25,6
Lý do không lên kế hoạch thăm, kiểm tra HGD hàng tháng		
Không cần thiết	7	15,2
Không có thời gian	30	65,2
Tiền lúc nào làm lúc ấy	2	4,4
Khác	7	15,2

Bảng 3.4: Tần suất thăm, kiểm tra hộ gia đình của các CTV

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hàng tháng	27	15
Hàng tuần	146	81,1
Hàng ngày	2	1,1
Khác	5	2,8

Bảng 3.5: Công việc các CTV đã làm trong quá trình thăm, kiểm tra HGD

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Phát tài liệu truyền thông phòng chống SXHD	Có	120
	Không	60
Tuyên truyền về phòng chống dịch SXHD	Có	136
	Không	44
Kiểm tra các dụng cụ chứa nước và đồ phế thải để tìm ổ bọ gậy	Có	150
	Không	30
Trực tiếp tham gia và hướng dẫn người dân hỗ trợ diệt bọ gậy, diệt muỗi tại hộ gia đình	Có	150
	Không	30
Phát hiện người mắc/nghi mắc SXHD	Có	44
	Không	136
Hướng dẫn người mắc/nghi mắc SXHD tới cơ sở y tế	Có	74
	Không	106
Khác	Có	1
	Không	179
Không làm gì	Có	2
	Không	178



Bảng 3.6: Xử trí của CTV khi phát hiện các ca nghi ngờ mắc SXHD

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Báo cáo ngay cho cán bộ tuyến trên	Có	166	92,2
	Không	14	7,8
Hướng dẫn bệnh nhân tới cơ sở y tế	Có	114	63,3
	Không	66	36,7
Hỗ trợ tìm và diệt ổ bọ gây trong và quanh nhà	Có	93	51,7
	Không	87	48,3
Hỗ trợ diệt muỗi tại hộ gia đình đó	Có	90	50
	Không	90	50
Khác	Có	8	4,4
	Không	172	95,6
Không làm gì	Có	1	0,6
	Không	179	99,4

92,2% CTV biết khi phát hiện ca nghi ngờ SXHD là báo ngay cho Y tế tuyến trên.

Bảng 3.7: Cách thức ghi nhận ca bệnh và báo cáo số liệu của TTYT và CSĐT

Hoạt động	TTYT huyện		CSĐT (n=3)	
	Có	Không	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tài liệu ghi chép				
Sổ nhận dịch và báo dịch	1	0	3	100%
Sổ quản lý, ghi chép ca bệnh	1	0	1	33,3%
Phiếu điều tra ca bệnh SXHD	1	0	0	0%
Phần mềm quản lý ca bệnh	1	0	1	33,3%
Biểu mẫu báo cáo				
Mẫu báo cáo ngày	1	0	3	100%
Mẫu báo cáo tuần	1	0	3	100%
Mẫu báo cáo tháng	1	0	3	100%
Mẫu báo cáo cuối năm	1	0	2	66,7%
Mẫu báo cáo vụ dịch	1	0	0	0%
Gửi/nhận báo cáo dịch				
Nhận được báo cáo dịch từ tuyến dưới	1	0	0	0%
Gửi báo cáo dịch cho tuyến trên (hoặc hệ thống YTDP)	1	0	3	100%
Lưu trữ số liệu báo cáo				
Lưu trữ bằng báo cáo giấy	1	0	1	33,3%
Lưu trữ trên máy vi tính	1	0	3	100%

Bảng 3.8: Cách thức ghi nhận ca bệnh của các TYT

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tài liệu ghi chép			
Số điều tra, xử lý ổ dịch	Có	29	100
	Không	0	0
Số nhận dịch và báo dịch	Có	29	100
	Không	0	0
Số giao ban với CTV	Có	25	86,2
	Không	4	13,8
Số TD bệnh nhân SXHD	Có	28	96,6
	Không	1	3,4
Có mẫu báo cáo dịch ngày, tuần, tháng	Có	29	100
	Không	0	0
Lưu trữ số liệu báo cáo			
Lưu trữ bằng báo cáo giấy	Có	29	100
	Không	0	0
Lưu trữ bằng máy vi tính	Có	29	100
	Không	0	0

100% các TYT đều có sổ điều tra, xử lý ổ dịch, sổ nhận dịch và báo dịch, mẫu báo cáo dịch ngày, tuần, tháng. Tuy nhiên chỉ có 96,6% TYT có sổ theo dõi bệnh nhân SXHD, 86,2% TYT có sổ giao ban với CTV. 100% TYT có lưu trữ bằng báo cáo giấy và bằng máy vi tính.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn các CTV đều biết về các nhiệm vụ của mình khi tham gia hoạt động chương trình: Thăm hộ gia đình (82,8%), truyền thông phòng chống SXHD (92,8%), vận động người dân (83,3%), phun hóa chất diệt muỗi (6,7%), tham gia diệt bọ gậy (72,8%), báo cáo tuyến trên (53,3%), các nhiệm vụ khác (0,6%), chỉ có 2,2% CTV không biết được các nhiệm vụ của mình. Sự hiểu biết về các nhiệm vụ giúp cho các CTV xây dựng kế hoạch triển khai các nội dung phù hợp với điều kiện thực tế tại địa bàn mình quản lý. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dương Thị Thu Thủy khi lần lượt các hoạt động được CTV thực hiện nhiều nhất là: tuyên truyền về phòng chống SXHD, thăm kiểm tra hộ gia đình và kế đến là vận động người dân vệ sinh môi trường phòng chống SXHD. Các hoạt động phun hóa chất diệt muỗi và báo cáo dịch lên tuyến trên chưa được thực hiện nhiều, một phần vì các nhiệm vụ này thực hiện khi có chiến dịch và một phần do CTV chưa rõ nhiệm vụ của bản thân.

Các hoạt động truyền thông phòng chống SXHD, thăm hộ gia đình, vận động người dân được CTV thực hiện chiếm tỷ lệ cao, là những hoạt động nằm trong chiến dịch truyền thông phòng chống dịch bệnh SXH, được kiểm tra, giám sát từ cán bộ y tế tuyến huyện, xã/thị trấn, các hoạt động này được đưa vào kế hoạch hàng tuần, hàng tháng nên đa số các CTV đều triển khai thực hiện.

Hoạt động thăm, kiểm tra các hộ gia đình là hoạt động thường xuyên và quan trọng nhất trong các nhiệm vụ của CTV. Hoạt động này được các CTV thực hiện chiếm tỷ lệ 81,7%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Thu Thủy (75,3%). Trong quá trình thăm, kiểm tra HGD, các CTV trực tiếp kiểm tra các dụng cụ chứa nước và đồ phế thải để tìm bọ gậy, tư vấn cho gia đình biết được các biện pháp phòng chống bệnh. Đây là hoạt động thiết thực, hiệu quả nhất giúp cho CTV tận dụng tối đa cơ hội tuyên truyền cho người dân, giúp cho người dân không chỉ có kiến thức về bệnh mà có những thực hành đúng góp phần vào kết quả chung của chương trình.

Hoạt động tuyên truyền trực tiếp cho người dân để phòng chống bệnh SXH cũng là hoạt động quan trọng. Tỷ lệ CTV thực hiện hoạt động này chiếm tỷ lệ 92,8%, kết quả này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Thu Thủy (96%). Điều này cũng dễ giải thích vì hiện nay sự phát triển mạnh mẽ của các phương tiện truyền thông



giúp cho người dân có thể tìm hiểu các biện pháp phòng bệnh qua nhiều phương tiện: Internet, ti vi, smart phone...

Việc ghi nhận ca bệnh được đánh giá dựa trên các loại sổ sách và biểu mẫu báo cáo, tại huyện Ứng Hòa được triển khai rất tốt tại các TYT xã/thị trấn. 100% các TYT đều có sổ điều tra, xử lý ổ dịch, sổ nhận dịch và báo dịch, mẫu báo cáo dịch ngày, tuần, tháng, 100% TYT có lưu trữ bằng báo cáo giấy và bằng máy vi tính... Tuy vậy vẫn còn 3,4% TYT không có sổ theo dõi bệnh nhân SXHD, 13,8% TYT không có sổ giao ban với CTV.

Các TYT xã/thị trấn trên địa bàn huyện Ứng Hòa đã thực hiện phân tích số liệu giám sát SXHD trong đó phân tích theo kết quả xét nghiệm (95,6%), theo tỷ lệ mắc/dân số (26,1%), theo thời gian (17,4%), theo tỷ lệ chết/mắc (4,3%), theo địa điểm (4,3%), theo yếu tố con người (4,3%). Theo quy định về nhiệm vụ của TYT quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT, TYT không có trách nhiệm phân tích và phiên giải dữ liệu mà chỉ thực hiện việc tổng hợp và báo cáo số liệu các ca mắc SXH cho tuyến trên định kỳ hàng tuần, tháng, năm. Việc phân tích các số liệu giám

sát giúp cho các TYT có những biện pháp phòng ngừa chủ động. Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo kết quả điều tra đánh giá hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại 8 tỉnh dự án của VAHIP.

V. KẾT LUẬN

Mạng lưới CTV phòng chống SXHD tại các xã, thị trấn huyện Ứng Hòa cơ bản đã đáp ứng được các yêu cầu đối với công việc. Hoạt động giám sát SXHD đã có sự tham gia của 100% các đơn vị thuộc hệ thống y tế dự phòng, có sự trao đổi thông tin giữa CSĐT với TTYT huyện nhưng còn rất hạn chế.

TTYT huyện và 100% các TYT có đầy đủ hồ sơ theo quy định, việc theo dõi và báo cáo được thực hiện tốt, 79,3% số TYT đã thực hiện phân tích số liệu đơn giản, 100% TYT đã xây dựng kế hoạch PCD SXHD, 96,6% TYT có cơ sở PCD và có đủ. TTYT huyện, các TYT: 31,03% TYT có tài liệu hướng dẫn giám sát SXHD, 100% TYT có điện thoại, máy tính, nối mạng internet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Y tế dự phòng (2014), *Báo cáo dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia*, Dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia, Hà Nội.
2. Cục Y tế dự phòng (2017), *Báo cáo dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia*, Dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia, Hà Nội.
3. Nguyễn Minh Hải và các cộng sự. (2013), “Đánh giá thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm gây dịch tại Hà Nội năm 2012”, *Tạp chí Y học dự phòng*, XXIII(6 (142)).
4. Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (2017), *Báo cáo chương trình sốt xuất huyết năm 2017*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2014), Quyết định 3711/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh Sốt xuất huyết Dengue”, chủ biên.
6. Dự án phòng chống sốt xuất huyết khu vực miền Bắc (2014), “Kết quả giám sát sốt xuất huyết Dengue khu vực miền Bắc năm 2013”, *Tạp chí Y học dự phòng*, phụ bản số 3/2014.

QUẢN LÝ BỆNH BỤI PHỔI NGHỀ NGHIỆP TẠI CÔNG TY THAN QUANG HANH, TẬP ĐOÀN THAN - KHOÁNG SẢN VIỆT NAM NĂM 2018

Lê Quang Chung¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả định lượng và định tính, thông qua phỏng vấn 381 công nhân hầm lò và một số cán bộ quản lý Công ty than Quang Hanh về quản lý bệnh bụi phổi nghề nghiệp. Kết quả tuổi nghề công nhân khai thác 5-15 năm, 91,6% công nhân đã được khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp một năm 2 lần, 99,5% công nhân đã được chụp phim XQ lồng ngực và 95,3% được khám lâm sàng. Đối với công nhân mắc bệnh, 88,0% đã được rửa phổi toàn bộ và 56,0% được cấp khẩu trang chuyên dụng, 97,1% đối tượng đã được tư vấn về bệnh bụi phổi than, nguyên nhân, các dự phòng trong khi khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho công nhân, 84,8% công nhân đã được cung cấp thông tin về chế độ BHXH mắc bệnh bụi phổi than và 98,7% công nhân được cung cấp thông tin về các biện pháp dự phòng mắc bệnh bụi phổi than.

Từ khóa: Bệnh bụi phổi nghề nghiệp, công nhân hầm lò

ABSTRACT

MANAGEMENT OF OCCUPATIONAL LUNG DISEASE AT QUANG HANH COAL COMPANY, VIETNAM NATIONAL COAL GROUP, 2018

Cross-sectional study were carried out on quantitative and qualitative description methods, interviews with 381 pit workers and some managers of Quang Hanh Coal Company on Occupational Lung Disease Management. The result show that, workers aged 5-15 years, 91.6% of workers received periodic medical examinations twice a year, 99.5% of workers had chest x-ray and 95.3% were examined clinically. For infected workers, 88.0% had complete lung washing and 56.0% were provided with specialized respirators, 97.1% were consulted on lung disease, causes, during the annual health check for workers, 84.8% of workers have been provided with information on the social insurance scheme for lung dust and 98.7% of workers are provided with information on the measures. Prevention of anthracoid pulmonary lung diseases.

Keyword: Occupational lung disease, pit workers

1. Bệnh viện Than- Khoáng sản, SĐT: 0912621898

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao nhất trong 34 bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm hiện nay, số liệu tích lũy 2015 có gần 28.000 công nhân bị mắc bệnh nghề nghiệp, trong đó mắc các bệnh bụi phổi là phổ biến nhất chiếm 74%. Bệnh bụi phổi than nghề nghiệp mắc bệnh cao nhưng việc quản lý bệnh chưa thật tốt, theo đó Thông tư số 28/2016/TT-BYT được thực hiện để quản lý bệnh nghề nghiệp nhất là bệnh bụi phổi than nghề nghiệp.

Công ty Than Quang Hanh trực thuộc Tập đoàn Công nghiệp Than- Khoáng sản Việt Nam là đơn vị khai thác than hầm lò, với tuổi nghề của công nhân trung bình tương đối thấp nên nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung và công tác quản lý bệnh bụi phổi là rất cao. Do vậy để xác định được nhu cầu và thực trạng đáp ứng nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi than là rất thiết thực, chúng tôi tiến hành đề tài “*Quản lý bệnh bụi phổi nghề nghiệp tại Công ty Than Quang Hanh thuộc Tập đoàn Công nghiệp Than - Khoáng sản Việt Nam năm 2018*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 381 Công nhân trực tiếp khai thác than hầm lò. Lãnh đạo (giám đốc hoặc phó giám đốc công ty, chủ tịch công đoàn, trưởng phòng y tế, quản đốc hoặc phó quản đốc trong công ty).

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả có phân tích về nhu cầu và thực trạng đáp ứng nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi than của công nhân trực tiếp khai thác hầm lò tại Công ty Than Quang Hanh.

Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó:

p: do chưa có nghiên cứu nào về thực trạng nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi nên giá trị p trong luận văn này chúng tôi chọn là 50%.

$$q = 1 - p = 1 - 0,5 = 0,5.$$

$Z_{1-\alpha/2}$: mức ý nghĩa thống kê ở 95% là 1,96.

d: là độ chính xác tuyệt đối của p, ở đây chúng tôi chọn $d = 0,05$.

Cỡ mẫu tính toán là 384 đối tượng tham gia nghiên

cứu, thực tế nghiên cứu trên 381 công nhân.

Nghiên cứu định tính phỏng vấn sâu 11 đối tượng liên quan tới

Thời gian nghiên cứu tiến hành từ tháng 4 tới tháng 10 năm 2018 tại Công ty Than Quang Hanh, Tập đoàn Than - Khoáng sản Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi nghề khai thác than hầm lò

Nhóm tuổi nghề	n	%
< 5 năm	104	27,3
5 - 10 năm	103	27,0
11 - 15 năm	125	32,8
16 - 20 năm	44	11,5
≥ 21 năm	5	1,3
Cộng	381	100,0

Bảng 3.2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo công việc đang làm

Công việc đang làm	n	%
Trong hầm lò	210	55,1
Lò khai thác than	155	40,7
Vận chuyển	2	0,5
Khác	14	3,7
Cộng	381	100,0

3.2. Nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi than của công nhân

Bảng 3.3: Nhu cầu bảo vệ bản thân hàng năm công nhân cần làm

Nhu cầu bảo vệ bản thân cần	n (n = 381)	%
Khám sức khỏe định kỳ	375	98,2
Khám bệnh nghề nghiệp	354	92,9
Không biết	4	1,0

Hầu hết công nhân có nhu cầu khám sức khỏe định kỳ và bệnh nghề nghiệp.

Bảng 3.4: Các nhu cầu cần để phục vụ khám phát hiện bệnh nghề nghiệp

Nhu cầu cần phục vụ khám BNN	n (n = 381)	%
Khám nội hô hấp	370	97,1
Chụp phim XQ lồng ngực	377	99,0
Đo chức năng hô hấp	368	96,6
Xét nghiệm máu	361	94,8
Xét nghiệm sinh hóa máu	358	94,0
Không biết	2	0,5

Bảng 3.5: Yêu cầu sau khi khám phát hiện bệnh nghề nghiệp

Yêu cầu sau khi khám phát hiện BNN	n (381)	%
Giới thiệu đi giám định bệnh nghề nghiệp	377	99,0
Chuyển sang bộ phận khác	25	6,6
Không biết	2	0,5

Bảng 3.6: Nhu cầu với công ty về sức khỏe sau chẩn đoán

Nhu cầu với công ty về sức khỏe	n (381)	%
Phải có hồ sơ quản lý bệnh nghề nghiệp	370	97,1
Hàng năm phải được khám định kỳ BNN	368	96,6
Được đi rửa phổi	337	88,5
Được điều trị nội khoa BNN	47	12,3
Được điều trị phục hồi chức năng	41	10,8
Chuyển bộ phận khác	208	54,6
Không biết	3	0,8

Bảng 3.7: Trách nhiệm công nhân trong bệnh nghề nghiệp

Trách nhiệm công nhân quản lý BNN	n (n = 381)	%
Khai báo trung thực tiền sử bệnh tật, tiếp xúc	376	98,7
Tham gia khám sức khỏe trước khi bố trí công việc	63	16,5
Thực hiện đầy đủ hướng dẫn chỉ định khám, điều trị	366	96,1
Lưu giữ hồ sơ quản lý sức khỏe	329	86,4

Công nhân phải có trách nhiệm khai báo trung thực tiền sử bệnh và tiếp xúc nghề nghiệp 97%.



3.3. Thực trạng đáp ứng nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi than của công nhân

Bảng 3.8: Đáp ứng thời gian khám định kỳ bệnh nghề nghiệp

Thời gian khám định kỳ bệnh nghề nghiệp	n	%
3 tháng/lần	7	1,8
6 tháng/lần	349	91,6
12 tháng/lần	25	6,6
Cộng	381	100,0

Trong tổng số 381 đối tượng tham gia nghiên cứu có 1,8% số đối tượng được khám định kỳ 3 tháng/lần, 91,6% số đối tượng được công ty đáp ứng khám định kỳ bệnh nghề nghiệp 6 tháng/lần, chỉ có 6,6% số đối tượng được khám 12 tháng/lần và đặc biệt có 1,8% số đối tượng được khám định kỳ 3 tháng/lần.

Bảng 3.9: Đáp ứng trong khám định kỳ bệnh nghề nghiệp

Đáp ứng định kỳ trong khám BNN	n (n = 381)	%
Chụp XQ lồng ngực	379	99,5
Khám lâm sàng	363	95,3
Xét nghiệm AFB	35	9,2

Bảng 3.10: Đáp ứng trong hỗ trợ người mắc bệnh nghề nghiệp

Đáp ứng trong hỗ trợ người mắc BNN	n (n = 25)	%
Phát khẩu trang chuyên dụng	14	56,0
Đưa đi rửa phổi	22	88,0
Được chuyển vị trí làm việc	5	20,0

Trong tổng số 25 đối tượng đã mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp có 88,0% số đối tượng đã được công ty đưa lên Bệnh viện Than - Khoáng rửa phổi, 56,0% đối tượng được cấp phát khẩu trang chuyên dụng và có 5/25 đối tượng được chuyển sang vị trí làm việc khác ít tiếp xúc với bụi than.

Bảng 3.11: Giải pháp cần thiết quản lý bệnh nghề nghiệp

Giải pháp cần thiết quản lý BNN	n (n = 381)	%
Truyền thông tư vấn định kỳ	376	98,7
Khám sàng lọc bệnh 6 tháng/lần	15	3,9
Sàng lọc lao	7	1,8
Phát khẩu trang chuyên dụng thường xuyên	374	98,2
Rửa phổi thương xuyên, nếu cần	338	88,7
Sổ theo dõi khám SK định kỳ	369	96,9

Có 98,7% số đối tượng nghiên cứu đã đề nghị giải pháp truyền thông tư vấn định kỳ cho công nhân; 98,2% số đối tượng đưa ra giải pháp công ty thường xuyên cung cấp khẩu trang chuyên dụng; 96,9% số đối tượng đưa ra giải pháp cần có sổ theo dõi khám sức khỏe định kỳ, sàng lọc và điều trị bệnh bụi phổi than. Đặc biệt có 88,7% số đối tượng nghiên cứu đề xuất rửa phổi thường xuyên nếu bác sĩ có chỉ định.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trong tổng số 381 đối tượng tham gia nghiên cứu có tới 97,6% đối tượng cho biết cần phải được chụp phim XQ lồng ngực, 89,0% cần đo chức năng hô hấp và 96,9% cần khám lâm sàng nội hô hấp ngoài ra cần xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là khám bệnh nghề nghiệp cũng như sàng lọc phát hiện sớm mắc bụi phổi mỗi năm 1 lần, khám lâm sàng, các chuyên khoa, chụp Xquang tim phổi, đo chức năng hô hấp, xét nghiệm máu. Có 94,2% sau khi khám sức khỏe định kỳ biết mình mắc bệnh điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là sau khám sức khỏe định kỳ nếu có bệnh được đi khám và điều trị tại bệnh viện, nếu mắc bệnh nghề nghiệp thì được đi rửa phổi toàn bộ tại Bệnh viện Than – Khoáng sản

Trong tổng số 336 đối tượng được chẩn đoán mắc bệnh hô hấp, chỉ có 7,4% được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi, 2,1% bị viêm phế quản mạn tính và đặc biệt tỷ lệ bị viêm mũi họng chiếm tới 90,2% điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là đối với công nhân khai thác trong hầm lò chủ yếu là các triệu chứng ho, khạc đờm, viêm mũi họng.

Trong tổng số 381 đối tượng tham gia nghiên cứu đã khám bệnh nghề nghiệp và chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than chiếm 6,6%, số còn lại chưa mắc bệnh bụi phổi than điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là hàng năm đều được đi khám định kỳ bệnh nghề nghiệp.

Có tới 96,1% số đối tượng được công ty yêu cầu được cấp khẩu trang chuyên dụng để dự phòng mắc bệnh bụi phổi than, 8,9% cho rằng mình được dự phòng bằng khám sức khỏe định kỳ điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là được cấp phát khẩu trang chuyên dụng và 93,7% số đối tượng được y bác sĩ trong công ty tư vấn về cách dự phòng và điều trị mắc bệnh bụi phổi than điều này cũng phù hợp với phỏng vấn sâu là được tư vấn về nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi thì do hít phải bụi trong quá trình lao động, cách dự phòng, giám phát sinh bụi trong quá trình lao động, đeo khẩu trang chống bụi, hàng năm đi khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp.

Có 98,2% số đối tượng thấy được sự cần thiết khám định kỳ sàng lọc bệnh bụi phổi than, phù hợp với phỏng vấn sâu là để phát hiện bệnh bụi phổi nghề nghiệp thì cần khám sàng lọc bệnh bụi phổi than định kỳ I năm 1 lần.

Nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi nghề nghiệp thông qua bảo vệ bản thân hàng năm trong khám sức khỏe định kỳ 98,2%, khám bệnh nghề nghiệp 92%, trong phỏng vấn sâu các ý kiến là được khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh nghề nghiệp một năm 2 lần.

Các nhu cầu trong công tác khám phát hiện bệnh nghề nghiệp các chỉ số như khám nội hô hấp, chụp phim Xquang lồng ngực, đo chức năng hô hấp, xét nghiệm máu đều chiếm từ 94 đến 99%, chỉ có 0,5% là không biết. Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cũng phù hợp với nhu cầu của công nhân là: *“Hệ thống quản lý sức khỏe đối với đơn vị từ phòng cấp cứu công trường, cả hầm cấp cứu trong hầm lò, đến trạm y tế công ty, rồi đến trung tâm y tế khu vực, đến Bệnh viện Than - Khoáng sản”*.

Đáp ứng thời gian khám định kỳ, khám sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp một năm 2 lần (trong đó một lần khám sức khỏe định kỳ, một lần khám bệnh nghề nghiệp) chỉ có 6,6% đối tượng được khám 12 tháng/lần và đặc biệt có 1,8% số đối tượng được khám định kỳ 3 tháng/lần. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu sâu: *“Khám sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp định kỳ năm 2 lần, rửa phổi toàn bộ tại Bệnh viện Than-Khoáng sản”*.

Đáp ứng trong khám định kỳ bệnh nghề nghiệp: có 99,5% số đối tượng nghiên cứu đã được chụp phim XQ lồng ngực trong khám định kỳ bệnh nghề nghiệp, 95,3% số đối tượng được khám lâm sàng và 9,2% đối tượng khi khám định kỳ được chỉ định làm xét nghiệm AFB. Và nhu cầu của công nhân cũng phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu: *“Khám bệnh nghề nghiệp cũng như sàng lọc phát hiện sớm mắc bụi phổi mỗi năm 1 lần, khám lâm sàng, các chuyên khoa, chụp Xquang tim phổi, đo chức năng hô hấp, xét nghiệm máu”*.

Đáp ứng trong hỗ trợ người mắc bệnh nghề nghiệp: Trong tổng số 25 đối tượng đã mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp có 88,0% số đối tượng đã được công ty đưa lên Bệnh viện Than - Khoáng rửa phổi, 56,0% đối tượng được cấp phát khẩu trang chuyên dụng và có 5/25 đối tượng được chuyển sang vị trí làm việc khác ít tiếp xúc với bụi than, những điều trên phù hợp trong phỏng vấn sâu là đã mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp được đi rửa phổi toàn bộ, chuyển sang vị trí làm việc khác ít tiếp xúc với bụi hơn.



Đáp ứng chỉ định trong rửa phổi: Trong tổng số 22 đối tượng đã được rửa phổi, có 45,5% số đối tượng đã được Bệnh viện Than – Khoáng sản chỉ định rửa phổi 1 năm/lần và 50,0% đối tượng được chỉ định rửa phổi theo chỉ định của bác sỹ, còn 1/22 đối tượng có chỉ định điều trị nội khoa trước khi rửa phổi. Kết quả phỏng vấn sâu cũng phù hợp về chỉ định rửa phổi cho công nhân sau khi được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi: “*Khi bệnh nhân đã mắc bệnh bụi phổi nghề nghiệp được gọi lên Bệnh viện Than - Khoáng sản để rửa phổi toàn bộ, bất cập là số công nhân tiếp xúc với bụi trên 5 năm chưa được đi rửa phổi dự phòng mắc bệnh, số công nhân bị mắc bệnh đã giám định bệnh bụi phổi nghề nghiệp nhưng chưa được lên rửa phổi, lý do Bệnh viện Than - Khoáng sản chưa đáp ứng được nhu cầu*

rửa vì 1 năm bệnh viện mới rửa được cho trên 200 người trong năm”.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu và thực trạng quản lý bệnh bụi phổi than tại Công ty Than Quang Hanh, năm 2018 khá tốt, có 92,0% công nhân khám định kỳ bệnh nghề nghiệp, và 88,5% bệnh nhân có nhu cầu được đi rửa phổi.

Thực trạng đáp ứng nhu cầu quản lý bệnh bụi phổi than tại Công ty Than Quang Hanh, năm 2018 đáp ứng cơ bản nhu cầu, có 91,6% đã được đáp ứng khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp 2 lần năm, 99,5% đối tượng đã được chụp phim XQ lồng ngực và 95,3% bệnh nhân mắc bệnh đã được rửa phổi toàn bộ 88% và có 56,0% đối tượng được cấp khẩu trang chuyên dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Thông tư số 28/2016/TT-BYT về việc Hướng dẫn quản lý bệnh nghề nghiệp”.
2. Vũ Xuân Trung (2018), *Nghiên cứu thực trạng môi trường và sức khỏe ở một số nhà máy chế biến quặng kẽm, đề xuất giải pháp sự phòng*. Luận án tiến sỹ y tế công cộng. Trường đại học Y Hà Nội, tr 119 – 120.
3. Domenico Scarano, M.D., A. Correspondence information about the author M.D., A. Domenico Scarano, Moneim A. Fadali, M.D., F.C.C.P., Gerald M. Lemole, M.D., F.C.C.P. (1972), “Carcinoma of the Lung and Anthracosilicosis”, *Chest*. 62(3), pp. 251–253.
4. Lei Han, Ruhui Han, Xiaoming Ji, Ting Wang, Jingjin Yang, Jiali Yuan, Qiuyun Wu, Baoli Zhu, Hengdong Zhang, Bangmei Ding and Chunhui Ni (2015), “Prevalence Characteristics of Coal Workers’ Pneumoconiosis (CWP) in a State-Owned Mine in Eastern China”, *Environmental Research and Public Health*. 12, pp. 7856-7867.
5. Mirsadraee, Majid (2014), “Anthracosis of the Lungs: Etiology, Clinical Manifestations and Diagnosis: A Review”, *TANAFFOS*. 13(4).

ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM HIV VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2018

Trần Thị Bích Hậu¹

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng, định tính với mục tiêu đánh giá năng lực phòng xét nghiệm HIV (PXN) và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực trên địa bàn thành phố Hà Nội. Nghiên cứu chọn toàn bộ 61 PXN ở Hà Nội và phỏng vấn sâu một số lãnh đạo đơn vị, trưởng khoa xét nghiệm, cán bộ trực tiếp làm xét nghiệm HIV. Kết quả cho thấy: có 49,2% PXNTT và 50,8% PXNBV; về nhân sự đạt loại tốt 96,7% đối với PXNBV và 93,5% PXNTT; cơ sở vật chất và an toàn phòng xét nghiệm 35,5% PXNBV và 36,7% PXNTT đạt loại tốt; tài liệu và hồ sơ quản lý PXN 90,3% PXN kể cả bệnh viện và trung tâm y tế đạt loại tốt; trang thiết bị 34,4% tốt, 64% đạt và 1,6% không đạt. Về thực hiện xét nghiệm: 96,8% PXNBV và 100% PXNTT đạt loại tốt. Các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực PXN là năng lực cán bộ xét nghiệm, tuân thủ các quy định đối với PXN và khó khăn về kinh phí.

Từ khóa: Năng lực xét nghiệm, xét nghiệm HIV, đánh giá xét nghiệm, Hà Nội.

ABSTRACT:

EVALUATE THE CAPACITY OF HIV LABORATORIES AND INFLUENCING FACTORS IN HANOI IN 2018

Cross-sectional descriptive design utilized both qualitative and quantitative methods aimed to assess the capacity of HIV testing laboratories and to identify the factors that affect their laboratory capacity in Hanoi. A total of 61 labs were evaluated in Hanoi and in-depth interviews for laboratory centre leaders, heads of labs, and HIV testing staff. Results showed that 49.2% of labs in the district medical centers and 50.8% in the district hospital recruited in the research; 96.7% for hospital staff and 93.5% for labs in the center met the criteria of Ministry

of Health in lab areas; Material facilities and laboratory safety 35.5% hospital-based labs and 36.7% centre-based labs were classified as “good”; 90.3% lab records including both hospitals and health centers were “good”; Equipment was 34.4% “good” and 1.6% “failure”. 96.8% hospital-based labs and 100% center-based labs were “good” for test performance. Factors affecting the labs capacity were the test takers, professional qualifications, and financial constraints.

Keywords: Lab capacity, HIV testing, lab assessment, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động xét nghiệm là một phần thiết yếu trong việc chẩn đoán và theo dõi điều trị người bị nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người HIV. Sau hơn 20 năm thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS, mạng lưới các Phòng xét nghiệm (PXN) chẩn đoán, điều trị phục vụ công tác phòng, chống HIV/AIDS đã được xây dựng và phát triển trên toàn quốc [3].

Hệ thống phòng xét nghiệm HIV trên toàn quốc đã được thiết lập hơn 1000 phòng xét nghiệm sàng lọc HIV, gần 100 phòng xét nghiệm khẳng định HIV [3]. Hệ thống phòng xét nghiệm hỗ trợ theo dõi điều trị HIV/AIDS hình thành từ năm 2004 và được mở rộng với 71 cơ sở xét nghiệm đếm tế bào T-CD4 tại 46/63 tỉnh, thành phố; 06 cơ sở xét nghiệm đo tải lượng vi rút HIV, trong đó có 02 phòng xét nghiệm định gen kháng thuốc đã đạt tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới [4].

Việc đảm bảo các điều kiện xét nghiệm theo quy định còn nhiều hạn chế ở các tuyến, đặc biệt sau khi được công nhận phòng xét nghiệm đủ tiêu chuẩn [1, 4]. Hà Nội là có số phòng xét nghiệm HIV nhiều nhất trên toàn quốc với 73 phòng xét nghiệm, cung cấp hàng trăm nghìn mẫu xét nghiệm mỗi năm [4, 6]. Việc khảo sát, đánh giá thực trạng

1. Trung tâm Kiểm nghiệm Thuốc, Mỹ phẩm, Thực phẩm Hà Nội, SĐT: 0912206590
Email: tranbichhau@yahoo.com

» Ngày nhận bài: 10/09/2018 | » Ngày phản biện: 15/09/2018 | » Ngày duyệt đăng: 21/09/2018

hoạt động, cơ sở vật chất, năng lực cán bộ, kết quả cung cấp dịch vụ của phòng xét nghiệm tại các tuyến là rất cần thiết để đưa ra phương án cải tiến chất lượng dịch vụ xét nghiệm và nâng cao năng lực hệ thống. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá năng lực các phòng xét nghiệm HIV và các yếu tố ảnh hưởng tại thành phố Hà Nội năm 2018”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chọn toàn bộ các PXN ở Hà Nội và phỏng vấn sâu một số lãnh đạo đơn vị, trưởng khoa xét nghiệm, cán bộ trực tiếp làm xét nghiệm HIV tại Hà Nội.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2018 đến tháng 9/2018 tại 61 PXN trên địa bàn Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cơ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ các PXN sàng lọc HIV trên địa bàn Hà Nội ở các Trung tâm y tế quận/huyện và các bệnh viện.

2.5. Phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin

2.5.1. Thu thập số liệu định lượng

Sử dụng bảng kiểm có cấu trúc theo hướng dẫn của Bộ Y tế theo Quyết định 02/QĐ-BYT “Về việc ban hành hướng dẫn thực hiện đánh giá, giám sát hỗ trợ kỹ thuật phòng xét nghiệm phục vụ công tác phòng, chống HIV/AIDS”. Bảng kiểm gồm các nội dung về thực trạng nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất, phương pháp xét

NGHIỆM, quản lý sinh phẩm, quản lý mẫu bệnh phẩm, tài liệu và hồ sơ.

Điều tra viên trực tiếp điền các thông tin vào bảng kiểm thông qua kết hợp các hình thức như xem xét hồ sơ, sổ sách, biên bản, tài liệu; quan sát các hoạt động, sắp xếp và tổ chức PXN; hỏi kiến thức chuyên môn, quan sát thực hành xét nghiệm của cán bộ.

2.5.2. Thu thập số liệu định tính

Số liệu thông tin định tính được điều tra viên phỏng vấn sâu và ghi âm. Thời lượng cho mỗi cuộc phỏng vấn sâu từ 35- 45 phút. Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn và gỡ băng, có biên bản kèm theo.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra và làm sạch, sau đó được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu được trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần trăm.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu và được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng năm 2018.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Kết quả phân tích phân bố phỏng vấn xét nghiệm HIV theo đơn vị quản lý và cấp độ PXN cho thấy, có 49,2% PXN nghiệm thuộc Trung tâm y tế (PXNTT) và 50,8% PXN thuộc hệ thống bệnh viện (PXNBV).

3.2. Về nguồn nhân lực:

Bảng 3.1. Thực trạng nhân sự theo loại hình cơ sở xét nghiệm

Nội dung đánh giá		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
Có tối thiểu 02 cán bộ xét nghiệm đáp ứng điều kiện	Tốt	31	100	30	100
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	0	0	0	0
Cán bộ thực hiện XN HIV/AIDS được đào tạo về XN HIV	Tốt	30	96,8	29	96,7
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	1	3,2	1	3,3
Cán bộ thực hiện xét nghiệm có chứng nhận đào tạo về ATSH	Tốt	30	96,8	29	96,7
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	1	3,2	1	3,3
Nhân viên phụ trách tư vấn được đào tạo về tư vấn HIV/AIDS	Tốt	8	26	28	93,4
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	23	74	2	6,6
Cán bộ phụ trách PXN có trình độ từ đại học, được đào tạo về phòng chống HIV	Tốt	31	100	29	97%
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	0	0	1	3

Kết quả phân tích cho thấy 96,8% phòng xét nghiệm bệnh viện (PXNBV), 96,7% PXNTT cán bộ xét nghiệm được đào tạo về HIV/AIDS và có chứng nhận về ATSH. Trên 90% nhân viên phụ trách tư vấn tại PXNTT, được đào tạo về HIV/AIDS. Tỷ lệ tại Bệnh viện chỉ đạt 26%. 100%

cán bộ phụ trách PXNBV có trình độ từ đại học, được đào tạo về HIV/AIDS. Tỷ lệ này đạt 97% tại trung tâm y tế, còn 3% phòng chưa đạt tiêu chuẩn này.

3.3. Thực trạng cơ sở vật chất và an toàn phòng xét nghiệm

Bảng 3.2. Thực trạng diện tích và khu vực xét nghiệm huyện thanh học

Nội dung		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
PXN có diện tích tối thiểu 12 m ²	Tốt	29	93,5	29	96,7
	Đạt	2	6,5	1	3,3
	Không đạt	0	0	0	0
Có khu vực xét nghiệm huyết thanh học riêng biệt trong PXN	Tốt	25	80,7	30	100
	Đạt	4	12,9	0	0
	Không đạt	1	3,2	0	0

Kết quả cho thấy, trên 90% các PXNTT và PXNBV có diện tích tối thiểu từ 12m² trở trên. 100% PXNTT có

khu xét nghiệm huyết thanh học riêng biệt, tỷ lệ này đối với PXNBV chỉ đạt 80,7%.

Bảng 3.3. Đánh giá cơ sở vật chất và an toàn phòng xét nghiệm

Đánh giá CSVC và an toàn PXN	Tốt		Đạt		Không đạt	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
PXNBV	11	35,5	19	61,3	1	3,2
PXNTT	11	36,7	16	53,3	3	10
Chung	22	36,1	35	57,4	4	6,6

Kết quả phân tích đánh giá CSVC và an toàn phòng xét nghiệm cho thấy, đối với PXNBV có 35,5% PXN đạt loại tốt và 61,3% xếp lại đạt. PXNTT có tỷ lệ đạt loại tốt và

đạt lần là 36,7% và 53,3%, có đến 10% PXNTT tâm không đạt về CSVC và an toàn phòng xét nghiệm.

3.4. Thực trạng tài liệu và hồ sơ phòng xét nghiệm

Bảng 3.4. Thực trạng bảo quản tài liệu, hồ sơ

Nội dung		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
Tài liệu hồ sơ được bảo quản hợp lý, dễ dàng tiếp cận và truy cập	Tốt	24	77,4	29	96,7
	Đạt	6	19,4	1	3,3
	Không đạt	1	3,2	0	0
Tài liệu, hồ sơ được lưu giữ đúng quy định	Tốt	23	74,2	27	90
	Đạt	7	22,5	2	6,7
	Không đạt	1	3,3	1	3,3



Kết quả phân tích bảo quản tài liệu, hồ sơ cho thấy, 96,7% PXNTT và 77,4% PXNBV có tài liệu hồ sơ được quản lý tốt, dễ dàng tiếp cận và truy cập. PXNBV có 74,2% tài liệu, hồ sơ được lưu giữ đúng quy định, tỷ lệ này ở PXNTT là 90%. PXN có sổ nhận mẫu và trả lời

kết quả; số xét nghiệm lần lượt là 96,7%, 90% đối với PXNTT và 77,4%, 74,2% với PXNNV. 100% PXNBV và PXNTT có phiếu gửi mẫu xét nghiệm HIV và phiếu trả kết quả. Có 3,3% PXN ghi chép sổ sách không đúng quy định.

Bảng 3.5. Đánh giá tài liệu và hồ sơ phòng xét nghiệm

Đánh giá tài liệu và hồ sơ PXN	Tốt		Đạt		Không đạt	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
PXNBV	28	90,3	3	9,7	0	0
PXNTT	28	93,3	2	6,7	0	0
Chung	56	91,8	5	8,2	0	0

Kết quả phân tích đánh giá tài liệu và hồ sơ phòng xét nghiệm cho thấy, đối với PXNBV 90,3% đạt loại tốt và 9,7% xếp loại đạt. PXNTT có tỷ lệ đạt loại tốt và đạt lần

lượt là 90,3% và 9,7%.

3.5. Đánh giá nội kiểm, ngoại kiểm

Bảng 3.6. Thực trạng kiểm tra kết quả nội, ngoại kiểm

Nội dung		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
Kết quả nội, ngoại kiểm được kiểm tra bởi người có thẩm quyền	Có	1	25	5	75
	Không	30	54,5	25	45,5

Kết quả cho thấy, chỉ có 25% PXNBV và 75% PXNBV có kết quả nội, ngoại kiểm được kiểm tra bởi

người có thẩm quyền.

3.6. Thực trạng trang thiết bị

Bảng 3.7. Thực trạng trang thiết bị phù hợp với kỹ thuật xét nghiệm

Nội dung		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
Thiết bị bảo quản sinh phẩm, bệnh phẩm riêng biệt	Có	30	96,8	30	100
	Một phần	1	3,2	0	0
	Không	0	0	0	0
Bộ pipette phù hợp kỹ thuật sử dụng	Có	30	96,8	30	100
	Một phần	1	3,2	0	0
	Không	0	0	0	0
Đồng hồ đo thời gian	Có	31	100	29	96,7
	Không	0	0	1	3,3

Kết quả có 96,8% PXNBV và 100% PXNTT có thiết bị bảo quản sinh phẩm, bệnh phẩm riêng biệt, bộ pipette phù hợp kỹ thuật sử dụng.

Bảng 3.8. Đánh giá trang thiết bị phòng xét nghiệm

Loại PXN	Tốt		Đạt		Không đạt	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
PXNBV	16	51,6	15	48,4	0	0
PXNTT	13	43,3	16	53,3	1	3,4
Chung	21	34,4	39	64	1	1,6

Kết quả 51,6% PXNBV đạt loại tốt, 48,4% xếp loại đạt. PXNTT 43,3% đạt loại tốt, 53,3% xếp loại đạt và 3,4% xếp loại không đạt. Tỷ lệ chung PXN xếp loại tốt là 34,4%, xếp loại đạt là 64% và không đạt là 1,6%.

3.7. Thực trạng xét nghiệm

Bảng 3.9. Đánh giá thực trạng thực hiện xét nghiệm phòng xét nghiệm

Nội dung		PXNBV		PXNTT	
		Tần số	%	Tần số	%
Thực hiện đúng các chiến lược xét nghiệm theo quy định của BHYT	Tốt	31	100	30	100
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	0	0	0	0
Thực hiện đầy đủ các mẫu kiểm chứng	Tốt	31	100	30	100
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	0	0	0	0
Tham gia ngoại kiểm	Tốt	31	100	30	100
	Đạt	0	0	0	0
	Không đạt	0	0	0	0
Đánh giá định kỳ năng lực cán bộ PXN	Tốt	0	0	0	0
	Đạt	23	74,2	5	17
	Không đạt	7	25,8	25	83

Kết quả 100% PXNTT thực hiện đúng các chiến lược xét nghiệm theo quy định của BHYT. 100% PXNBV và PXNTT thực hiện đầy đủ các mẫu kiểm chứng, tham gia ngoại kiểm.

3.8. Thực trạng năng lực phòng xét nghiệm

Bảng 3.10. Đánh giá thực trạng năng lực phòng xét nghiệm

Loại PXN	Tốt		Đạt		Không đạt	
	Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
PXNBV	29	93,5	2	6,5	0	0
PXNTT	29	96,7	1	3,3	0	0
Chung	58	95,1	3	4,9	0	0



PXNBV đạt loại tốt là 93,5%, đạt là 6,5%. PXNTT đạt loại tốt là 96,7% và xếp loại đạt là 3,3%. Tỷ lệ chung PXN đạt loại tốt là 95,1% và xếp loại đạt là 4.9%.

IV. BÀN LUẬN

Về nhân sự

Nhân sự làm công tác xét nghiệm có vai trò vô cùng quan trọng bởi chất lượng xét nghiệm. Kết quả đánh giá 61 phòng xét nghiệm thấy số lượng nhân lực trung bình của một phòng xét nghiệm làm công tác xét nghiệm HIV là 2 người. Kết quả này thấp hơn trung bình chung cả nước được tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự thực hiện năm 2014 trên địa bàn cả nước với trung bình là 3 cán bộ [5]. So với tiêu chuẩn nhân lực phòng xét nghiệm quy định trong Nghị định 75/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 thì 100% các phòng xét nghiệm HIV do ngành Y tế Hà Nội quản lý đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn về số lượng tối thiểu về cán bộ xét nghiệm, kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Thu Hương [5].

Cơ sở hạ tầng

Hướng dẫn đánh giá của nghiên cứu này được thực hiện theo Nghị định số 92/2010/NĐ-CP. Các yêu cầu về cơ sở hạ tầng và an toàn được quy định gồm 8 mục với tổng số 20 điểm. Nghiên cứu cho thấy, trên 80 các PXNTT và PXNBV có cơ sở vật chất theo quy định: PXN có diện tích tối thiểu 12 m²; có khu vực xét nghiệm huyết thanh học riêng biệt trong PXN; có cửa ra vào, cửa sổ chắc chắn và có khóa; thoáng mát; sạch sẽ. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Phan Thị Thu Hương năm 2014 [5] về đánh giá thực trạng phòng xét nghiệm HIV/AIDS tại Việt Nam là chỉ có 37% đối với các đơn vị cấp quận/huyện đáp ứng được toàn bộ 9/9 tiêu chuẩn về điều kiện cơ sở vật chất, 20% đơn vị sàng lọc cấp quận/huyện chỉ đáp ứng được nhỏ hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn trên tổng số 9 tiêu chuẩn được xem xét, trong đó có 56 trên tổng số 690 đơn vị cấp quận/huyện không đáp ứng được bất kỳ tiêu chuẩn nào về cơ sở vật chất [6].

Hồ sơ tài liệu

Nhìn chung kết quả nghiên cứu cho thấy các PXN tham gia nghiên cứu thực hiện tốt phần quản lý hồ sơ, tài liệu. Cụ thể PXNBV đạt 90,3% tốt, PXNTT đạt 93,3% và tổng chung là 91,8% thực hiện tốt, phần còn lại là đạt yêu cầu [1]. Các PXNTT thực hiện bảo quản tài liệu, hồ sơ; ghi chép sổ sách, biểu mẫu; có các quy trình thực hành chuẩn; hướng dẫn an toàn cho nhân viên PXN ở tất cả các tiêu chí tốt hơn so với các PXNBV. Kết quả này hoàn toàn phù hợp

với đánh giá của nghiên cứu trước năm 2014 [5].

Trang thiết bị

Có 87,1% PXNBV và trên 96,7% PXNTT có trang bị bảo hộ phù hợp với kỹ thuật thực hiện, tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của của Phan Thị Thu Hương năm 2014 về đánh giá thực trạng phòng xét nghiệm HIV/AIDS tại Việt Nam là 35% các đơn vị chưa có phương tiện bảo hộ. 100% PXNBV và trên 96,7% PXNTT có trang bị đồng hồ đo thời gian và tỷ lệ này cũng cao hơn rất nhiều so với trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà năm 2010 [7] về đánh giá thực trạng phòng xét nghiệm HIV/AIDS tại Việt Nam là 44% [5].

Yếu tố ảnh hưởng

Một trường khoa xét nghiệm tham gia nghiên cứu này cho rằng Khoa Xét nghiệm có 5 cán bộ nhưng trình độ không đồng đều dẫn đến công tác xét nghiệm nói chung là rất khó khăn. Ở tuyến huyện việc tuyển dụng được cán bộ có trình độ đại học còn khó khăn hơn. Do vậy, sự không đồng đều về trình độ chuyên môn của các cán bộ xét nghiệm cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm HIV. Tuy nhiên, xét nghiệm HIV chỉ yêu cầu là đã được tham gia tập huấn là có đủ tiêu chuẩn có thể làm xét nghiệm HIV nên hàng năm các cán bộ xét nghiệm đều được tham gia các lớp tập huấn về HIV do Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh tổ chức. Các yếu tố như quản lý giám sát hỗ trợ kỹ thuật, hệ thống các văn bản quy định trong lĩnh vực xét nghiệm HIV, kinh phí cho hoạt động xét nghiệm cũng cho thấy có ảnh hưởng đến năng lực PXN.

V. KẾT LUẬN

Năng lực phòng xét nghiệm HIV trên địa bàn Hà Nội cơ bản đã đáp ứng theo quy định hiện hành của Bộ Y tế. Tuy nhiên, kết quả khảo sát, phân tích cũng đã chỉ ra một số điểm cần khắc phục trong công tác xét nghiệm và tư vấn HIV/AIDS của hệ thống PXN của thành phố Hà Nội. Có một số yếu tố ảnh hưởng đến năng lực PXN, nhưng yếu tố liên quan đến năng lực cán bộ xét nghiệm là quan trọng vì trực tiếp ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm.

KHUYẾN NGHỊ

Có chính sách bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn cho các nhân viên các PXN, kể cả các phòng thí nghiệm đã đạt chuẩn 100% về trình độ nhân sự. Việc bồi dưỡng thông qua các đợt tập huấn, trao đổi kinh nghiệm chuyên môn và quản lý là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), “Quyết định 1098/QĐ-BYT-2013 về Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm huyết thanh học HIV, chủ biên, Hà Nội”.
2. Bộ Y tế (2016), “Nghị định số 75/2016/NĐ-CP về Quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV”, Hà Nội.
3. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2015), “Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV/AIDS”, Hà Nội.
4. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2017), “Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2017”, Hà Nội.
5. Phan Thị Thu Hương và cộng sự (2014), «Thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV và đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng xét nghiệm HIV tại Việt Nam», *Y học Việt Nam*. 416(1).
6. Sở Y tế Hà Nội (2017), “Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS Hà Nội năm 2017”.
7. Trần Thị Thu Hà (2010), “Đánh giá và công nhận chất lượng đối với phòng thí nghiệm ở Việt Nam, Luận án Tiến sỹ Kinh tế, Đại học Kinh tế Quốc dân, Hà Nội”.



ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Thế Hùng¹, Trịnh Đình Cẩm¹, Tống Đức Minh², Lê Tuấn Anh²

TÓM TẮT

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là yếu tố nguy cơ cao bệnh tim mạch và tử vong. Tuy nhiên, nghiên cứu HCCH ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát chưa được quan tâm nhiều ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, 260 bệnh nhân THA nguyên phát (nam 198, nữ 62) được đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng hông, huyết áp, glucose, TC, LDL-c HDL-c, TG máu lúc đói. Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn ATPIII thuộc chương trình giáo dục về Cholesterol quốc gia của Hoa Kỳ (NCEP – National Cholesterol Education Program). Kết quả của nghiên cứu cho thấy:

Tỉ lệ HCCH là: 76,2%; tỉ lệ HCCH ở nam (76,8%) thấp hơn so với nữ (74,2%) với $p > 0,05$.

Tỉ lệ HCCH ở nhóm có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (76,5%) cao hơn so với nhóm có BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ (75,8%) với $p < 0,05$; OR = 1,34 (CI: 1,12-1,84).

Tỉ lệ HCCH ở nhóm có rối loạn glucose máu (RLGM); rối loạn lipid (RLLP) máu (82,7%; 92,3%) cao hơn so nhóm không RLGMĐ; RLLP máu (58,0%; 38,5%) với $p < 0,001$; OR = 3,47 (CI: 1,89-6,37); 19,20 (CI: 9,43-39,09).

Tóm lại: Tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA là: 76,2%; có sự tăng HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có thừa cân, RLGMĐ và RLLP máu so với nhóm THA đơn thuần.

Từ khóa: Tăng huyết áp, hội chứng chuyển hóa, béo.

SUMMARY:

THE CHARACTERISTICS METABOLIC SYNDROME IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL

Backgrounds: Metabolic syndrome (MS) is high risk factors of cardiovascular disease and mortality. However, the MS in hypertensive patients was not well studied in Vietnam.

Methods and Results: In this study, 260 hypertensive patients (male: 198; female: 62) were measured high, weight, waist circumference, hip circumference, blood

pressure, glucose, TC, HDL-c, LDL-c and TG. Diagnosed MS by ATPIII criteria of the National Cholesterol Education Program (NCEP). The results as below:

- The prevalence rate of MS was 76.2%; MS was observed in 76.8% of males and 74.2 of females and there was not obvious difference between them ($p > 0,05$).

- The prevalence rate of MS in body mass index (BMI) $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ group (76.5%) were higher than that BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ group (75.8%); OR = 1.34 (CI: 1.12-1.84); $p < 0.05$.

- The prevalence rate of MS in impaired fasting glucose (IFG) group and dyslipidemia group (82.7% and 92.3%, respectively) were higher than that normal fasting glucose group and normal lipidemia group (58.0% and 38.5%, respectively); OR = 3,47 (CI: 1,89-6,37); 19,20 (CI: 9,43-39,09), respectively; $p < 0.001$.

Conclusions: Prevalence rate of MS in hypertensive patients was 76.2%. There were a high MS in overweight, IFG group, dyslipidemia group than that lonely hypertensive patients group.

Keywords: Hypertension, Metabolic syndrome, Obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH: metabolic syndrome) đang có xu hướng tăng nhanh ở nhiều quốc gia nhất là ở các nước phát triển và đang phát triển. Theo nhiều nghiên cứu, HCCH là yếu tố nguy cơ (YTNC) cao bệnh tim mạch và đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2. Tăng huyết áp (THA) nguyên phát đang ngày càng phổ biến trong cộng đồng và chiếm tỷ lệ cao ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo WHO thống kê ở Việt Nam (2008) thì tỉ lệ THA nguyên phát chiếm 26,1%.

Sự phát triển về kinh tế kéo theo thói quen chế độ ăn nhiều năng lượng, lối sống tĩnh tại cùng các yếu tố nguy cơ khác làm cho tỷ lệ bệnh tăng huyết áp có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Tuy nhiên, nghiên cứu HCCH ở bệnh nhân THA ở Việt Nam nói chung và đặc biệt tại khu vực thành thị chưa được quan tâm nghiên cứu.

1. Bệnh viện Quân Y 175

2. Học viện Quân Y

» Ngày nhận bài: 01/10/2018 | » Ngày phản biện: 12/10/2018 | » Ngày duyệt đăng: 26/10/2018

Xuất phát từ lý do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hội HCCH ở bệnh nhân THA nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 260 bệnh nhân (nam 198, nữ 62) có độ tuổi trung bình $62,5 \pm 11,7$ (năm) được khám, điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2018. Chẩn đoán THA nguyên phát theo tiêu chuẩn của JNC VII (2003) khi: HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg hoặc đang điều trị THA [4].

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2. Nội dung nghiên cứu:

Các bệnh nhân nghiên cứu được hỏi về tuổi, tiền sử, các YTNC, khám lâm sàng toàn diện và được ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

* Đo huyết áp: Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam 2010 [4].

* Đo một số chỉ số nhân trắc [9]:

Đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng (VB), vòng hông theo phương pháp đo nhân trắc học. Tính chỉ số VB/vòng hông (WHR: waist hip ratio). Tính chỉ số BMI

theo công thức:

Chỉ số BMI = cân nặng (kg)/chiều cao (m)².

Theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho khu vực châu Á-Thái Bình Dương (2000) khi đối tượng có BMI ≥ 23 kg/m² được gọi là thừa cân và béo; chẩn đoán béo bụng khi tăng VB (ở nam ≥ 90 cm, nữ ≥ 80 cm) hoặc WHR tăng (ở nam $\geq 0,9$ và nữ $\geq 0,85$).

* Xét nghiệm glucose, TC, HDL-c, LDL-c và TG máu lúc đói (ít nhất sau 8 giờ nhịn ăn).

Chẩn đoán rối loạn glucose máu lúc đói (RLGMLĐ) theo tiêu chuẩn của WHO (1999), chẩn đoán RLLP máu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm (2010) [1], [4].

* Chẩn đoán HCCH ở bệnh nhân THA: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của Tiêu chuẩn của ATPIII thuộc chương trình giáo dục về cholesterol quốc gia của Hoa Kỳ (NCEP- National Cholesterol Education Program) bệnh nhân có THA kèm 2 trong 4 tiêu chuẩn sau:

1. Glucose máu lúc đói trên 6,1 mmol/l.
2. Triglyceride trên 1,7 mmol/l (trên 150 mg/dl).
3. HDL -C < 1,03 mmol/l (nam), < 1,29 mmol/l (nữ).
4. Béo bụng: VB > 90cm (nam), >80 cm (nữ)

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thống kê theo phương pháp y sinh học bằng phần mềm SPSS 22.0 trên máy vi tính cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các chỉ số nhân trắc ở bệnh nhân THA nguyên phát

Chỉ tiêu \ Nhóm	Chung (n= 260)	Nam (n= 198)	Nữ (n=62)	P _{nam, nữ}
BMI (kg/m ²)	23,7 \pm 3,2	23,8 \pm 3,2	23,4 \pm 3,2	> 0,05
Tăng BMI, n (%)	136 (52,3)	106 (53,3)	32 (48,4)	> 0,05
Vòng bụng	83,6 \pm 7,0	83,8 \pm 7,1	83,2 \pm 6,8	> 0,05
Tăng VB, n (%)	78 (30,0)	54 (27,3)	24 (38,7)	< 0,05
WHR	0,95 \pm 0,08	0,95 \pm 0,09	0,94 \pm 0,08	> 0,05
Tăng WHR, n (%)	194 (74,6)	139 (70,2)	55 (88,7)	< 0,05

* Nhận xét:

Tỉ lệ tăng chỉ số BMI, VB và WHR ở bệnh nhân THA lần lượt là: 52,3%; 30,0% và 74,6%.

Tỉ lệ tăng VB, WHR ở nữ (lần lượt là: 38,7% và 88,7%) cao hơn so với tỉ lệ tăng VB, WHR ở nam (lần lượt là: 27,3% và 70,2%) có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 2. Nồng độ glucose, TC, HDL-c, LDL-c và TG ở bệnh nhân THA

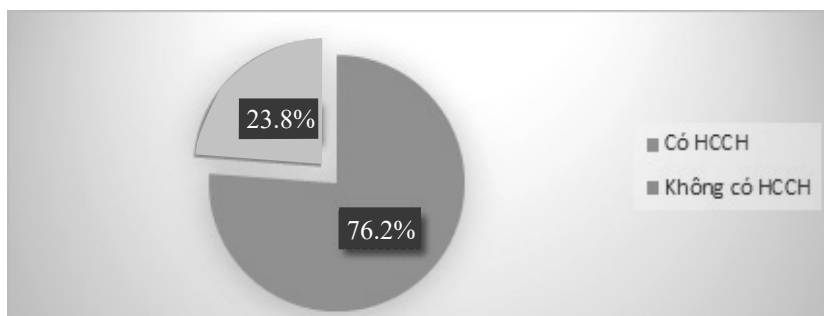
Chỉ tiêu	Nhóm	Chung (n= 260)	Nam (n= 198)	Nữ (n=62)	P
Glucose (mmol/L)		9,22 ± 5,80	8,89 ± 5,78	10,26 ± 5,79	> 0,05
RLĐMLĐ, n (%)		191 (73,5)	147 (74,2)	44 (71,0)	> 0,05
Cholesterol (mmol/l)		5,15 ± 1,53	5,09 ± 1,56	5,37 ± 1,40	> 0,05
Tăng Cholesterol, n (%)		59 (22,7)	41 (20,7)	18 (29,0)	> 0,05
HDL-C (mmol/L)		1,11 ± 0,32	1,09 ± 0,33	1,17 ± 0,31	> 0,05
Giảm HDL-C, n (%)		107 (41,2)	89 (44,9)	18 (29,0)	< 0,05
LDL-C (mmol/L)		3,04 ± 0,94	2,98 ± 0,94	3,23 ± 0,91	> 0,05
Tăng LDL-C, n (%)		33 (12,7)	23 (11,6)	10 (16,1)	> 0,05
TG (mmol/L)		2,81 ± 2,66	2,88 ± 2,81	2,60 ± 2,09	> 0,05
Tăng TG, n (%)		107 (41,2)	84 (42,4)	23 (37,1)	> 0,05
RLLP máu, n (%)		182 (70,0)	143 (72,2)	39 (62,9)	> 0,05

* Nhận xét:

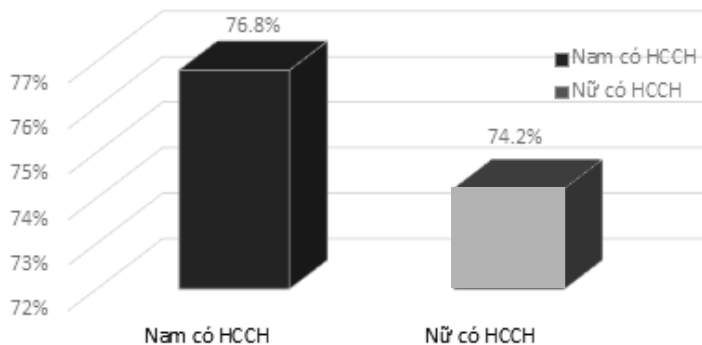
Ti lệ RLGMLĐ và RLLP máu ở bệnh nhân THA lần lượt là: 73,5% và 70,0%

Nồng độ glucose, TC, HDL-c, LDL-c và TG, và tỉ lệ RLGMLĐ, RLLP chung và RLLP máu từng thành phần giữa hai nam và nữ không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát



Biểu đồ 2. Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân THA theo giới



* Nhận xét: Tỉ lệ có HCCH ở bệnh nhân THA nguyên phát là 76,2%; nam có HCCH (76,8%) cao hơn so với nữ

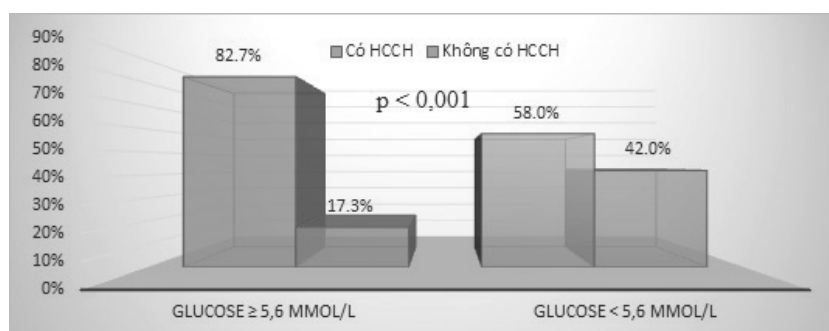
có HCCH (74,2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có thừa cân và béo (BMI≥23 kg/m²)

Chỉ số BMI	Nhóm	Có HCCH (n=198)	Không HCCH (n=62)
BMI ≥ 23 kg/m ² , n (%)		104 (76,5)	32 (23,5)
BMI < 23 kg/m ² , n (%)		94 (75,8)	30 (24,2)
OR, p		OR = 1,34 (CI: 1,12 – 1,84); p < 0,05	

* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm THA thừa cân và béo (75,8%) có ý nghĩa thống kê p < 0,05; với tỉ suất chênh OR = 1,34 (CI: 1,12-1,84).

Biểu đồ 3. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có RLGM.



* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm THA có RLGM (82,7%) có ý nghĩa thống kê p < 0,001; với tỉ suất chênh OR = 3,47 (CI: 1,89-6,37).

Bảng 4. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có tăng Cholesterol máu

Cholesterol máu	Nhóm	Có HCCH (n=198)	Không HCCH (n=62)
Có tăng Cholesterol máu, n (%)		51 (86,4)	8 (13,6)
Không tăng Cholesterol máu, n (%)		147 (73,1)	54 (26,9)
OR, p		OR = 2,34 (CI: 1,04 – 5,25) p < 0,05	

* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm THA tăng Cholesterol máu (86,4%) có ý nghĩa thống kê p < 0,05; với tỷ suất chênh OR=2,34 (CI: 1,04-5,25).

Bảng 5. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có giảm HDL-C máu

HDL-C máu	Nhóm	Có HCCH (n=198)	Không HCCH (n=62)
Có giảm HDL-C máu, n (%)		102 (95,3)	5 (4,7)
Không giảm HDL-C máu, n (%)		96 (62,7)	57 (37,3)
OR, p		OR = 12,11 (CI: 4,66 – 31,50) p < 0,001	

* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm THA giảm HDL-C máu (95,3%) có ý nghĩa thống kê p < 0,001; với tỷ suất chênh OR=12,11 (CI: 4,66-31,50).

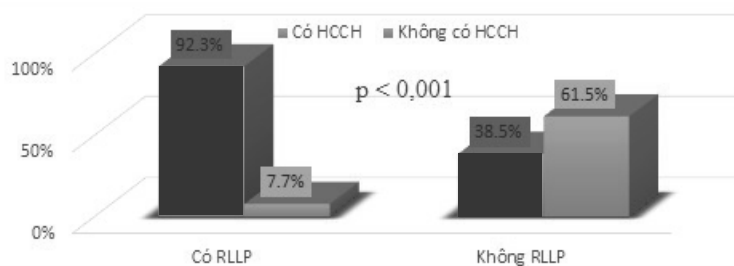


Bảng 6. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có tăng Triglyceride

Triglyceride	Nhóm	Có HCCH (n=198)	Không HCCH (n=62)
Có tăng TG, n (%)		106 (99,1)	1 (0,9)
Không tăng TG, n (%)		92 (60,1)	61 (39,9)
OR, p		OR = 70,28 (CI: 9,55 – 517,04) p < 0,001	

* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm THA có tăng Triglyceride máu (99,1%) cao hơn so với nhóm không tăng Triglyceride máu (60,1%) có ý nghĩa thống kê p < 0,001; với tỉ suất chênh OR = 70,28 (CI: 9,55-517,04).

Biểu đồ 4. Tỷ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có RLLP máu.



* Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm có RLLP máu (92,3%) cao hơn so với nhóm không RLLP máu (38,5%) có ý nghĩa thống kê p < 0,001; với tỉ suất chênh OR = 19,20 (CI: 9,43-39,09).

IV. BÀN LUẬN

Những năm gần đây, tỷ lệ có HCCH đang tăng nhanh ở nhiều quốc gia, ở các nước phát triển cũng như ở các nước đang phát triển, ở thành phố cũng như ở vùng nông thôn. Sự tăng trưởng của HCCH thường song hành với bệnh ĐTĐ tít 2 và BTM đang gia tăng ở khắp mọi nơi trên thế giới. Từ vong do BTM, ĐTĐ tít 2 và những chi phí dành cho hai bệnh này đang là gánh nặng kinh tế cho các quốc gia [1].

Theo nhiều nghiên cứu thì tỷ lệ có HCCH ở các nghiên cứu thường không giống nhau, tỷ lệ có HCCH khác nhau theo các tiêu chuẩn chẩn đoán, khác nhau giữa các chủng tộc và vùng địa lý. Nhưng nhìn chung, các nghiên cứu đều nhất trí rằng béo là một trong những nguyên nhân quan trọng hàng đầu của HCCH; tỷ lệ có HCCH tăng theo độ tuổi và ở giới nữ có HCCH cao hơn so với giới nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở 260 bệnh nhân THA thấy tỉ lệ có HCCH là: 76,2%; tỉ lệ bệnh nhân THA nam có HCCH (76,8%) cao hơn so với tỉ lệ bệnh nhân THA nữ có HCCH (74,2%), tuy nhiên sự khác

biệt này không có ý nghĩa thống kê p > 0,05. Lê Hoài Nam (2005) nghiên cứu 952 bệnh nhân THA nguyên phát (độ tuổi từ 40 - 70) theo tiêu chuẩn của NCEP áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương thì tỷ lệ có HCCH ở đối tượng này là 51,4%, tỷ lệ có HCCH ở giới nữ cao hơn so với giới nam (lần lượt là: 60,1% và 41,9% với p < 0,001) [5]. Trần Hữu Dàng (2005) nghiên cứu trên 152 bệnh nhân THA nguyên phát theo tiêu chuẩn của NCEP thì tỷ lệ có HCCH là 53,3%, trong đó tỷ lệ có HCCH ở nam giới (36,6%) thấp hơn so với giới nữ (72,9%) với p < 0,05 [2]. Su CH và CS (2011), nghiên cứu HCCH ở 3472 bệnh nhân THA có độ tuổi từ 55-80 năm thấy HCCH theo tiêu chuẩn NCEP và IDF lần lượt là: 73,13% và 54,67%. Thừa cân và béo, béo bụng là YTN hàng đầu của HCCH. Ford ES (2002) thấy ở phụ nữ béo bụng thì tỷ lệ có HCCH theo NCEP là 46%. Toan C Nguyen và CS (2007) nghiên cứu HCCH ở bệnh nhân THA theo tiêu chuẩn IDF áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương thấy tỉ lệ HCCH tăng dần theo phân độ chỉ số BMI (18,5-20,9; 21-22,9; 23-24,9 và ≥ 25 kg/m²) lần lượt là: 12,6%; 47%; 67,4% và 87,8% có ý nghĩa thống kê p < 0,001. Su CH và CS (2011) thấy tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân béo bụng theo NCEP và IDF lần lượt là: 74,9% và 71,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trước

đây thấy tỉ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (thừa cân và béo) chiếm 76,5% cao hơn so với tỉ lệ HCCH ở nhóm bệnh nhân THA có BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ (75,8%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; với tỉ suất chênh OR = 1,34 (CI: 1,12-1,84). Nhiều nghiên cứu nhận định sự bất thường trong sự hằng định lượng glucose máu ở những người bị HCCH là một vấn đề quan trọng. Chính vì vậy, ĐTD là một trong những giá trị đánh giá nguy cơ cao bệnh ĐMV riêng biệt, các bằng chứng cũng chỉ ra rằng những người có đường huyết ở giới hạn cao có nguy cơ mắc BTM [1]. Kết quả của nghiên cứu thấy tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA có glucose $\geq 5,6 \text{ mmol/L}$ (82,7%) cao hơn so với tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA có glucose $< 5,6 \text{ mmol/L}$ (58,0%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$; với tỉ suất chênh OR = 3,47 (CI: 1,89-6,37). Kết quả của nghiên cứu phù hợp với kết quả của nghiên cứu Su CH và CS (2011) thấy tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA có tăng glucose máu là: 65,6% (trong đó: nam và nữ có HCCH là: 64,5 và 66,6%). Mulé G và CS (2007) nghiên cứu HCCH ở 528 bệnh nhân THA thấy tỉ lệ HCCH ở nhóm tăng glucose (40,2%) cao hơn so với nhóm tăng glucose (17,3%) với $p < 0,001$. Như vậy, RLGGM không chỉ là tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán HCCH, là yếu tố nguy cơ cao trong bệnh mạch vành, ngoài ra một số nghiên cứu còn thấy nó làm giảm biến thiên nhịp ngày đêm của huyết áp ở bệnh nhân THA có HCCH. Hoàng Trung Vinh (2005) nghiên cứu về HCCH ở bệnh nhân THA thông qua việc làm biện pháp dung nạp glucose nhận thấy trong số giảm dung nạp glucose thì 88,33% trường hợp có HCCH [10].

RLLP máu có mối liên quan chặt chẽ đến HCCH. Ở người có HCCH thường gây tăng insulin, làm tăng giải phóng các acid béo tự do trong tuần hoàn, làm tăng vữa xơ động mạch gây THA. Chính vì vậy, trong các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH như: WHO, NCEP, IDF... các tiêu chí thành phần RLLP máu không thể thiếu trong các tiêu chuẩn. Trong đó, TG và HDL-c là hai tiêu chuẩn được các nghiên cứu thường sử dụng. Stroup TS (2004)

thấy tỉ lệ có HCCH chiếm 64% ở người có RLLP máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA có RLLP máu (92,3%) cao hơn so với tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA không RLLP máu (38,5%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$; với tỉ suất chênh OR = 19,20 (CI: 9,43-39,09). Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu Su CH và CS (2011) thấy tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA nguyên phát có tăng TG máu là: 34,7% (nam, nữ lần lượt là: 36,4% và 33,1%); ở nhóm giảm HDL-c thì tỉ lệ HCCH là: 69,7% (nam, nữ lần lượt là: 72,6% và 66,9%). Mulé G và CS (2007) nghiên cứu HCCH ở 528 bệnh nhân THA thấy tỉ lệ HCCH ở nhóm tăng TG và giảm HDL-c (50,0% và 69,6%) cao hơn so với nhóm không tăng TG và không giảm HDL-c (20,8% và 34,5%) với $p < 0,001$. Sự phát triển kinh tế nhanh của đất nước trong những năm gần đây đã tạo ra sự sung túc trong đời sống nhân dân đặc biệt ở các thành thị lớn của đất nước như Hà Nội, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng... Hiểu biết về sự phát triển HCCH ở bệnh nhân THA sẽ giúp các bác sỹ lâm sàng và bệnh nhân THA có những giải pháp hữu ích để kiểm soát và khống chế HCCH đang gia tăng nhanh nhằm giảm tỉ lệ bệnh tim mạch nói chung, bệnh mạch vành nói riêng và đem lại tuổi thọ cho người bị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu HCCH ở 260 bệnh nhân THA đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 175, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

Tỉ lệ HCCH là: 76,2%; tỉ lệ HCCH ở nam (76,8%) thấp hơn so với nữ (74,2%) với $p > 0,05$.

Tỉ lệ HCCH ở nhóm có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (76,5%) cao hơn so với nhóm có BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ (75,8%) với $p < 0,05$; OR = 1,34 (CI: 1,12-1,84).

Tỉ lệ HCCH ở nhóm có rối loạn glucose máu (RLGGM); rối loạn lipid (RLLP) máu (82,7%; 92,3%) cao hơn so với nhóm không RLGMLĐ; RLLP máu (58,0%; 38,5%) với $p < 0,001$; OR = 3,47 (CI: 1,89-6,37); 19,20 (CI: 9,43-39,09).



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2006), Bệnh đái tháo đường-tăng glucose máu-, NXB Y học, Hà Nội.
2. Trần Hữu Dàng (2005), Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, Tạp chí Y học Thực hành số 507-508, tr. 53-57.
3. Trần Văn Huy (2007), “Béo phì trong hội chứng chuyển hóa”, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 46, tr. 36-45.
4. Hội Tim mạch học Việt Nam (2010), “Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn”, Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006 - 2010, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.1-52.
5. Lê Hoài Nam (2005), Tần suất hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp, Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Hội nghị Tim mạch học toàn quốc miền Trung mở rộng lần thứ 3, Tạp chí Tim mạch học số 41, tr. 93-9.
6. Nguyễn Quang Quyền (1974), Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội, Tr. 55-79.
7. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Thái Sơn, Nguyễn Ngọc Quang và CS (2003), Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001- 2002, Tạp chí Tim mạch học số 33, tr. 9-34.
8. Chu Anh Tùng (2005), Nghiên cứu tình trạng dung nạp glucose ở những người có yếu tố nguy cơ vừa xơ động mạch, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
9. Nguyễn Văn Tuấn (2008), Phương pháp ước tính cỡ mẫu, Y học thực chứng, Nhà xuất bản Y học, tr. 75106.
10. Hoàng Trung Vinh, Quách Hữu Trung (2005). “Nghiên cứu hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân tăng huyết áp”. Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học Đại hội Hội Nội tiết và Đái tháo đường quốc gia Việt Nam lần thứ 3, tháng 4/2005 tại Huế. Tạp chí Y học Thực hành số 507508, tr. 427-32.

TÌNH TRẠNG LO ÂU CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA NĂM 2018

Nguyễn Trí Độ¹, Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên **510 đối tượng** là người bệnh nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá lo âu trong bệnh viện HADS-A. Đã sử dụng hồi quy logistic để phân tích yếu tố liên quan. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng lo âu và một số yếu tố liên quan. **Kết quả** cho thấy: Tỷ lệ lo âu chung trong số đối tượng nghiên cứu là 43,1% (27,6% lo âu mức độ nhẹ, 15,5% lo âu rõ rệt). Nam lo âu nhiều hơn nữ (44,8% so với 39,5%; $p > 0,05$). Học vấn cao hơn, lo âu nhiều hơn (56,8% so với 41,8%, $p < 0,05$). Chi phí cao hơn, lo âu nhiều hơn (47,1% so với 34,4%; $p < 0,05$).

Bệnh càng nặng (tình trạng di căn) lo âu càng nhiều ($P < 0,05$). Nhóm có kết quả điều trị càng kém tỷ lệ lo âu càng nhiều (27,2% ở nhóm kết quả tốt, 66,7% ở nhóm kết quả xấu đi; $p < 0,01$). Mức chi phí trong 1 tháng (trả phí cho bệnh viện ≥ 3 triệu) làm tăng lo âu so với nhóm chi trả thấp hơn ($OR_{adj} = 1,8$; $p < 0,05$). Tiến triển không tốt tỷ lệ lo âu nhiều hơn so với nhóm có tiến triển tốt ($OR_{adj} = 2,66$; $p < 0,01$). Tiến triển xấu đi cũng làm tăng lo âu rõ rệt ($OR_{adj} = 5,34$, $p < 0,001$). Tình trạng bệnh phòng chật trội làm tăng lo âu của người bệnh ($OR_{adj} = 2,0$, $p < 0,05$). Người bệnh trong bệnh viện lo âu ảnh hưởng đến những bệnh nhân khác (OR_{adj} từ 4,7 đến 11,8; $p < 0,01$). Những yếu tố nhân khẩu, loại ung thư, thái độ của nhân viên y tế, niềm tin vào thầy thuốc chưa thấy có ảnh hưởng rõ rệt đến tình trạng lo âu của người bệnh. **Kết luận:** Tại bệnh viện tuyến tỉnh, tỷ lệ người bệnh lo âu cao hơn ở bệnh viện tuyến trung ương. Các yếu tố liên quan đến lo âu là: học vấn, chi phí, tình trạng bệnh và môi trường bệnh viện.

Từ khóa: Lo âu, ung thư

ABSTRACT:

STUDY ON THE ANXIETY CONDITIONS OF CANCER INPATIENTS AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL IN 2018

Objective: Describe the anxiety conditions of cancer patients at *Thanhhoa Oncology Hospital* in 2018. **Methods:** Using the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS-A) to directly interview 510 inpatients with cancer, using cross-sectional survey. **Results:** The proportion of subjects experiencing anxiety symptoms was 43.1% , 27.5% of which were mild anxiety, 15.5% of which were clear anxiety following HADS-A scale. Logistic regression was used in analyzing the related factors.

The prevalence of anxiety in the study population was 43.1% (27.6% of mild anxiety, 15.5% of severe anxiety).

Men were more anxious than women (44.8% versus 39.5%; $p > 0.05$). Higher education, higher anxiety (56.8% versus 41.8%, $p < 0.05$). Higher hospital fees, more anxiety (47.1% vs. 34.4%; $p < 0.05$). The more severity (metastatic status) the higher prevalence of anxiety ($P < 0.05$). The better results of treatment lowering the prevalence of anxiety (27.2% in the good, 66.7% in the worse, $p < 0.5$). Anxiety is closely related to household economic status ($p < 0.01$). One month hospital fees (> 3 million) increased anxiety compared to the lower paid group ($OR_{adj} = 1.8$; $p < 0.05$). The richer is less anxious than the poor ($OR_{adj} = 2.66$; $p < 0.01$). Worsening of ward condition also increased anxiety of patients ($OR_{adj} = 5.34$, $p < 0.001$).

Patients with congestive disease increased the anxiety of patients ($OR_{adj} = 2.0$, $p < 0.05$). Patients in hospital affect to other patients. The more affected group was higher anxious than non affected once (OR_{adj} from 4.7 to 11.8, $p < 0.01$).

Conclusion: At the Thanhhoa Oncology Hospital, the prevalence of anxiety among inpatients was higher than the once in central hospitals. Factors related to anxiety were: education, household economic conditions, disease progression, other patients, and conditions of ward.

Keywords: Anxiety, cancer.

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Điện thoại: 0988765358, Email: nguyendobvt@gmail.com

2. Khoa Khoa học sức khỏe, Trường đại học Thăng Long

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ung thư đang là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới với tốc độ gia tăng đáng báo động [1]. Theo nghiên cứu về gánh nặng ung thư của Tổ chức đánh giá gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD), năm 2013 trên thế giới có 14,9 triệu ca mới mắc trong đó 8,2 triệu người chết vì ung thư chiếm 15% nguyên nhân trong tất cả các trường hợp tử vong [2]. Người ta dự đoán rằng sau 2 thập kỉ nữa, sẽ có khoảng 20 triệu người mới mắc ung thư và hơn 10 triệu người chết vì căn bệnh này mỗi năm [3]. Tại Việt Nam, theo báo cáo chung tổng quan ngành Y tế 2014 của Bộ Y tế, mỗi năm ước tính có 125.000 trường hợp mới mắc và hơn 80.000 người chết vì ung thư. Hơn nữa, tại Việt Nam, tỉ lệ mắc ung thư tăng nhanh và hơn 70% số BN đến khám chữa đều đã ở giai đoạn III hoặc IV [4].

Với BN ung thư, bên cạnh việc đối mặt với các vấn đề về đau đớn thể xác thì những tổn thương về tinh thần, lo lắng, căng thẳng cũng là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Lo âu, trầm cảm có thể mang đến những tác động tiêu cực với BN ung thư về cả tình trạng chức năng, chất lượng cuộc sống, thời gian nằm viện và hiệu quả điều trị do đó việc đánh giá đúng mức và điều trị những rối loạn này là rất quan trọng [5]. Tuy nhiên tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã được tiến hành ở bệnh viện trung ương [7] [7b] nhưng với bệnh viện tuyến tỉnh nói chung cũng như ở Thanh Hóa hiện chưa có nghiên cứu nào. Đặc điểm cộng đồng cũng như nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến tình trạng lo âu của người bệnh rất cần hiểu biết một cách thấu đáo để chăm sóc người bệnh ung thư cũng như tăng chất lượng sống của người mắc chứng bệnh nguy hiểm này. Từ đây chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu (1) Xác định mức độ lo âu của bệnh nhân ung thư; (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ 03/2018 đến 09/2018.

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

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa đã được chẩn đoán xác định bất kỳ loại ung thư nào, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

1.4.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể cho cỡ mẫu tối thiểu cộng thêm 10%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 510

1.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

2.5.1. Công cụ thu thập thông tin: Thông tin thu thập qua bộ câu hỏi có sẵn với thang tự đánh giá lo âu HADS -A.

2.5.2. Kỹ thuật thu thập thông tin: Phỏng vấn bệnh nhân theo bộ câu hỏi HADS-A, phiên bản tiếng Việt. Các đặc điểm bệnh thu thập từ bệnh án.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được làm sạch được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các test thống kê phân tích được sử dụng: T test, χ^2 và logistic regression.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của lãnh đạo bệnh viện. Đối tượng tự nguyện tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu

Điểm lo âu của đối tượng nghiên cứu:

Theo thang HADS-A, điểm lo âu trung bình của các ĐTN là 7.22 (SD: 3.82). Trung vị điểm lo âu cao nhất là 7.0. Tổng số người có lo âu (tổng điểm >7) là 219 người chiếm 43.1%, trong đó 27.6% là lo âu mức độ nhẹ: 15.5% lo âu vừa và nặng.

Bảng 1. Tỷ lệ lo âu và yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố liên quan	Lo âu SI (%)		OR _{adj.}	95%CI
	Có	Không		
Giới				
- Nam	158 (44.8)	195 (55.2)	1	
- Nữ	62 (39.5)	95 (60.5)	1.2	0.78-1.73
Các nhóm tuổi				
20 – 39	12 (50.0)	12 (50.0)	1.34	0.57-3.15
40 – 49	33 (48.1)	46 (58.2)	1.43	0.61-3.40
50 – 59	78 (42.2)	107 (58.2)	1.38	0.55-3.48
≥60	97 (43.7)	125 (56.3)	1	
Tình trạng hôn nhân				
- Đang sống cùng vợ/chồng	205 (44.4)	257(55.6)	1.80	0.94-3.47
- Độc thân/ly dị/ly hôn	15(31.2)	33(68.8)	1	
Trình độ học vấn				
- Dưới đại học	195 (41.8)	271 (58.2)	1	
- Đại học+	25 (56.8)	19 (43.2)	0.54	0.28-1.04
Nghề nghiệp				
- Nông dân	101(41.9)	140 (58.1)	0.99	0.68-1.43
- Nghề khác	119(44.2)	150 (55.8)	1	
Chung	220(43.3)	290(56.9)		

Nam có xu hướng lo âu nhiều hơn nữ. Tuổi thấp lo âu nhiều hơn nhóm >50. Người sống cùng gia đình, học vấn cao lo âu nhiều hơn. Nông dân ít lo âu hơn nghề khác.



Bảng 2. Tỷ lệ lo âu và yếu tố kinh tế, HBYT

Yếu tố liên quan	Lo âu SI (%)		OR _{adj.}	95%CI
	Có	Không		
Bảo hiểm y tế				
- Có	215 (42.7)	288 (57.3)	0.20	0.04-1.10
- Không	5 (71.4)	2 (28.6)	1	
Điều kiện kinh tế gia đình				
- Nghèo	45 (37.5)	75(62.5)	0.73	0.43-1.24
- Cận nghèo	80 (49.4)	82 (50.6)	0.51	0.31-0.85
- Không nghèo	95 (41.7)	133(58.3)	1	
Trung bình viện phí/tháng (VND)				
>= 3 tr.đ.	165 (47.1)	185(52.9)	1.84	1.23-2.76
< 3 tr.đ.	55 (34.4)	105 (65.6)	1	
Khả năng chi trả				
- Trả hoàn toàn	82 (40.8)	119 (52.9)	1	
- Phải vay	123 (43.8)	158 (56.2)	0.98	0.63-1.51
- Vay hoàn toàn	15 (53.6)	13(46.4)	0.54	0.32-1.10

Bảng 2 cho thấy: Người bệnh thuộc hộ cận nghèo có tỷ lệ lo âu cao nhất (49.4%). Người phải trả phí cao, tỷ lệ lo âu nhiều hơn nhóm trả phí thấp dưới 3 triệu đồng/tháng

(47.1% so với 34.4% , p <0.05). Người có khả năng chi trả thấp có xu hướng lo âu nhiều hơn .

Bảng 3. Tỷ lệ lo âu và đặc điểm bệnh

Yếu tố liên quan	Lo âu SI (%)		OR _{adj.}	95%CI
	Có	Không		
Loại ung thư				
Phổi	34 (34.7)	64 (65.3)	1	
Gan	7(38.9)	11 (61.1)	0.70	0.24-2.06
Đường tiêu hóa	105(49.8)	106(50.2)	0.57	0.33-1.00
Đầu- cổ	26(35.6)	47(64.4)	0.97	0.51-1.84
Vú	27(43.5)	35(56.5)	0.71	0.35-1.44
Cổ tử cung	1 (9.1)	10 (90.9)	5.27	0.63-44.19
Khác	20 (51.1)	17 (48.9)	0.50	0.22-1.13
Tình trạng di căn				
Nhiều và xa	49 (46.7)	56(53.3)	0.99	0.62-1.56
Ít và gần	139 (45.9)	164 (54.1)	1.96	1.08-3.09
Khư trú, tại chỗ	32 (31.4)	70 (68.6)	1	
Các phương pháp điều trị				
Hóa chất	98(40.3)	145(59.7)	1	
Xạ trị	103(41.2)	147(58.8)	1.11	0.22-1.96
Phẫu thuật	79(51.3)	75(48.7)	1.02	0.34-3.04
Kết hợp	63 (44.4)	79 (55.6)	1.29	0.42-3.99
Kết quả điều trị				
Tốt	31(27.2)	83(72.8)	1	
Trung bình	135(42.9)	180(57.1)	2.66	1.59-4.45
Kém, xấu đi	54(66.7)	27(33.3)	5.34	2.87-9.93
Thời gian mang bệnh				
Dưới 6 tháng	127 (47.4)	141(52.6)	1	
6 tháng trở lên	93 (38.4)	149(61.6)	1.96	1.00-2.11

Kết quả bảng 3 cho thấy: Các loại ung thư khác nhau có tỷ lệ lo âu khác nhau nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (từ 9.1% đến 51.1%, $p>0.05$). Nhận thấy xu hướng tăng tỷ lệ lo âu đi kèm với tình trạng di căn, xu hướng phương pháp điều trị hóa chất ít gây lo âu hơn các phương pháp khác và phối hợp các phương pháp điều trị. Kết quả điều trị càng kém tỷ lệ lo âu càng cao

và là yếu tố nguy cơ rõ rệt, kết quả điều trị tiến triển tốt so với đối tượng kết quả điều trị trung bình (27.2% so với 42.9%, OR hiệu chỉnh = 2.26, $p<0.05$) và ở nhóm kết quả điều trị kém hoặc xấu đi (tỷ lệ lo âu 66.7%, OR = 5.34 , $p<0.05$)

Người mới mắc bệnh lo âu nhiều hơn nhóm mắc bệnh trên 6 tháng (47.4% so với 38.4%, OR = 1.96, $p<0.05$)



Bảng 4. Tỷ lệ lo âu và một số yếu tố khác

Yếu tố liên quan	Lo âu SI (%)		OR _{adj.}	95%CI
	Có	Không		
Chịu ảnh hưởng của NB khác				
- Ít	42(23.2)	139(76.8)	1	
- Trung bình	112(45.5)	134(54.5)	11.4	5.91-22.10
- Nhiều	66(79.5)	17(20.5)	4.7	2.54-8.69
Điều kiện bệnh phòng				
- Rất tiện nghi	18(27.3)	48(72.8)	1	
- Thuận tiện	111(41.1)	159(58.9)	2.1	1.05-4.18
- Tồi tàn, kém	91(52.3)	83(47.7)	1.2	0.81-1.91
Thái độ ứng xử của nhân viên				
Tốt	188(41.5)	266(58.5)		
Không tốt lắm	25(54.3)	21(45.7)	2.8	0.71-10.78
Kém	7(63.3)	4(36.4)	2.4	0.52-10.86
Niềm tin vào thầy thuốc				
- Tốt	142(36.7)	245(63.3)		
- Không tốt lắm	73(62.4)	44(37.6)	1.6	0
- Không tin tưởng	5(83.3)	1(16.7)	6.9	0

Kết quả bảng 4 cho thấy trong bệnh viện tác động của bệnh nhân này đối với bệnh nhân khác lên tình trạng lo âu là rất rõ rệt. Tỷ lệ lo âu tăng dần theo mức độ ảnh hưởng (từ 23,2% đến 79.5, OR từ 4.7 đến 11.4, $p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 510 BN tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 69.2% và nữ giới là 30.8%. Nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ BN bị ung thư ống tiêu hóa là cao nhất, tiếp theo là các loại ung thư phổi, ung thư vú và ung thư gan, kết quả này cũng giống với các báo cáo về những loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới và nữ giới trên thế giới và ở Việt Nam [8] [9]. Tỉ lệ đối tượng bị di căn ở các mức độ khác nhau tương tự với Báo cáo tổng quan của Bộ Y tế 2014 [4]. Khác với kết quả nghiên cứu ở bệnh viện trung ương, bệnh viện ung thư tuyến tinh thu nạp người bệnh mới phát hiện bệnh cao hơn, nhóm mắc bệnh dưới 6 tháng

là 268 người (chiếm 52.2%) so với kết quả nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai là 73,92% [7b]

Kết quả trong bảng 1 cho thấy 43.3% số đối tượng bị lo âu (ở mức nhẹ và rõ), khá tương đồng với nghiên cứu của Zabora và cộng sự năm 2001 [10], tuy nhiên tỉ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của T. T. Phương tại Bệnh viện K năm 2014 và của T.P. Thảo nghiên cứu ở Khoa ung bướu Bệnh viện Bạch Mai [7] [7b]. Điều này có thể giải thích về đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế gia đình của người bệnh ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh không giống nhau như đã bàn ở trên. Thêm vào đó, đối tượng ở bệnh viện tỉnh gồm trên 50% mới phát hiện trong vòng 6 tháng nên chưa qua giai đoạn khủng hoảng và lo âu nhiều hơn so với nhóm đã được phát hiện lâu hơn 6 tháng như kết quả trong bảng 3 của nghiên cứu này.

Nghiên cứu này chưa cho thấy các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ lo âu (Bảng 1), khác với

kết quả của T.P. Thảo và cộng sự nữ giới có tỉ lệ lo âu cao hơn ở nam giới cũng như khác với các nghiên cứu khác và những tổn thương tâm lý cũng thường gặp ở nữ hơn là nam [7] [11]. Nghiên cứu này cũng cho thấy sự khác nhau về trình độ học vấn đến tình trạng lo âu nhưng sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$. Điều này khác với kết quả nghiên cứu của Hong JS và cộng sự năm 2013 [12] và H.T.Thảo 2016 nghiên cứu ở Hà Nội. Có thể thấy đối tượng nghiên cứu ở đây trên 50% là nông dân, nhóm có tỷ lệ lo âu nhiều hơn các nghề khác mà nông dân là nhóm có học vấn thấp hơn nghề khác.

Về mối liên quan của tình trạng kinh tế và hỗ trợ xã hội, nhóm có BHYT tỉ lệ lo âu thấp hơn so với nhóm không có BHYT, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của T.T. Phương và T.P.Thảo [7] [7b] ở bệnh viện tuyến trung ương và nghiên cứu của Sellick năm 2007 [13]. Những BN có hoàn cảnh gia đình thuộc hộ nghèo, cận nghèo lo âu nhiều hơn so với các đối tượng không nghèo, BN phải trả chi phí điều trị trung bình hàng tháng ≥ 3 triệu đồng cũng lo âu nhiều hơn so với BN phải chi trả thấp hơn, người phải vay nợ toàn bộ hoặc vay nợ một phần cũng có tỉ lệ lo âu cao hơn so với BN không phải vay nợ cho điều trị. Tất cả những sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê và có thể giải thích do điều trị ung thư là một quá trình tốn kém với chi phí điều trị lớn. Những BN nghèo, không đủ khả năng chi trả phải vay nợ và cuộc sống ngày càng khó khăn hơn, họ sẽ phải đối mặt với những lo lắng về bệnh tật, sức khỏe và chi phí điều trị cũng như các khoản chi phí rất tốn kém khác ngoài viện phí.

Bệnh nặng hay mức độ di căn ảnh hưởng khá rõ đến tỷ lệ lo âu, tỷ lệ lo âu ở nhóm chưa di căn thấp hơn so với nhóm có di căn gần và di căn xa (tỷ lệ tương ứng là 33.4%, 45.4% và 46.7%, $p > 0.05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Patricia A và cộng sự năm 2002 [14] và H.T.Thảo trên bệnh nhân ở Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả điều trị tiến triển tốt so với đối tượng kết quả điều trị trung bình (27.2% so với 42.9%, $OR_{adj} = 2.26$, $p < 0.05$) và ở nhóm kết quả điều trị kém hoặc xấu đi (tỷ lệ lo âu 66.7%, $OR_{adj} = 5.34$, $p < 0.05$). Người mới mắc bệnh lo âu nhiều hơn nhóm mắc bệnh trên 6 tháng (47.4% so với 38.4%, $OR_{adj} = 1.96$, $p < 0.05$), đây là phản ứng khá thường gặp, sau đó ổn định dần. Nghiên cứu này chưa có số liệu về tình trạng tâm lý trước tử vong, nhưng tất nhiên đến giai

đoạn cuối của bệnh tình trạng lo âu sẽ lại tăng lên.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tác động của bệnh nhân này với bệnh nhân khác lên tình trạng lo âu là rất rõ rệt. Tỷ lệ lo âu tăng dần theo mức độ ảnh hưởng (từ 23,2% đến 79,5, OR_{adj} từ 4,7 đến 11,4, $p < 0,05$). Tỷ lệ lo âu tăng theo mức không tiện nghi của bệnh phòng (tỷ lệ lo âu tăng từ 27,3% lên 52,3%), OR_{adj} đều lớn hơn 1. Với công suất sử dụng giường bệnh ở tuyến tỉnh như hiện nay thường xấp xỉ 200%, việc nằm ghép và bệnh phòng chật trội là yếu tố làm tăng tỷ lệ lo âu của người bệnh cần sớm khắc phục.

V. KẾT LUẬN

1) Tình trạng lo âu trong đối tượng người bệnh ung thư tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Tỷ lệ lo âu chung trong số đối tượng nghiên cứu là 43,1% (27,6% lo âu mức độ nhẹ, 15,5% lo âu rõ rệt). Nam lo âu nhiều hơn nữ (44,8% so với 39,5%; $p > 0,05$)

Học vấn cao hơn, lo âu nhiều hơn (56,8% so với 41,8%, $p < 0,05$).

Chi phí cao hơn, lo âu nhiều hơn (47,1% so với 34,4%; $p < 0,05$).

Bệnh càng nặng (tình trạng di căn) lo âu càng nhiều ($P < 0,05$).

Nhóm có kết quả điều trị càng kém tỷ lệ lo âu càng nhiều (27,2% ở nhóm kết quả tốt, 66,7% ở nhóm kết quả xấu đi; $p < 0,01$)

2) Những yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của người bệnh ung thư:

Lo âu liên quan chặt chẽ đến tình trạng kinh tế hộ gia đình ($p < 0,01$). Mức chi phí trong 1 tháng (trả phí cho bệnh viện ≥ 3 triệu) làm tăng lo âu so với nhóm chi trả thấp hơn ($OR_{adj} = 1,8$; $p < 0,05$). Tiến triển không tốt tỷ lệ lo âu nhiều hơn so với nhóm tiến triển tốt ($OR_{adj} = 2,66$; $p < 0,01$). Tiến triển xấu đi cũng làm tăng lo âu rõ rệt ($OR_{adj} = 5,34$, $p < 0,001$).

Tình trạng bệnh phòng chật trội làm tăng lo âu của người bệnh ($OR_{adj} = 2,0$, $p < 0,05$).

Người bệnh trong bệnh viện lo âu ảnh hưởng đến những bệnh nhân khác. Nhóm bị ảnh hưởng lo âu nhiều hơn (OR_{adj} từ 4,7 đến 11,8; $p < 0,01$).

Những yếu tố nhân khẩu, loại ung thư, thái độ của nhân viên y tế, niềm tin vào thầy thuốc chưa thấy có ảnh hưởng rõ rệt đến tình trạng lo âu của người bệnh.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernard W.S. and Christopher P.W., *World Cancer Report 2014*. 2014: International Agency for Research on Cancer, Lyon.
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, *The Global Burden of Cancer 2013*. JAMA Oncology 2015. **1**(4): p. 505-527.
3. Soerjomataram I., Lortet - Tieulent J., and Parkin D.M., *Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability - adjusted life - years in 12 world regions*. Lancet, 2012. **380**(9856): p. 1840 - 1850.
4. Bộ Y tế, *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014*. 2015: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Malekian, A., A. Alizadeh, and Ahmadzadeh G.H., *Anxiety and Depression in Cancer Patients*. Journal of Research in Behavioural Sciences, 2007. **5**(2): p. 115-119.
6. Bredan T.C. and Roger G.K., *Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale*. General Hospital Psychiatry, 1993. **15**(2): p. 69-74.
7. Trương Thị Phương, *Mô tả tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân ung thư điều trị tại Bệnh viện K năm 2013 và một số yếu tố liên quan*. 2014, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y HN
- 7b. Trịnh Phương Thảo, Trương Việt Dũng. Nghiên cứu tình trạng lo âu của người bệnh ung thư tại Khoa Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai, 2015. Tạp chí YHTH, số 7.2016
8. World Health Organization, *Cancer Fact sheet N 297*. 2011: World Health Organization, Geneva.
9. International Agency for Research on Cancer, *Estimated cancer incidence mortality and prevalence worldwide in 2012: Population Fact Sheet for Vietnam*. 2014: GLOBOCAN 2012.
10. Zabora J., et al., *The prevalence of psychological distress by cancer site*. Psycho-Oncology, 2001. **10**(1): p. 19-28.
11. Spencer R., et al., *Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes*. Cancer, 2010. **116**(7): p. 1810-1819.
12. Hong J.S. and Tian J., *Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients*. Support Care Cancer, 2013. **22**(2): p. 453-459.
13. Sellick S.M. and Edwardson A.D., *Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale*. Psycho-Oncology, 2007. **16**(6): p. 534-542.
14. Patricia A., F.B. ParkerWalter, and Carl L.C., *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients*. Psycho-Oncology, 2003. **12**(2): p. 183-193.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ 15 - 49 TUỔI TẠI HUYỆN ĐÔNG SƠN, TỈNH THANH HÓA, NĂM 2018

Trịnh Thị Bình¹, Đỗ Thái Hòa², Kiều Thị Vân³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 206 phụ nữ từ 15 - 49 tuổi đến tư vấn/khám/sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản lần đầu tại trạm y tế xã/thị trấn hoặc phòng khám Trung tâm Y tế Đông Sơn; với mục tiêu mô tả thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15 - 49 tuổi và xác định một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 66,99%, trong đó viêm âm đạo - cổ tử cung cao nhất 49,28%; viêm âm hộ - âm đạo 11,59%; viêm âm hộ - âm đạo - cổ tử cung 14,49%; viêm cổ tử cung đơn thuần 17,39%; viêm âm đạo đơn thuần 7,25%; không có viêm âm hộ đơn thuần. Có mối liên quan giữa viêm nhiễm đường sinh dục dưới với học vấn; nguồn nước sinh hoạt; kiến thức về bệnh; vệ sinh bộ phận sinh dục, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh giao hợp; khám phụ khoa định kỳ với OR từ 2,61 - 5,47. Chưa tìm thấy có mối liên quan giữa viêm nhiễm đường sinh dục dưới với nhóm tuổi; tình trạng kinh tế; số con; tiền sử nạo/sảy thai; sử dụng biện pháp tránh thai. Kết quả nghiên cứu gợi ý triển khai truyền thông giáo dục sức khỏe về viêm nhiễm đường sinh dục dưới và tổ chức khám chiến dịch tại Y tế cơ sở định kỳ hàng năm.

Từ khóa: Viêm nhiễm đường sinh dục dưới, phụ nữ Đông Sơn.

SUMMARY:

PATTERNS AND SOME FACTORS RELATED TO INFANTS UNDER 15-49 YEARS IN DONG SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE, 2018

Cross-sectional descriptive study was conducted on 206 women aged 15-49 years who consulted/examined / used first-line reproductive health services at commune/ township health centers or clinics, Dong Son; The goal is to describe the situation of lower genital tract infections in women aged 15 to 49 and identify some related factors.

The results showed that the incidence of lower genital tract infections was 66,99%, of which vaginitis - the highest cervical was 49,28%; Inflammation of the vagina - Vagina 11,59%; vulvar - vagina - cervix 14,49%; cervical inflammation is only 17,39%; vaginitis alone 7,25%; There is no vulvar inflammation. There is a link between lower genital tract infections and: education; drinking water; disease knowledge; genitalization, menstrual hygiene, hygiene of sexual intercourse; Periodic gynecological examination with OR from 2.61 to 5,47. No correlation was found between lower genital tract infections: age group; economic status; number of children; history of abortion/miscarriage; use of contraception. Results of the study suggest implementation of health education and communication on lower genital tract infections and organization of campaigns at grassroots health annually.

Key words: Lower genital tract infections, Dong Son women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDĐ) là bệnh lý viêm nhiễm tại cơ quan sinh dục khá phổ biến chiếm 50% đối tượng (ĐT) nữ trong độ tuổi (15 - 49), chiếm 80% tổng số người bị bệnh phụ khoa; bệnh do quan hệ tình dục, nội sinh, thầy thuốc và có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác như thói quen vệ sinh, kiến thức, hành vi sức khỏe, nguồn nước... Bệnh dễ dẫn đến những di chứng như: Chửa ngoài dạ con, vô sinh, sảy thai, ung thư... ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt, khả năng lao động của phụ nữ [1]. Đông Sơn là huyện đồng bằng thuần nông; tỷ lệ hộ nghèo 1,03%; tổng số hộ gia đình 21.390 hộ; tổng số phụ nữ 15 - 49 tuổi 19.340 người, trong đó số phụ nữ 15 - 49 tuổi có chồng 12.994 người [7]. Trong những năm gần đây kinh tế, xã hội đã có bước phát triển, địa bàn chưa có nghiên cứu nào, công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe

1. Trung tâm Y tế huyện Đông Sơn

2. Sở Y tế Thanh Hóa

3. Học viện Quân Y

chưa được quan tâm. Để tìm hiểu một số yếu tố liên quan, tìm biện pháp phòng chống bệnh là điều hết sức cần thiết, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15 - 49 tuổi đến khám tại trạm y tế và phòng khám trực thuộc huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Đối tượng, địa điểm nghiên cứu:* Phụ nữ từ 15 - 49 tuổi đã có chồng đến tư vấn/khám/sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) lần đầu tại trạm Y tế xã/thị trấn hoặc phòng khám trực thuộc TTYT huyện Đông Sơn, Thanh Hóa

- *Thời gian nghiên cứu:* Từ 01/6 - 30/9/2018

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang có phân tích

- *Phương pháp nghiên cứu:* Phỏng vấn trực tiếp, khám lâm sàng

- *Cỡ mẫu:* Chọn mẫu toàn bộ phụ nữ từ 15 - 49 tuổi đã có chồng đến tư vấn/khám/sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) lần đầu tại địa điểm nghiên cứu từ ngày 01/6 - 30/9/2018, thực tế đã điều tra là 206 người.

- *Phân tích và xử lý số liệu:* Theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS, Epi Info.7.0 và các thuật toán thống kê thường dùng.

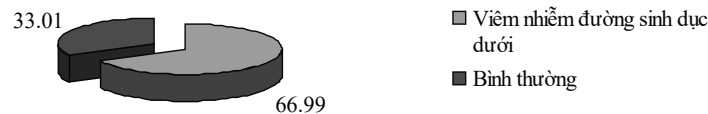
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Trong số 206 đối tượng nghiên cứu cho thấy: Nhóm tuổi 35 - 39 cao nhất (27,18%), không có đối tượng dưới 18 tuổi; học vấn từ trung học cơ sở (THCS) trở lên 83,50%; nông dân 84,95%; hộ nghèo, hộ cận nghèo 1,94%; sinh con thứ 3 trở lên 29,13%; có tiền sử nạo/sấy thai 24,27%; có sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) 88,35%; có sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh (NNHVS) 81,55%.

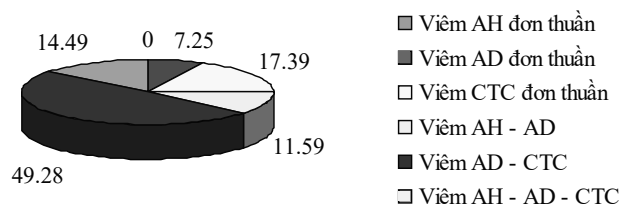
* *Thực trạng về viêm nhiễm đường sinh dục dưới của đối tượng nghiên cứu.*

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở đối tượng nghiên cứu (n = 206)



Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 66,99%.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở đối tượng nghiên cứu theo hình thái (n = 206)



Kết quả biểu đồ 2 cho thấy: Viêm âm đạo (AD) - Cổ tử cung (CTC) có tỷ lệ cao nhất 49,28%; viêm âm hộ (AH) - AD 11,59%; viêm AH - AD - CTC 14,49%; viêm CTC

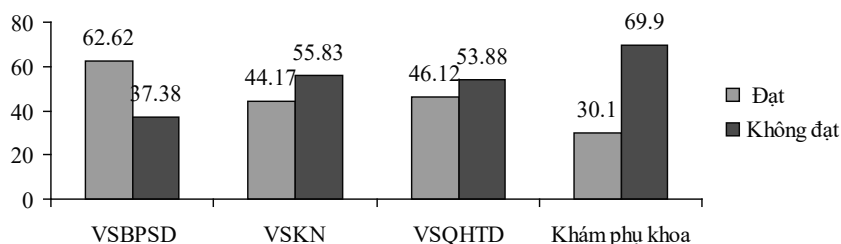
đơn thuần 17,39%; viêm AD đơn thuần 7,25%; không có viêm AH đơn thuần.

Biểu đồ 3. Thực trạng kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về viêm nhiễm đường sinh dục dưới (n = 206)



Kết quả biểu đồ 3 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về VNĐSSD đạt yêu cầu là 66,99%, không đạt yêu cầu là 33,01%.

Biểu đồ 4. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về phòng chống viêm nhiễm đường sinh dục dưới (n = 206)



Kết quả biểu đồ 4 cho thấy: Đối tượng có thực hành vệ sinh bộ phận sinh dục (VSBPSD) đạt chiếm tỷ lệ 62,62%; vệ sinh kinh nguyệt (VSKN), vệ sinh quan hệ tình dục (VSQHTD), khám phụ khoa (KPK) định kỳ đạt đều ở mức dưới 50%.
 * Một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở đối tượng nghiên cứu (n = 206)

Yếu tố liên quan		Viêm nhiễm đường sinh dục dưới		Không viêm nhiễm đường sinh dục dưới		OR (95%CI)
		SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	20 - 39	106	69,74	46	30,26	1,58 (0,83 - 3,02)
	15 - 19 và 40 - 49	32	59,26	22	40,74	
Nghề nghiệp	Nông dân	124	70,86	51	29,14	2,95 (1,35 - 6,430)
	Buôn bán, khác	14	45,16	17	54,84	
Trình độ học vấn	Mù chữ, tiểu học	28	82,35	06	17,65	2,63 (1,03 - 6,70)
	THSC trở lên	110	63,95	62	36,05	
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo, cận nghèo	03	75,00	01	25,00	1,49 (0,15 - 14,59)
	Các hộ đủ ăn trở lên	135	66,83	67	33,17	
Nguồn nước SH	Không hợp vệ sinh	32	84,21	06	15,79	3,12 (1,24 - 7,88)
	Hợp vệ sinh	106	63,10	62	36,90	
Số con	3 con trở lên	35	58,33	25	41,69	0,58 (0,31 - 1,09)
	1-2 con, chưa có con	103	70,55	43	29,45	
Số lần nạo/sấy thai	1 lần trở lên	28	56,00	22	44,00	0,53 (0,28 - 1,03)
	Chưa lần nào	110	70,51	46	29,49	
Sử dụng BPTT	Có sử dụng	124	68,13	58	31,87	1,53 (0,64 - 3,64)
	Không sử dụng	14	58,33	10	41,67	
Kiến thức về VNĐSDD	Không đạt yêu cầu	56	82,35	12	17,65	3,19 (1,57 - 6,48)
	Đạt yêu cầu	82	59,42	56	40,58	
Vệ sinh bộ phận SD	Không đạt yêu cầu	67	87,01	10	12,99	5,47 (2,59 - 11,58)
	Đạt yêu cầu	71	55,04	58	44,96	
Vệ sinh kinh nguyệt	Không đạt yêu cầu	90	78,26	25	21,74	3,22 (1,76 - 5,90)
	Đạt yêu cầu	48	79,28	23	20,72	
Vệ sinh khi QHTD	Không đạt yêu cầu	88	79,28	23	20,72	3,44 (1,87 - 6,34)
	Đạt yêu cầu	50	52,63	45	47,37	
Khám PK định kỳ	Không đạt yêu cầu	106	73,62	38	26,39	2,61 (1,40 - 4,86)
	Đạt yêu cầu	32	51,61	30	48,39	



Kết quả bảng 1 cho thấy, các yếu tố liên quan đến VNĐSDD gồm: Nghề nghiệp, trình độ học vấn, nguồn nước sinh hoạt, kiến thức về VNĐSDD, vệ sinh bộ phận sinh dục, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi QHTD, khám PK định kỳ. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa VNĐSDD với: Nhóm tuổi, tình trạng kinh tế, số con, số lần nạo/sấy thai, sử dụng BPTT.

IV. BÀN LUẬN

** Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:*

Nghiên cứu 206 ĐT cho thấy không có ĐT dưới 18 tuổi, độ tuổi từ 35 - 39 cao nhất 27,18%; học vấn từ THCS trở lên 83,50% phù hợp với [6]; bởi vì địa bàn này có đặc điểm tình hình kinh tế xã hội tương đồng với Đông Sơn. Tỷ lệ nông dân 84,95%; hộ nghèo, cận nghèo 1,94%; sinh con thứ 3 trở lên 29,13%; có tiền sử nạo/sấy thai 24,27%; sử dụng BPTT 88,35%; sử dụng NNHVS 81,55%. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm Đông Sơn là huyện nông nghiệp đang trong quá trình đô thị hóa [7].

** Về thực trạng mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở đối tượng nghiên cứu:*

Nghiên cứu 206 ĐT thấy tỷ lệ mắc VNĐSDD 66,99% trong đó viêm AD - CTC cao nhất 49,28%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm ở mức trung bình; cao hơn [3], [6]; thấp hơn [4], [5]. Kiến thức chung về VNĐSDD đạt 66,99%; vệ sinh bộ phận sinh dục đạt 62,62%; vệ sinh kinh nguyệt đạt 44,17%, vệ sinh khi QHTD đạt 46,12%, khám phụ khoa định kỳ đạt 30,10%. Kết quả nghiên cứu khác biệt với các tác giả khác có thể do các lý do sau: Đối tượng có nhu cầu tư vấn/khám/sử dụng dịch vụ CSSKSS lần đầu; địa lý, địa hình, khí hậu, đặc tính công tác dân số, kế hoạch hóa gia đình mang tính chất riêng của huyện Đông Sơn; mức độ hiểu biết và nhận thức của đối tượng do nguyên nhân khách quan và chủ quan khác nhau ở mỗi địa phương.

** Về một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới:*

Khi khảo sát mối liên quan chúng tôi thấy VNĐSDD ở nhóm ĐT độ tuổi sinh hoạt tình dục (20 - 39) là 69,74%

phù hợp với VNĐSDD là một bệnh lý hay gặp phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [1]. Tỷ lệ mắc là nông dân 70,86%; hộ nghèo, cận nghèo 75% phù hợp với [7]. Tỷ lệ mắc ở ĐT sử dụng NNHVS 84,21% tương tự [2]; bởi vì Đông Sơn là huyện thuần nông, môi trường sống thường xuyên sử dụng các loại phân bón, thức ăn gia súc và nguồn nước bề mặt như nước ao, nước giếng khoan... Tỷ lệ mắc ở ĐT có từ 3 con trở lên 58,33%, có tiền sử sẩy/phá thai 1 lần trở lên 56%, có sử dụng BPTT là 68,13% phù hợp với [6]; bởi vì việc sinh đẻ ít, CSSKSS tốt, sử dụng BPTT an toàn, hợp lý sẽ góp phần vào giảm VNĐSDD. Tỷ lệ mắc giảm dần theo sự tăng dần của trình độ học vấn; tỷ lệ mắc ở ĐT có kiến thức chung về bệnh không đạt là 82,35%, VSBPSD không đạt là 87,01%, VSKN không đạt là 78,26%, vệ sinh khi QHTD không đạt là 79,28%; các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều chúng tôi muốn quan tâm tìm hiểu là trình độ học vấn có đi đôi với hiểu biết đúng và thực hành đúng hay không, bởi chưa hẳn có học vấn cao là nhận thức đúng và thực hành đúng; vì thực hành còn phụ thuộc thái độ của đối tượng và khả năng tiếp cận với các dịch vụ CSSKSS, đây là vấn đề cần tiếp tục được quan tâm nghiên cứu sâu hơn. Có liên quan giữa tình trạng mắc VNĐSDD với khám PK định kỳ với $p < 0,05$ tương tự với [2],[3]; khám PK định kỳ có vai trò quan trọng việc tư vấn phòng bệnh, phát hiện sớm, điều trị kịp thời.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 15 - 49 tuổi là 66,99%, trong đó viêm âm đạo - cổ tử cung cao nhất (49,28%); kiến thức chung về VNĐSDD đạt 66,99%; thực hành VSBPSD đạt 62,62%, VSKN, vệ sinh khi QHTD, khám PK định kỳ đạt đều dưới 50%.

- Có mối liên quan giữa VNĐSDD với: Nghề nghiệp, học vấn, nguồn nước sinh hoạt, kiến thức chung về bệnh; thực hành khám PK định kỳ, VSBPSD, VSKN, vệ sinh khi QHTD với tỷ suất chênh OR từ 2,61 - 5,47. Chưa tìm thấy có mối liên quan giữa VNĐSDD với: Nhóm tuổi, tình trạng kinh tế, số con, số lần nạo/sấy thai, sử dụng BPTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn sản phụ khoa (2009), *Giáo trình Đại học Sản phụ khoa*, Học viện Quân Y, Nhà xuất bản Quân đội.
2. Bùi Đình Long (2017). *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 18 - 48 tuổi có chồng, tại hai công ty may ở tỉnh Nghệ An và hiệu quả can thiệp*, Luận án tiến sỹ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
3. Đinh Viết Đạt, Phạm Xuân Xanh (2011), “Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và kiến thức thực hành của phụ nữ có chồng dưới 49 tuổi tại huyện Tiên Lãng Hải Phòng năm 2010”, *Y học Thực hành* (778) - số 8/2011.
4. Lê Hoài Phương (2013), “Khảo sát những nguyên nhân gây VNĐSDD ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trương ương”, *Y học Thực hành* (868) - số 5/2013.
5. Nguyễn Duy Ánh (2009), “Thực trạng và yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới của phụ nữ có chồng độ tuổi 18 - 49 tại Cầu Giấy” *Y học Thực hành* (669)- Số 8/2009.
6. Trần Thị Hoan (2010), “Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại huyện Yên Định, tỉnh Thanh Hoá”, Luận văn chuyên khoa I, trường Đại học Y khoa Huế.
7. Ủy ban nhân dân huyện Đông Sơn (2018). *Kế hoạch công tác dân số, kế hoạch hóa gia đình năm 2018*.
8. Savita Sharma, BP Gupta (2009), “The Prevalence of Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Diseases Among Married Women in the Reproductive Age Group in a Rural Area”, *Indian J Community Med.* 2009 Jan; 34(1).



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Văn Hòa¹, Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 300 người bệnh tại Phòng khám nội tiết Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Kết quả** cho thấy: NB có trình độ học vấn >PTTH tỷ lệ tuân thủ dinh dưỡng với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (91.3% so với 84.5%, ORhc = 0.362, p<0,01). NB có trình độ học vấn > PTTH tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (97.2% so với 95.2%, ORhc = 3.073, p=0,01). NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có <5 năm (95% so với 92.2% ORhc =3.073, p=0,01). NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có <5 năm (14.5% so với 5.7% ORhc =3.028, p=0,01). NB thực hành tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ có tỷ lệ kiến thức tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm người bệnh không tuân thủ (56.1% so với 45.2%, ORhc =2.381, p=0,01). **Kết luận:** Các yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân: trình độ học vấn; thời gian mắc bệnh; kiến thức tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Đái tháo đường tít 2

ABSTRACT:

FACTORS ASSOCIATED WITH PRACTICE ON ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS OUT-PATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Objectives: Analyse some factors associated with practice on adherence among patients with type 2 diabetes mellitus at Thanh Hoa General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 300

patients of Departments of endocrinology at Thanh Hoa General Hospital. **The results** showed that: patients having a tertiary level of education had practice on nutrition higher than those with lower level of education (91.3% compare to 84.5%, ORhc = 0.362, p<0,01). patients having a tertiary level of education had practice on physycal activity higher than those with lower level of education (97.2% compare to 95.2%, ORhc = 3.073, p=0,01). Patients having a disease duration ≥ 5 years had practice on physycal activity higher than those with < 5 years (95% compare to 92.2%, ORhc = 3.073, p = 0.01). Patients having a disease duration ≥ 5 years had practice on glycemc control and medical regular examination higher than those with < 5 years (14.5% compare to 5.7%, ORhc =3.028, p=0,01). Patient with right practice on glycemc control and medical regular examination had sufficient knowledge on adherence higher than those with non- adherence (56.1% compare to 45.2%, ORhc =2.381, p=0,01). **Conclusion:** Factors associated with with practice on adherence among patients with type 2 diabetes mellitus were identified as educational level, disease duration and knowledge on adherence.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng khám Nội tiết thuộc Bệnh viện ĐK tỉnh Thanh Hóa được triển khai từ năm 2009 đến nay đang quản lý gần 1200 người bệnh ĐTĐ, trong đó người bệnh đái tháo đường type 2 là chủ yếu. Bệnh viện hiện không có phòng tư vấn dinh dưỡng và truyền thông giáo dục sức khỏe. Trong khi đó các nghiên cứu đã triển khai về tuân thủ điều trị đái tháo đường trước kia ở đây mới chỉ đề cập đến tuân thủ về thuốc, ít có nghiên cứu toàn diện về chế độ ăn, hoạt động thể lực, kiểm soát đường huyết tại nhà & khám định kỳ. Nghiên cứu tuân thủ điều trị có ý nghĩa

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Email: nguyenhwa205984@gmail.com

2. Khoa Khoa học sức khỏe, Trường đại học Thăng Long

» Ngày nhận bài:01/09/2018 | » Ngày phản biện: 10/09/2018 | » Ngày duyệt đăng: 10/10/2018

đối với y tế công cộng góp phần vào công tác: dự phòng các tai biến do ĐTĐ trong cộng đồng - tác động vào phía người dân (dự phòng cấp 2) và quản lý công tác điều trị nội trú, ngoại trú bệnh ĐTĐ trong các cơ sở y tế nhằm nâng cao hiệu quả KCB- tác động vào phía người quản lý và thầy thuốc. Những câu hỏi đặt ra cho nghiên cứu này là: sự hiểu biết và thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 đang được quản lý tại Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa như thế nào? Những yếu tố nào ảnh hưởng tới sự tuân thủ điều trị của các người bệnh này? Những yếu tố nào thuộc về phía người bệnh? Có những yếu kém nào thuộc về dịch vụ y tế của Bệnh viện, cụ thể là tại Phòng khám Nội tiết ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người bệnh? Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2018.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết

kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Là những người bệnh đã được chẩn đoán đái tháo đường typ 2, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể cho cỡ mẫu tối thiểu cộng thêm 10%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 300.

2.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được làm sạch được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các test thống kê phân tích được sử dụng: T test, χ^2 và logistic regression.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Thăng Long. Đồng thời, đề cương nghiên cứu cũng được lãnh đạo Bệnh viện xem xét và ủng hộ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Mối liên quan giữa tuân thủ dinh dưỡng với một số yếu tố

Đặc điểm		Tuân thủ dinh dưỡng (%)			ORhc (95%CI)	P
		Tuân thủ %	Không tuân thủ %	Tổng		
Tuổi	< 60 tuổi	89.7	10.3	100	0.98 (0.938-1.038)	0.438
	≥ 60 tuổi	92.3	7.7	100		
Giới	Nam	92.8	7.2	100	1.662 (0.714-3.869)	0.238
	Nữ	88	12	100		
Trình độ học vấn	≤ THPT	84.5	15.5	100	0.36 (0.163-0.803)	0.01
	> THPT	91.3	8.7	100		
Nghề nghiệp	Cán bộ và hưu	89.6	10.4	100	1.060 (0.242-4.644)	0.939
	Nông dân và khác	7.5	92.5	100		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	89.9	10.1	100	0.895 (0.411-1.953)	0.781
	< 5 năm	90.1	9.9	100		
Hoàn cảnh sống	Sống cùng người thân	86.7	13.3	100	0.555 (0.255-1.056)	0.143
	Sống một mình	92.4	7.6	100		
Mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT	Hoàn toàn không có	90.3	9.7	100	1.025 (0.711-1.476)	0.896
	Có từng nhận được	88.4	11.6	100		



Nhận xét: NB có trình độ học vấn >PTTH tỷ lệ tuân có trình độ học vấn ≤ PTTH (91.3% so với 84.5%, ORhc thủ dinh dưỡng với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh = 0.362, p<0,01).

Bảng 2: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với một số yếu tố

Đặc điểm		Tuân thủ Điều trị (%)			ORhc (95%CI)	P
		Tuân thủ %	Không tuân thủ %	Tổng		
Tuổi	< 60 tuổi	92.3	7.7	100	0.797 (0.176-3.619)	0.767
	≥ 60 tuổi	93.9	6.1	100		
Giới tính	Nam	95.2	7.4	100	1.797 (0.627-5.149)	0.275
	Nữ	92.6	4.8	100		
Trình độ học vấn	> THPT	94.4	5.6	100	1.286 (0.396-4.175)	0.675
	≤ THPT	93.4	6.6	100		
Nghề nghiệp	Cán bộ và hưu	90.0	10	100	0.458 (0.114-1.836)	0.279
	Nông dân và khác	94.2	5.8	100		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	95	5	100	1.586 (0.608-4.136)	0.346
	< 5 năm	92.2	7.8	100		
Hoàn cảnh sống	Sống cùng người thân	94.4	5.6	100	1.188 (0.418-3.216)	0.735
	Sống một mình	93.1	6.9	100		
Mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT	Hoàn toàn không có	90	10	100	0.975 (0.595-1.597)	0.920
	Có từng nhận được	94.8	5.2	100		

Nhận xét: Nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với các biến tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh sống, mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT (p>0,05).

Bảng 3: Mối liên quan giữa tuân thủ hoạt động thể dục với một số yếu tố

Đặc điểm		Tuân thủ Hoạt động thể lực (%)			ORhc (95%CI)	P
		Tuân thủ %	Không tuân thủ %	Tổng		
Tuổi	< 60 tuổi	97.4	2.6	100	1.075 (0.254-4.542)	0.922
	≥ 60 tuổi	95.4	4.6	100		
Giới tính	Nam	95.2	4.8	100	0.562 (0.242-4.542)	0.181
	Nữ	96.0	4.0	100		
Trình độ học vấn	> THPT	97.2	2.8	100	2.226 (0.974-5.090)	0.05
	≤ THPT	95.2	4.8	100		
Nghề nghiệp	Cán bộ và hưu	95.4	4.6	100	0.530 (0.98-2.860)	0.460
	Nông dân và khác	97.5	2.5	100		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	95	5.0	100	3.073 (1.296-7.288)	0.01
	< 5 năm	92.2	3.8	100		
Hoàn cảnh sống	Sống cùng người thân	94.6	5.4	100	0.821 (0.371-1.187)	0.627
	Sống một mình	96.5	3.5	100		
Mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT	Hoàn toàn không có	95.4	4.6	100	0.914 (0.613-1.817)	0.660
	Đã từng nhận được	97.3	2.7	100		

Nhận xét: NB có trình độ học vấn >PTTH tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (97.2% so với 95.2%, ORhc = 3.073, p=0,01). NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có <5 năm (95% so với 92.2% ORhc =3.073, p=0,01)

Bảng 4: Mối liên quan giữa tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ

Đặc điểm		Tuân thủ Kiểm soát đường huyết và khám định kỳ (%)			ORhc (95%CI)	P
		Tuân thủ %	Không tuân thủ %	Tổng		
Tuổi	< 60 tuổi	7.7	92.3	100	0.993 (0.234-4.202)	0.992
	≥ 60 tuổi	10.7	89.3	100		
Giới tính	Nam	7.2	92.8	100	0.554 (0.237-1.296)	0.173
	Nữ	12.6	87.4	100		
Trình độ học vấn	> THPT	15.5	84.5	100	2.546 (1.086-5.970)	0.932
	≤ THPT	8.7	91.3	100		
Nghề nghiệp	Cán bộ và hưu	5.0	95.0	100	0.554 (0.102-3.012)	0.495
	Nông dân và khác	11.2	88.8	100		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	14.5	85.5	100	3.028 (1.270-7.219)	0.01
	< 5 năm	5.7	94.3	100		
Hoàn cảnh sống	Sống cùng người thân	9.2	90.8	100	0.830 (0.377-1.827)	0.644
	Sống một mình	11.6	88.4	100		
Khoảng cách từ nhà tới phòng khám	< 30 Km	8.3	91.7	100	0.982 (0.113-8.556)	0.987
	≥ 30 Km	10.4	89.6	100		
Mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT	Hoàn toàn không có	8.7	91.3	100	0.853 (0.579-1.257)	0.421
	Có từng nhận được	11.7	88.3	100		
Mức độ hài lòng với thái độ của CBYT	Hài lòng	10.4	89.6	100	1.481 (0.650-3.372)	0.350
	Không hài lòng	10.3	89.7	100		
Mức độ hài lòng với thông tin nhận được từ CBYT	Hài lòng	10.0	90.0	100	0.660 (0.298-1.465)	0.307
	Không hài lòng	10.8	89.2	100		

Nhận xét: NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh mắc bệnh <5 năm (14.5% so với 5.7% ORhc =3.028, p=0,01). Các yếu tố khác như

tuổi, giới, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT. Mức độ hài lòng với thái độ của CBYT, mức độ hài lòng với thông tin nhận được từ CBYT chưa tìm thấy mối liên quan (p>0,05).



Bảng 5: Mối liên quan giữa thực hành tuân thủ với kiến thức

Thực hành tuân thủ		Kiến thức tuân thủ điều trị (%)			P
		Đạt	Không đạt	OR (95%CI)	
Tuân thủ dinh dưỡng	Tuân thủ	73.3	26.7	1.908 (0.80-4.550)	0.145
	Không tuân thủ	61.9	38.1		
Tuân thủ hoạt động thể lực	Tuân thủ	69.2	30.8	1.328 (0.389-4.534)	0.651
	Không tuân thủ	62.7	37.3		
Tuân thủ dùng thuốc	Tuân thủ	59.9	42.1	0.676 (0.257-1.781)	0.428
	Không tuân thủ	63.3	36.7		
Tuân thủ kiểm soát đường huyết & khám định kỳ	Tuân thủ	56.1	34.9	2.381 (1.112-5.098)	0.02
	Không tuân thủ	45.2	54.8		

Nhận xét: NB thực hành tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ có tỷ lệ kiến thức tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm người bệnh không tuân thủ (56.1% so với 45.2%, ORhc =2.381, p=0,01).

III. BÀN LUẬN

3.1. Tình hình tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường

- Tổng hợp chung về tuân thủ điều trị của người bệnh cho thấy kết quả đạt tương đối thấp chỉ có 41.3% người bệnh tuân thủ cả 4 biện pháp điều trị.

- Có tới 55,3% người bệnh chỉ tuân thủ một chế độ. 2,7% số NB tuân thủ đủ 2 chế độ. 0.3% số NB tuân thủ 3 chế độ điều trị,

- Vẫn có 0,3% NB không tuân thủ chế độ điều trị nào.

3.2. Yếu tố liên quan với tuân thủ dinh dưỡng

- Tỷ lệ người bệnh tuân thủ đúng theo khuyến cáo chiếm tỷ lệ cao về chế độ dinh dưỡng 90%,

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB có trình độ học vấn >PTTH tỷ lệ tuân thủ dinh dưỡng với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (91.3% so với 84.5%, ORhc = 0.362 , p<0,01) chỉ ra rằng người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn thì những kiến thức về dinh dưỡng phù hợp cũng như tầm quan trọng của tuân thủ chế độ dinh dưỡng trong điều trị và phòng ngừa biến chứng bệnh đái tháo đường của NB chưa hiểu đầy đủ và chưa tìm hiểu thấu đáo. Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Shobhana và cộng sự (1999) là không có mối liên quan giữa tuân thủ dinh dưỡng với thời gian mắc bệnh đái tháo đường.

3.3. Yếu tố liên quan với tuân thủ hoạt động thể lực

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuân thủ chế độ hoạt động thể lực chế độ dùng thuốc cao nhất: 99.7%.

- NB có trình độ học vấn > PTTH tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (97.2% so với 95.2%, ORhc = 3.073, p=0,01). Điều này cũng phù hợp thực tế là người có trình độ học vấn cao có điều kiện, kỹ năng cũng như thời gian để tìm kiếm thông tin, nâng cao hiểu biết về bệnh tật của bản thân hơn, trên cơ sở đó họ sẽ có hành vi đúng và từ đó thực hành tuân thủ điều trị sẽ tốt.

- NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh <5 năm (95% so với 92.2% ORhc =3.073, p=0,01). Kết quả trên cho thấy những năm đầu mắc bệnh, người bệnh có ý thức về tầm quan trọng của hoạt động thể lực với những biến chứng của bệnh đái tháo đường. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Juma Al-Kaabi và cộng sự (2009) là không có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tuân thủ hoạt động thể lực.

3.4. Yếu tố liên quan với tuân thủ dùng thuốc

- Nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với các biến tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh sống, mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ CBYT (p>0,05).

3.5. Yếu tố liên quan với tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ

- Tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ lại rất thấp là 10.3%.

- NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ với tỷ lệ cao hơn

so với nhóm người bệnh có <5 năm (14.5% so với 5.7% ORhc =3.028, p=0,01). Kết quả trên cho thấy những năm đầu mắc bệnh, người bệnh có ý thức về tầm quan trọng của tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ vì vậy họ thực hành đúng nhiều hơn.

3.6. Mối liên quan giữa thực hành tuân thủ điều trị với kiến thức

- Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đạt về tuân thủ điều trị thì tỷ lệ kiểm soát đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ cao hơn so với nhóm người bệnh có kiến thức không đạt về tuân thủ điều trị (56.1% so với 45.2%, ORhc =2.381, p=0,01). Rõ ràng, có hiểu biết về kiểm soát đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ bao nhiêu lâu 1 lần là đủ để phát hiện kịp thời và ngăn ngừa các biến chứng sẽ giúp đối tượng tuân thủ điều trị tốt hơn.

IV. KẾT LUẬN

- NB có trình độ học vấn >PTTH tỷ lệ tuân thủ dinh

dưỡng với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (91.3% so với 84.5%, ORhc = 0.362, p<0,01).

- NB có trình độ học vấn > PTTH tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn ≤ PTTH (97.2% so với 95.2%, ORhc = 3.073, p=0,01).

- NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có <5 năm (95% so với 92.2% ORhc =3.073, p=0,01).

- NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ với tỷ lệ cao hơn so với nhóm người bệnh có <5 năm (14.5% so với 5.7% ORhc =3.028, p=0,01).

- NB thực hành tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ có tỷ lệ kiến thức tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm người bệnh không tuân thủ (56.1% so với 45.2%, ORhc =2.381, p=0,01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2003), *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn*, Nhà xuất bản Hà Nội, Hà Nội.
2. Tạ Văn Bình (2006), *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam - các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Tạ Văn Bình (2007), *Làm gì để phòng chống bệnh đái tháo đường và biến chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Tạ Văn Bình (2007), *Người bệnh đái tháo đường cần biết*, Nhà xuất bản Hà Nội, Hà Nội.
5. Tạ Văn Bình (2007), *Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2011), Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/09/2011 về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2, Bộ Y tế, Hà Nội.
7. Nguyễn Mạnh Dũng (2007), “Đánh giá nhận thức của người bệnh đái tháo đường về chế độ ăn uống và tập luyện thể lực”, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 731, tr 191 - 195.
8. Lê Thị Hương Giang (2013), Đánh giá tuân thủ điều trị đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan của người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện 198, năm 2013, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
9. Juma Al-Kaabi & et al. (2009), “Physical Activity and Reported Barriers to Activity Among Type 2 Diabetic Patients in the United Arab Emirates”, *The Review of Diabetes Studies*. 6 (4), pg. 271 - 278.
10. American Diabetes Association (2011), “Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus”, *Diabetes care*. 34 (1), pg. S62 - S69.
11. American Diabetes Association (2011), “Standard of Medical care in diabetes - 2011”, *Diabetes care*. Vol. 34 (1).
12. Shobhana R và các cộng sự. (1999), “Patients’ adherence to diabetes treatment”, *Journal Assoc Physicians india*, Vol. 47(12), pg. 1173 - 1175.



THỰC TRẠNG NHU CẦU CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA NĂM 2018

Lê Đăng Khôi¹, Trương Việt Dũng², Nguyễn Thị Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nhu cầu về chăm sóc phục hồi chức năng khuyết tật vận động của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, năm 2018. **Đối tượng:** Người bệnh hoặc người nhà của người bệnh khuyết tật vận động và kỹ thuật viên phục hồi chức năng tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện tỉnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với nghiên cứu định lượng và định tính. **Kết quả:** 100% người bệnh có nhu cầu được chăm sóc về da, 99,5% cần chăm sóc về chăm sóc luyện tập – vận động, 96,7% nhu cầu chăm sóc phòng ngừa tắc mạch, 94,5% nhu cầu chăm sóc hô hấp, 87,9% nhu cầu chăm sóc tư thế đúng. 48,9% người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vận động tay, chân 2 bên trong đó 57,2% được đáp ứng đầy đủ, 38,3% không được đáp ứng. 20,3% người bệnh có nhu cầu xoay trở 2 giờ/lần, trong đó 53,8% được đáp ứng đầy đủ, 46,2% không được đáp ứng. 41,8% người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vỗ rung lồng ngực chiếm (41,8%), trong đó 63,1% được đáp ứng đầy đủ, 16,4% không được chăm sóc.

Từ khóa: Nhu cầu; Chăm sóc phục hồi chức năng; khuyết tật vận động; người bệnh; Thanh Hóa

SUMMARY

REALITY OF REQUIRED FUNCTIONAL REQUIREMENTS DISEASE OF HOSPITAL DISEASE IN HOSPITAL HEALTHY LIVING IN YEAR 2018

Objectives: To assess the need for rehabilitation of motor impairment of patients at Thanh Hoa General Hospital in 2018. **Objectives:** Patients or family members of patients with mobility impairment and mental disorders. Rehabilitation technician at the provincial

hospital rehabilitation department. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. 181 patients were recruited by convenient sampling method. **Results:** 100% of the patients needed skin care, 99.5% needed care about exercise therapy, 96.7% needed care about the prevention of vascular complications, 94, 5% of respiratory demand, 87.9% of need for correct posture treatment. 48.9% of the patients had a need to be supported in the exercise of the limbs, 57.2% of which were fully supported, and 38.3% were not. 20.3% of the patients had a need to body turn each 2 hours, of which 53.8% were fully satisfied, 46.2% were not satisfied. 41.8% of the patients wished to be assisted in chest radiography (41.8%), of which 63.1% were fully satisfied, 16.4% were not met.

Keywords: Needs; Rehabilitation care; Motor impairment, patients, Thanh Hoa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị phục hồi chức năng (PHCN) cho người khuyết tật nhằm tạo cho người khuyết tật có được cuộc sống bình đẳng với mọi thành viên trong xã hội đã và đang là mối quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. Việt Nam có khoảng 7 triệu người khuyết tật, chiếm 7,8% dân số, người khuyết tật đặc biệt nặng và nặng chiếm gần 29%.

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh (BVĐK) Thanh Hóa, số lượt người bệnh (NB) phải nhập viện điều trị PHCN tăng từ 400 người (năm 2014) lên đến 630 người (năm 2016) [1], [2], [3]. Điều này cho thấy nhu cầu lớn trong điều trị PHCN của NB khuyết tật vận động tại BVĐK Thanh Hóa. Nhưng chưa có nghiên cứu nào tại BVĐK Thanh Hóa đánh giá về việc đáp ứng nhu cầu PHCN cho NB khuyết tật vận động của KTVPHCN để từ đó đưa ra những khuyến nghị

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Tác giả chính: Lê Đăng Khôi, Điện thoại: 0948 026 888, Email: ledangkhoiphcn@gmail.com

2. Trường đại học Thăng Long

» Ngày nhận bài: 04/09/2018 | » Ngày phản biện: 11/09/2018 | » Ngày duyệt đăng: 29/09/2018

cho Ban Giám đốc Bệnh viện nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho NB khuyết tật vận động nói riêng và cho NB nói chung. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Thực trạng nhu cầu về chăm sóc phục hồi chức năng khuyết tật vận động của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, năm 2018*”. Với mục tiêu:

Đánh giá nhu cầu về chăm sóc phục hồi chức năng khuyết tật vận động của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh và mức độ đáp ứng của các kỹ thuật viên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng của nghiên cứu định lượng

NB hoặc người nhà của NB khuyết tật vận động và KTVPHCN tại khoa PHCN Bệnh viện tỉnh.

2.1.2. Đối tượng của nghiên cứu định tính

- ❖ Đại diện ban Giám đốc Bệnh viện.
- ❖ Kỹ thuật viên trưởng của Khoa PHCN.
- ❖ Trưởng/phó khoa phục hồi chức năng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 05/2018 - 10/2018
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa PHCN của BVĐK

Thanh Hóa

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

2.4. Cỡ mẫu

*Nghiên cứu định lượng

- Toàn bộ số NB khuyết tật vận động đang nằm điều trị tại khoa có thời gian nằm điều trị từ 20 ngày trở lên trong thời gian thu thập số liệu, thu thập số liệu từ thời điểm nghiên cứu là tháng 5 đến tháng 9 năm 2018.

- Toàn bộ số KTVPHCN trực tiếp thực hiện công tác điều trị NB khuyết tật vận động tại khoa nghiên cứu.

*Nghiên cứu định tính

- + 01 cuộc phỏng vấn sâu đại diện Ban Giám đốc Bệnh viện;
- + 01 cuộc phỏng vấn sâu đại diện lãnh đạo
- + 01 cuộc phỏng vấn sâu KTVPHCN trưởng của khoa.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Công cụ thu thập thông tin

❖ *Phiếu phỏng vấn dành cho NB được thiết kế gồm 2 phần:*

- Phần I: Thông tin chung về NB.
- Phần II: Đánh giá nhu cầu cần điều trị PHCN của NB và sự đáp ứng của KTVPHCN về 06 nhu cầu: điều trị da; điều trị hô hấp; điều trị phòng ngừa táo bón; điều trị phòng ngừa tắc mạch; điều trị tư thế đúng, điều trị luyện tập - vận động [4], [5], [6], [7].

❖ *Phiếu phỏng vấn dành cho KTVPHCN. Phiếu gồm 3 phần:*

- Phần I: Thông tin chung về KTVPHCN.
- Phần II: Đánh giá kiến thức và nhu cầu đào tạo của KTVPHCN về điều trị PHCN cho NB khuyết tật vận động [7].
- Phần III: Đề xuất, gồm các câu hỏi tìm hiểu đề xuất của KTVPHCN về những nội dung cần bệnh viện hỗ trợ để thực hiện tốt hơn công việc chăm sóc người bệnh.

❖ *Hướng dẫn phỏng vấn sâu dành cho lãnh đạo bệnh viện, kỹ thuật viên trưởng tại khoa, trưởng/phó khoa.*

2.5.2. Kỹ thuật thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng các bộ công cụ thiết kế sẵn và một số cuộc phỏng vấn sâu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Bảng 1. Tỷ lệ người bệnh khuyết tật vận động có nhu cầu hướng dẫn chăm sóc PHCN theo 05 nhóm nhu cầu

Nhu cầu	Số nội dung chăm sóc	Tần số (n=182)	Tỷ lệ (%)
Chăm sóc da	1 nội dung	17	9,3
	2 nội dung	35	19,2
	3 nội dung	114	62,6
	4 nội dung	8	4,4
	5 nội dung	8	4,4
	Ít nhất 1 nội dung	100	100
Chăm sóc hô hấp	1 nội dung	60	33,3
	2 nội dung	28	15,4
	3 nội dung	68	37,4
	4 nội dung	16	8,8
	Ít nhất 1 nội dung	172	94,5
Chăm sóc phòng ngừa tắc mạch	1 nội dung	37	20,3
	2 nội dung	103	56,6
	3 nội dung	36	19,8
	Ít nhất 1 nội dung	176	96,7
Chăm sóc tư thế đúng	1 nội dung	116	63,7
	2 nội dung	44	24,2
	Ít nhất 1 nội dung	160	87,9
Chăm sóc luyện tập - vận động	1 nội dung	30	16,5
	2 nội dung	8	4,4
	3 nội dung	29	15,9
	4 nội dung	44	24,2
	5 nội dung	70	38,5
	Ít nhất 1 nội dung	181	99,5

Kết quả bảng 1 cho thấy: 100% người bệnh có nhu cầu được chăm sóc về da, 99,5% cần chăm sóc về điều trị phòng ngừa tắc mạch, 94,5% nhu cầu điều trị hô hấp, 87,9% nhu cầu điều trị tư thế đúng. 96,7% nhu cầu chăm sóc về điều trị luyện tập - vận động.

Bảng 2. Nhu cầu của người bệnh về chăm sóc da và thực tế đáp ứng của kỹ thuật viên PHCN (n=182)

Nội dung chăm sóc	Hướng dẫn chăm sóc		Hỗ trợ - thực hiện	
	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)
Giữ da khô ráo	122 (67,0%)	104 (84,6%)	113 (62,1%)	99 (92,5%)
Vệ sinh da hàng ngày	136 (74,7%)	102 (75,0%)	76 (41,8%)	64 (84,2%)
Dùng nệm chống loét	52 (28,6%)	30 (57,7%)	40 (22,0%)	41 (97,6%)
Xoay trở 2 giờ/lần	52 (28,6%)	28 (53,8%)	37 (20,3%)	26 (70,3%)
Giữ vệ sinh da, rửa, thay băng vết loét	139 (76,4%)	119 (85,6%)	82 (45,1%)	63 (76,8%)

Kết quả bảng 2 cho thấy, trong số 182 người tham gia nghiên cứu:

- Có 113 người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện giữ da khô ráo chiếm (62,1%).
- 76 người bệnh chiếm (41,8%) có nhu cầu hỗ trợ vệ

sinh da hàng ngày.

- 37 người bệnh chiếm (20,3%) có nhu cầu xoay trở 2 giờ/lần.
- 82 người bệnh (45,1%) có nhu cầu giữ vệ sinh da, rửa, thay băng vết loét.

Bảng 3. Nhu cầu của người bệnh về chăm sóc hô hấp và thực tế đáp ứng của Kỹ thuật viên PHCN (n=182)

Nội dung chăm sóc	Hướng dẫn chăm sóc		Hỗ trợ - thực hiện	
	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)
Vỗ, rung lồng ngực	98 (53,8%)	62 (63,3%)	76 (41,8%)	70 (92,1%)
Tập thở	33 (18,1%)	16 (48,5%)	33 (16,1%)	19 (57,6%)
Tăng cường vận động	143 (78,6%)	118 (82,5%)	96 (52,7%)	77 (81,1%)
Uống trên 2 lít nước/ngày	110 (60,4%)	95 (86,4%)	99 (54,5%)	90 (90,9%)

Kết quả bảng 3 cho thấy, có 76 người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vỗ rung lồng ngực chiếm (41,8%). 33 người bệnh chiếm (16,1%) có nhu cầu hỗ trợ tập thở. 96

người bệnh chiếm (52,7%) có nhu cầu hỗ trợ tăng cường vận động. 99 người bệnh (54,5%) cần được khuyên nên uống trên 2 lít nước/ngày.

Bảng 4. Nhu cầu người bệnh về phòng ngừa tắc mạch và đáp ứng của kỹ thuật PHCN (n=182)

Nội dung chăm sóc	Hướng dẫn chăm sóc		Hỗ trợ - thực hiện	
	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)
Vận động tay, chân 2 bên	121 (66,5%)	70 (57,9%)	89 (48,9%)	78 (87,6%)
Vận động tay, chân liệt	85 (46,7%)	67 (78,8%)	74 (40,7%)	69 (93,2%)
Tăng cường vận động	145 (79,7%)	120 (82,8%)	102 (56,0%)	79(77,5%)

Kết quả bảng 4 cho thấy, có 89 người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vận động tay, chân 2 bên chiếm (48,9%), trong đó 57,2% được đáp ứng đầy đủ. 74 người

bệnh chiếm (40,7%) có nhu cầu hỗ trợ vận động tay, chân liệt. 102 người bệnh chiếm (56%) có nhu cầu hỗ trợ tăng cường vận động.

Bảng 5. Nhu cầu của người bệnh về chăm sóc tư thế đúng và đáp ứng của kỹ thuật PHCN (n=182)

Nội dung chăm sóc	Hướng dẫn chăm sóc		Hỗ trợ - thực hiện	
	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)
Vị thế nằm đúng trên giường	88 (48,4%)	58 (65,9%)	63 (34,6%)	52 (80,0%)
Tăng cường vận động	116 (63,7%)	102 (87,9%)	78 (42,9%)	60 (77,9%)

Kết quả bảng 5 cho thấy, có 48,4% người bệnh có nhu cầu vị thế nằm đúng trên giường trong đó, 57,5% được hướng dẫn thực hiện đầy đủ, 30% không được

hướng dẫn. Về tăng cường vận động thì 63,7% người bệnh có nhu cầu được hướng dẫn, 42,9% có nhu cầu hỗ trợ thực hiện.



Bảng 6. Nhu cầu người bệnh về chăm sóc luyện tập và đáp ứng của kỹ thuật viên PHCN (n=182)

Nội dung chăm sóc	Hướng dẫn chăm sóc		Hỗ trợ - thực hiện	
	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)	Có nhu cầu n (%)	Có đáp ứng n (%)
Vận động tay, chân 2 bên	173 (95,1%)	117 (67,6%)	136 (74,7%)	116 (85,3%)
Vận động tay, chân liệt	127 (69,8%)	117 (92,1%)	96 (52,7%)	89 (91,8%)
Tập ngồi	151 (83,0%)	151 (99,3%)	94 (51,6%)	78 (83,0%)
Tập đứng	103 (56,6%)	103 (78,6%)	75 (41,2%)	60 (80,0%)
Tập đi	105 (57,7%)	85 (81,0%)	80 (44,0%)	62 (77,5%)

Bảng 6 cho thấy, có 95,1% NB có nhu cầu vận động, tay chân 2 bên thì 60,3% người bệnh được KTVPHCN hướng dẫn thực hiện và 34,2% không được hướng dẫn.

Về tập ngồi, đứng, đi có lần lượt là 83%, 56,6%, 57,7% người bệnh có nhu cầu hướng dẫn thực hiện.

IV. BÀN LUẬN

Nhu cầu và thực tế đáp ứng của KTVPHCN về chăm sóc da

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy trong 182 NB tham gia nghiên cứu có 113 NB có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện giữ da khô ráo chiếm (62,1%).

Người bệnh có nhu cầu dùng nệm chống loét là 28,6% cần hướng dẫn và 22% cần hỗ trợ thực hiện. Về vệ sinh, thay rửa vết loét thì người bệnh có nhu cầu hỗ trợ thực hiện là 45,1% nhu cầu giữ vệ sinh da, rửa, thay băng vết loét. Điều này cho thấy KTVPHCN chưa thực hiện hết trách nhiệm của mình, chỉ làm tốt những việc có y lệnh điều trị, bỏ qua những việc như tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ NB.

Nhu cầu và thực tế đáp ứng của KTVPHCN về chăm sóc đường hô hấp

Ở người khuyết tật vận động có những bệnh lý đường hô hấp do hậu quả của việc nằm lâu và ít vận động, ứ đọng đờm dãi, viêm phổi... Nghiên cứu của Phan Thái Nguyên và Vũ Anh Nhị (2009), về biến chứng thường gặp trong tuần lễ đầu trên bệnh nhân khuyết tật vận động não cấp trên 187 bệnh nhân tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy có tỷ lệ NB bị viêm phổi sau đột quỵ là 32,1% [8]. Nguyễn Thị Huệ và Vũ Thị Bích Hạnh (2008), về tỷ lệ thương tật thứ cấp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn sớm cho thấy tỷ lệ NB bị viêm phổi sau đột quỵ là 30% là tỷ lệ khá cao [9]. Điều này cho thấy cần chú ý trong công tác chăm sóc PHCN cho người bệnh khuyết tật vận động, KTVPHCN cần phải quan tâm hướng dẫn, hỗ trợ người bệnh nhằm hạn chế biến chứng này.

Nhu cầu và thực tế đáp ứng của KTVPHCN về phòng ngừa tắc mạch

Vận động tay, chân hai bên để phòng ngừa tắc mạch do hạn chế vận động là nhu cầu cần thiết không thể thiếu ở người bệnh khuyết tật vận động. Trong nghiên cứu có 48,9% NB có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vận động tay, chân 2 bên.

Về tăng cường vận động và vận động bên liệt thì có 40,7% có nhu cầu hỗ trợ vận động tay, chân liệt. Đây là một trong những nội dung KTVPHCN đã được học trong các trường trung cấp, cao đẳng nhưng trong quá trình công tác tại bệnh viện chưa được tập huấn và nhắc nhở.

Nhu cầu và thực tế đáp ứng của KTVPHCN về chăm sóc tư thế đúng

Người bệnh khuyết tật vận động nặng có biến chứng ảnh hưởng xấu đến chức năng vận động là bên liệt bị co cứng: co cứng gập ở chi trên, co cứng duỗi ở chi dưới. Tay liệt được đặt ở vị trí duỗi, chân liệt gập nhẹ chèn một gối nhỏ dưới khoe chân. Có 48,4% NB có nhu cầu vị thế nằm đúng trên giường trong đó, 57,5% được hướng dẫn thực hiện đầy đủ, 30% không được hướng dẫn. Về tăng cường vận động thì 63,7% NB có nhu cầu được hướng dẫn, 42,9% có nhu cầu hỗ trợ thực hiện.

Nhu cầu và thực tế đáp ứng của KTVPHCN về chăm sóc luyện tập vận động

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Bích Nga về thực trạng công tác điều trị của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương năm 2011 có tỷ lệ về công tác hướng dẫn PHCN, hướng dẫn tập luyện đạt 50% [10]. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ 4,4% NB không được hướng dẫn tập ngồi, 13,5% không được hướng dẫn tập đứng, 16,1% không được hướng dẫn tập đi, điều này cho thấy bệnh viện cần chú trọng hơn nữa công tác chăm sóc PHCN cho NB qua việc thường xuyên bổ sung kiến thức và kỹ năng thực hành, giúp KTVPHCN chủ động trong công tác.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả và bàn luận trên, chúng tôi có các kết luận như sau:

Nhu cầu chủ quan về chăm sóc PHCN của người bệnh khuyết tật vận động là: 100% người bệnh có nhu cầu được chăm sóc về da, 99,5% cần chăm sóc về điều trị luyện tập – vận động, 96,7% nhu cầu chăm sóc về điều trị phòng ngừa tắc mạch, 94,5% nhu cầu điều trị hô hấp, 87,9% nhu cầu điều trị tư thế đúng.

48,9% người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vận động tay, chân 2 bên trong đó 57,2% được đáp ứng đầy đủ, 38,3% không được đáp ứng. 20,3% người bệnh có nhu cầu xoay trở 2 giờ/lần, trong đó 53,8% được đáp ứng đầy đủ, 46,2% không được đáp ứng. 41,8% người bệnh có nhu cầu được hỗ trợ thực hiện vỗ rung lồng ngực chiếm (41,8%), trong đó 63,1% được đáp ứng đầy đủ, 16,4% không được chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa** (2014), *Báo cáo tổng kết công tác KTVPHCN năm 2014 và phương hướng công tác KTVPHCN năm 2015*.
2. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa** (2015), *Báo cáo Tổng kết công tác Bệnh viện năm 2015 và phương hướng công tác năm 2016*.
3. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa** (2015), *Báo cáo tổng kết công tác KTVPHCN năm 2015 và phương hướng công tác KTVPHCN năm 2016*.
4. **BỘ Y TẾ** (2004), *Hướng dẫn quy trình điều trị người bệnh, tập II*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 352 - 354.
5. **BỘ Y TẾ** (2004), *Tài liệu Quản lý KTVPHCN*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 350-359.
6. **BỘ Y TẾ** (2011), Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 về việc Hướng dẫn công tác KTVPHCN về điều trị người bệnh trong bệnh viện.
7. **Hoàng Ngọc Thắm** (2012), *Thực trạng nhu cầu và điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh khuyết tật vận động giai đoạn cấp của KTVPHCN viễn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012*, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Thăng Long, Hà Nội.
8. **Phan Thái Nguyên và Vũ Anh Nhị** (2009), “Biến chứng thường gặp trong tuần lễ đầu trên bệnh nhân khuyết tật vận động não cấp”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 13(1).
9. **Nguyễn Thị Huệ và Vũ Thị Bích Hạnh** (2008), “Tỷ lệ thương tật thứ cấp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn sớm”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học chuyên đề*, 2(54), tr. 63-67.
10. **Bùi Thị Bích Nga** (2011), *Thực trạng công tác điều trị của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011*, Đại học Thăng Long, Hà Nội.



CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Thị Mộng Kha¹, Đoàn Vương Diễm Khánh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Chất lượng giấc ngủ (CLGN) không tốt là vấn đề rất đáng quan tâm ở bệnh nhân ung thư nói chung và bệnh nhân ung thư vú (UTV) nói riêng. Ở Việt Nam, cho đến nay, có rất ít nghiên cứu về CLGN ở bệnh nhân UTV.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của bệnh nhân UTV và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân UTV điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu được tiến hành trên 109 bệnh nhân UTV điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế. Sử dụng thang đo PSQI để đánh giá CLGN của bệnh nhân trong 1 tháng vừa qua. Sử dụng mô hình hồi qui đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân UTV là $51,26 \pm 9,34$; tuổi nhỏ nhất là 29 và cao nhất là 76. Các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV: tình trạng kinh tế gia đình và tình trạng kinh nguyệt.

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp bằng chứng quan trọng về đặc điểm bệnh nhân UTV và các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân UTV, làm cơ sở khoa học cho các can thiệp nhằm cải thiện CLGN trong chăm sóc bệnh nhân UTV.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ, yếu tố liên quan, bệnh nhân ung thư vú.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH SLEEP QUALITY IN BREAST CANCER PATIENTS TREATED AT ONCOLOGY CENTRE OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Introduction: Poor sleep quality is a prominent concern of cancer patients in general and of breast cancer patients in particular. To date, research on quality of sleep in breast cancer patients has been inadequate in Vietnam.

Objectives: To describe the characteristics of breast cancer patients and examine associated factors of sleep quality in patients with breast cancer treated at Oncology centre of Hue Central Hospital.

Methodology: A cross-sectional study was conducted among 109 breast cancer patients treated at Oncology centre of Hue Central Hospital. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to evaluate sleep quality among breast cancer patients. Multiple logistic regression was implemented to examine factors associated with sleep quality.

Results: The mean age of breast cancer patients was 51.26 ± 9.34 ; The smallest age was 29 and the highest one was 76. Factors associated with sleep quality in breast cancer patients were economic situation and menstrual status.

Conclusion: This study provided important information about characteristics of breast cancer patients and associated factors of sleep quality in patients with breast cancer. which will be the scientific evidence for intervention program aimed at improving sleep quality among breast cancer patients.

Key words: Sleep quality, associated factors, breast cancer patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau ung thư phổi ở phụ nữ trên toàn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi giữa các vùng miền trên thế giới với tỷ lệ mắc cao nhất ở Bắc Mỹ, Tây Âu, Bắc Âu, Australia/New Zealand (trên 80/100.000 dân), trong khi đó châu Á, Sub-Saharan

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên
2. ĐHY Dược, ĐH Huế

» Ngày nhận bài: 31/08/2018 | » Ngày phản biện: 06/09/2018 | » Ngày duyệt đăng: 21/09/2018

Africa là nơi có tỷ lệ mắc thấp nhất (dưới 40/100.000 dân) [9].

Số lượng bệnh nhân UTV được chẩn đoán ngày một nhiều nhờ chương trình sàng lọc phát hiện sớm UTV và nhờ các tiến bộ về điều trị nên tử vong do bệnh lại giảm, số lượng bệnh nhân sống chung với căn bệnh UTV ngày càng tăng lên. Với thời gian sống sau điều trị dài, các bệnh nhân UTV phải đối mặt với các vấn đề tác dụng phụ lâu dài của điều trị và đây là một trong những điểm nổi bật trong chăm sóc các bệnh nhân UTV còn sống. Một trong những vấn đề thường được phản nản ở bệnh nhân UTV đó là chất lượng giấc ngủ không tốt mãn tính. Ở các nghiên cứu khác nhau, 12%- 95% bệnh nhân UTV có vấn đề về chất lượng giấc ngủ không tốt được đánh giá qua sử dụng thang điểm tự đánh giá, polysomnography, hoặc wrist actigraphy [3],[6]. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ không tốt ở bệnh nhân UTV cao hơn dân số chung và những nhóm ung thu khác [6].

Những bệnh nhân được chẩn đoán UTV thường có những rối loạn nặng về tâm lý. Các rối loạn về tâm lý và rối loạn tâm sinh lý đã nhận được nhiều sự chú ý từ các nhà nghiên cứu tâm thần học bao gồm chứng trầm cảm, buồn nôn, nôn mửa và đau. Tuy vậy, chất lượng giấc ngủ nhận được rất ít sự quan tâm mặc dù có bằng chứng cho thấy những khó khăn về giấc ngủ là những hậu quả thường gặp nhất của ung thư [6]. Ở các nước trên thế giới đã có một số các nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV. Tuy vậy, ở Việt nam, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào về các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV. Từ những cơ sở lý luận và thực tiễn như trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm của bệnh nhân UTV và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân UTV điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế*. Nghiên cứu nhằm mục đích cung cấp bằng chứng khoa học cho các nỗ lực can thiệp để cải thiện CLGN và từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân UTV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân UTV điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu từ tháng 8/2017 đến tháng 3/2018

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu-Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn

bộ bệnh nhân UTV điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế nhập viện từ ngày 1/8/2017 đến ngày 31/3/2018. Tổng cộng có 109 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế gia đình, tình trạng kinh nguyệt

Chất lượng giấc ngủ: CLGN trong vòng 1 tháng vừa qua được đánh giá theo thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [5]. Thang đo gồm 7 thành phần được tính toán dựa trên 19 câu hỏi. Tổng điểm PSQI được tính dựa trên tổng các điểm thành phần. CLGN chia làm 2 nhóm: CLGN tốt: Tổng điểm PSQI < 5; CLGN không tốt: Tổng điểm PSQI ≥ 5.

Biến số độc lập trong phân tích các yếu tố liên quan bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế gia đình, tình trạng kinh nguyệt.

- Trầm cảm, lo âu, stress: Sử dụng thang DASS-42 để đánh giá tình trạng trầm cảm, lo âu và stress trong 1 tuần trước khi điều tra [2].

- Hành vi sức khỏe: Uống cà phê, uống trà, hút thuốc lá, uống rượu bia.

- Môi trường sống: Ánh sáng, tiếng ồn, nhiệt độ, độ thoáng khí, diện tích phòng ngủ.

- Đặc điểm bệnh lý liên quan đến ung thư vú.

Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, sử dụng bộ công cụ điều tra đã soạn sẵn.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng mô hình hồi qui đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân UTV

Nhóm tuổi 50–59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%); độ tuổi trung bình là $51,26 \pm 9,34$; tuổi nhỏ nhất là 29 và cao nhất là 76. Phần lớn đối tượng ở trình độ trung học học cơ sở trở lên (trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm 35,8%, trung học phổ thông (THPT) 22%, sau THPT chiếm tỷ lệ 12,8%), mù chữ còn chiếm tỷ lệ cao (8,3%). Hiện tại số bệnh nhân có việc làm (có thu nhập) chiếm tỷ lệ 36,7%, tỷ lệ bệnh nhân nghỉ làm do bệnh chiếm tỷ lệ 33%. Chủ yếu đối tượng nghiên cứu đã kết hôn và hiện tại sống chung với chồng (79,8%). Hơn một nửa các bệnh nhân trong nghiên cứu có kinh tế gia đình nghèo (55%); số bệnh nhân có số hộ nghèo hoặc cận nghèo chiếm tỷ lệ 22%, số

bệnh nhân tự đánh giá gia đình nghèo nhưng không có số hộ nghèo hoặc cận nghèo chiếm tỷ lệ đáng kể (33,0%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở tình trạng mãn kinh-sau mãn kinh (61,5%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV

3.2.1. Liên quan giữa đặc điểm cá nhân và CLGN

Không có mối liên quan giữa tuổi, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân với CLGN.

Có mối liên quan giữa kinh tế gia đình và tình trạng kinh nguyệt với CLGN. Kết quả được trình bày trong bảng 3.1

Bảng 3.1. Liên quan giữa kinh tế gia đình và tình trạng kinh nguyệt với CLGN

Yếu tố		CLGN	n	Không tốt		Tốt		p
				Số lượng	%	Số lượng	%	
Kinh tế gia đình	Không Nghèo		49	29	59,2	20	40,8	<0,01
	Nghèo		60	51	85,0	9	15,0	
Tình trạng kinh nguyệt	Tuổi sinh sản		31	18	58,1	13	41,9	<0,05
	Tiền mãn kinh/mãn kinh - Sau mãn kinh		78	62	79,5	16	20,5	

3.2.2. Liên quan giữa sức khỏe tâm thần và CLGN

Bảng 3.1. Liên quan giữa kinh tế gia đình và tình trạng kinh nguyệt với CLGN

Yếu tố		CLGN	n	Không tốt		Tốt		p
				Số lượng	%	Số lượng	%	
Trầm cảm	Bình thường		63	38	60,3	25	39,7	<0,001
	Trầm cảm		46	42	91,3	4	8,7	
Lo âu	Bình thường		58	36	62,1	22	37,9	<0,01
	Lo âu		51	44	86,3	7	13,7	
Stress	Bình thường		78	51	65,4	27	34,6	<0,01
	Stress		31	29	93,5	2	6,5	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress với CLGN ($p < 0,05$).

3.2.3. Liên quan giữa hành vi sức khỏe và CLGN

Không có mối liên quan giữa các hành vi sức khỏe như uống cà phê, uống trà, hút thuốc lá, uống rượu với CLGN ($p > 0,05$).

3.2.4. Liên quan giữa môi trường sống và CLGN

Nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố môi trường sống (ánh sáng, tiếng ồn, nhiệt độ, độ thoáng khí, diện tích phòng ngủ) với CLGN ($p > 0,05$).

3.2.5. Yếu tố bệnh lý liên quan đến bệnh ung thư

vú và CLGN

Kết quả cho thấy tỷ lệ CLGN không tốt tăng theo giai đoạn UTV. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Không có mối liên quan giữa chu kỳ hóa trị và bệnh kèm với CLGN ($p > 0,05$).

3.2.6. Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV

Các biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV.

Bảng 3.3. Mô hình hồi quy đa biến logistic kiểm định các yếu tố liên quan đến CLGN

Biến độc lập	OR	95% CI	p
Tình trạng kinh tế gia đình Không nghèo Nghèo	1 3,90	1,37-11,14	p<0,05
Tình trạng kinh nguyệt Tuổi sinh sản Tiền mãn kinh, mãn kinh- sau mãn kinh	1 3,60	1,25-10,36	p<0,05
Trầm cảm Không Có	1 3,12	0,61-16,01	p>0,05
Lo âu Không Có	1 1,02	0,27- 3,79	p>0,05
Stress Không Có	1 3,24	0,44-23,69	p>0,05

Nhận xét: Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi qui đa biến bao gồm: tình trạng kinh tế gia đình và tình trạng kinh nguyệt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân UTV

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 51,26±9,34 tuổi (29-76 tuổi). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Barry V. Fortner có độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 51,33±11,66 tuổi [3]. Theo nghiên cứu của Carol A. Enderlin, độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 64,9 ± 4,67 tuổi (50-90 tuổi) [4], cao hơn độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu của chúng tôi.

Đối tượng nghiên cứu hiện tại có việc làm (có thu nhập) chiếm tỷ lệ 36,7%, nhóm đối tượng nghiên cứu nghỉ làm, bệnh chiếm tỷ lệ cao 33%. Tình trạng việc làm ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi còn thấp so với các nghiên cứu ở nước ngoài [7],[8].

Đối tượng đã kết hôn hiện tại sống chung với chồng chiếm tỷ lệ cao 79,8%. Một số nghiên cứu của nước ngoài cho thấy nhóm đối tượng đã kết hôn chiếm đa số nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Julie L. Otte nhóm bệnh nhân UTV đã kết hôn hoặc hiện tại sống chung với bạn tình chiếm tỷ lệ cao 73% [7]. Nghiên cứu của Stacy D. Sanford nhóm đối tượng đã kết hôn chiếm 64% [8].

Phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn mãn kinh - sau mãn kinh, chiếm 61,5%. Nghiên cứu

của Julie L. Otte nhóm bệnh nhân sau mãn kinh chiếm tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (70%) [7].

4.2. Các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân UTV

Nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan giữa kinh tế gia đình và CLGN. Nhóm kinh tế gia đình ở mức nghèo có tỷ lệ CLGN không tốt cao gấp 3,9 lần nhóm có kinh tế gia đình trung bình hoặc khá. Điều này cho thấy, có lẽ gánh nặng về kinh tế là một trong những yếu tố ảnh hưởng lớn đến CLGN ở bệnh nhân UTV. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Barry V. Fortner cũng cho kết quả có mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và CLGN không tốt ở bệnh nhân UTV [3]. Trong nghiên cứu của Julie L. Otte cho thấy kinh tế không có mối liên quan đến CLGN (p<0,05) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng nhóm có tình trạng kinh nguyệt tiền mãn kinh, mãn kinh- sau mãn kinh có tỷ lệ CLGN không tốt cao gấp 3,6 lần nhóm ở tuổi sinh sản. Kết quả này tương tự kết quả của Stacy D. Sanford: CLGN không tốt có mối liên quan với các triệu chứng vận mạch/nội tiết của tình trạng tiền mãn kinh, mãn kinh [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Julie L. Otte kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa tình trạng kinh nguyệt với CLGN (p> 0,05) [7]. Tuổi mắc bệnh trung bình của phụ nữ Việt Nam thấp hơn đáng kể so với các nước phát triển. 50% số bệnh nhân được điều trị triệt căn UTV ở Việt Nam trong khoảng tuổi 40-50, trong khi ở các nước phát triển khoảng tuổi này là 50-65. Vì vậy, thời gian chịu ảnh hưởng



của các thay đổi nội tiết ở phụ nữ Việt Nam dài hơn so với ở các nước phát triển. Trong đó, dấu hiệu của rối loạn vận mạch ảnh hưởng nhiều đến CLGN. Rối loạn vận mạch là cơn bốc hỏa thường xảy ra đột ngột, tự nhiên cảm thấy bốc nóng mặt, cổ, ngực. Cơn bốc hỏa xảy ra khoảng vài phút, có thể ngắn hơn, chỉ vài giây, nhưng thường kèm theo triệu chứng vã mồ hôi. Thường các cơn bốc hỏa hay xảy ra vào ban đêm hoặc khi có stress. Triệu chứng này thường kéo dài 6 tháng đến vài năm, có thể 2 - 3 năm nhưng cũng có người đến 5 năm. Vã mồ hôi có thể kèm theo cơn bốc hỏa hay xảy ra đơn lẻ. Vã mồ hôi cũng thường xảy ra vào ban đêm nên gây mất ngủ, khó chịu [1].

Nghiên cứu này cho thấy nhóm trầm cảm, lo âu, stress có tỷ lệ CLGN không tốt cao hơn nhóm bình thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá nhỏ. Nghiên cứu của Julie L. Otte cho thấy, trầm cảm và lo âu có liên quan đến CLGN. Trong đó, trầm cảm liên quan đến tỷ lệ và mức độ nặng của CLGN không tốt ở cả nhóm bệnh nhân UTV và nhóm chứng. Trong khi đó, lo âu chỉ có mối liên quan đến CLGN ở nhóm bệnh nhân UTV [7]. Nghiên cứu của Stacy D. Sanford đánh giá trầm cảm, lo âu trước,

trong và sau quá trình điều trị hóa chất cho thấy trầm cảm, lo âu chiếm tỷ lệ cao trước điều trị hóa chất sau đó giảm trong quá trình điều trị hóa chất và tăng lại sau khi điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu trong ba thời điểm thì trầm cảm, lo âu đều là các yếu tố liên quan chặt chẽ đến CLGN ở bệnh nhân UTV [8]. Qua các nghiên cứu cho thấy, trầm cảm, lo âu và stress dường như là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến CLGN ở bệnh nhân UTV.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân UTV là 51,26±9,34 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân hiện có việc làm (có thu nhập) chiếm tỷ lệ 36,7%. 79,8% đối tượng nghiên cứu đã kết hôn và hiện tại sống chung với chồng. 55% bệnh nhân trong nghiên cứu có kinh tế gia đình nghèo, 22% bệnh nhân có số hộ nghèo. 61,5% đối tượng nghiên cứu ở tình trạng mãn kinh-sau mãn kinh.

- Yếu tố liên quan đến CLGN trong phân tích đơn biến là: tình trạng kinh tế gia đình, tình trạng kinh nguyệt, trầm cảm, lo âu và stress.

- Các yếu tố liên quan đến CLGN trong mô hình hồi qui đa biến logistic là: tình trạng kinh tế gia đình, tình trạng kinh nguyệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa*.
2. Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia, *Thang đánh giá Trầm cảm- Lo âu- Stress (DASS-42)*, <http://www.nimh.gov.vn/trac-nghiem-tam-ly/28-cac-trc-nghim/151-thang-anh-gia-lo-au-trm-cm-stress-dass-21.html>, truy cập ngày 02/7/2015.
3. Barry, V. F., Edward, J. S., Stephanie, C. W., et al. (2002), "Sleep and quality of life in breast cancer patients", *Journal of pain and symptom management*, (5), pp. 471-480.
4. Carol, A. E., Elizabeth, A. C., Catherine. C., et al. (2011), "Subjective sleep quality, objective sleep characteristics, insomnia symptom severity, and daytime sleepiness in women aged 50 and older with nonmetastatic breast cancer", *Oncology nursing forum*, (4).
5. Daniel, J. B., Charles, F. R., Timothy, H. M., et al. (1989), "The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research", *Psychiatry research*, (2), 193-213.
6. Josée, S., Sébastien S., Julie, B., et al. (2001), "Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer", *Sleep*, (5), pp. 583-590.
7. Julie, L.O., Janet, S. C., Kathleen, M. R., et al. (2010), "Prevalence, severity, and correlates of sleep-wake disturbances in long-term breast cancer survivors", *Journal of pain and symptom management*, (3), pp. 535-547.
8. Stacy, D. S., Lynne, I. W., Jennifer, L. B., et al. (2013), "Longitudinal prospective assessment of sleep quality: before, during, and after adjuvant chemotherapy for breast cancer", *Supportive care in cancer*, (4), pp. 959-967.
9. Surveillance Epidemiology and End Results (2010), "Cancer of the Breast (Female) - SEER Stat Fact Sheets", <<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>>, accessed: 12/04/2015.

SỰ HÀI LÒNG CỦA SẢN PHỤ SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA NĂM 2018 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Quỳnh Nga¹, Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 400 sản phụ sau sinh tại 4 Khoa Lâm sàng Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ tháng 2/2018 đến tháng 9 năm 2018. **Mục tiêu:** Nhằm mục đích xác định mức hài lòng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sản phụ sau sinh. **Kết quả:** Mức độ hài lòng về sự thuận tiện 69,1%; sự minh bạch thông tin 74,9%; cơ sở vật chất 54,2%; thái độ nhân viên 82,3; thời gian chờ 69,8%; chăm sóc mẹ và bé sau sinh 83,7%; dịch vụ hậu cần 56,8%. Sản phụ nằm ở các khoa sản 1 và 3 có mức không hài lòng cao trong: sự thuận tiện (OR hiệu chỉnh 2,3 và 2,44) và sự minh bạch (OR hiệu chỉnh 2,15 và 3,55) so với sản phụ nằm ở khoa sản yêu cầu. Sản phụ nằm ở khoa sản 3 có sự không hài lòng với dịch vụ hậu cần cao gấp 2,18 lần khoa sản yêu cầu. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sản phụ có độ tuổi dưới 30 hài lòng về sự thuận tiện và sự minh bạch cao hơn nhóm trên 30 tuổi, với $p < 0,05$. Sản phụ có trình độ học vấn thấp có mức hài lòng thấp về sự thuận tiện, CSVC, thời gian và dịch vụ hậu cần hơn so với các nhóm trình độ cao, với $p < 0,05$. Sản phụ không có BHYT thì mức không hài lòng cao hơn sản phụ có BHYT (OR = 1,7; $p < 0,05$). Thời gian chờ có mối tương quan nghịch với sự hài lòng của sản phụ, thời gian chờ càng lâu thì mức hài lòng càng giảm đi và ngược lại, với $p < 0,05$.

Kết luận: Có sự liên quan giữa khoa sản phụ nằm điều trị, độ tuổi sản phụ với sự hài lòng về thuận tiện, minh bạch thông tin và dịch vụ hậu cần của Bệnh viện. Trình độ học vấn của sản phụ có liên quan với sự hài lòng về thuận tiện, CSVC, thời gian và dịch vụ hậu cần của Bệnh viện.

Từ khóa: Sản phụ sau sinh, sự hài lòng của sản phụ

SUMMARY:

SATISFACTION OF POSTPARTUM MATERNITY AND RELATED FACTORS AT THANH HOA OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2018

Methods: A cross-sectional descriptive study among 400 postpartum women in four clinical departments of Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital from February 2018 to September 2018.

Objective: To determine the level of satisfaction and factors related to postpartum satisfaction.

Result: satisfaction rate on convenience 69.1%; transparency information 74.9%; material facilities: 54.2%; staff attitudes 82.3; 69.8%; caring for mother and baby after birth 83.7%; logistics services 56.8%. Obstetrics is located in the 1st and 3rd Obstetrics dissatisfied with the high: convenience (ORadj: 2.3 and 2.44) and transparency (ORadj 2.15 and 3.55) compared with women lies in obstetrics required. Pregnant women in obstetrics department 3 have a dissatisfaction with logistic services that are 2.18 times higher than required department. Pregnant women under the age of 30 satisfied with the convenience and transparency higher than 30 years old group, with $p < 0.05$. Pregnant women with low levels of education have lower satisfaction levels of convenience, facilities, time and logistics services is lower than the high level group, with $p < 0.05$. Pregnant women without health insurance, the level of dissatisfaction is higher than women with health insurance (ORadj: 1.7; $p < 0.05$). Waiting time was inversely related to maternal satisfaction, the longer waiting time, the lower satisfaction level and contrary, with $p < 0.05$.

Conclusion: There is a differences in patient's satisfaction between departments. Related factors were founded as follow: age, convenience, information

1. Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa. Điện thoại: 0912.083.616

Email: ngabvps@gmail.com

2. Khoa Khoa học sức khỏe, Trường Đại học Thăng Long

transparency and waiting time, logistic services. Educational level of pregnant women was associated with satisfaction with convenience, facilities, waiting time and logistic services.

Keywords: Postpartum maternity, patient's satisfaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là mục đích chính của công tác quản lý chất lượng bệnh viện. Cải tiến chất lượng khám chữa bệnh tuân thủ nguyên tắc tổ chức, thực hiện việc lấy người bệnh làm trung tâm và là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến hành thường xuyên, liên tục. [1],[5]. Tại Việt Nam cũng đã có rất nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh được tiến hành theo tiêu chí của từng bệnh viện và kết quả cũng đa dạng, phụ thuộc vào các yếu tố đánh giá của từng nghiên cứu. Trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa, đã có nghiên cứu về sự hài lòng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa [4].

Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong những năm qua đã đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, trang thiết bị. Tuy nhiên chất lượng chăm sóc sức khỏe và thái độ phục vụ NB vẫn chưa đáp ứng đủ. Do đó việc đánh giá chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của sản phụ sẽ giúp cho Ban Lãnh đạo Bệnh viện có cơ sở để lập kế hoạch cải thiện sự hài lòng của sản phụ, nâng cao chất lượng phục vụ sản phụ trong thời gian tới. Chính vì vậy tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu (1) Mô tả sự hài lòng của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2018 (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Tại 4 khoa lâm sàng Sản I, Sản II, Sản III và Sản yêu cầu tại BVPS Thanh Hóa từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2018

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Sản phụ sau sinh điều trị

nội trú có chỉ định ra viện

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể cho cỡ mẫu tối thiểu cộng thêm 10%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 510.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp lấy mẫu thuận tiện

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

2.5.1 Công cụ:

+ Sự hài lòng của sản phụ sau sinh được phát triển dựa trên bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của WHO và bộ công cụ nghiên cứu của tác giả Ward và cộng sự [9]. Sử dụng thang đo likert với 5 mức độ

2.5.2. Kỹ thuật thu thập thông tin: Đối tượng tự điền, các đặc điểm lâm sàng từ bệnh án.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được làm sạch được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Thuật toán mô tả, correlation và logistic regression.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học và đạo đức của Trường Đại học Thăng Long thông qua .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi của đối tượng: 65,7% sản phụ sau sinh có độ tuổi dưới từ 18 đến 30 tuổi, độ tuổi trên 30 chiếm 33,5% và dưới 18 tuổi có 0,8%. Độ tuổi trung bình của sản phụ là $28,42 \pm 5,06$.

- Dân tộc: Dân tộc Kinh có tỉ lệ nhiều nhất với 92%, các dân tộc khác chỉ chiếm 8%.

- Nơi ở: Sản phụ có hộ khẩu ở nông thôn, chiếm tỉ lệ 74,7%.

- Trình độ văn hóa: Khoảng nửa số sản phụ có trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông với 53,5%, mù chữ và tiểu học chiếm tỉ lệ ít nhất 7,8%.

3.2. Sự hài lòng của sản phụ sau sinh đối với dịch vụ của Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa.

Bảng 1: Sự hài lòng của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

Sự hài lòng chung của SPSS với nhóm yếu tố	Tỉ lệ %	
	Không hài lòng	Hài lòng
<i>Sự thuận tiện</i>	30,9	69,1
<i>Sự minh bạch thông tin</i>	25,1	74,9
<i>Cơ sở vật chất</i>	45,8	54,2
<i>Thái độ nhân viên</i>	17,7	82,3
<i>Thời gian chờ</i>	30,2	69,8
<i>Chăm sóc mẹ và bé</i>	16,3	83,7
<i>Dịch vụ hậu cần</i>	43,2	56,8

Kết quả về hài lòng chung của từng nhóm tiêu chí cho thấy tỉ lệ hài lòng cao nhất ở tiêu chí chăm sóc mẹ và bé sau sinh với 83,7%, nhóm thái độ cũng gần tương tự với tỉ lệ 82,3%; trong khi sự hài lòng thấp nhất ở nhóm tiêu chí

về CSVC Bệnh viện với tỉ lệ 54,2%, ngoài ra sự hài lòng về dịch vụ hậu cần cũng thấp với 56,8%.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

Bảng 2: Liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung của sản phụ với hài lòng về sự thuận tiện

Yếu tố liên quan	Sự thuận tiện tại bệnh viện (%)		p	OR _{hiệu chỉnh}
	Không hài lòng	Hài lòng		
Khoa				
<i>Sản I</i>	46,6	53,4	0,02	2,3
<i>Sản II</i>	28	72	0,97	1,0
<i>Sản III</i>	49,5	50,5	0,01	2,44
<i>Sản yêu cầu</i>	27,5	72,5	0,002	1
Tuổi				
<i>Từ <30 tuổi</i>	33,2	66,7		1
<i>≥ 30 tuổi</i>	41,5	58,5	0,02	1,76
Học vấn				
<i>Mù chữ, tiểu học</i>	51,6	48,4	0,00	10,10
<i>THCS, THPT</i>	43,0	57,0	0,01	3,54
<i>TC, CĐ, ĐH, SĐH</i>	22,6	77,4	0,00	1
Bảo hiểm y tế				
<i>Có</i>	34,9	65,1		1
<i>Không</i>	61,5	38,5	0,02	1,76

- Sản phụ hài lòng về sự thuận tiện tại bệnh viện của các khoa so với khoa “theo yêu cầu”, mức độ không hài lòng của khoa sản 1 và sản 3 nhiều gấp 2,3 và 2,4 lần với $p < 0,05$, trong khi khoa sản 2 tương đương với khoa “theo yêu cầu”, $p > 0,05$.

- Nhóm tuổi trên 30 mức không hài lòng cao hơn

nhóm <30 tuổi (OR = 1,7; $p < 0,05$)

- Xu hướng rất rõ: Những sản phụ có trình độ học vấn càng thấp tỷ lệ không hài lòng càng nhiều (OR hiệu chỉnh tương ứng là 3,54 và 10,1; $p < 0,05$)

- Nhóm không có BHYT người không hài lòng cũng nhiều hơn rõ rệt so với nhóm có BHYT (OR = 1,7; $p < 0,05$)



Bảng 3: Liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung của sản phụ với hài lòng về sự minh bạch thông tin bệnh trong Bệnh viện

Yếu tố liên quan	Sự minh bạch thông tin tại bệnh viện (%)		p	OR _{hiệuChỉnh}
	Không hài lòng	Hài lòng		
Khoa				
Sản I	46,6	53,4	0,03	2,15
Sản II	28	72	0,42	1,32
Sản III	41,2	58,8	0,00	3,55
Sản yêu cầu	20,3	79,7	0,001	1
Tuổi				
Từ <30 tuổi	28,7	71,3		1
≥ 30 tuổi	36,3	63,7	0,04	0,6
Trình độ				
Mù chữ, tiểu học	32,3	67,7	0,33	1,69
THCS, THPT	36	64	0,03	3,50
TC, CD, ĐH, SĐH	24,5	75,5	0,03	1
Bảo hiểm y tế				
Có	38,5	61,5		1
Không	31	69	0,66	1,31

- Mức độ không hài lòng của khoa sản 1 và khoa sản 3 nhiều gấp 2,15 và 3,55 lần khoa “sản yêu cầu”; những sản phụ có độ tuổi dưới 30 có sự hài lòng cao hơn nhóm trên 30 tuổi (p < 0,05).

- Về học vấn: Nhóm có trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông có sự không hài lòng về sự minh bạch cao gấp 3,5 lần nhóm trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học (p < 0,05).

Bảng 4: Liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung của sản phụ với hài lòng về cơ sở vật chất.

Yếu tố liên quan	Cơ sở vật chất và phương tiện của bệnh viện (%)		p	OR _{hiệuChỉnh}
	Không hài lòng	Hài lòng		
Khoa				
Sản I	55,2	44,8	0,15	1,64
Sản II	42,1	57,9	0,71	1,14
Sản III	53,6	46,4	0,02	2,22
Sản yêu cầu	36,2	63,8	0,04	1
Tuổi				
Từ <30 tuổi	42,6	57,4		1
≥ 30 tuổi	48,9	51,1	0,08	0,67
Trình độ				
Mù chữ, tiểu học	54,8	45,2	0,09	2,30
THCS, THPT	50,5	49,5	0,008	4,26
TC, CD, ĐH, SĐH	34,8	65,2	0,01	1
Bảo hiểm y tế				
Có	44,7	55,3		1
Không	46,2	53,8	0,76	0,84

Nhận xét:

- Kết quả về sự hài lòng ở các khoa cho thấy so với “khoa yêu cầu”, khoa sản 3 có sự không hài lòng nhiều gấp 2,22 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, các khoa sản 1 và sản 2 có sự hài lòng tương tự khoa sản yêu cầu $p > 0,05$.

- Sản phụ có trình độ văn hóa trung học cơ sở và trung học phổ thông có sự không hài lòng cao gấp 4,26 lần nhóm có trình độ cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

- Các yếu tố khác chưa tìm thấy sự liên quan với sự hài lòng với CSVC, $p > 0,05$

Bảng 5: Liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung của sản phụ với hài lòng về thời gian chờ

Yếu tố liên quan	Thời gian chờ tại bệnh viện (%)		p	OR _{hiệu chỉnh}
	Không hài lòng	Hài lòng		
Khoa				
Sản I	36,8	63,2	0,39	1,36
Sản II	29,9	70,1	0,62	0,84
Sản III	42,3	57,7	0,42	1,31
Sản yêu cầu	31,4	68,6	0,32	1
Tuổi				
Từ <30 tuổi	33	67		1
≥ 30 tuổi	37,3	62,7	0,16	0,71
Trình độ				
Mù chữ, tiểu học	45,2	54,8	0,04	2,86
THCS, THPT	38,2	61,8	0,01	4,17
TC, CĐ, ĐH, SDH	27,1	72,9	0,04	1
Bảo hiểm y tế				
Có	34,5	65,5		1
Không	30,8	69,2	0,49	0,65

- Nhóm THCS và THPT với sự không hài lòng là 38,2%; trong khi nhóm mù chữ và tiểu học (45,2%); $p < 0,05$.



Bảng 6: Liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung của sản phụ với hài lòng về dịch vụ hậu cần

Yếu tố liên quan	Dịch vụ hậu cần của bệnh viện (%)		p	OR _{hiệu chỉnh}
	Không hài lòng	Hài lòng		
Khoa				
Sản I	56,1	43,9	0,34	1,39
Sản II	47,7	52,3	0,96	1,01
Sản III	57,3	42,7	0,02	2,18
Sản yêu cầu	37,2	62,8	0,02	1
Tuổi				
Từ <30 tuổi	44,5	55,5		1
≥ 30 tuổi	53,7	46,3	0,08	0,66
Trình độ				
Mù chữ, tiểu học	71	29	0,03	3,12
THCS, THPT	52,6	47,4	0,003	5,18
TC, CĐ, ĐH, SĐH	36,1	63,9	0,01	1
Bảo hiểm y tế				
Có	47,4	52,6		1
Không	53,8	46,2	0,89	0,92

- Kết quả Bảng 3.6 cho thấy, khoa sản 3 có sự không hài lòng cao gấp 2,18 lần khoa sản yêu cầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các khoa sản 1 và sản 2 chưa tìm thấy sự khác biệt hài lòng về hậu cần, với $p > 0,05$.

- Ở nhóm trình độ học vấn cũng cho thấy một xu thế các nhóm có trình độ thấp tỷ lệ không hài lòng càng cao, ở nhóm trình độ THCS và THPT có sự không hài lòng là 52,6 %, trong khi nhóm mù chữ và tiểu học là 71%. Sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tìm hiểu các yếu tố khác chưa thấy sự liên quan, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Sản phụ có độ tuổi từ 18 đến 30 tuổi chiếm phần lớn trong số sản phụ điều trị tại Bệnh viện với 65,7%. Sản phụ trên 30 tuổi chiếm 33,7% và dưới 18 tuổi là 0,8%. Độ tuổi trung bình của sản phụ sau sinh $28,42 \pm 5,06$ tuổi. Nghiên cứu của Wanger năm 2016 về “Sự hài lòng của bệnh nhân với phương pháp giáo dục phụ nữ sau sinh” cho kết quả tương tự với độ tuổi trung bình là $27,8 \pm 6,42$ [8].

Trình độ học vấn của sản phụ nhiều nhất là nhóm trung học cơ sở và phổ thông trung học với 53,5%; nhóm có tỉ lệ thấp nhất là nhóm mù chữ và tiểu học với

7,8%. Nhóm trình độ được đào tạo từ trung cấp trở lên chiếm 38,7%.

Phương thức sinh chủ yếu là mổ lấy thai với tỉ lệ 64,5%; hình thức sinh thường là 21,5%. Nghiên cứu của Wanger 2016 tại Mỹ cho kết quả ngược lại là tỉ lệ sinh thường chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 70,6% và mổ lấy thai là 29,4% [8].

Tỉ lệ sản phụ sau sinh hài lòng với từng nhóm yếu tố có sự khác biệt rất rõ rệt, hài lòng với nhóm tiêu chí thuận tiện 69,1%; hài lòng với nhóm tiêu chí minh bạch 74,9%; hài lòng với tiêu chí cơ sở vật chất 54,2%; hài lòng với tiêu chí thái độ 82,3%; hài lòng với tiêu chí thời gian 69,8%; hài lòng với tiêu chí chăm sóc mẹ và bé sau sinh 83,7%; hài lòng với tiêu chí hậu cần 56,8%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Du và cộng sự năm 2016 chỉ ra rằng: 88% hài lòng khi giao tiếp và tương tác với nhân viên y tế và 89,2% hài lòng về cơ sở vật chất trong khoa. 92% bệnh nhân hài lòng về thời gian tiếp cận dịch vụ y tế [7]. Tác giả Trần Thị Thắm và cộng sự năm 2012 nghiên cứu sự hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe của người bệnh nội trú tại khối xạ trị Bệnh viện K Trung ương cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng về thời gian chờ

đợi và tiếp cận hoạt động khám bệnh là 60,1%; tỷ lệ hài lòng về nhân viên bệnh viện là 55,5% [6].

Mỗi bệnh viện và mỗi tuyến y tế khác nhau sẽ có những điều kiện khác nhau nên mức độ hài lòng khác nhau là chuyện bình thường. Dựa trên các kết quả có được ở mỗi nghiên cứu mà ban lãnh đạo mỗi bệnh viện có những phương án, kế hoạch điều chỉnh nhất định để nâng cao chất lượng dịch vụ cũng như sự hài lòng của người bệnh. Chúng tôi nhận thấy rằng ở 7 nhóm tiêu chí hài lòng mà chúng tôi khảo sát trong nghiên cứu này, tiêu chí có kết quả cao nhất là chăm sóc mẹ và bé sau sinh có tỉ lệ 83,7%. Tiêu chí hài lòng thấp nhất là cơ sở vật chất với tỉ lệ 54,2%. Từ đó cho thấy mức độ hài lòng với dịch vụ của Bệnh viện Phụ sản chưa cao, thậm chí một số yếu tố còn thấp. Bệnh viện cần phải kịp thời đưa ra những giải pháp nhất định để khắc phục những thiếu sót nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh từ các khâu rêng rẽ khác nhau. Chúng tôi nhận thấy một số việc làm cần thiết như: đầu tư cơ sở vật chất trang thiết bị vào các khoa sản 1, sản 2 và sản 3; đảm bảo thoáng mát mùa hè, ấm áp mùa đông, điều hòa và hệ thống điện luôn ổn định, nhà vệ sinh sạch sẽ. Biển báo lối đi rõ ràng, có cảnh báo những khu vực dễ trượt ngã cho sản phụ và người nhà. Có kế hoạch nâng cao chất lượng dịch vụ nhà ăn, điều chỉnh giá cả hợp lý và đảm bảo vệ sinh. Thường xuyên đánh giá tay nghề, thái độ phục vụ của nhân viên và đào tạo nâng cao trình độ.

Mức độ không hài lòng của sản phụ nằm điều trị ở khoa sản 1 và sản 3 cao gấp 2,3 và 2,44 lần khoa sản yêu cầu, với $p < 0,05$; trong khi khoa sản 2 có sự hài lòng tương đương với khoa sản yêu cầu, với $p > 0,05$. Nhóm tuổi trên 30 có mức độ không hài lòng cao gấp 1,76 lần nhóm dưới 30 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Về trình độ học vấn: có sự liên quan giữa trình độ học vấn với sự hài lòng của sản phụ, những sản phụ có trình độ học vấn càng thấp thì mức độ không hài lòng càng cao, $p < 0,05$ [3]. Ngoài ra nhóm sản phụ không có bảo hiểm cũng không hài lòng cao hơn nhóm có bảo hiểm 1,7 lần, với $p < 0,05$; có thể thấy những người có bảo hiểm họ vào viện sẽ yên tâm hơn và thường không đòi hỏi nhiều hơn như những nhóm có BHYT, bởi vì nhóm có BHYT họ phải chi trả toàn bộ viện phí và các chi phí trong quá trình nằm viện, nên việc họ đòi hỏi cao hơn mà không được đáp ứng tốt so với nhu cầu của họ thì sự hài lòng của họ với bệnh viện sẽ giảm đi là điều dễ hiểu [2]. Đánh giá nhóm hài lòng về thời gian chờ đợi với yếu tố liên quan chúng tôi nhận thấy, mức độ hài lòng về thời gian có liên quan đến trình độ học vấn của sản phụ; cụ thể là những sản phụ ở nhóm THPT có mức không hài lòng gấp 4,17 lần và sản phụ mù chữ, tiểu học

gấp 2,86 lần so với nhóm trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học. Thời gian chờ có sự liên quan nghịch với sự hài lòng của sản phụ, sản phụ chờ càng lâu sự hài lòng càng giảm đi. Đánh giá về sự liên quan giữa nhóm hài lòng về dịch vụ hậu cần với các đặc điểm chung của sản phụ. Kết quả cũng cho thấy rất rõ, sản phụ ở khoa sản 3 có mức không hài lòng cao nhất và cao gấp 2,18 lần khoa sản yêu cầu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Sự hài lòng của sản phụ sau sinh với dịch vụ y tế của Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố thuận tiện trong bệnh viện là 69,1%; sản phụ chưa hài lòng với nhóm này là 31,9%.

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố minh bạch thông tin tại bệnh viện là 74,9%; chưa hài lòng với nhóm này là 25,1%.

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố cơ sở vật chất của bệnh viện là 54,2%; chưa hài lòng với nhóm này 45,8%.

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố thái độ của nhân viên bệnh viện là 82,3%; chưa hài lòng là 17,7%.

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố thời gian chờ tại bệnh viện là 69,8 %; chưa hài lòng là 30,2%.

Tỉ lệ sản phụ hài lòng với nhóm yếu tố chăm sóc mẹ và bé sau sinh tại bệnh viện là 83,7%; tỉ lệ chưa hài lòng là 16,3%.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

Sản phụ nằm ở các khoa sản 1 và 3 có mức không hài lòng cao trong: sự thuận tiện (OR hiệu chỉnh 2,3 và 2,44) và sự minh bạch (OR hiệu chỉnh 2,15 và 3,55) so với sản phụ nằm ở khoa sản yêu cầu. Sản phụ nằm ở khoa sản 3 có sự không hài lòng với dịch vụ hậu cần cao gấp 2,18 lần khoa sản yêu cầu. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sản phụ có độ tuổi dưới 30 hài lòng về sự thuận tiện và sự minh bạch cao hơn nhóm trên 30 tuổi, với $p < 0,05$.

Sản phụ có trình độ học vấn thấp có mức hài lòng về sự thuận tiện, CSVC, thời gian và dịch vụ hậu cần thấp hơn so với các nhóm trình độ cao, với $p < 0,05$.

Sản phụ không có BHYT thì mức không hài lòng cao hơn sản phụ có BHYT (OR = 1,7; $p < 0,05$)

Thời gian chờ có mối tương quan nghịch với sự hài lòng của sản phụ, thời gian chờ càng lâu thì mức hài lòng càng giảm đi và ngược lại, với $p < 0,05$.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Quyết định về việc phê duyệt và ban hành Đề án “Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công” số 4448/QĐ-BYT, ngày 06/11/2013.
2. Chu Hùng Cường (2012), Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám, chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang tỉnh Hải Dương, năm 2012, Tạp chí Y học thực hành, Hà Nội.
3. Dương Văn Lọt (2016), Sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Đăk Glei trong tháng 6 năm 2016, Trung tâm Y tế Đăk Glei, Sở Y tế Kon Tum.
4. Dương Văn Minh (2016), Đánh giá sự hài lòng của người nhà người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.
5. Hà Thị Soạn (2007), Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006 – 2007, Kỹ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng – Hội nghị Khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr. 17 – 23.
6. Trần Thị Thắm và cộng sự (2012), Sự hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe của người bệnh nội trú tại khối xạ trị Bệnh viện K Trung ương, năm 2012, Tạp chí Y học dự phòng, 27(3), pp. 106-112.
7. Vũ Văn Du (2016), Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ y tế tại khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016, Tạp chí Y học dự phòng, 27 (3), pp. 154-161.
8. Wagner D. L. et al. (2016), “Patient Satisfaction With Postpartum Teaching Methods”, J Perinat Educ. **25** (2), pp. 129-136.
9. Ward K. F. et al (2005), “Improving outpatient health care quality: understading the quality dimensions”, Health Care Managemet Review. **30** (4), pp. 361-371.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG HỆ NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Đặng Thị Thu¹, Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 700 người bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa Thanh Hóa. **Kết quả** cho thấy: Nghề nghiệp, chi phí và BHYT của người bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tất cả các yếu tố được hỏi ý kiến về sự hài lòng của người bệnh ($p < 0,01$). Nhóm tuổi từ 18-35 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tất cả các yếu tố được hỏi ý kiến về sự hài lòng của người bệnh ($OR_{hc} = 2.1, p < 0.05$). Giới tính, trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố về thời gian chờ đợi, kỹ năng thái độ của thầy thuốc và thái độ của nhân viên phục vụ ($p < 0.05$). Trong khi đó giới tính, trình độ học vấn, số lần đến bệnh viện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với yếu tố cơ sở vật chất của bệnh viện ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các yếu tố có liên quan đến sự hài lòng của người bệnh là: nghề nghiệp, chi phí và BHYT, nhóm tuổi 18 - 35, giới tính, trình độ học vấn và số lần đến bệnh viện.

Từ khoá: Sự hài lòng

ABSTRACT:

FACTORS RELATED TO SATISFACTION AMONG INPATIENTS OF DEPARTMENTS OF SURGERIES AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Objectives: Analyse some factors related to satisfaction among inpatients of Departments of surgeries at Thanh Hoa General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 700 inpatients of Departments of surgeries. **The results** showed that: a significantly association ($p < 0,01$) between patient's occupations, health care costs, health insurance

with patient satisfaction. In addition, factors significantly associated ($OR_{hc} = 2.1, p < 0.05$) with patient satisfaction were group the age of 18-35. Factors affecting waiting time, physician attitudes and practice, and service staff attitudes included: gender, educational level; While factors significantly associated ($p < 0,05$) with hospital facilities were identified by gender, educational level and the number of visits to hospital. **Conclusion:** Factors related to patient satisfaction were occupational, health care costs and health insurance, group the age of 18-35, gender, educational level and number of visits to hospital.

Keywords: Satisfaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa là tuyến khám chữa bệnh cao nhất của tỉnh, chức năng chính là khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trong tỉnh và nhân dân các tỉnh lân cận, nước bạn Lào và khách quốc tế đến làm việc, đầu tư vào tỉnh Thanh Hóa. Bệnh viện đã và đang huy động mọi nguồn lực để đầu tư cho cơ sở hạ tầng ngày càng khang trang sạch đẹp, hệ thống trang thiết bị y tế hiện đại đồng bộ. Việc đánh giá sự hài lòng của toàn bệnh viện đã được thực hiện song thiếu thông tin cụ thể cho từng khoa phòng. Trong khi mỗi khoa phòng có những vấn đề riêng cần giải quyết nhằm làm người bệnh hài lòng hơn. Trong đó các khoa lâm sàng hệ ngoại là bộ mặt của Bệnh viện cần được chú ý phát triển đầu tư cũng như tăng cường quản lý. Tuy nhiên người bệnh hiện hài lòng như thế nào? Đối với từng khoa hệ ngoại của bệnh viện được NB đánh giá như thế nào? yếu tố nào liên quan đến sự hài lòng của NB? Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng hệ ngoại.

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

2. Khoa Khoa học sức khỏe, Trường đại học Thăng Long

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại 07 khoa lâm sàng hệ ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 5 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Là những người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể cho cỡ mẫu

tối thiểu cộng thêm 10%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 700.

2.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được làm sạch được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các test thống kê phân tích được sử dụng: T test, χ^2 và logistic regression.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường đại học Thăng Long. Đồng thời, đề cương nghiên cứu cũng được Lãnh đạo Bệnh viện xem xét và ủng hộ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng với thời gian chờ đợi

Yếu tố liên quan	1. Hài lòng TG chờ		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)		
Giới (B)				
Nam	70,9	29,1	1,41(1,02-1,96)	0,04
Nữ	63,9	36,1		
Tuổi (A)				
Từ 18-35 tuổi	68,2	31,8	1	
Từ 36 – 59	66,0	34,0	0,88(0,55-1,42)	0,61
Từ 60 tuổi trở lên	70,3	29,7	1,21(0,81-1,82)	0,11
Nghề				
CNV và hưu	60,0	40,0	0,72(0,49-1,07)	0,1
Nông dân và khác	70,4	29,6		
Học vấn				
Dưới THCS	81,6	18,4	2,36(1,45-3,84)	0,001
THCS +	64,0	36,0		
BHYT				
Có BHYT	67,2	32,8	1,03(0,57-1,86)	0,92
Không có BHYT	72,7	27,3		
Vay nợ (H)				
Không vay	66,1	33,9	0,90(0,56-1,46)	0,68
Vay một phần	74,2	25,8	1,17(0,44-2,33)	0,97
Vay toàn bộ	71,0	29,0	1	
Lần đến viện				
Đầu	69,2	30,8	1,28(0,95-1,81)	0,16
Sau	64,7	35,3		

Nhận xét: Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi cao hơn so với giới nữ (70,9 % so với 63,9%, ORhc = 1.41, p<0,01). Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi cao

hơn so với nhóm người bệnh có trình độ >THCS (81.6% so với 64.0% ORhc = 2.36, p<0,01). Các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng với kỹ năng thái độ thầy thuốc

Yếu tố liên quan	2. Hài lòng kỹ năng Thái độ		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)		
Giới (B)				
Nam	79,3	20,7	1,82(1.272-2.60)	0,001
Nữ	68,7	31,3		
Tuổi (A)				
Từ 18-35 tuổi	74,6	25,4	0,88(0.569-1.38)	0,60
Từ 36 - 59	78,3	21,7	1,4(0.61-2.30)	0,17
Từ 60 tuổi trở lên	67,7	32,3	1	
Nghề				
CNV và hưu	62,8	37,2	0,64(0.428-0.97)	0,04
Nông dân và khác	78,5	21,5		
Học vấn				
Dưới THCS	87,8	12,2	2,93(1.654-5.18)	0,00
THCS +	70,9	29,1		
BHYT				
Có BHYT	73,3	26,7	0,69(0.336-1.43)	0,32
Không có BHYT	84,8	15,2		
Vay nợ (H)				
Không vay	73,2	26,8	0,99(0.588-1.69)	0,99
Vay một phần	80,6	19,4	1,72(0.735-4.01)	0,21
Vay toàn bộ	71,0	29	1	
Lần đến viện				
Đầu	75,7	24,3	1,72(0.773-1.64)	0,53
Sau	71,9	28,1		

Nhận xét: Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với giới nữ (79.3% so với 68.7%. ORhc = 1.82, p<0,01). Người bệnh là nông dân và khác có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với CNV và hưu (78.5% so với 62.8% ORhc = 0.64, p<0,01).

Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ >THCS (87.8% so với 70.9% ORhc = 2.93, p<0,01). Các yếu tố khác như tuổi, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).



Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng với thái độ nhân viên phục vụ

Yếu tố liên quan	3. HL nhân viên phục vụ		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)		
Giới tính (B)				
Nam	87,1	12,9	1,87(1.241-2.844)	0,003
Nữ	79,0	21,0		
Tuổi (A)				
Từ 18-35 tuổi	86,7	13,3	1,64(0.908-2.958)	0,101
Từ 36 - 59	84,0	16,0	1,35(0.788-2.330)	0,27
Từ 60 tuổi trở lên	79,5	19,5	1	
Nghề				
CNV và hưu	76,7	23,3	0,59(0.364-0.955)	0,03
Nông dân và khác	85,8	14,2		
Học vấn				
Dưới THCS	87,8	12,2	1,70(0.937-3.077)	0,08
THCS +	82,3	11,7		
BHYT				
Có BHYT	83,3	16,7	1,25(0.599-2.610)	0,55
Không có BHYT	84,8	15,2		
Vay nợ (H)				
Không vay	83,7	16,3	1	
Vay một phần	81,5	18,5	0,97(0.318-2.954)	0,96
Vay toàn bộ	87,1	12,9	1,60(0.918-2.809)	0,09
Lần đến viện				
Đầu	83,9	16,1	1,01(0.653-1.555)	0,93
Sau	82,6	17,4		

Nhận xét: Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về thái độ của nhân viên phục vụ cao hơn so với giới nữ (87.1 % so với 79% ORhc = 1.87, p<0,01). Người bệnh là nông dân và khác có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của nhân

viên phục vụ cao hơn so với CNV và hưu (85.8% so với 76.7% ORhc = 0.59, p<0,05). Các yếu tố khác như tuổi, học vấn, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng với cơ sở vật chất BV

Yếu tố liên quan	4. HL cơ sở vật chất BV		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)		
Giới tính				
Nam	50,9	49,1	1,37(1.006-1.876)	0,04
Nữ	42,6	57,4		
Tuổi				
Từ 18-35 tuổi	51,4	48,6	1,22(0.837-1.790)	0,17
Từ 36 - 59	47,3	52,7	1.353(0.873-2.096)	0,29
Từ 60 tuổi trở lên	43,1	56,9	1	
Nghề				
CNV và hưu	38,9	61,1	0,79(0.541-1.168)	0,24
Nông dân và khác	50,5	49,5		
Học vấn				
Dưới THCS	60,5	39,5	2,03(1.344-3.063)	0,001
THCS +	43,6	56,4		
BHYT				
Có BHYT	45,3	54,7	0,56(0.557-0.322)	0,03
Không có BHYT	65,2	34,8		
Vay nợ				
Không vay	46,6	53,4	1,11(0.722-1.707)	0,63
Vay một phần	50,0	50,0	1,26(0.591-2.692)	0,54
Vay toàn bộ	45,2	54,8	1	
Lần đến viện				
Đầu	50,3	49,7	1,39(1.389-0.997)	0,05
Sau	40,9	59,1		

Nhận xét: Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất BV cao hơn so với giới nữ (50.9 % so với 42.6% ORhc = 1.37, p<0,01). Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất BV cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ >THCS (60.5%

so với 43.6% ORhc = 2.03, p<0,01). Người bệnh lần đầu đến bệnh viện có tỷ lệ cao hơn so với nhóm người đến lần sau (50.3 so với 40.9 ORhc = 1.39, p<0,01). Các yếu tố khác như tuổi, BHYT, và vay nợ chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).



Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng về chi phí và BHYT

Yếu tố liên quan	5. HLchi phí và BHYT		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng(%)		
Giới tính				
Nam	80,6	19,4	1,28(0.884-1.864)	0,19
Nữ	76,2	23,8		
Tuổi				
Từ 18-35 tuổi	84,4	15,6	1,59(0.923-2.757)	0,09
Từ 36 - 59	77,1	22,9	1,48(0.905-2.415)	0,11
Từ 60 tuổi trở lên	75,9	24,1	1	
Nghề				
CNV và hưu	80,6	19,4	1,02(0.636-1.645)	0,92
Nông dân và khác	77,9	22,1		
Học vấn				
Dưới THCS	71,4	28,6	0,73(0.469-1.177)	0,20
THCS +	80,5	19,5		
BHYT				
Có BHYT	78,5	21,5	0,99(0.519-1.887)	0,97
Không có BHYT	78,8	21,2		
Vay nợ				
Không vay	80,7	19,3	1,98(0.897-4.397)	0,09
Vay một phần	72,6	27,4	1,39(0.857-2.271)	0,18
Vay toàn bộ	64,5	35,5	1	
Lần đến viện				
Đầu	79,6	20,4	1,05(0.715-1.558)	0,78
Sau	76,6	23,5		

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 18-35 và người bệnh không vay nợ trong thời gian điều trị tại bệnh viện là liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hài lòng của người bệnh về chi

phí và BHYT ($p < 0.05$). Các yếu tố khác như giới, học vấn, nghề nghiệp, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan ($p > 0.05$).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng về chất lượng phục vụ

Yếu tố liên quan	6. HLChất lượng phục vụ		OR hiệu chỉnh	P
	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)		
Giới (B)				
Nam	73,8	26,2	1,15(0.815-1.635)	0,41
Nữ	72,7	27,3		
Tuổi (A)				
Từ 18-35 tuổi	71,7	28,3	0,78(0.513-1.204)	0,26
Từ 36 – 59	77,1	22,9	1,26(0.759-1.948)	0,41
Từ 60 tuổi trở lên	68,2	31,8	1	
Nghề				
CNV và hưu	70,6	29,4	0,85(0.560-1.301)	0,46
Nông dân và khác	74,2	25,8		
Học vấn				
Dưới THCS	73,5	26,5	1,07(0.678-1.691)	0,76
THCS +	73,2	26,8		
BHYT				
Có BHYT	74,9	25,1	2,30(1.341-3.960)	0,003
Không có BHYT	57,6	32,4		
Vay nợ (H)				
Không vay	73,2	26,8	1,00(0.618-1.632)	0,98
Vay một phần	75,0	25,0	1,4(0.639-3.236)	0,38
Vay toàn bộ	67,7	32,3	1	
Lần đến viện				
Đầu	72,0	28,0	0,80(0.549-1.162)	0,24
Sau	75,5	24,5		

Nhận xét: Người bệnh có BHYT có tỷ lệ hài lòng về chất lượng phục vụ cao hơn so người bệnh không có BHYT (74.9 % so với 57.6% ORhc = 2.30, p<0,01). Các yếu tố khác như tuổi, học vấn, nghề nghiệp, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

IV. BÀN LUẬN

Hài lòng với thời gian chờ đợi

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi cao hơn so với giới nữ (70,9 % so với 63,9% ORhc = 1.41, p<0,01).

Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi cao hơn so với nhóm người

bệnh có trình độ >THCS (81.6% so với 64.0% ORhc = 2.36, p<0,01).

Các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Hài lòng kỹ năng thái độ thầy thuốc

Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với giới nữ (79.3 % so với 68.7% ORhc = 1.82, p<0,01).

Người bệnh là nông dân và khác có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với CNV và hưu (78.5% so với 62.8% ORhc = 0.64, p<0,01).

Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của thầy thuốc cao hơn so với



nhóm người bệnh có trình độ >THCS (87.8% so với 70.9% ORhc = 2.93, p<0,01).

Các yếu tố khác như tuổi, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05)

Hài lòng thái độ nhân viên phục vụ

Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về thái độ của nhân viên phục vụ cao hơn so với giới nữ (87.1% so với 79% ORhc = 1.87, p<0,01).

Người bệnh là nông dân và khác có tỷ lệ hài lòng về kỹ năng thái độ của nhân viên phục vụ cao hơn so với CNV và hưu (85.8% so với 76.7% ORhc = 0.59, p<0,01).

Các yếu tố khác như tuổi, học vấn, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Hài lòng cơ sở vật chất BV

Người bệnh giới nam có tỷ lệ hài lòng về sở vật chất BV cao hơn so với giới nữ (50.9 % so với 42.6% ORhc = 1.37, p<0,01).

Người bệnh có trình độ học vấn dưới THCS có tỷ lệ hài lòng về sở vật chất BV cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ >THCS (60.5% so với 43.6% ORhc = 2.03, p<0,01).

Người bệnh lần đầu đến bệnh viện có tỷ lệ cao hơn so với nhóm người đến lần sau (50.3 so với 40.9 ORhc = 1.39, p<0,01).

Các yếu tố khác như tuổi, BHYT, và vay nợ chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Hài lòng chi phí và BHYT

Nhóm tuổi từ 18-35 và người bệnh không vay nợ trong thời gian điều trị tại bệnh viện là liên quan có ý nghĩa

thống kê với sự hài lòng của người bệnh về chi phí và BHYT (p<0.05)

Các yếu tố khác như giới, học vấn, nghề nghiệp, BHYT, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

Hài lòng về chất lượng phục vụ

Người bệnh có BHYT có tỷ lệ hài lòng về chất lượng phục vụ cao hơn so với người bệnh không có BHYT (74.9 % so với 57.6% ORhc = 2.30 , p<0,01).

Các yếu tố khác như tuổi, học vấn, nghề nghiệp, vay nợ và số lần đến viện chưa tìm thấy mối liên quan (p>0.05).

V. KẾT LUẬN

- Nghề nghiệp của người bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với tất cả các yếu tố được hỏi ý kiến (p<0,01).

- Chi phí và BHYT liên qua có ý nghĩa thống kê với tất cả các yếu tố được hỏi ý kiến (p<0,01).

- Nhóm tuổi từ 18-35 là liên quan có ý nghĩa thống kê với tất cả các yếu tố được hỏi ý kiến (ORhc =2.1, p<0.05).

- Giới tính của người bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố về thời gian chờ đợi, kỹ năng thái độ của thầy thuốc, thái độ của nhân viên phục vụ và sở vật chất BV (p<0.05).

- Trình độ học vấn của người bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố về thời gian chờ đợi, kỹ năng thái độ của thầy thuốc, cơ sở vật chất bệnh viện (p<0,05).

- Số lần đến bệnh viện liên quan có ý nghĩa thống kê với yếu tố cơ sở vật chất của bệnh viện (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hồng Anh**(2013). *Nghiên cứu ảnh hưởng của các nhân tố đến sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hoàn Mỹ năm 2013*, Đại học Đà Nẵng.
2. **Bộ Y tế** (2016), *Quyết định về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam*, Số: 6858/QĐ-BYT, ngày 18/11/2016.
3. **Bộ Y tế** (2013), *Quyết định về việc phê duyệt và ban hành Đề án “Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công”* Số: 4448/QĐ-BYT, ngày 06/11/2013
4. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa**, *Tổng kết hoạt động năm 2016 - 2017*.
5. **Lê Thanh Chiến, N.V.H., Phạm Văn Thao**, *Nghiên cứu yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I thuộc thành phố Hồ Chí Minh*, 2014.
6. **Phạm Thị Thu Hương** (2012). *Nghiên cứu sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ taxi Mai Linh trên địa bàn thành phố Đà Nẵng*.
7. **Nguyễn Bích Lưu** (2002). *Những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc được đánh giá bởi người bệnh xuất huyết từ Bệnh viện Banpong, Thái Lan*: Ratchburi. p. 23- 30.
8. **Ahmad Ameryoun, Gholamhossein Pourtaghi, and e.a. Emad Yahaghi** (2013). *Outpatient and inpatient services satisfaction in Iranian Military Hospitals*.
9. **Brown SW and Bond EU** (1995). “The internal/external framework and service quality: Toward theory in Service marketing”. *Journal of Marketing Management*: p. 25-39.
10. **Claudia Campos Andrade, M.L.L** (2013). *Inpatients and outpatientssatisfaction: the mediating role of perceived quality of physical and social enviroment*. *Health Place*.;21:122-32.

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRẠM Y TẾ CỦA THỊ XÃ CHÍ LINH - TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Hồ Thị Thu Hà¹, Dương Kim Tuấn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện tại thị xã Chí Linh, Hải Dương với mục tiêu: 1. Đánh giá hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại Trạm y tế của thị xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2017; 2. Tìm hiểu một số yếu tố thuận lợi và khó khăn ảnh hưởng đến hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại Trạm y tế của thị xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2017. Chọn mẫu gồm 245 người cao tuổi (NCT) được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi định lượng, kết hợp với quan sát trạm y tế (TYT) và phỏng vấn sâu cán bộ y tế. Kết quả đánh giá từ phía NCT cho thấy chỉ có 43,6% NCT hài lòng với hoạt động chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại TYT, trong đó 27,8% hài lòng với hoạt động hướng dẫn kỹ năng phòng chữa bệnh và tự CSSK; Chỉ có 21,6% NCT nơi đây được khám và lập hồ sơ sức khỏe, trong đó 18,8% hài lòng; 58,0% NCT được khám sức khỏe định kỳ, nhưng chỉ có 5,7% hài lòng. Kết quả đánh giá từ phía cung cấp dịch vụ cho thấy nhìn chung các TYT đáp ứng được nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc men cho hoạt động CSSK NCT. Tuy nhiên tất cả xã nghiên cứu đều không đạt trong triển khai hoạt động quản lý chương trình CSSK cho NCT. Những yếu tố thuận lợi ảnh hưởng tới hoạt động CSSK NCT được chỉ ra trong nghiên cứu này là đã có nhiều chính sách hỗ trợ NCT, được sự quan tâm của chính quyền, hội, đoàn thể, gia đình và người thân; trạm y tế đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực được tập huấn CSSK, NCT ở đây có nhu cầu CSSK tại TYT. Những khó khăn trong triển khai quản lý CSSK NCT là nguồn kinh phí chi cho chương trình hạn chế.

Từ khóa: Người cao tuổi; Chí Linh, Hải Dương

ABSTRACT:

EVALUATION OF CHILD HEALTH CARE MANAGEMENT ACTIVITIES AT CHI LINH - HAI

DUONG TOWNSHIP HEALTH CENTER IN 2017 AND SOME AFFECTED FACTORS

An analytical cross-sectional descriptive study was conducted in Chi Linh town, Hai Duong province with the objective of 1. Assessing the management of elderly health care in Chi Linh town, Hai Duong province inn 2017 and 2. Find out some advantages and disadvantages affecting the health care management of elderly people in the medical center of Chi Linh town, Hai Duong province in 2017. Select sample includes 245 elderly people (EL) were interviewed using quantitative questionnaires combined with observation of village health centre and in-depth interviews with health workers. The results from the ELP showed that only 43.6% of the ELs were satisfied with health care activities in the CHC, of which 27.8% were satisfied with the practice of disease prevention and treatment. self health care; Only 21.6% of ELs were examined and recorded, of which 18.8% were satisfied; 58.0% of ELs received periodic health checks, but only 5.7% were satisfied. Evaluation results from the service providers show that the CHSs generally meet the human resources, infrastructure, equipment and medicine for EL health care activities. However, all communes did not reach the target of implementing EL program. The favorable factors affecting the EL health care activities indicated in this research are that there are many policies supporting the elderly, the concern of the authorities, associations, families and relatives; The health center is equipped with facilities, equipment and human resources to be trained in health care, with the need of health care in the CH. Difficulties in implementation of EL health care management: Funding for limited programs

Key words: Elderly; Chi Linh, Hai Duong

1. Trung tâm dân số thị xã Chí Linh, Hải Dương
2. Trường Đại học Y tế công cộng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một trong những xu hướng quan trọng nhất của thế kỷ 21. Già hóa dân số tạo ra những thách thức về xã hội, kinh tế và văn hóa. Dự báo đến năm 2050 cứ 5 người thì có một người từ 60 tuổi trở lên. Chính vì vậy già hóa dân số là một vấn đề xã hội cần được đặc biệt quan tâm [1]. Tại Việt Nam, dân số cũng đang già hóa một cách nhanh chóng. Theo số liệu điều tra biến động dân số ngày ngày 01 tháng 4 năm 2011, tỷ lệ người từ trên 60 tuổi là 10,2%, trên 65 tuổi là 7,0%. Dân số Việt Nam đã chính thức bước vào già hóa dân số sớm hơn 6 năm so với dự báo từ kết quả Tổng điều tra dân số năm 2009 [2]. Theo điều tra của Quỹ Dân số Liên Hiệp quốc ở Việt Nam năm 2011 tình trạng sức khỏe hiện tại của NCT là yếu. Có tới 50% số NCT ở Việt Nam có sức khỏe hiện tại là yếu hoặc rất yếu và gần 50% trong số họ không đủ tiền để chi trả cho các dịch vụ y tế (DVYT). Tỷ lệ NCT cho rằng sức khỏe của họ tốt hoặc rất tốt chỉ chiếm 5% [3]. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại Trạm y tế thị xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng”**

với mục tiêu: 1. Đánh giá hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại trạm y tế của thị xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2017 và 2. Tìm hiểu một số yếu tố thuận lợi và khó khăn ảnh hưởng đến hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại trạm y tế của thị xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2017.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03 đến tháng 9 năm 2017 tại thị xã Chí Linh, Hải Dương. Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính. Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ để chọn được 245 NCT tại 4 phường/xã bao gồm: Chí Minh, Bến Tắm, Cộng Hòa và An Lạc. Số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Tần số (n = 245)	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Kinh	244	96,4
	Khác	1	0,4
Nhóm tuổi (Trung bình: 71,8 tuổi)	60-64	56	22,9
	65-69	61	24,9
	70-74	49	20,0
	75-79	29	11,8
	80+	50	20,4
Trình độ học vấn	Mù chữ	22	9,0
	Tiểu học	77	31,4
	Trung học	121	49,4
	Phổ thông trung học trở lên	25	10,2
Nghề nghiệp	Làm ruộng	110	44,9
	Hưu trí	81	33,1
	Không làm gì	38	15,5
	Buôn bán	11	4,5
	Nội trợ, dịch vụ	5	2,0

Kinh tế gia đình	Hộ nghèo	25	10,2
	Cận nghèo	15	6,1
	Không nghèo	192	78,4
	Không biết	9	3,7
	Khác	5	1,6
Đang sống cùng ai	Sống độc thân	33	13,5
	Sống cùng người thân	212	86,5
Thuộc diện người già sống cô đơn	Có	10	4,1
	Không	235	95,9
Có thẻ bảo hiểm y tế	Có	230	93,9
	Không	15	6,1
NCT biết về chính sách ưu tiên cho NCT trên 80 tuổi khi đi khám, chữa bệnh	Có	101	41,2
	Không	144	58,8

Trong số 245 đối tượng tham gia nghiên cứu thì nữ chiếm gần 2/3 (64,1%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,8 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 65 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 1/4 (24,9%). Đối với nghề nghiệp thì NCT làm ruộng vẫn chiếm tỷ lệ lớn 44,9%. Có 15,5% người cao tuổi không làm gì và phải sống phụ thuộc vào người thân. Nghiên cứu định tính cũng cho thấy nghề nghiệp của đối tượng chủ yếu là làm ruộng, thu nhập thấp và không ổn định:

“Ở đây người dân chủ yếu thuần nông, làm ruộng là chính, thu nhập không ổn định...”, (PVS_TT2).

Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu ở Đồng Anh, Hà Nội (nam chiếm 38,8%, nữ chiếm 63,2%) [4], nghiên cứu tại xã Lâu Thượng, huyện Võ Nhai, tỉnh Thái Nguyên (nam chiếm 37,7%, nữ chiếm 62,3%) [5], nghiên cứu của Trần Văn Hương tỷ lệ nam chiếm 29,5% và nữ chiếm 70,5% [6].

Bảng 3.2. Tình trạng sức khỏe người cao tuổi

Nội dung		Tần số (n = 245)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng mắc bệnh, chấn thương trong 12 tháng gần đây	Có	175	71,4
	Không	70	28,6
Loại bệnh mắc NCT mắc phải (n = 175)	Bệnh cơ xương khớp	49	28,0
	Bệnh tim mạch	84	48,0
	Bệnh nội tiết chuyển hóa	37	21,1
	Bệnh tiêu hóa	25	14,3
	Bệnh thần kinh	29	16,6
	Bệnh hô hấp	40	22,9
	Bệnh giác quan	11	6,3
	Bệnh thận	26	14,9
	Tai nạn, chấn thương	16	9,1
Biết cách điều trị các bệnh mình đang mắc phải (n = 175)	Có	103	58,9
	Không	72	41,1



Kết quả Bảng 3.2 cho thấy trong khoảng thời gian 1 năm qua thì có đến 71,4% NCT có vấn đề sức khỏe (bị bệnh, chấn thương) ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, trong đó các bệnh liên quan đến tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (48,0%), bệnh cơ, xương khớp (28,0%). Mô hình bệnh tật

của NCT ở Chí Linh - Hải Dương cũng tương đối giống với mô hình bệnh tật trong nghiên cứu Lê Văn Khâm khi nghiên cứu vấn đề NCT ở Việt Nam hiện nay (33,9% và 45,6%) [7], nghiên cứu của tác giả Hoàng Trung Kiên tại Đông Anh, Hà Nội với tỷ lệ tương ứng là (37,1% và 40,0%) [8].

Bảng 3.3. Tiếp nhận tuyên truyền phổ biến kiến thức của NCT

Nội dung		Tần số (n = 245)	Tỷ lệ (%)
Nhận được thông tin về CSSK NCT từ TYT	Có	153	62,4
	Không	92	37,6
Nhận từ nguồn nào (n = 153)	Loa phát thanh xã	101	66,0
	Tờ rơi, áp phích	35	22,9
	Cán bộ TYT tư vấn trực tiếp	76	49,7
Nội dung thông tin (n = 153)	Tư vấn phòng bệnh	141	92,2
	Tư vấn điều trị bệnh	106	69,3
	Tư vấn dinh dưỡng	69	45,1
	Tư vấn tâm lý	63	41,2
Nội dung tuyên truyền của TYT có ích hay không (n = 153)	Có	123	80,4
	Không	30	19,6
Lý do không thấy thông tin có ích (n = 30)	Thấy không cần thiết	4	13,3
	Không tin tưởng	4	13,3
	Chưa nghe thấy bao giờ	24	80,0

Trong số 245 NCT tham gia nghiên cứu có 2/3 đối tượng đã từng nhận thông tin CSSK từ TYT, trong đó khoảng 2/3 được nghe từ loa phát thanh xã, nghe trực tiếp từ cán bộ Y tế chiếm 49,7%. Nội dung truyền thông mà NCT được nhận chiếm tỷ lệ cao nhất là về tư vấn phòng bệnh và (92,2%) tư vấn điều trị bệnh (69,3%).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy, tại Chí Linh để

truyền thông một lĩnh vực, phương tiện truyền thông như đài, ti vi vẫn là hữu ích và dễ tiếp cận nhất đối với NCT:

“Trước mỗi hoạt động khám, chữa bệnh cho NCT chúng tôi đều tổ chức hoạt động truyền thông như khám mắt, đo huyết áp... chúng tôi đều giao nhiệm vụ cho chuyên trách của chương trình đó viết bài truyền thông.” (PVS_TT4).

Bảng 3.4. Thực hiện hướng dẫn kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự CSSK cho NCT của TYT

Nội dung		Tần số (n = 245)	Tỷ lệ (%)
TYT có hướng dẫn các kỹ năng phòng, chữa bệnh và tự CSSK cho NCT	Có	162	66,1
	Không	83	33,9
Mức độ hài lòng của NCT với việc hướng dẫn kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự CSSK của TYT (n = 162)	Hài lòng	45	27,8
	Bình thường	96	59,3
	Không hài lòng	21	12,9

Theo kết quả Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ NCT được TYT hướng dẫn kỹ năng phòng, chữa bệnh chiếm 66,1% và vẫn còn 1/3 NCT ở thị xã Chí Linh chưa được hướng dẫn kỹ năng phòng, chữa bệnh và tự CSSK. Kết quả phỏng

vấn sâu NCT cho thấy NCT ở đây có nhu cầu được tư vấn về CSSK trong phòng, chữa bệnh, tuy nhiên hoạt động khám, chữa bệnh của TYT chưa đáp ứng được như mong muốn.

Bảng 3.5. Đánh giá chất lượng dịch vụ CSSK tuyến y tế cơ sở của NCT

Đặc tính		Tần số (n=245)	Tỷ lệ (%)
Chất lượng dịch vụ CSSK NCT tại TYT	Hài lòng	128	52,2
	Bình thường	103	42,0
	Không hài lòng	14	5,7
Thái độ phục vụ của nhân viên y tế tại TYT	Tốt	157	64,1
	Bình thường	80	32,7
	Không tốt	8	3,3
Chuyên môn của nhân viên y tế CSSK NCT	Hài lòng	141	56,7
	Bình thường	96	39,2
	Không hài lòng	8	4,1
Thuốc men tại TYT phục vụ CSSK NCT	Đầy đủ	66	26,9
	Bình thường	91	37,1
	Không đầy đủ	88	35,9
Điều kiện vật chất của TYT	Đầy đủ	34	13,9
	Bình thường	136	55,5
	Không đầy đủ	75	30,6

Kết quả đánh giá của NCT trên địa bàn nghiên cứu về chất lượng CSSK của TYT có khoảng 1/2 đối tượng hài lòng với dịch vụ CSSK NCT tại TYT, gần 2/3 cho rằng nhân viên có thái độ tốt. Tuy nhiên có đến gần 43,3% NCT đánh giá chuyên

môn của nhân viên y tế là bình thường và không hài lòng.

“TYT chưa đủ khả năng tự tổ chức các buổi KSK định kỳ nếu không có bác sỹ tuyến trên về. Năng lực chuyên môn cán bộ trạm còn hạn chế”, (PVS_TT2)

Bảng 3.6. Tổng hợp những yếu tố thuận lợi ảnh hưởng tới hoạt động quản lý CSSK NCT

TT	NỘI DUNG
Yếu tố chính sách, bên liên quan	
1	Đã có nhiều chính sách tạo điều kiện hỗ trợ CSSK cho NCT
2	Quan tâm của chính quyền, hội chữ thập đỏ, hội người cao tuổi đến, TYT tới việc CSSK NCT
3	NCT nhận được sự quan tâm của gia đình và người thân
Bên cung cấp dịch vụ: Trạm Y tế	
1	Có đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế tại TYT
2	Nhân viên y tế tại TYT được tập huấn chức tập huấn nâng cao trình độ, nghiệp vụ chuyên môn phục vụ CSSK NCT
3	Công tác quản lý, báo cáo số liệu về NCT được TYT thực hiện thường xuyên lên tuyến trên
Bên được hưởng dịch vụ: Người cao tuổi	
1	Có nhu cầu muốn CSSK tại TYT



Khó khăn nhất trong triển khai hoạt động quản lý CSSK NCT nơi đây được chỉ ra là trong nghiên cứu này là nguồn kinh phí còn hạn chế. Chưa cung cấp các dụng cụ y tế như máy đo huyết áp, thử test nhanh phát hiện tiểu đường để chăm sóc sức khỏe NCT cho y tế thôn bản. Vì vậy các hoạt động chỉ dừng lại thăm hỏi lúc ốm đau, tổ chức các đợt khám cho đối tượng trên 80 tuổi.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Khoảng 2/3 NCT ở Chí Linh được nhận thông tin truyền thông liên quan đến CSSK từ TYT, trong đó 80,4% cho rằng những thông tin đó là có ích; 66,1% NCT ở đây được hướng dẫn kỹ năng phòng chữa bệnh và tự CSSK, tuy nhiên chỉ có 27,8% hài lòng với hoạt động này; chỉ có 21,6% NCT nơi đây được khám và lập hồ sơ sức khỏe, trong đó 18,8% hài lòng; 58,0% NCT được khám sức khỏe định kỳ, nhưng chỉ có 5,7% hài lòng chất lượng KSK định kỳ ở TYT. Kết quả đánh giá chung cho thấy có đến 56,4% NCT không hài lòng với đối với hoạt động CSSK tại TYT.

Nhìn chung các TYT đáp ứng được nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc men cho hoạt động CSSK NCT, 3/4 TYT có triển khai đầy đủ các hoạt động CSSK cho NCT như thành lập mạng lưới KCB và phòng bệnh cho NCT, có tập huấn kỹ năng đo huyết áp cho y tế thôn bản, có xây dựng kế hoạch truyền thông cho NCT... Tuy nhiên khi đánh giá hoạt động quản lý chương trình CSSK cho NCT như ban chỉ đạo CSSKBĐ có nội dung CSSK cho NCT, ban chỉ đạo có báo cáo hàng tháng, giao ban với y tế thôn bản về

nội dung CSSK NCT... thì cả 4 xã đều không đạt.

Đánh giá hoạt động quản lý từ phía các bên liên quan như đoàn thể và người thân trong gia đình NCT cho thấy phần lớn (98%) NCT nơi đây được gia đình quan tâm, 65,7% cho rằng chính quyền, đoàn thể quan tâm.

Những yếu tố thuận lợi trong triển khai quản lý CSSK NCT: Có nhiều chính sách hỗ trợ NCT, được sự quan tâm của chính quyền, hội, đoàn thể, gia đình và người thân; trạm y tế đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực được tập huấn CSSK.

Những khó khăn trong triển khai quản lý CSSK NCT: Nguồn kinh phí chi cho chương trình hạn chế, chế độ đãi ngộ cho y tế thôn thấp, chương trình chỉ mới ưu tiên cho các đối tượng trên 80 tuổi, thiếu bác sỹ có trình độ chuyên môn sâu, công tác truyền thông còn hạn chế.

Khuyến nghị:

1. Các trạm y tế trên địa bàn cần triển khai đầy đủ các hoạt động quản lý chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi theo qui định của nhà nước.

2. Trạm y tế cần tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe đối với người cao tuổi và tập trung vào những nội dung mà người cao tuổi mong muốn được tư vấn

3. Cán bộ trạm y tế cần cải thiện hướng dẫn kỹ năng phòng chữa bệnh và tự CSSK cho NCT, nâng cao tỷ lệ NCT được khám và lập hồ sơ sức khỏe và tỷ lệ NCT được khám sức khỏe định kỳ đảm bảo quyền lợi của NCT về chăm sóc y tế nơi đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mollenkopf, Heidrun, et al. (1996), *Brasilia Declaration on Ageing (World health organization)*, IOS: Press Nieuwe, Amstendam
2. Nguyễn Quốc Anh (2015), “Chỉ số đánh giá chất lượng sống của người cao tuổi”, *Dân số và phát triển*. 148(8), tr. 1.
3. Thu Cúc (2012), *Công bố Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam*, truy cập ngày 20/8/2016, tại trang web <http://baochinhphu.vn/Hoat-dong-Bo-nganh/Cong-bo-Dieu-tra-quoc-gia-ve-nguoi-cao-tuoi-Viet-Nam/137019.vgp>
4. Hoàng Trung Kiên (2014), *Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội*, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. Đàm Thị Tuyết và các cộng sự. (2013), “Thực trạng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại xã Lâu Thượng, huyện Võ Nhαι, tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*. 866(4), tr. 52
6. Trần Văn Hương (2012), *Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và hiệu quả mô hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại y tế tuyến cơ sở của tỉnh Bình Dương năm 2012*, Luận án tiến sỹ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội
7. Lê Văn Khảm (2014), “Vấn đề về người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay”, *Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam*. 80(7), tr. 77.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG LIÊN QUAN SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG CỦA SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN AN BÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2018

Nguyễn Đức Trí Dũng¹, Trần Thiện Thuận², Nguyễn Quỳnh Trúc³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng cuộc sống - sức khỏe răng miệng (CLCS-SKRM) đang được xác định là lĩnh vực sức khỏe ưu tiên trong bối cảnh các vấn đề chất lượng cuộc sống đi đầu trong các chính sách y tế công cộng [1].

Mục tiêu: Ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng đến chất lượng cuộc sống của sản phụ sau sinh tại Bệnh viện An Bình - Tp.HCM năm 2018.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả (357 sản phụ sau sinh).

Kết quả: Kết quả cho thấy điểm CLCS trung bình là $22,77 \pm 22,46$, có 50% sản phụ sau sinh có mức điểm dao động từ 6,35 - 29,81. Kết quả cho thấy vấn đề giới hạn chức năng có điểm trung bình cao nhất là 6,08, tiếp đến là đau thực thể với điểm trung bình 5,87 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thiếu năng về xã hội với điểm trung bình 0,77. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp sản phụ, số lần sinh con và điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu là thông tin quan trọng làm cơ sở theo dõi hiệu quả điều trị trên lâm sàng, đồng thời gợi ý các khuyến cáo trong tư vấn giáo dục sức khỏe và nâng cao ý thức chăm sóc răng miệng cho các sản phụ trước và sau sinh.

Từ khóa: Sản phụ, chất lượng cuộc sống, Bệnh viện An Bình

ABSTRACT:

THE QUALITY OF LIFE IN ORAL HEALTH OF POSTPARTUM WOMEN AT AN BINH HOSPITAL IN HCM CITY IN 2018

Question. Quality of life in Oral Health (CLCS-SKRM) is being identified as a priority health sector in the context of quality of life issues leading to public health policies.

Object. The impact of oral health on the quality of life of postpartum women at An Binh Hospital in HCM City in 2018.

Method. Cross-sectional descriptive study design (357 postpartum women).

Result. The results showed that the mean CLCS score was 22.77 ± 22.46 , with 50% postpartum women prevalence ranging from 6.35 to 29.81. The results showed that the functional limit had the highest mean score of 6.08, followed by the physical pain with the average score of 5.87 and the least affective problem was the social disability with the average 0.77. There were statistically significant differences between maternal occupations, number of births and quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion. The results of the study are important information that will guide the clinical effectiveness of the treatment, as well as recommendations for health education and awareness raising of dental care for pregnant and postpartum women.

Key words: Pregnant woman, postpartum women, quality of life, An Binh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ mang thai do có những thay đổi về hormone, sự tăng cao nồng độ Estrogen và Progesterone làm gia tăng đáp ứng viêm và có thể gây những ảnh hưởng xấu đến mô nha chu như gia tăng tình trạng viêm nướu, chảy máu nướu, hoặc gây u nướu do thai nghén (u hạt sinh mù), lung lay răng ngay cả khi không có bệnh nha chu [2], [3], [4], [5]. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng là một cấu trúc đa chiều bao gồm đánh giá chủ quan về sức khỏe răng miệng cá nhân.

1. Bệnh viện An Bình. SĐT: 0908442235, email: drtridung@gmail.com

2. Đại học Y Dược TPHCM

3. Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: Sản phụ sau sinh 3 tháng đến khám tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện An Bình.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện An Bình tp Hồ Chí Minh

Thời gian nghiên cứu: Năm 2018.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cách chọn mẫu: Các sản phụ sau sinh 3 tháng đến tái khám tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện An Bình (đang thường trú hoặc tạm trú tại TP HCM). Việc tiến hành lấy mẫu từ tháng 08 năm 2017 cho đến hết tháng 01 năm 2018 và chấm dứt khi đã chọn đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

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

Tiêu chí chọn mẫu:

Tiêu chí đưa vào:

Các sản phụ sau sinh 3 tháng đến tái khám tại Khoa Phụ sản - BV An Bình vì lý do được hẹn tái khám thường qui sau sinh (không mắc bệnh sản phụ khoa gì khác), đang thường trú hoặc tạm trú tại Tp.HCM.

Đồng ý tham gia nghiên cứu, có đủ năng lực trả lời câu hỏi phỏng vấn.

Tuổi từ 18 trở lên.

Có ≥ 20 răng thật.

Tiêu chí loại trừ:

Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đối tượng bỏ cuộc giữa chừng khi chưa kết thúc phỏng vấn.

Có tiền sử bệnh tiểu đường hay tiểu đường thai kỳ.

Có tiền sử bệnh tự miễn.

Có tiền sử bị nhiễm HIV/AIDS.

Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu được nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Epi-Data 3.1 và Stata 12.0.

Các chỉ số nghiên cứu

Bộ câu hỏi OHIP gồm 49 câu hỏi (về hoạt động bị ảnh hưởng) chia làm 7 lĩnh vực như sau: Để tính toán điểm số OHIP-49, sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ đánh giá tần suất các hoạt động bị ảnh hưởng bởi tình trạng SKRM (0: chưa bao giờ, 1: hiếm khi, 2: thỉnh thoảng, 3: thường xuyên, 4: rất thường xuyên). Trong suốt quá trình phân tích, điểm số ghi nhận được nhân với trọng số của mỗi câu hỏi. Như vậy điểm trung bình OHIP-49 càng cao cho thấy CLCS-SKRM của bệnh nhân càng thấp.

Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý dữ liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

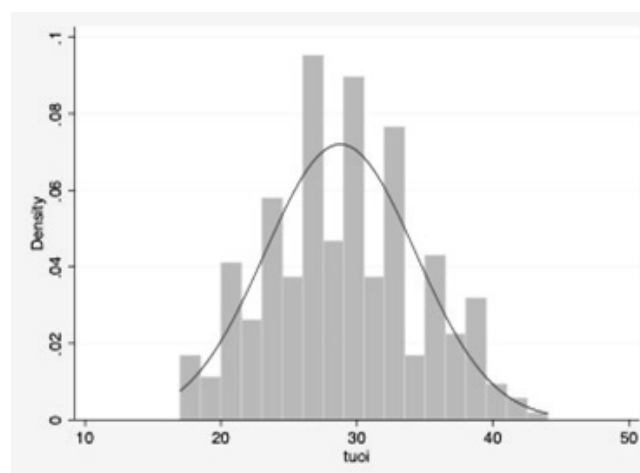
Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Khoa học trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua trước khi triển khai nghiên cứu. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Biểu đồ 1. Phân phối tuổi của đối tượng nghiên cứu



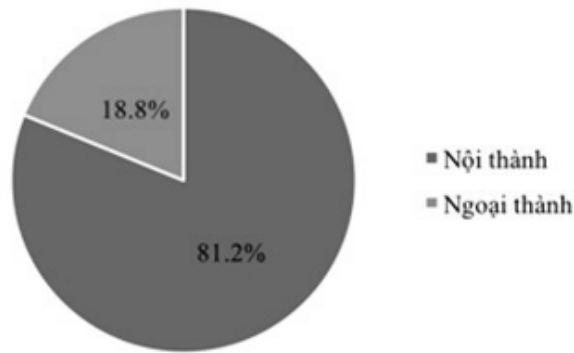
[Trung bình=28,76; Độ lệch chuẩn 5,54, Trung vị=29, Tứ phân vị: 25-33]

Nghiên cứu thực hiện trên 357 đối tượng là sản phụ

sau sinh tại Bệnh viện An Bình. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu có phân phối xấp xỉ chuẩn, trung bình là 28,76 tuổi, độ lệch chuẩn 5,54 tuổi.

3.1.1. Tỷ lệ khu vực sống của sản phụ (n=357)

Biểu đồ 2. Tỷ lệ khu vực sống của sản phụ (n=357)



Đa số sản phụ trong mẫu nghiên cứu có nơi cư trú tại thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ 95,5%. Các sản phụ ở thành phố Hồ Chí Minh tập trung tại các quận nội thành với tỷ lệ 81,2%.

3.1.2. Đặc điểm dân số xã hội của mẫu nghiên cứu (n=357)

Bảng 1. Một số đặc điểm dân số xã hội của mẫu nghiên cứu (n=357)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dân tộc		
Kinh	327	91,6
Khác	30	8,4
Học vấn		
Mù chữ	2	0,6
Tiểu học	33	9,2
THCS	127	35,6
THPT	146	40,9
ĐH trở lên	49	13,7
Nghề nghiệp		
Nội trợ	160	44,8
Công nhân	71	19,9
Nông dân	3	0,8
Công nhân viên	62	17,4
Buôn bán	39	10,9
Tự do	22	6,2
Kinh tế		
Nghèo	8	2,2
Cận nghèo	9	2,5
Không xếp loại	340	95,3
Số lần sinh con		
1 lần	171	47,9
2 lần	149	41,8
3 lần	34	9,5
4 lần	3	0,8

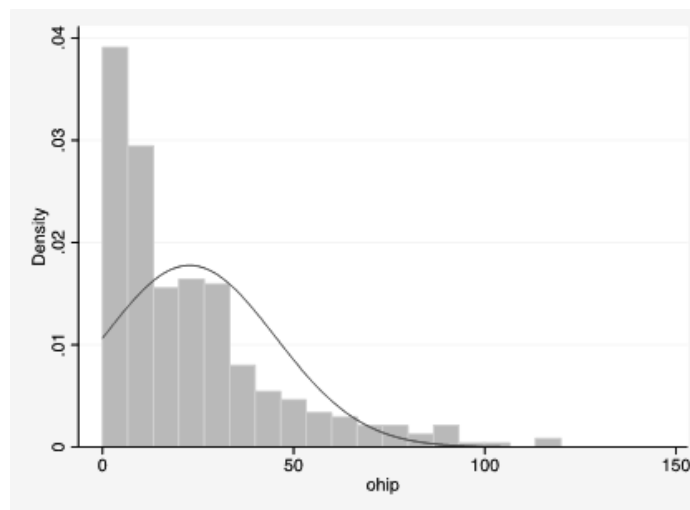


Thành phần dân tộc của các sản phụ trong mẫu, dân tộc Kinh chiếm đa số với tỷ lệ 91,6%, kế đến là dân tộc Hoa 7,2%, các thành phần dân tộc khác chiếm tỷ lệ không đáng kể (1,2%). Phần lớn sản phụ không có tôn giáo chiếm 56,3%, tỷ lệ Phật giáo là 27,5%, Thiên chúa giáo là 9,5%. Đa số sản phụ có trình độ Trung học Phổ thông (THPT) 40,9%, tiếp đến là Trung học Cơ sở (THCS) 35,6%. Tỷ lệ 13,7% sản phụ có trình độ từ Đại học (ĐH) trở lên. Tỷ lệ

44,8% sản phụ hiện đang là nội trợ, 19,9% là công nhân, tiếp đến 17,4% sản phụ là công nhân viên và tỷ lệ buôn bán là 10,9%. Tỷ lệ sản phụ sau sinh thuộc hộ nghèo là 2,2%, cận nghèo là 2,5%. Trong số 357 sản phụ sau sinh, tỷ lệ 47,9% sinh con lần đầu tiên. 41,8% sinh con lần thứ 2, 9,5% sinh con lần 3 và có 0,8% (3 trường hợp) sinh con lần thứ 4.

3.2. Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng của sản phụ tại Bệnh viện An Bình:

Biểu thị 3. Phân phối điểm số chất lượng cuộc sống của 357 phụ nữ



[Trung bình=22,77; Độ lệch chuẩn 22,46, Trung vị=15,27, Tứ phân vị: 6,35-29,81]

Bảng 2. Sức khỏe răng miệng và chất lượng cuộc sống theo thang điểm OHIP49 theo từng lĩnh vực (n= 357)

Bệnh răng miệng, chất lượng cuộc sống		TB±DLC	TV(TPV)
FL	Giới hạn chức năng	6,08±4,83	5,42(2,31-9,13)
P1	Đau thực thể	5,87±5,04	4,89(1,36-8,67)
P2	Không thoải mái về tâm lý	4,31±6,12	1,81(0-7,64)
D1	Thiếu năng về thể chất	3,0±4,04	1,07(0-5,40)
D2	Thiếu năng về tâm lý	1,68±3,43	0(0-1,44)
D3	Thiếu năng về xã hội	0,77±2,27	0(0-0)
H	Tàn tật	1,06±2,59	0(0-0)

TB: Trung bình; DLC: Độ lệch chuẩn; TV: Trung vị; TPV: Tứ phân vị

Kết quả cho thấy vấn đề giới hạn chức năng có điểm trung bình cao nhất (6,08), tiếp đến là đau thực thể với điểm

trung bình 5,87 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thiếu năng về xã hội với điểm trung bình 0,77.

3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sức khỏe răng miệng của sản phụ tại Bệnh viện An Bình

Bảng 3. Mối liên quan điểm số CLCS với đặc điểm chung đối tượng (n= 357)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	n	Điểm số CLCS theo OHIP-49		p
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Khu vực sinh sống				
Nội thành	290	22,38	22,89	
Ngoại thành	67	24,46	20,54	0,172
Tình trạng hôn nhân				
Lập gia đình	350	22,76	22,31	
Ly dị	4	31,66	40,46	
Mẹ đơn thân	2	15,86	12,66	0,220*
Ly thân	1	3,19	---	
Trình độ học vấn				
Mù chữ	2	42,91	13,30	
Hoàn thành tiểu học	33	25,38	20,10	
Hoàn thành THCS	127	24,60	23,93	0,278*
Hoàn thành THPT	146	21,81	22,81	
Tốt nghiệp ĐH/CD/TCCN	49	18,34	18,44	
Nghề nghiệp chính				
Nội trợ	160	22,86	23,70	
Công nhân	71	13,94	19,97	
Nông dân	3	3,53	6,12	
Công nhân viên	62	18,38	18,07	0,006*
Buôn bán	39	28,37	28,54	
Tự do	22	23,44	19,27	
Xếp loại kinh tế				
Nghèo	8	28,86	18,42	
Cận nghèo	9	21,16	23,28	0,781*
Không xếp loại	340	22,69	22,57	
Số lần sinh con				
1 lần	171	19,92	20,09	0,016**
2 lần	149	24,15	23,04	
3 lần	34	32,25	28,49	
4 lần	3	9,59	13,72	

Phép kiểm Mann Whitney

*Phép kiểm Anova

**Phép kiểm Kruskal-Wallis

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khu vực sinh sống, tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn với điểm số chất lượng cuộc sống ($p>0,05$)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và điểm chất lượng cuộc sống ($p<0,05$). Trong đó, nhóm buôn bán có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất với điểm trung bình 28,37 và nhóm nông dân có điểm số chất lượng cuộc sống nhỏ nhất với điểm trung bình 3,53. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần sinh con và điểm chất



lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm sinh con lần thứ 3 có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất với điểm trung bình 32,25 và nhóm sinh con lần thứ 4 có điểm số chất lượng cuộc sống nhỏ nhất với điểm trung bình 9,59.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng của sản phụ tại Bệnh viện An Bình

Điểm OHIP-49 trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $22,77 \pm 22,46$ cao hơn so với nghiên cứu của Rodakowska sử dụng phương pháp điều tra cắt ngang trên 178 người trên 55 tuổi sống một mình ở Đông Bắc Phần Lan, được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi OHIP-14, kết quả trung bình điểm OHIP-14 là $17,6 \pm 14,3$; [6], cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Lan trên đối tượng mất răng đến khám tại Khoa RHM, Đại học Y Dược Tp HCM (2014) [7] và nghiên cứu của Inukai M. năm 2010 ở Tokyo, Nhật Bản trên 489 bệnh nhân mất răng từng phần [8]. Điều này có thể do nghiên cứu của hai tác giả trên đối tượng đang mắc phải một tình trạng răng miệng nào đó và có nhu cầu điều trị nên ảnh hưởng đến CLCS liên quan SKRM cao hơn nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng là sản phụ sau sinh.

Kết quả cho thấy vấn đề giới hạn chức năng có điểm trung bình cao nhất (6,08), tiếp đến là đau thực thể với điểm trung bình 5,87 và vấn đề ít ảnh hưởng nhất là thiếu năng về xã hội với điểm trung bình 0,77. Kết quả này khác với các nghiên cứu đã thực hiện ở Việt Nam và một số nước

trên thế giới như nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Lan tại Tp HCM [7], và nghiên cứu của Skoskiewicz Katarzyna ở Ba lan [9], nghiên cứu ở Tây Ban Nha trên 270 người trưởng thành cho kết quả “giới hạn chức năng” xếp thứ 2 [10]. Điều này có thể do sản phụ ở nước ta có tình trạng răng miệng kém, phải chịu các cơn đau do bệnh sâu răng và nha chu cũng như khó khăn trong ăn nhai.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sức khỏe răng miệng của sản phụ tại Bệnh viện An Bình

Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm buôn bán có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất với điểm trung bình 28,37 và nhóm nông dân có điểm số chất lượng cuộc sống nhỏ nhất với điểm trung bình 3,53. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần sinh con và điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm sinh con lần thứ 3 có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất với điểm trung bình 32,25 và nhóm sinh con lần thứ 4 có điểm số chất lượng cuộc sống nhỏ nhất với điểm trung bình 9,59.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu là thông tin quan trọng làm cơ sở theo dõi hiệu quả điều trị trên lâm sàng, đồng thời gợi ý các khuyến cáo trong tư vấn giáo dục sức khỏe và nâng cao ý thức chăm sóc răng miệng cho các sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sale G, *Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life*. Illinois: Quintessence Publishing 2002: p. pp.3.
2. Ibrahim, E.-M., et al., *Oral health status, knowledge and practice among pregnant women attending Omdurman maternity hospital, Sudan*. WHO - Eastern Mediterranean Health Journal, 2016. 22(11): p. 802-809.
3. May, et al., *Pregnant Patient Knowledge of and Obstetric Provider Advice on Oral Health*. Journal of Dentistry, Oral Disorders & Therapy, 2014. 2(1): p. 6 pages.
4. Silk, et al., *Oral health during pregnancy*. American Family Physician, 2008. 77(8): p. 1139-1144.
5. Villa, et al., *Oral health and oral diseases in pregnancy: a multicentre survey of Italian postpartum women*. Australian Dental Journal, 2013. 58(2): p. 224-229.
6. Rodakowska and et al, *Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland*. BMC Oral Health, 2014. 14(106): p. pp.1-8.
7. Hoàng Thị Ngọc Lan, *Ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa RHM-Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2013-2014*. 2014, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh: TPHCM.
8. Inukai M, *Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients*. Health and Quality of Life Outcomes, 2010. 8(118): p. pp.1-6.
9. Skoskiewicz K, *Validation of the Polish Version of the Oral Health Impact Profile-14*. 2014.
10. Montero-Martín J, et al., *Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain*. J Oral Res, 2009. 5(1): p. pp.13-18.

CHIẾN LƯỢC ỨNG PHÓ VỚI STRESS Ở HỌC SINH TẠI CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG THÀNH PHỐ HUẾ

Đoàn Vương Diễm Khánh¹, Đặng Thị Ngọc Tường²

TÓM TẮT

Mở đầu: Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng stress là một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp ở học sinh trung học phổ thông (THPT). Tại Việt Nam có rất ít các nghiên cứu về stress và cách ứng phó với stress ở vị thành niên, thanh niên nói chung và ở học sinh THPT nói riêng.

Mục tiêu: Tìm hiểu chiến lược ứng phó với stress ở học sinh các trường THPT thành phố Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu gồm 420 học sinh được chọn ngẫu nhiên tại các trường THPT thành phố Huế. Sử dụng bộ câu hỏi in sẵn để thu thập số liệu. Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả.

Kết quả: Các chiến lược mà học sinh sử dụng nhiều nhất để ứng phó với stress là: Lên kế hoạch giải quyết vấn đề (38,6%), chia sẻ và tìm sự nâng đỡ tinh thần từ người khác (32,1%), suy nghĩ việc khác thay thế (30,0%).

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp bằng chứng quan trọng về chiến lược ứng phó với stress ở học sinh THPT, là cơ sở khoa học cho các chương trình giáo dục cho học sinh về cách ứng phó với stress và giảm thiểu những tác hại của stress ở lứa tuổi học sinh THPT.

Từ khóa: Chiến lược ứng phó với stress, học sinh THPT, thành phố Huế.

ABSTRACT:

COPING STRATEGIES WITH STRESS AMONG STUDENTS AT HIGH SCHOOLS IN HUE CITY

Introduction: Recent research has demonstrated that stress is one of the common mental health problems among high school students. In Viet Nam, research on stress and coping strategies among adolescents in general and in high school students is limited.

Objectives: Examine coping strategies with stress of students at high schools in Hue city.

Methodology: The cross sectional study design used. A total sample of 420 students were randomly selected at high schools in Hue city. Data collection was undertaken using self-administrative questionnaires. Descriptive statistics analyses were applied.

Results: Coping strategies for stress that students often used were: building plans to solve problems (38,6%), sharing and finding spiritual supports from others (32,1%), thinking about alternatives issues (30,0%).

Conclusion: This study provides important information about coping strategies with stress of high school students, which will be the scientific evidence for education program on coping with stress and reducing harmful effects of stress among high school students.

Key words: Coping strategies with stress, high school students, Hue city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần của vị thành niên là một vấn đề lớn cần được quan tâm, đặc biệt trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng. Sức khỏe tâm thần là một cấu phần quan trọng trong sức khỏe tổng thể của thể hệ trẻ. Trong đó, nhiều nghiên cứu về sức khỏe tâm thần chỉ ra rằng stress là một trong những biểu hiện thường gặp của các vấn đề sức khỏe tâm thần ở lứa tuổi học sinh trung học phổ thông (THPT). Nghiên cứu của Hồ Hữu Tính (2009) ở một trường THPT tại Bình Thuận trên học sinh lớp 12 cho kết quả 38% học sinh có biểu hiện stress [7].

Hằng ngày, hàng giờ mỗi cá nhân trong xã hội phải chịu tác động của nhiều tác nhân gây stress. Tuy nhiên stress có thể gây bệnh hay không còn phụ thuộc vào nhiều nhân tố phức tạp. Có hai nhân tố chính là: đặc điểm gây bệnh của stress và sức chống đỡ của con người. Các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng, việc ứng phó đóng một vai trò trung tâm trong việc thích nghi với các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống. Một nghiên cứu ở Nam Phi cho

1. Khoa YTCC, ĐHY Dược, ĐH Huế

2. Sinh viên YTCC, ĐHY Dược, ĐH Huế

thấy chiến lược ứng phó với căng thẳng thường được học sinh sử dụng nhất là tâm sự với người mà ý kiến của họ có giá trị đối với các em (74,2%), khoảng 49% cho rằng đã tâm sự với bạn bè, 38% học sinh tâm sự với mẹ, 12,4% với bố và 43,1% với người khác; chỉ có 3,5% học sinh đã từng gặp chuyên gia tâm lý [9]. Ở nước ta, nghiên cứu của Bùi Thị Thoa tại huyện Đan Phượng - Hà Nội cho thấy rằng trong các phương thức giải quyết khó khăn tâm lý có 61,6% học sinh lựa chọn phương án “tự mình suy nghĩ, đưa ra quyết định giải quyết vấn đề” khi gặp khó khăn, chiếm tỷ lệ cao nhất, thứ hai là “chia sẻ với người khác (anh, chị lớn tuổi hơn, bạn bè...)” khi gặp khó khăn với 60,2% tổng số học sinh lựa chọn, thứ ba là “chia sẻ với người thân trong gia đình” khi gặp khó khăn với tỷ lệ 56,0% và thấp nhất là “tìm mọi cách để quên đi vấn đề (uống rượu, hút thuốc, đua xe, chơi game...)” chiếm 6,0% [6]. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu *tìm hiểu chiến lược ứng phó với stress ở học sinh THPT tại các trường THPT thành phố Huế*. Nghiên cứu nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho các chương trình giáo dục cho học sinh về cách ứng phó với stress và giảm thiểu những tác hại của stress ở lứa tuổi học sinh THPT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh tại các trường THPT ở thành phố Huế

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 11/2017 đến tháng 1/2018.

Thiết kế nghiên cứu:

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể (nội dung nghiên cứu của bài báo này được tách ra từ một nghiên cứu về tỷ lệ stress ở đối tượng nghiên

cứu). Cỡ mẫu thực tế của nghiên cứu này là 420.

Phương pháp chọn mẫu

- Chọn ngẫu nhiên 2 trường THPT trên địa bàn thành phố Huế (Trường THPT Nguyễn Huệ và Trường THPT Cao Thắng)

- Tại mỗi trường chọn ngẫu nhiên 2 lớp ở mỗi khối vào mẫu nghiên cứu.

- Tại mỗi lớp chọn ngẫu nhiên 30 – 40 học sinh vào mẫu nghiên cứu. Tổng cộng có 420 học sinh tham gia nghiên cứu này.

Biến số nghiên cứu

Đặc điểm cá nhân và gia đình học sinh: Giới tính, hoàn cảnh sống, nơi ở của gia đình, trình độ học vấn của bố, nghề nghiệp của bố, trình độ học vấn của mẹ, nghề nghiệp của mẹ, tình trạng hôn nhân của bố mẹ.

Chiến lược ứng phó với stress: Nghiên cứu này phát triển bộ công cụ mô tả chiến lược ứng phó với stress dựa trên tài liệu của tác giả Carver (1989) [8] và Nhan Thị Lạc An (2010) [1]. Thang đo gồm 21 câu phát biểu mô tả cách ứng phó với stress ở học sinh, gồm 3 nhóm ứng phó sau đây: (1) Ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề, (2) ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc và (3) ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực. Đây là câu hỏi có nhiều lựa chọn, học sinh chọn câu trả lời mô tả cách mà họ thường làm khi trải qua sự việc/ biến cố gây căng thẳng.

Phương pháp thu thập số liệu

Những học sinh được chọn được phát bộ câu hỏi in sẵn và hoàn thành ngay tại lớp học. Trước khi học sinh tự điền vào bộ câu hỏi, nghiên cứu viên giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu, hướng dẫn cách trả lời các câu hỏi.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm cá nhân và gia đình của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm cá nhân và gia đình của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	199	47,4
	Nữ	221	52,6
Hoàn cảnh sống	Sống cùng bố, mẹ/người thân	414	98,6
	Ở trọ/Ký túc xá của trường	6	1,4
Nơi ở của gia đình	Thành phố	387	92,1
	Thị trấn, nông thôn	33	7,9
Tình trạng hôn nhân của bố mẹ	Đang sống cùng nhau	375	89,3
	Đã ly dị/Ly thân	20	4,8
	Đã mất bố hoặc mẹ hoặc cả hai	25	5,9
Tổng		420	100

Nhận xét:

Tỷ lệ học sinh sống cùng bố, mẹ/người thân chiếm đa số (98,6%) và nơi ở của gia đình học sinh chủ yếu là

ở thành phố (92,1%). Có 89,3% học sinh có bố mẹ đang sống cùng nhau; 5,9% đã mất bố hoặc mẹ hoặc cả hai và 4,8% học sinh có bố mẹ đã ly dị/ly thân.

Bảng 3.2. Trình độ học vấn và nghề nghiệp của bố mẹ

Đặc điểm		Bố		Mẹ	
		n	%	n	%
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	50	11,9	62	14,8
	Trung học cơ sở	89	21,2	115	27,4
	Trung học phổ thông	165	39,3	125	29,7
	Trên THPT	116	27,6	118	28,1
Nghề nghiệp	Viên chức, Công chức	105	25,0	91	21,7
	Công nhân	102	24,3	29	6,9
	Buôn bán, dịch vụ	111	26,4	186	44,3
	Nông dân	50	11,9	11	2,6
	Nội trợ	15	3,6	92	21,9
	Nghề khác	37	8,8	11	2,6
Tổng		420	100	420	100

Nhận xét: Trình độ học vấn của bố và mẹ là tiểu học trở xuống chiếm 11,9% và 14,8 %.

Nghề nghiệp của bố mẹ là buôn bán chiếm tỷ lệ cao

nhất (26,4% và 44,3%);

3.2. Chiến lược ứng phó với stress ở học sinh

3.2.1. Ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề



Bảng 3.3. Các ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề

	n	%
Giải thích khó khăn một cách tích cực và tăng trưởng trong khó khăn	80	19,0
Lên kế hoạch giải quyết vấn đề	162	38,6
Xin lời khuyên từ người khác	50	11,9
Tập trung giải quyết khó khăn	89	21,2

Nhận xét: Khi gặp stress, cách ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề mà học sinh THPT lựa chọn nhiều nhất là “Lên kế hoạch giải quyết vấn đề” (38,6%). Cách ứng phó

tập trung vào giải quyết vấn đề mà học sinh lựa chọn ít nhất là “Xin lời khuyên từ người khác” (11,9%).

3.2.2. Ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc

Bảng 3.4. Các ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc

	n	%
Chia sẻ và tìm sự nâng đỡ tinh thần từ người khác	135	32,1
Dựa vào niềm tin tôn giáo	111	26,4
Trút bỏ cảm xúc khó chịu	74	17,7

Nhận xét: Khi gặp stress, cách ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc mà học sinh THPT lựa chọn nhiều nhất là “Chia sẻ và tìm sự nâng đỡ tinh thần từ người khác” (32,1%).

Cách ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc mà học sinh lựa chọn ít nhất là “Trút bỏ cảm xúc khó chịu” (17,7%).

3.2.3. Ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực

Bảng 3.5. Các ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực

	n	%
Suy nghĩ việc khác thay thế	125	30,0
Bỏ cuộc, không tiếp tục cố gắng giải quyết vấn đề nữa	46	11,0
Từ chối khó khăn	59	14,0
Sử dụng chất kích thích (Thuốc lá, rượu)	70	16,4

Nhận xét: Đối với cách ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực; kết quả thu được cho thấy học sinh trung học phổ thông lựa chọn cách thức “Suy nghĩ việc khác thay thế” là lựa chọn thường gặp nhất (30,0%); lựa chọn ít nhất là “Bỏ cuộc, không tiếp tục cố gắng giải quyết vấn đề nữa” (11,0%). Một tỷ lệ lớn học sinh sử dụng chất kích thích như thuốc lá/rượu như là cách thức để ứng phó với stress.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm cá nhân và gia đình của học sinh

Tỷ lệ học sinh nữ trong nghiên cứu này chiếm 52,6 %, học sinh nam chiếm 47,4%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu về tình hình trầm cảm, lo âu, stress và hành vi, nhu cầu tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý ở học sinh lớp 12

của Nguyễn Thị Nhật Hòa (2015): học sinh nam chiếm 47,0%, học sinh nữ chiếm 53,0% [4].

Tỷ lệ học sinh sống cùng bố, mẹ/người thân chiếm đa số (98,6%), lý giải điều này là vì trong nghiên cứu của chúng tôi nơi ở của gia đình học sinh chủ yếu là ở thành phố (92,1%), gần với trường mà các em đang theo học nên thuận tiện cho việc đi lại. Số học sinh ở trọ/ký túc xá của trường chỉ chiếm 1,4% vì những em này có gia đình sống ở thị trấn, nông thôn (7,9%).

Có 89,3% học sinh có bố mẹ đang sống cùng nhau, có 5,9% đã mất bố hoặc mẹ hoặc cả hai và 4,8% học sinh có bố mẹ đã ly dị/ly thân. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhật Hòa (2015) ở học sinh lớp 12 thành phố Huế cũng cho kết quả tương tự có 90,1% học sinh có bố mẹ

đang sống cùng nhau; có 5,8% đã mất bố hoặc mẹ hoặc cả hai và 4,1% bố mẹ đã ly dị/ly thân [4].

Trình độ học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất ở bố và mẹ là THPT (bố: 39,3%; mẹ: 29,7%); còn một tỷ lệ khá cao bố mẹ của học sinh có trình độ học vấn là tiểu học trở xuống (bố: 11,9% và mẹ: 14,8%).

Nghề nghiệp chủ yếu của bố là buôn bán, dịch vụ với 26,4%; thấp nhất là nội trợ với 3,6%. Nghề nghiệp của mẹ là buôn bán, dịch vụ chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,3%; thấp nhất là nông dân và nghề khác (thợ may, cắt tóc) với 2,6%.

4.2. Chiến lược ứng phó với stress ở học sinh

Khi gặp stress, cách ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề mà học sinh lựa chọn nhiều nhất là “Lên kế hoạch giải quyết vấn đề” (38,6%), lựa chọn ít nhất là “Xin lời khuyên từ người khác” (11,9%). Cách ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc mà học sinh lựa chọn nhiều nhất là “Chia sẻ và tìm sự nâng đỡ tinh thần từ người khác” (32,1%), lựa chọn ít nhất là “Trút bỏ cảm xúc khó chịu” (17,7%). Còn đối với cách ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực; kết quả thu được cho thấy học sinh trung học phổ thông lựa chọn cách thức “Suy nghĩ việc khác thay thế” là lựa chọn nhiều nhất (30,0%), lựa chọn thấp nhất là “Bỏ cuộc, không tiếp tục cố gắng giải quyết vấn đề nữa” (11,0%). Điều đáng quan tâm là có đến 16,4% học sinh sử dụng chất kích thích (thuốc lá/rượu) như là giải pháp để ứng phó với stress.

Nghiên cứu của Dương Thị Diệu Hoa cho rằng các giải pháp phổ biến của học sinh THPT tại Hà Nội, Nam Định và Vĩnh Phúc khi có vấn đề tâm lý là tâm sự với bạn bè (57,2%), âm thầm chịu đựng (50,3%) và điều đáng lưu ý là rất ít học sinh được khảo sát lựa chọn giải pháp tâm sự với bố mẹ (5,9%) [3]. Một nghiên cứu tại huyện Đan Phượng - Hà Nội cho thấy rằng trong các phương thức giải quyết khó khăn tâm lý có 61,6% học sinh lựa chọn phương án “tự mình suy nghĩ, đưa ra quyết định giải quyết vấn đề” khi gặp khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất, thứ hai là “chia sẻ

với người khác (anh, chị lớn tuổi hơn, bạn bè)” khi gặp khó khăn với 60,2% tổng số học sinh lựa chọn, thứ ba là “chia sẻ với người thân trong gia đình” khi gặp khó khăn với tỷ lệ 56,0% và thấp nhất là “tìm mọi cách để quên đi vấn đề (uống rượu, hút thuốc, đua xe, chơi game...)” chiếm 6,0% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hằng cho thấy học sinh trung học cơ sở có xu hướng ứng phó tập trung vào nhận thức thường xuyên hơn so với ứng phó tập trung vào hành vi và cảm xúc. Học sinh có rối nhiễu cảm xúc thường xuyên ứng phó tiêu cực hơn so với học sinh không có rối nhiễu cảm xúc [2].

Một nghiên cứu ở học sinh lớp 11 và 12 ở Nam Phi cho thấy chiến lược ứng phó với căng thẳng thường được học sinh sử dụng nhất là tâm sự với người mà ý kiến của họ có giá trị đối với các em (74,2%), khoảng 49% cho rằng đã tâm sự với bạn bè, trong khi 38% học sinh tâm sự với mẹ, 12,4% với bố và 43,1% với người khác. Chỉ có 3,5% học sinh đã từng gặp chuyên gia tâm lý [9].

Nhiều tác giả cho thấy cách ứng phó kém hiệu quả nhất là sự chạy trốn và tự dối mình trong tất cả các trường hợp và hạ thấp các khả năng của mình. Tuy nhiên, nhiều tác giả nghiên cứu về stress và ứng phó với stress đồng tình với quan điểm cho rằng hiện thực hơn cả là ứng phó bằng cách cải tạo lại hoàn cảnh hoặc ít nhất cũng thay đổi cách ứng xử của mình với hoàn cảnh [5].

V. KẾT LUẬN

- Cách ứng phó tập trung vào giải quyết vấn đề mà học sinh THPT lựa chọn nhiều nhất là “Lên kế hoạch giải quyết vấn đề” (38,6%).

- Cách ứng phó tập trung vào điều tiết cảm xúc mà học sinh THPT lựa chọn nhiều nhất là “Chia sẻ và tìm sự nâng đỡ tinh thần từ người khác” (32,1%).

- Cách ứng phó dè dặt, né tránh, tiêu cực mà học sinh THPT lựa chọn nhiều nhất là “Suy nghĩ việc khác thay thế” (30,0%).



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhan Thị Lạc An (2010), *Cách thức ứng phó trước những khó khăn tâm lý của học sinh trung học phổ thông thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Trường Đại học Sư phạm thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Minh Hằng (2014), *Ứng phó với cảm xúc tiêu cực của học sinh trung học cơ sở*, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Xã hội và Nhân văn, Tập 30, Số 4 (2014) 25 - 34.
3. Dương Thị Diệu Hoa, Vũ Khánh Linh, Trần Văn Thức (2007), “Khó khăn tâm lý và nhu cầu tham vấn của học sinh Trung học phổ thông”, *Tạp chí Tâm lý học*, 2(95), tr. 36 – 42.
4. Nguyễn Thị Nhật Hòa (2015), *Nghiên cứu tình hình trầm cảm, lo âu, stress và hành vi, nhu cầu tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý ở học sinh lớp 12 tại thành phố Huế*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Phan Thị Mai Hương (2007), *Cách ứng phó của trẻ vị thành niên với hoàn cảnh khó khăn*, Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội.
6. Bùi Thị Thoa (2012), *Nhu cầu được trợ giúp tâm lý của học sinh trong một số trường trung học phổ thông huyện Đan Phượng – Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Tâm lý học lâm sàng trẻ em và vị thành niên, Trường Đại học Giáo dục, ĐHQG Hà Nội.
7. Hồ Hữu Tính và Nguyễn Doãn Thành (2009), “Thực trạng stress, lo âu và những liên quan đến lo âu ở học sinh cấp 3 trường THPT Phan Bội Châu, Phan Thiết, Bình Thuận”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 14(2), tr. 180.
8. Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989), *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 267 – 283.
9. Strydom, M. A. A., Pretorius, P. J., Joubert, G. (2012), “Depression and anxiety among Grade 11 and 12 learners attending schools in central Bloemfontein”, *South African Journal of Psychiatry*, 18(3), pp. 84 – 88

CÁC NHÂN TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỊ XÃ PHỔ YÊN TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu¹, Dương Huyền Thương¹

TÓM TẮT:

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định các nhân tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên, từ đó đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế tại Bệnh viện, góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh nhằm giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Từ khóa: Chất lượng dịch vụ, bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế, sự hài lòng của bệnh nhân.

SUMMARY:

THE FACTORS AFFECTING THE SATISFACTION OF PATIENTS ON THE QUALITY OF MEDICAL INSURANCE SERVICES AT PHO YEN GENERAL HOSPITAL IN THAI NGUYEN PROVINCE

Abstract: This study aims to identify factors affecting the satisfaction of patients on the quality of medical examination and treatment services by health insurance at Pho Yen General Hospital in Thai Nguyen Province, then proposing some solutions to improve the quality of medical examination and treatment services by medical insurance at the hospital, contribute to improving the satisfaction of patients in order to reduce overload of upper level hospitals.

Keywords: Quality of service, health insurance, medical examination and treatment by medical insurance, the satisfaction of patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chính sách Bảo hiểm y tế là một bộ phận cấu thành và là bộ phận quan trọng nhất trong chính sách xã hội của

mỗi quốc gia. Bảo hiểm y tế mang ý nghĩa nhân đạo và có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc. Xuất phát từ bản chất tốt đẹp của bảo hiểm y tế, chính sách bảo hiểm y tế ở nước ta đã được Đảng và Nhà nước ta quan tâm thực hiện ngay từ đầu. Tại Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020 của Bộ Y tế năm 2015 đã chỉ ra rằng “Việc đảm bảo công bằng và chia sẻ trong chăm sóc sức khỏe bằng bảo hiểm y tế cho nhân dân, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế trong điều kiện nền kinh tế thị trường là một vấn đề cấp bách, thách thức, vừa là một chính sách lâu dài” [5].

Tính đến tháng 12/2017 tỷ lệ người dân có thẻ BHYT trên địa bàn thị xã Phổ Yên trên 90% dân số [3]. Với sự quan tâm, chỉ đạo sát sao của Bảo hiểm xã hội tỉnh, Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân thị xã và sự quyết tâm vào cuộc của BHXH tỉnh và các ngành hữu quan, chắc chắn thị xã Phổ Yên sẽ về đích sớm trong thực hiện lộ trình BHYT toàn dân”.

Việc “thông tuyến” KCB BHYT khiến cho Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên trở thành cơ sở KCB ban đầu cho người dân có thẻ BHYT, đã mang lại điều kiện thuận lợi tối đa cho người tham gia BHYT trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế. Tuy nhiên dịch vụ KCB bằng BHYT Bệnh viện còn khá nhiều tồn tại cần phải khắc phục như: danh mục thuốc y tế điều trị bệnh, các dịch vụ y tế được hưởng rất hạn chế, thủ tục hành chính trong KCB BHYT còn rườm rà; đội ngũ bác y, bác sĩ thiếu cả về số lượng và chất lượng (bác sĩ chính quy rất ít, chủ yếu là bác sĩ chuyên tu); rất nhiều người dân ở nhiều nơi phản ánh về vấn đề y đức khi đến KCB BHYT; trang thiết bị y tế còn thiếu và yếu, còn xảy ra tình trạng trục lợi quỹ BHYT từ nhiều phía,...

1. Khoa Kinh tế - Đại học Kinh tế & Quản trị Kinh doanh- Đại học Thái Nguyên

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thu; Điện thoại: 0983483538; Email: nguyenthuthu.gvktbh@gmail.com

» Ngày nhận bài: 23/08/2018 | » Ngày phản biện: 14/09/2018 | » Ngày duyệt đăng: 28/09/2018

Xác định các nhân tố ảnh hưởng tới sự thỏa mãn của khách hàng (bệnh nhân) về chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT tại Bệnh viện, phân tích các nhân tố, xác định những nguyên nhân để tìm ra giải pháp hữu hiệu nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT tại Bệnh viện là việc làm cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp thu thập thông tin

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên theo danh sách bệnh nhân BHYT. Việc phỏng vấn người bệnh được thực hiện trực tiếp bởi tác giả, có sự đồng ý và tạo thuận lợi của Bệnh viện bằng một bảng đề nghị phỏng vấn gửi đến cho bệnh nhân được chọn. Tiêu chí để xác định cỡ mẫu theo công thức xác định cỡ mẫu của Hair, Anderson, Tatham và Black (1998): Cỡ mẫu tối thiểu được xác định ít nhất gấp 5 lần số biến quan sát đưa vào mô hình nghiên cứu. Tổng số biến quan sát trong mô hình bao gồm 41 câu hỏi, trong đó 38 câu hỏi cho thang đo SERVPERF và 3 câu hỏi cho sự hài lòng. Vì vậy, tối thiểu số lượng mẫu cần thu là $41 \times 5 = 205$ quan sát. Tổng số mẫu nghiên cứu của đề tài này là 300 quan sát (bệnh nhân), vì vậy đáp ứng tiêu chí trên.

2. Phương pháp nghiên cứu

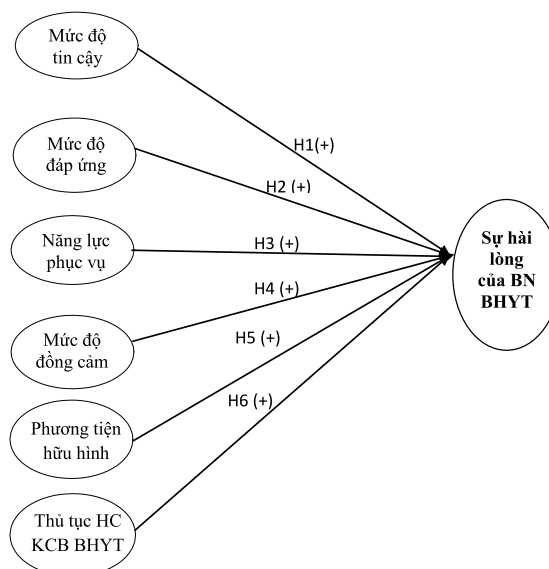
Tác giả đã thực hiện nghiên cứu thông qua 2 bước là nghiên cứu sơ bộ và nghiên cứu chính thức. Nghiên cứu sơ bộ là một nghiên cứu định tính thông qua các cuộc phỏng vấn trực tiếp (in-depth, 10 bệnh nhân) nhằm xác định cách thức diễn đạt của bệnh nhân liên quan đến các khía cạnh

chất lượng dịch vụ cũng như sự diễn đạt về các mức độ hài lòng của họ. Kết quả của nghiên cứu này làm cơ sở để hoàn thiện bảng câu hỏi điều tra thí điểm. Để đánh giá sơ bộ các thang đo, đề tài tiếp tục phỏng vấn thử 20 bệnh nhân (điều tra thí điểm) để kiểm định độ tin cậy bước đầu của các đo lường và điều chỉnh lại một số thang đo có độ tin cậy thấp. Sau cùng, đề tài thực hiện một cuộc điều tra chính thức, làm cơ sở để giải quyết các mục tiêu nêu trên.

Thông tin thu thập được sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS. Thang đo được đánh giá bằng phương pháp phân tích nhân tố khám phá EFA, đánh giá độ tin cậy dựa vào hệ số Cronbach's alpha, kiểm định mô hình lý thuyết và các giả thuyết bằng phân tích tương quan và phân tích hồi quy.

Để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT, đề tài này tiếp cận chất lượng dịch KCB là một cấu trúc đa chiều dựa trên thang đo SERVPERF về chất lượng dịch vụ (Cronin và Taylor, 1992; Lee và cộng sự, 2000; Brady và cộng sự, 2002); Nghiên cứu ảnh hưởng của các nhân tố đến sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ KCB của Đặng Hồng Anh; Nghiên cứu về mức độ hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế của Lê Nữ Thanh Uyên và Trương Phi Hùng; Mục tiêu “Chương trình 527/CTr-BYT về nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh BHYT”, cũng như các ứng dụng gần đây trong nghiên cứu về chất lượng dịch vụ y tế ở Việt Nam (Nguyễn Huỳnh Thái Tâm, 2009; Nguyễn Xuân Vũ, 2011; Vũ Thị Thục, 2012; Nguyễn Thị Lan Anh, 2016,...). Tác giả đưa ra mô hình đề xuất:

Hình 1: Mô hình đề xuất



+ H 1: Mức độ Tin cậy của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT cao hơn làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

+ H 2: Mức độ Đáp ứng của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT cao hơn làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

+ H 3: Mức độ Năng lực phục vụ của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT cao hơn làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

+ H 4: Mức độ Đồng cảm của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT cao hơn làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

+ H 5: Mức độ trang bị Phương tiện hữu hình phục vụ

việc khám chữa bệnh bằng BHYT tốt hơn mang lại sự hài lòng cao hơn cho bệnh nhân.

+ H 6: Thủ tục hành chính KCB BHYT được bệnh nhân đánh giá cao hơn làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả phân tích Cronbach's Alpha

Tổng cộng có 41 biến của mô hình được đưa vào phân tích Cronbach's Alpha. các chỉ báo có hệ số tương quan biến – tổng nhỏ hơn 0,3 sẽ bị loại và tiêu chuẩn chọn thang đo khi Cronbach's Alpha từ 0,6 trở lên [8]. Kết quả có 12 biến bị loại bỏ khỏi mô hình, cụ thể ở bảng 1 sau:

Bảng 1: Kết quả phân tích Cronbach's Alpha

Thang đo	Cronbach's Alpha lần 1	Hệ số tương quan biến - tổng của biến bị loại bỏ	Cronbach's Alpha lần 2
Tin cậy (TC)	0.692	TC7 = 0.053; TC8 = 0.096	0.873
Đáp ứng (DU)	0.550	DU2 = 0.010; DU5 = 0.075	0.881
Năng lực PV (NL)	0.659	NL5 = 0.032; NL6 = 0.045	0.861
Đồng cảm (DC)	0.569	DC4 = 0.040; DC6 = 0.021; DC8 = 0.096	0.871
PT hữu hình (HH)	0.600	HH5 = 0.212; HH6 = 0.055	0.779
Thủ tục hành chính (TTHC)	0.659	TTHC4 = 0.027	0.846
Hài lòng (PS)	0.812		

(Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu)

2. Kết quả phân tích nhân tố khám phá EFA

2.1. Phân tích nhân tố EFA cho các nhân tố độc lập

* Kết quả kiểm định KMO và Barlett's:

Hệ số KMO = 0,808 > 0,5: Phân tích nhân tố thích hợp với các dữ liệu nghiên cứu. Kết quả kiểm định Barlett's là 4130,625 với mức ý nghĩa sig = 0,000 < 0,05 (bác bỏ giả thuyết H₀: các biến quan sát không có tương quan với nhau trong tổng thể), như vậy giả thuyết về mô hình nhân tố là không phù hợp sẽ bị bác bỏ, điều này chứng tỏ dữ liệu

dùng để phân tích nhân tố là hoàn toàn thích hợp.

* Tiếp theo thực hiện phân tích nhân tố theo Principal components với phép quay Varimax:

Kết quả cho thấy 26 biến quan sát ban đầu được nhóm thành 06 nhóm. Giá trị tổng phương sai trích = 68,446% > 50%: đạt yêu cầu; khi đó có thể nói rằng 06 nhóm nhân tố này giải thích 68,446% biến thiên của dữ liệu. Giá trị hệ số Eigenvalues của các nhân tố đều cao (>1), nhân tố thứ 6 có Eigenvalues (thấp nhất) = 1,603 > 1. Ta rút trích được 6 nhân tố độc lập.



Bảng 2. Ma trận nhân tố với phương pháp xoay Principal Varimax

	Component					
	1	2	3	4	5	6
TC1	.861					
TC5	.783					
TC6	.758					
TC3	.732					
TC2	.699					
TC4	.699					
DC7		.862				
DC2		.794				
DC1		.785				
DC3		.775				
DC5		.771				
NL2			.859			
NL3			.810			
NL1			.794			
NL4			.754			
TTHC1				.869		
TTHC2				.837		
TTHC3				.779		
TTHC5				.726		
HH3					.845	
HH2					.817	
HH1					.711	
HH4					.647	
DU3						.877
DU1						.873
DU4						.825
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.						
a. Rotation converged in 6 iterations.						

(Nguồn: Kết quả phân tích bằng SPSS từ số liệu điều tra)

Kết quả phân tích nhân tố là khá tốt, 6 chỉ báo của “Tin cậy” đều hội tụ về duy nhất 1 nhân tố chung, với hệ số tải nhân tố đều lớn hơn 0,50 (từ 0,699-0,861). Tương tự ta cũng thấy các chỉ báo của “Đồng cảm”, “Năng lực phục vụ”, “Thủ tục hành chính”, “Hữu hình”, “Đáp ứng” đều có hệ số tải nhân tố đều >0,5. Vì vậy, các chỉ báo này đều hội tụ về duy nhất một nhân tố chung của nó, 6 nhân tố này đủ điều kiện để sử dụng trong các phân tích tiếp theo. Mô hình ban đầu được giữ nguyên, không có thay đổi.

2.2. Phân tích nhân tố EFA cho nhân tố phụ thuộc

* Kết quả kiểm định KMO và Barlett's:

Hệ số KMO = 0,708 > 0,5: Phân tích nhân tố thích hợp với dữ liệu nghiên cứu. Kết quả kiểm định Barlett's là 304.413 với mức ý nghĩa sig = 0.000 < 0.05, (bác bỏ giả thuyết H₀: các biến quan sát không có tương quan với nhau trong tổng thể) như vậy giả thuyết về mô hình nhân tố là không phù hợp và sẽ bị bác bỏ, điều này chứng tỏ dữ liệu dùng để phân tích nhân tố là hoàn toàn thích hợp.

* Eigenvalues và phương sai trích đối với biến phụ thuộc:

Kết quả cho thấy 3 biến quan sát ban đầu được nhóm thành 1 nhóm. Tổng phương sai trích = 72,715% > 50%; đạt yêu cầu; khi đó có thể nói rằng 1 nhân tố này giải thích

72,715% biến thiên của dữ liệu. Giá trị hệ số Eigenvalues của nhân tố lớn hơn 1.

* Ma trận nhân tố:

Bảng 3. Component Matrix^a

	Component
	1
PS2	.877
PS1	.847
PS3	.834
Extraction Method: Principal Component Analysis.	
a. 1 components extracted.	

(Nguồn: Kết quả phân tích bằng SPSS từ số liệu điều tra)

Hệ số tải nhân tố rất tốt (từ 0,834 đến 0,877) đều >0,5, do đó nhân tố có ý nghĩa thực tiễn, ta rút trích được 1 nhân tố phụ thuộc phục vụ cho các bước nghiên cứu tiếp theo.

3. Phân tích hồi quy

Phân tích hồi quy sẽ được thực hiện với 6 biến độc lập (1) TC, (2) DU, (3) NL, (4) DC, (5) HH, (6) TTHC và một biến phụ thuộc PS. Phân tích được thực hiện bằng phương pháp hồi quy tổng thể của các biến (Enter) với phần mềm SPSS 16.0. Kết quả hồi quy thu được như sau:

Bảng 4. Phân tích hồi quy Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig. (P-value)	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-.917	.204		-4.495	.000		
	TC	.251	.047	.212	5.360	.000	.779	1.284
	DU	.191	.031	.243	6.220	.000	.802	1.248
	NL	.180	.029	.242	6.113	.000	.778	1.285
	DC	.193	.041	.173	4.677	.000	.893	1.119
	HH	.231	.039	.226	5.981	.000	.860	1.163
	TTHC	.242	.043	.219	5.681	.000	.822	1.216
a. Dependent Variable: PS								

(Nguồn: Kết quả phân tích bằng SPSS từ số liệu điều tra)

Từ phân tích hồi quy tại bảng 4 ta thấy cả 6 nhân tố đều có ý nghĩa về mặt thống kê (Sig. =0%). Như vậy chấp nhận cả 6 giả thuyết nghiên cứu.

Kết quả của hồi quy của mô hình tiêu chuẩn hóa là:

$$PS = -0.917 + 0,251*TC + 0,191*DU + 0,180*N + 0,193*DC + 0,231*HH+0,242*TTHC$$

Như vậy kết quả cuối cùng chỉ ra cả 6 nhân tố độc lập đều tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT. Trong đó nhân tố “Tin cậy - TC” có tác động mạnh nhất (b = 0,251), nhân tố có vai trò quan trọng thứ hai là “Thủ tục hành chính KCB BHYT

- TTHC” (b = 0,242), tiếp theo là các nhân tố “Phương tiện hữu hình - HH” (b = 0,231), “Đồng cảm - DC” (b = 0,193), “Đáp ứng - DU” (b = 0,191), “Năng lực phục vụ - NL” (b = 0,180).

Từ kết quả hồi quy ta cũng thấy, R² điều chỉnh = 0,634 (63,4%) >50%. Điều này cho thấy mô hình hồi quy tuyến tính này phù hợp với tập dữ liệu của mẫu ở mức 63,4%, tức là các biến độc lập giải thích được 63,4% biến thiên của biến phụ thuộc. Với giả thuyết H₀: R²_{tổng thể} = 0, kết quả phân tích hồi quy cho ta F = 87.423 với Sig. = 0.000. Do đó, ta hoàn toàn có thể bác bỏ giả thuyết H₀ và kết luận mô hình hồi quy tuyến tính xây dựng được là phù hợp với tổng thể.



Do lường đa cộng tuyến: Hệ số phóng đại phương sai VIF của các biến là nhỏ ($VIF < 2$). Do đó, không có hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập trong mô hình, không ảnh hưởng đến kết quả hồi quy.

IV. ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH BẰNG BHYT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỊ XÃ PHỔ YÊN TỈNH THÁI NGUYÊN

- Giải pháp phát triển nguồn nhân lực: Công tác phát triển nguồn nhân lực phải được quan tâm nhất quán từ khâu đầu tiên đến khâu cuối cùng.
- Cải cách thủ tục hành chính và quy trình trong khám chữa bệnh BHYT.
- Đầu tư trang thiết bị y tế hiện đại và nâng cấp cơ sở vật chất.
- Tăng cường công tác quản lý tài chính KCB BHYT.
- Các giải pháp khác:
 - + Đẩy mạnh xã hội hoá công tác khám bệnh, chữa bệnh.
 - + Tăng cường công tác lãnh đạo, quản lý và quy chế

làm việc.

- + Không để người bệnh mặc cảm với những khác biệt về sự công bằng.
- + Thông tin cho người bệnh đầy đủ, đúng mức và kịp thời.
- + Thiết lập mối quan hệ truyền thống “thầy thuốc - người bệnh”.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích hồi quy cho thấy có 6 nhân tố tác động có ý nghĩa thống kê lên sự hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên, với tầm quan trọng lần lượt như sau: thứ nhất là nhân tố “Tin cậy”, thứ hai là “Thủ tục hành chính” tiếp theo là các nhân tố “Phương tiện hữu hình”, “Đồng cảm”, “Đáp ứng”, “Năng lực phục vụ”. Đề tài cũng đề xuất một số giải pháp cụ thể để nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ KCB bằng BHYT tại bệnh viện đa khoa thị xã Phổ Yên, trong đó nhấn mạnh đến khía cạnh sự kết hợp hài hòa giữa 3 khía cạnh “con người” “thủ tục hành chính” và “phương tiện”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hồng Anh (2013), *Nghiên cứu ảnh hưởng của các nhân tố đến sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hoàn Mỹ thành phố Đà Nẵng*, Luận văn thạc sỹ, Đại học Đà Nẵng.
2. Nguyễn Thị Lan Anh (2014), *Nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho đồng bào DTTS tại các trạm y tế xã tỉnh Bắc Kạn*, Đại học Thái Nguyên.
3. Bảo hiểm xã hội thị xã Phổ Yên (2015, 2016, 2017), *Báo cáo tình hình thu - chi BHXH, BHYT, BHTN*.
4. Bộ Y tế (2009), *Chương trình số 527/CTr-BYT nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh Bảo hiểm y tế*, ban hành ngày 18/6/2009.
5. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020*.
6. Nguyễn Huỳnh Thái Tâm (2009), *Các yếu tố tác động đến sự hài lòng của khách hàng đối với chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh phụ sản tại Trung tâm Y tế thành phố Nha Trang*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Nha Trang.
7. Vũ Thị Thục (2012), *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình*, Luận văn thạc sỹ quản trị kinh doanh, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội.
8. Nguyễn Đình Thọ và Nguyễn Thị Mai Trang (2009), *Nghiên cứu khoa học Marketing*, Nxb Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh.
9. Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2005), *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*, Nxb Thống kê.
10. Nguyễn Xuân Vỹ (2011), *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Phú Yên*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Nha Trang.
11. Lê Nữ Thanh Uyên & Trương Phi Hùng (2006), “Mức độ hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế tại Bệnh viện Bến Lức - huyện Bến Lức, tỉnh Long An”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10 (1), tr. 43-47.
12. Nguyen Thi Lan Anh (2016), *Public health service quality at Thai Nguyen National General Hospital*, Doctoral thesis, Central Philippine University.
13. Cronin, J. J. & Taylor, S. A. (1992), “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”, *Journal of Marketing*, 56(3), pp.55-68.
14. Hair, J.F. Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998), *Multivariate Data Analysis, (5th Edition)*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỜI ĐIỂM TUỔI THAI MẸ MẮC RUBELLA VỚI CÁC KHIẾM KHUYẾT Ở TRẺ

Nguyễn Văn Thường¹, Nguyễn Văn Bằng²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa thời điểm tuổi thai mẹ mắc rubella với các khuyết tật ở trẻ. **Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập theo dõi 299 bệnh nhi nhiễm rubella bẩm sinh. **Kết quả:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời kỳ bào thai mẹ mắc rubella với các khuyết tật ($p < 0,05$), bao gồm điếc/giảm thính lực (tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt OR=11,20 và OR=10,01); đục thủy tinh thể (tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt OR=28,80 và OR=11,58); còn ống động mạch (tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt OR=20,89 và OR=12,43); hẹp động mạch phổi (tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt OR =9,26 và OR=4,33). **Kết luận:** Khuyết tật ở trẻ giảm theo theo thời điểm tuổi thai mẹ mắc rubella.

Từ khoá: Rubella, tuổi thai, khuyết tật.

SUMMARY:

RELATIONSHIPS BETWEEN GESTATIONAL AGE AT TIME OF MATERNAL RUBELLA AND DEFECTS IN CHILDREN

Objective: To understand the relationships between gestational age at time of maternal rubella and defects in children. **Methods:** This is prospective study on 299 children with congenital rubella infection. **Results:** There were significantly relationships between there were statistically significant relationships between gestational age at time of maternal rubella and defects in children ($p < 0,05$), such as: hearing impairment (gestation 0-8 weeks and 9-16 weeks compared with ≥ 17 weeks, OR=11,20 and OR=10,01 respectively), cataracts (gestation 0-8 weeks and 9-16 weeks compared with ≥ 17 weeks, OR=28,80 and OR=11,58 respectively), patent ductus arteriosus (gestation 0-8 weeks and 9-16 weeks compared with ≥ 17 weeks, OR=20,89 and OR=12,43 respectively),

peripheral pulmonic stenosis (gestation 0-8 weeks and 9-16 weeks compared with ≥ 17 weeks, OR=9,26 and OR=4,33 respectively). **Conclusions:** Defects in children were decreased following gestational age at time of maternal rubella.

Keywords: Rubella, gestational age, defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rubella bẩm sinh ở trẻ em là bệnh có tỷ lệ mắc cao. Trên thế giới, ước tính có khoảng 100.000 trẻ sơ sinh mắc hội chứng rubella bẩm sinh mỗi năm [1]. Mắc rubella bẩm sinh, dao động khoảng 0,1- 4 trẻ trên 1000 trẻ sinh ra sống [2]. Nghiên cứu tại Khánh Hoà cho thấy nhiễm rubella bẩm sinh khoảng 151 trên 100.000 trẻ sinh ra sống. Ước tính rằng 3.788 trẻ sinh ra mắc rubella bẩm sinh hàng năm tại Việt Nam và tính chung khoảng 234 trẻ mắc rubella bẩm sinh trên 100.000 trẻ sinh ra sống [3].

Hiện nay, đã có một số nghiên cứu trên thế giới về mối liên quan giữa mắc rubella thời kỳ bào thai với các khuyết tật ở trẻ bao gồm các tác giả Pekham và cộng sự (1972); Miller và cộng sự (1982); Ohkusa và cộng sự (2014); Simons và cộng sự (2016) [4], [5], [6], [7].

Các nghiên cứu dòng tế bào cho thấy rằng cơ chế của chết tế bào được lập trình liên quan đến virus rubella [8], và tương tác giữa non-structural P90 và proteins của virus điều chỉnh sự phát triển của tế bào (retinoblastoma protein quy định chu kỳ tế bào; protein *citron-K kinase* quy định sự phân bào) có thể đóng vai trò trong việc gây ra quái thai và khuyết tật ở trẻ [9].

Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về mối liên quan giữa thời điểm mẹ mắc rubella và các khuyết tật ở trẻ. Nhằm tìm kiếm các giải pháp trong việc phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các khuyết tật ở trẻ mắc rubella bẩm sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Mối liên quan giữa thời điểm tuổi thai mẹ mắc rubella với các khuyết tật ở trẻ”.

1. Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, SĐT: 0352064726. E-mail: thuonghixanhpon@gmail.com

2. Trường ĐHY Hà Nội

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Trẻ được chẩn đoán xác định nhiễm rubella, mắc rubella bẩm sinh ở các bệnh viện khu vực Hà Nội. Trong đó, lựa chọn đối tượng nghiên cứu được thực hiện qua 2 bước:

Bước 1. Xác định ca nghi ngờ nhiễm, mắc rubella bẩm sinh gồm:

+ Trẻ sinh ra từ các bà mẹ mắc rubella hoặc có các biểu hiện nghi mắc rubella trong thời kỳ mang thai.

+ Trẻ có các dấu hiệu nghi ngờ mắc hội chứng rubella bẩm sinh.

Bước 2. Trẻ sơ sinh được xét nghiệm khẳng định nhiễm, mắc rubella bằng xét nghiệm xác định (+) với kháng thể IgM rubella hoặc bằng phương pháp PCR, phân lập vi rút từ mẫu bệnh phẩm, hoặc xác định mức bất thường của kháng thể ở trẻ sơ sinh.

Địa điểm: Thực hiện tại 4 bệnh viện lớn, đồng thời có sự phối hợp thêm của 3 bệnh viện chuyên khoa, cụ thể như sau:

- Nghiên cứu được tiến hành trực tiếp tại: Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Nghiên cứu được sự phối hợp đánh giá chuyên môn của 03 viện/bệnh viện chuyên khoa: Viện Vệ sinh Dịch tễ

Trung ương, Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Thời gian: Từ năm tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2017.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập theo dõi bệnh nhi từ khi mẹ nhiễm, mắc rubella thời kỳ mang thai đến khi trẻ sinh ra và phát triển trong giai đoạn đầu.

Cỡ mẫu:

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

n: là số trẻ nhiễm, mắc rubella bẩm sinh tối thiểu cần nghiên cứu

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

d = 0,006 (sai số tối thiểu cho phép)

p=0,0025: là tỷ lệ mắc hội chứng rubella bẩm sinh được nghiên cứu trước đó tại Việt Nam khoảng từ 0,1 đến 4 trẻ sinh ra trên 1000 trẻ sinh ra sống, tùy vào từng thời điểm, chúng tôi ước mức trung bình khoảng 2,5 trẻ mắc rubella bẩm sinh trên 1000 trẻ sinh ra sống (tương đương p=0,0025) [2].

Thay số vào ta được n=267, dự phòng 10% trường hợp bỏ cuộc, quá trình lựa chọn nghiên cứu chúng tôi thu thập được số liệu 299 trẻ nhiễm rubella bẩm sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và phát hiện điếc/giảm thính lực

Tuần thai mẹ mắc rubella	Điếc/giảm thính lực				OR (95%CI)
	Có		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥17 tuần	18	39,1	28	60,9	1
9-16 tuần	148	86,6	23	13,4	10,01 (4,79-20,92)
0-8 tuần	72	87,8	10	12,2	11,20 (4,61-27,21)
Tổng	238	79,6	61	20,4	

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella liên quan chặt chẽ với điếc/giảm thính lực ở trẻ (p<0,001).

Bảng 2. Liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và trẻ đục thủy tinh thể

Tuần thai mẹ mắc rubella	Đục thủy tinh thể				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥17 tuần	1	2,2	45	97,8	1
9-16 tuần	35	20,5	136	79,5	11,58 (1,54-86,96)
0-8 tuần	32	39,0	50	61,0	28,80 (3,78-219,44)
Tổng	68	22,74	231	77,3	-

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella có liên chặt chẽ với đục thủy tinh thể bẩm sinh ở trẻ ($p < 0,001$).

Bảng 3. Liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và trẻ bị bại não

Tuần thai mẹ mắc rubella	Bại não			
	Mắc		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
>20 tuần	0	0	20	100
17-20 tuần	0	0	26	100
9-16 tuần	10	5,9	161	94,2
0-8 tuần	7	8,5	75	91,5
Tổng	17	5,7	282	94,3

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella không có liên quan với bại não bẩm sinh ở trẻ ($p = 0,353$).

Bảng 4. Liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và trẻ bị tim bẩm sinh

Tuần thai mẹ mắc rubella	Tim bẩm sinh				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥17 tuần	5	10,9	41	89,1	1
9-16 tuần	65	38,0	106	62,0	5,03 (1,89-13,38)
0-8 tuần	51	62,2	31	37,8	13,49 (4,82-37,79)
Tổng	121	40,5	178	59,5	-

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella có liên quan chặt chẽ với mắc các bệnh tim bẩm sinh ở trẻ ($p < 0,001$).



Bảng 5. Mối liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và trẻ mắc bệnh còn ống động mạch

Tuần thai mẹ mắc rubella	Còn ống động mạch				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥17 tuần	1	2,2	45	97,8	1
9-16 tuần	37	21,6	134	78,4	12,43 (1,66-93,18)
0-8 tuần	26	31,7	56	68,3	20,89 (2,73-159,95)
Tổng	64	21,40	235	78,6	-

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella có liên quan chặt chẽ với bệnh còn ống động mạch bẩm sinh ở trẻ ($p < 0,001$).

Bảng 6. Mối liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và trẻ mắc thông liên thất

Tuần thai mẹ mắc rubella	Thông liên thất				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
9-16 tuần	4	1,8	213	98,2	1
0-8 tuần	3	3,7	79	96,3	2,02 (0,44-9,24)
Tổng	7	2,3	292	97,7	-

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella không liên quan với bệnh thông liên thất bẩm sinh ở trẻ ($p = 0,397$).

Bảng 7. Mối liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và hở van tim

Tuần thai mẹ mắc rubella	Hở van tim				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥17 tuần	2	4,4	44	95,6	1
9-16 tuần	11	6,4	160	93,6	1,51 (0,32-7,08)
0-8 tuần	9	11,0	73	89,0	2,71(0,56-13,13)
Tổng	22	7,4	277	92,6	-

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella không liên quan với bệnh hở van tim bẩm sinh ở trẻ ($p = 0,336$).

Bảng 8. Mối liên quan thời điểm mẹ mắc rubella và hẹp động mạch phổi

Tuần thai mẹ mắc rubella	Hẹp động mạch phổi				OR (95%CI)
	Mắc		Không		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ%	
≥17 tuần	1	2,2	45	97,8	1
9-16 tuần	15	8,8	156	91,2	4,33 (0,56-33,65)
0-8 tuần	14	17,1	68	82,9	9,26 (1,18-72,94)
Tổng	30	10,0	269	90,0	

Thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella có liên quan chặt chẽ với bệnh hẹp động mạch phổi bẩm sinh ở trẻ (p=0,022).

Bảng 9. Trẻ mắc phổi hợp các khuyết tật/khiếm khuyết bẩm sinh theo thời kỳ bào thai mẹ mắc rubella

Khuyết tật	0-8 tuần	9-16 tuần	≥17 tuần	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Giảm thính lực/điếc	27 (20)	93(68,9)	15 (11,1)	135 (52,1)
Tim	2 (25)	4 (50)	2(25)	8 (3,1)
Giảm thính lực/điếc+tim	16 (35,6)	27 (60,0)	2 (4,4)	45(17,4)
Giảm thính lực/điếc+mắt	2 (66,7)	1(33,3)	0 (0)	3(1,2)
Mắt +Tim	6 (46,2)	7(53,9)	0 (0)	13(5,0)
Giảm thính lực/điếc+tim+mắt	27 (49,1)	27(49,1)	1 (1,8)	55(21,2)
Tổng	80 (30,9)	159(61,4)	20(7,7)	259(100)

Có đến 98,2% tổng số trẻ giảm thính lực/điếc+tim+mắt bẩm sinh nằm trong nhóm các bà mẹ mắc rubella ở tuần thai ≤16 tuần; 100% số ca giảm thính lực/điếc + mắt bẩm sinh và mắt+tim nằm ở nhóm có mẹ mắc rubella tuần thai ≤16 tuần; và 95,6% số ca giảm thính lực/điếc và tim bẩm sinh nằm trong nhóm có mẹ nhiễm rubella tuần thai ≤16 tuần.

IV. BÀN LUẬN

**Đị tật/khiếm khuyết về thính giác, thị giác*

Điếc/giảm thính lực: Tỷ lệ điếc/giảm thính lực cao nhất ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8tuần (87,8%), tiếp đến là nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở tuần thai 9-16 tuần với 86,6% điếc/giảm thính lực, nhóm có mẹ mắc ở tuần thai ≥17 có tỷ lệ điếc/giảm thính lực thấp nhất với 39,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Tương tự với kết quả nghiên cứu của Peckham (1972) cho thấy tỷ lệ điếc sơ sinh ở trẻ nhiễm, mắc rubella bẩm sinh, ở nhóm trẻ mẹ nhiễm rubella thời điểm thai 0-4 tuần có 1/1 trường hợp (chiếm 100%), nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 5-8 tuần có 7/11 trường hợp (chiếm 63,64%), nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 9-12 tuần có 18/23 trường hợp (chiếm 78,26%), ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 13-16 tuần có 6/7 trường hợp (chiếm 85,71%), nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 17-20 tuần có 1/3 trường hợp (chiếm 33,33%), nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai từ ≥18 tuần không có trường hợp nào mắc rubella [4].

Khác biệt với tác giả Simons và cộng sự (2016), ở các ca nhiễm, mắc rubella bẩm sinh số ca giảm thính lực/điếc ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 0-8 tuần là 28/37 (chiếm 75,68%), ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella



thời kỳ thai 9-16 tuần là 32/36 (chiếm 88,89%), ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 17-20 tuần chỉ có 1/1 ca điếc (100%), thực số ca giảm theo thời điểm tuần thai mẹ mắc rubella muộn hơn, tuy vậy, do tổng số ca mắc rubella ở tuần thai muộn hơn là ít, do đó tỷ lệ này có xu hướng tăng lên [5].

Những nghiên cứu cho rằng điếc cảm nhận gây ra bởi virus làm tổn thương trực tiếp biểu mô của ống ốc tai hoặc mạch máu thính giác gây ra thay đổi thứ cấp nội dịch và cấu trúc của ống ốc tai. Chấm dứt của thời kỳ nhạy cảm đối với bệnh điếc do nhiễm rubella vào khoảng 16 tuần có thể là do phản ứng miễn dịch của thai nhi được cải thiện và chuyển giao các kháng thể người mẹ xảy ra ở giai đoạn này [111] [169].

Kết quả cũng cho thấy nguy cơ điếc/giảm thính lực ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8 và nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai 9-16 tuần cao hơn nhóm có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai ≥ 17 tuần với tỷ số chênh lần lượt là $OR=28,8$ (95%CI 3,78-219,44) và $OR=11,58$ (95%CI 1,54-86,96).

Đục thủy tinh thể: Tỷ lệ đục thủy tinh thể bẩm sinh giảm dần theo thời điểm mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai muộn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Trong đó, tỷ lệ đục thủy tinh thể ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 0-8 tuần có tỷ lệ mắc là 39%, ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần có tỷ lệ mắc là 20,5%, ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai ≥ 17 tuần có tỷ lệ thấp nhất với 1 ca mắc chiếm 2,2%.

Theo Simons và cộng sự (2016) cho thấy các bệnh về mắt ở nhóm trẻ mắc rubella bẩm sinh cao nhất là ở nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai 0-8 tuần với số ca mắc các bệnh bẩm sinh về mắt là 9/37 trẻ (chiếm 8,11%), ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 9-16 tuần có số ca mắc các bệnh bẩm sinh về mắt là 6/36 (chiếm 16,67%), trong khi đó trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai ≥ 17 tuần không có ca nào bị bệnh mắt bẩm sinh [5].

Nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ đục thủy tinh thể bẩm sinh ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 0-8 tuần và nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần cao hơn so với nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai ≥ 17 tuần với tỷ số chênh lần lượt là $OR=28,80$ (95%CI 3,78-219,44) và $OR=11,58$ (95%CI 1,54-86,96).

*** Bại não bẩm sinh:**

Bại não chỉ có ở các trường hợp trẻ có mẹ mắc rubella thời kỳ thai ≤ 16 tuần. Trong đó mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8 tuần có 8,5% bại não, thời điểm 9-16 tuần có 5,9% bại não. Tuy vậy sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p=0,353$). So sánh với nghiên cứu của Peckham (1972) cho thấy trong số 45 trẻ dương tính với kháng thể rubella, có 1/11 trường hợp duy nhất bại não bẩm sinh ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 5-8 tuần [4].

*** Các bệnh về tim bẩm sinh**

Trong nghiên cứu các bệnh về tim mạch bẩm sinh bao gồm các cơn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ, hở van tim, hẹp động mạch phổi,... Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh tim, mạch bẩm sinh cao ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở giai đoạn đầu của thai và giảm xuống ở giai đoạn muộn của thai, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Trong đó, tỷ lệ bệnh tim mạch bẩm sinh ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8 tuần chiếm 62,2%, ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 9-16 tuần chiếm 38%, ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai ≥ 17 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10,9%.

Theo Simons và cộng sự (2016) ở các trường hợp mắc rubella bẩm sinh, bệnh tim bẩm sinh ở nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai 0-8 tuần là 11/37 trường hợp (29,73%), mắc bệnh tim bẩm sinh ở nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai 9-16 tuần có 7/36 trường hợp (chiếm 19,44%), ở những trẻ có mẹ mắc rubella thời kỳ thai ≥ 17 tuần không có trường hợp nào bị bệnh tim bẩm sinh. [5].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ bệnh tim mạch bẩm sinh ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8 tuần và nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai 9-16 tuần cao hơn so với nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai ≥ 17 tuần với tỷ số chênh lần lượt là $OR=13,49$ (95%CI 4,82-37,79) và $OR=5,03$ (95%CI 1,89-13,38).

Bệnh còn ống động mạch bệnh lý: Bệnh còn ống động mạch có tỷ lệ cao ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở giai đoạn đầu thai kỳ và giảm dần xuống ở nhóm trẻ có mẹ mắc ở giai đoạn muộn của thai kỳ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Trong đó, tỷ lệ bệnh còn ống động mạch ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 0-8 tuần là 31,7%, ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần là 21,6%, ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai ≥ 17 tuần có 1 ca mắc chiếm 2,2%.

Nguy cơ mắc bệnh còn ống động mạch bẩm sinh ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 0-8 tuần và nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần cao hơn nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai ≥ 17 tuần với tỷ số chênh lần lượt là $OR=20,89$ (95%CI 2,73-159,95) và $OR=12,43$ (95%CI 1,66-93,18).

Hẹp động mạch phổi: Trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hẹp động mạch phổi cao nhất ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời kỳ thai 0-8 tuần với 17,1%, tỷ lệ giảm dần, nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần có tỷ lệ hẹp động mạch phổi là 8,8%, nhóm có mẹ mắc thời kỳ thai ≥ 17 tuần có tỷ lệ hẹp động mạch phổi thấp nhất với tỷ lệ là 2,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,022$.

Nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ hẹp động mạch phổi ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella ở thời điểm thai 0-8 tuần cao hơn nhóm có mẹ mắc rubella ở tuần thai ≥ 17 tuần với tỷ số chênh là $OR=9,26$ (95%CI 1,18-72,94). Nguy cơ hẹp động mạch phổi ở nhóm có mẹ mắc rubella ở thời kỳ thai 9-16 tuần cao hơn nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai ≥ 17 tuần, tuy vậy sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $OR=4,33$ (95%CI 0,56-33,65).

* Trẻ CRS mắc phối hợp các khuyết tật

Ở nhóm có mẹ mắc rubella ở tuần thai 0-8 tuần tỷ lệ mắc phối hợp các khuyết tật cao nhất là tỷ lệ giảm thính lực/điếc + mắt với 66,2%; tiếp đến là giảm thính lực/điếc+tim+mắt bẩm sinh với tỷ lệ 49,1%, tỷ lệ mắt+tim bẩm sinh chiếm 46,2%, tỷ lệ giảm thính lực/điếc+tim chiếm 35,6%, tim đơn thuần 25%, giảm thính lực/điếc đơn thuần 20%. Ở nhóm có mẹ mắc rubella thời kỳ thai 9-16 tuần mắc cao nhất là giảm thính lực/điếc bẩm sinh với 68,9%, tiếp đến là giảm thính lực/điếc+tim với 60%, mắt+tim với 53,9%, giảm thính lực/điếc+tim+mắt chiếm 49,1%; mắt tim đơn thuần 50%, mắt giảm thính lực/điếc + mắt chiếm 33%. Có thể thấy các ca khuyết tật chỉ tập trung có nhóm có các bà mẹ mắc rubella ở tuần thai ≤ 16 tuần. Trong đó mắc cả 3 khuyết tật tập trung đến 98,2% nhóm có mẹ mắc rubella ở tuần thai ≤ 16 tuần, mắc 2 khuyết tật mắt+tim và thính lực+mắt có 100% số ca ở nhóm có

mẹ mắc rubella thời điểm tuần thai ≤ 16 và khuyết tật giảm thính lực/điếc+tim có 95,6% ở nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai ≤ 16 tuần.

Nguy cơ cao mắc phối hợp các khiếm khuyết ở những trẻ có mẹ mắc rubella ở những tuần đầu thai kỳ cũng được Simons và cộng sự (20016) làm sáng tỏ trong kết quả phân tích tổng hợp các bài báo. Trong đó mắc cả 3 khuyết tật mắt, thính lực, tim chiếm 100% ở nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai ≤ 16 tuần, trong đó nhóm có mẹ mắc rubella 0-8 tuần chiếm 75% và nhóm có mẹ mắc rubella 9-16 tuần chiếm 25%. Ở các dạng kết hợp khuyết tật mắt+tim, thính lực + mắt, thính lực + tim thì 100% các ca bệnh nằm ở trong nhóm có mẹ mắc rubella thời điểm thai ≤ 16 tuần [5].

Nghiên cứu của Peckham và cộng sự cũng cho thấy nguy cơ mắc phối hợp các khiếm khuyết ở trẻ (+) với kháng thể rubella, trong đó mắc kết hợp điếc+bệnh lý võng mạc ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai ≤ 12 tuần là 13/13 (100%), nguy cơ mắc điếc+tim bẩm sinh ở nhóm trẻ có mẹ mắc rubella thời điểm thai 0-8 tuần là 2/2 (100%) [4].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 299 bệnh nhi nhiễm rubella bẩm sinh cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa thời kỳ bào thai mẹ mắc rubella với các khuyết tật ($p<0,05$), bao gồm: Điếc/giảm thính lực (nguy cơ tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt $OR=11,20$ và $OR=10,01$); đục thủy tinh thể (nguy cơ tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt $OR=28,80$ và $OR=11,58$), tim bẩm sinh (nguy cơ tuần thai 0-8 và 9-16 so với ≥ 17 tuần lần lượt $OR=13,49$ và $OR=5,03$).

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy để phòng ngừa các khuyết tật ở trẻ, các bà mẹ trước khi mang thai cần được tiêm vắc xin rubella. Cần phát hiện thai phụ nhiễm, mắc rubella ở giai đoạn còn sớm để tư vấn về phá thai nhằm giảm tình trạng mắc hội chứng rubella bẩm sinh giúp giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Ở các trẻ được sinh ra từ các bà mẹ mắc rubella trong thời kỳ mang thai cần được theo dõi phát hiện và điều trị kịp thời các khiếm khuyết.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robertson S.E., Featherstone D.A., Gacic-Dobo M., et al. (2003). Rubella and congenital rubella syndrome: global update. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*, **14**(5), 306–315.
2. Viet Nam: United Nations Children’s Fund (2009). Review of Expanded Program of Immunization Vietnam 2009, National EPI Review Report Vietnam. <https://www.unicef.org/vietnam/EPI_NATIONAL_Review_Report_Vietnam_2009_Final.pdf>.
3. Miyakawa M., Yoshino H., Yoshida L.M., et al. (2014). Seroprevalence of rubella in the cord blood of pregnant women and congenital rubella incidence in Nha Trang, Vietnam. *Vaccine*, **32**(10), 1192–1198.
4. Peckham C.S. (1972). Clinical and laboratory study of children exposed in utero to maternal rubella. *Arch Dis Child*, **47**(254), 571–577.
5. Simons E.A., Reef S.E., Cooper L.Z., et al. (2016). Systematic Review of the Manifestations of Congenital Rubella Syndrome in Infants and Characterization of Disability-Adjusted Life Years (DALYs). *Risk Anal Off Publ Soc Risk Anal*, **36**(7), 1332–1356.
6. Miller E., Cradock-Watson J.E., and Pollock T.M. (1982). Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. *Lancet Lond Engl*, **2**(8302), 781–784.
7. Ohkusa Y., Sugawara T., Arai S., et al. (2014). Short-term Prediction of the Incidence of Congenital Rubella Syndrome. *PLOS Curr Outbreaks*.
8. Pugachev K.V. and Frey T.K. (1998). Rubella virus induces apoptosis in culture cells. *Virology*, **250**(2), 359–370.
9. Atreya C.D., Mohan K.V.K., and Kulkarni S. (2004). Rubella virus and birth defects: molecular insights into the viral teratogenesis at the cellular level. *Birt Defects Res A Clin Mol Teratol*, **70**(7), 431–437.

THỰC TRẠNG NGHIỆN GAME ONLINE VÀ NHẬN THỨC VỀ GAME ONLINE CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG LÝ TỬ TẤN, HUYỆN THƯỜNG TÍN, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2018

Lưu Minh Châu¹, Nguyễn Thị Diệu Thu¹, Đinh Văn Tài¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nghiện Game Online (GO) và nhận thức về Game online của học sinh Trường trung học phổ thông Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, Hà Nội năm 2018. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu điều tra cắt ngang trên 427 học sinh Trường THPT Lý Tử Tấn, Thường Tín, Hà Nội, thời gian từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ chơi GO khá cao: 82,2% học sinh đã từng chơi GO. Tỷ lệ học sinh từng chơi GO: học sinh khối 12 (88,3%), học sinh khối 10 (83,7%), học sinh khối 11 (76,5%). Dựa trên bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young đánh giá tình trạng nghiện GO: có 15,7% học sinh được xác định nghiện GO; 78,2% học sinh cho biết chơi GO có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. **Kết luận:** Tỷ lệ học sinh nghiện GO là đáng quan tâm mặc dù phần lớn học sinh đã có nhận thức được tác hại của GO đến sức khỏe.

Từ khóa: Nghiện Game online, nhận thức, học sinh trung học phổ thông.

SUMMARY:

SITUATION OF ONLINE GAME ADDICTION AND AWARENESS OF ONLINE GAMES AMONG STUDENTS OF LY TU TAN HIGH SCHOOL, THUONG TIN DISTRICT, HANOI CITY IN 2018

Objectives: To describe the situation of online game addiction and awareness of online games among students in Ly Tu Tan high school, Thuong Tin district, Hanoi city in 2018. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 427 students of Ly Tu Tan, Thuong Tin High School, Hanoi, from June 2017 to June 2018. **Results:** The rate of student playing online games (OG) was quite high: 82.2% of the students used to play OG. Percentage of students who played OG: 12th grade students (88.3%), 10th grade students

(83.7%), 11th grade students (76.5%). Based on Young's Internet Addiction diagnostic criteria: 15.7% students was identified as OG addicts. In the opinion of the students: 78.2% students said that playing OG has negative effects on health. **Conclusions:** The percentage of students who are addicted to OG was quite high. Most students realized that playing OG has negative effects on health

Keywords: Online games addiction, awareness, high school student.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Game Online (GO) mang lại không ít lợi ích cho người chơi nhưng đi đôi với nó là những ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe của người chơi [1]. Vấn đề nghiện internet - GO đã được nghiên cứu từ những năm 1990. Nghiện Internet và nghiện GO đang trở thành một trong những vấn đề y tế công cộng nổi cộm ở nhiều quốc gia châu Á. Tại Hàn Quốc, năm 2006, Chính phủ đã ước tính khoảng 210.000 trẻ em (2,1% trong độ tuổi 6-19) cần được điều trị nghiện Game và internet [2].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công nhận rối loạn chơi game là 1 bệnh lý thần kinh và được bổ sung trong tài liệu Phân loại Bệnh tật quốc tế lần thứ 11 (ICD) từ ngày 01/01/2018. Theo đó người chơi được chẩn đoán mắc bệnh có biểu hiện chơi game liên tục hoặc thường xuyên, không kiểm soát được thời gian, tần số, cường độ chơi..., ưu tiên cho việc chơi game hơn các hoạt động khác trong cuộc sống trong khoảng thời gian ít nhất là 12 tháng. Thông báo này đã khẳng định chơi game có thể gây ra vấn đề sức khỏe nghiêm trọng rất cần được giám sát và đây cũng là một hồi chuông cảnh báo cho những người thường xuyên chơi game trên toàn cầu [3].

Theo Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam năm 2013, tỷ lệ thanh niên sử dụng internet đạt

1. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

73%, trong đó 50,2% thanh niên đô thị. Hơn 60% thanh thiếu niên truy cập mạng để tán gẫu và chơi Game Online [4]. Theo ước tính của VinaGame (một trong các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ GO lớn nhất trên thị trường GO tại Việt Nam), đến năm 2020 lượng người chơi GO sẽ tăng gấp 5 lần so với năm 2013 và đạt khoảng 75 triệu người [5].

Qua khảo sát và đánh giá nhanh tại một số trường trung học phổ thông (THPT) trên địa bàn huyện Thường Tín, chúng tôi thấy rằng càng gần các trường học thì càng có nhiều cơ sở kinh doanh dịch vụ GO hoạt động và thu hút rất nhiều học sinh, bên cạnh đó tỷ lệ học sinh sử dụng điện thoại di động thông minh có thể chơi GO khá cao, đặc biệt tại Trường Trung học phổ thông (THPT) Lý Tử Tấn. Tuy nhiên, không rõ tình trạng nghiện GO và nhận thức về GO ở học sinh của trường ra sao, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “*Mô tả thực trạng nghiện GO và nhận thức về GO của học sinh Trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, Hà Nội năm 2018*”, từ đó cung cấp thông tin khoa học cho gia đình, nhà trường và cộng đồng để có các giải pháp nhằm giảm các nguy cơ của việc chơi GO ảnh hưởng tới học tập, sức khỏe, đời sống của các em học sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh (HS) đang theo học tại trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội năm học 2017-2018.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Học sinh có mặt tại trường trong thời điểm nghiên cứu

- Học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu và phụ huynh học sinh đồng ý cho con của họ tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

Học sinh có lý do đặc biệt về sức khỏe (đau tay, mệt mỏi,...) tại thời điểm nghiên cứu không thể trả lời bộ câu hỏi tự điền.

2.2. Địa điểm và thời gian

- Địa điểm nghiên cứu: Trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, TP Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* *Cỡ mẫu*: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó:

p: Tỷ lệ học sinh THPT chơi Game Online

Do chưa có tỷ lệ chơi GO của học sinh THPT từ các nghiên cứu trước nên chúng tôi chọn $p = 0,5$.

Z: Hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

d: Độ chính xác tuyệt đối $d = 0,05$

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu :

$$n = 1,96^2 \cdot \frac{0,5 \times 0,5}{0,05^2} = 384$$

Cộng thêm 10% bỏ cuộc và làm tròn là 425 (học sinh).

* Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu theo phương pháp phân tầng tỷ lệ. Cỡ mẫu được chia cho 3 khối theo tỷ lệ học sinh của từng khối. Khối nào có nhiều học sinh hơn sẽ được chọn vào nghiên cứu nhiều hơn. Cụ thể:

- Chọn lớp: Mỗi khối của Trường THPT Lý Tử Tấn có 10 lớp. Số HS trung bình của mỗi lớp thuộc khối 10 và khối 12 là 30 HS/lớp, khối 11 là 40 HS/lớp và để đảm bảo đủ số HS tham gia nghiên cứu, ở mỗi khối, chọn 5 lớp theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.

- Chọn HS: Tại mỗi lớp được chọn, tất cả các HS đủ tiêu chuẩn lựa chọn và có mặt tại lớp ở thời điểm nghiên cứu được mời tham gia trả lời bộ câu hỏi tự điền.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

* Kỹ thuật thu thập số liệu:

Số liệu được thu thập bằng trả lời bộ câu hỏi tự điền, thực hiện đồng thời tại các lớp được chọn thuộc khối 10, 11, 12 tại Trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

Điều tra viên là 10 sinh viên khóa 13 của Trường Đại học Y tế công cộng. Các điều tra viên được tập huấn sử dụng bộ câu hỏi và bản hướng dẫn điều tra.

* Công cụ thu thập thông tin:

- Bộ câu hỏi được trình bày dưới dạng phiếu tự điền.
- Bản hướng dẫn điều tra được xây dựng và phát cho điều tra viên để sử dụng trong quá trình thu thập thông tin.

- Bộ công cụ đã được thử nghiệm trước khi áp dụng vào nghiên cứu.

- Xác định tình trạng nghiện GO của HS: Tính tổng điểm 8 câu trả lời trong thang đo dựa trên Bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young [6]. Trả lời “Có”:

+ Từ 5-8 câu: được coi là nghiện GO

+ Từ 0-4 câu: không nghiện GO

*** Các bước thu thập số liệu:**

Bước 1: Thử nghiệm bộ câu hỏi

Bước 2: Thống nhất kế hoạch thu thập thông tin với nhà trường

Bước 3: Tập huấn điều tra viên

Bước 4: Thu thập thông tin

Bước 5: Điều tra viên nhận lại và kiểm tra phiếu

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội xem xét

và đồng ý cho thực hiện.

2.7. Xử lý và phân tích

- Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm EPI-DATA

- Phân tích số liệu: Bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0, sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả: tỷ lệ %, tần số.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính (n=427)	Nam	209	48,9
	Nữ	218	51,1
Khối học (n=427)	Lớp 10	129	30,2
	Lớp 11	170	39,8
	Lớp 12	128	30,0

Trong 427 HS tham gia phỏng vấn, số HS nam là 209 (48,9%) và nữ là 218 (51,1%)

3.2. Thực trạng nghiên cứu Game Online và nhận thức về GO của học sinh

Bảng 3.2: Tỷ lệ học sinh đã từng chơi Game Online theo khối học và giới tính

Đặc điểm	Đã từng chơi GO		Chơi GO trong 1 tháng gần đây	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Theo giới (n=427)				
Nam (n=209)	192	91,9	164	78,5
Nữ (n=218)	159	72,9	100	45,9
Chung	351	82,2	264	61,8
Theo khối học (n=427)				
Lớp 10 (n=129)	108	83,7	83	64,3
Lớp 11 (n=170)	130	76,5	97	57,1
Lớp 12 (n=128)	113	88,3	84	65,6

Có tới 91,9% HS nam đã từng chơi GO, tỷ lệ này nữ thấp hơn (72,9). Nhóm HS nam có tỷ lệ chơi GO trong 1 tháng gần đây cao hơn nhóm nữ. Nhóm HS đang học khối

12 có tỷ lệ chơi GO cao nhất (88,3%) và cũng có tỷ lệ chơi GO trong 1 tháng gần đây cao nhất (65,6%).



Bảng 3.3: Tổng hợp trả lời của học sinh theo thang đo của Young (n=351)

Stt	Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Em có thường xuyên nghĩ về GO	112	31,9
2	Em có cảm thấy thời gian chơi game là ít và cần phải có thêm thời gian chơi để thoả mãn đam mê của mình hơn	45	12,8
3	Em đã bao giờ quyết định ngừng chơi GO hoặc giảm thời gian chơi game nhưng không được	199	56,7
4	Em có thường xuyên chơi lâu hơn dự định ban đầu của em	186	53
5	Em có cảm thấy khó ngủ, bồn chồn, ủ rũ hoặc dễ cáu kỉnh khi giảm thời gian chơi hoặc không được chơi game	60	17,1
6	Chơi GO có ảnh hưởng đến kết quả học tập hay mối quan hệ của em trong đời sống thực tế	128	36,5
7	Em đã từng nói dối những mọi người về việc mình chơi game	94	26,8
8	Em có cảm thấy chơi GO như một cách thức để giải tỏa những vấn đề của cuộc sống	256	72,9

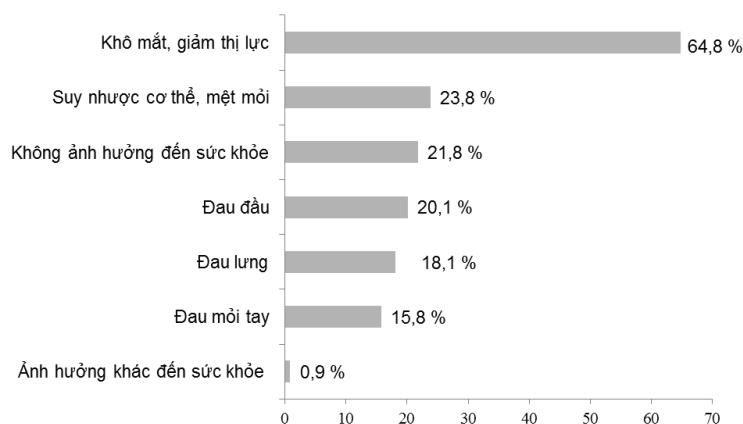
Phần lớn HS đều cho biết mình chơi GO như một cách thức để giải tỏa những vấn đề của cuộc sống (72,9%); có 56,7% HS cho biết đã quyết định ngừng chơi GO hoặc giảm thời gian chơi game nhưng không được; 53% HS trả lời mình thường xuyên chơi lâu hơn dự định ban đầu và 31,9% HS thường xuyên nghĩ về GO.

Bảng 3.4: Tình trạng nghiện Game Online của học sinh theo thang đo của Young

Nghiện Game Online	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	67	15,7
Không	360	84,3
Tổng	427	100

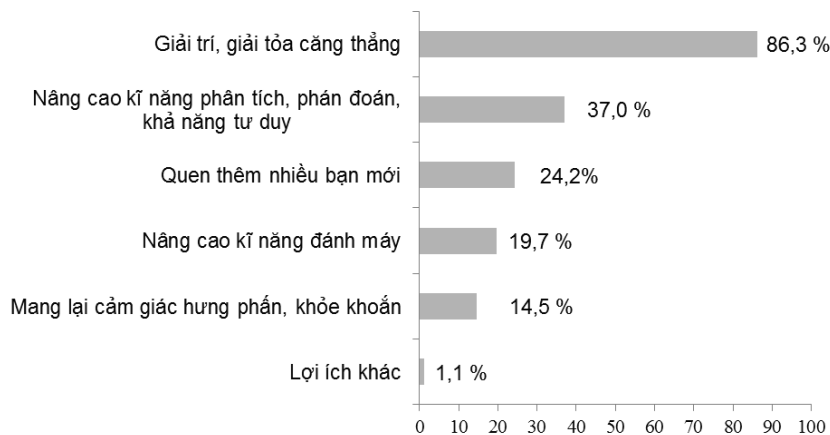
Số HS nghiện GO chiếm 15,7%.

Biểu đồ 3.1: Ảnh hưởng của chơi GO đến sức khỏe theo suy nghĩ của HS đã từng chơi GO



Chỉ có 21,8% các em cho biết chơi GO không ảnh hưởng đến sức khỏe của mình, còn lại phần lớn HS cho biết chơi GO có ảnh hưởng đến sức khỏe.

Biểu đồ 3.2: Lợi ích của chơi GO theo suy nghĩ của học sinh đã từng chơi GO



86,3% HS cho rằng lợi ích của chơi GO là giải trí, giải tỏa căng thẳng, các lý do khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

IV. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 427 HS Trường THPT Lý Tử Tấn, tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau. Kết quả cho thấy có đến 82,2% HS đã từng chơi GO. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Đặng Ngọc Minh năm 2015 với tỷ lệ HS THPT chơi GO là 61,1% [7]. Tuy nhiên nghiên cứu của Đặng Ngọc Minh được thực hiện tại các quán Game trên địa bàn quận Đống Đa với đối tượng được chọn tham gia nghiên cứu là vị thành niên từ 10-18 tuổi, hoàn toàn khác so với nghiên cứu chúng tôi nên tỷ lệ này không phản ánh được chính xác được tỷ lệ HS THPT đã từng chơi GO. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hoa tại Trường THPT Thường Xuân 2 năm 2016 với 75% HS chơi GO, tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Tuy nhiên đây là phần hạn chế của nghiên cứu vì sử dụng bảng hỏi tự điền nên có thể thực tế tỷ lệ chơi GO còn cao hơn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong 427 HS tham gia phỏng vấn, tỷ lệ HS lớp 12 chơi GO chiếm tỷ lệ cao nhất (88,3%), tiếp theo là HS lớp 10 (83,7%) và tỷ lệ HS lớp 11 chơi GO với tỷ lệ thấp nhất (76,5%).

Qua sử dụng 8 câu hỏi giúp xác định nguy cơ nghiện GO, kết quả cho thấy có 56,7% HS có quyết định ngừng chơi GO nhưng không thành công hoặc giảm thời gian chơi GO nhưng không được, 53% các em thường xuyên chơi lâu hơn dự định ban đầu của mình. Điều này cho thấy hơn một nửa số HS chơi Game có dấu hiệu không kiểm soát được thời gian chơi của mình và có đến 72,9% chơi GO như một cách thức để giải tỏa những vấn đề của cuộc sống. Phải chăng với độ tuổi tâm lý đang phát triển rất

manh mẽ, các em trở nên nhạy cảm hơn với những vấn đề xảy ra xung quanh mình, khi đối mặt với những áp lực trong cuộc sống như mâu thuẫn gia đình, bạn bè, áp lực học tập căng thẳng,... các em sẽ tìm đến GO như một cách gì đó để giải tỏa những mệt mỏi, căng thẳng.

Với việc sử dụng thang đo dựa trên bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young để đánh giá tình trạng nghiện GO, kết quả cho thấy có 15,7% HS THPT Lý Tử Tấn được chẩn đoán nghiện GO theo bảng tiêu chuẩn này. So sánh với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Hawi được thực hiện gần như cùng thời điểm với nghiên cứu của chúng tôi trên 524 HS tại Liban với độ tuổi trung bình là 16,2 cho thấy có 9,2% HS nghiện GO, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Có thể do sự khác biệt lớn về văn hóa, kinh tế, khả năng tiếp cận internet giữa 2 quốc gia dẫn đến tỷ lệ chênh lệch đáng kể này. Còn theo kết quả nghiên cứu của Viện xã hội học Việt Nam khảo sát xã hội học về trò chơi trực tuyến năm 2010 được thực hiện trên phạm vi 6 tỉnh, thành đã cho thấy 69% số đối tượng chơi GO có biểu hiện nghiện game. Trong đó tỷ lệ nghiện GO cao nhất là có trình độ CĐ, ĐH trở lên (30,1%), tiếp đến là chưa hoàn thành THPT (18,0%), chưa hoàn thành THCS (17,1%) [10]. Có thể do nghiên cứu này được thực hiện ở đối tượng thanh thiếu niên trên phạm vi rộng hơn chứ không chỉ trên đối tượng HS THPT nên tỷ lệ này (18%) cao hơn một chút cho với nghiên cứu của chúng tôi.

Để tìm hiểu nhận thức về GO, chúng tôi đã phỏng vấn các HS chơi GO về các ảnh hưởng của GO đến sức khỏe. Kết quả cho thấy 78,2% HS cho biết GO có ảnh hưởng đến sức khỏe của các em và ảnh hưởng thường xuyên gặp nhất là khô mắt, giảm thị lực (64,8%), tiếp đến là khiến cơ thể suy nhược, mệt mỏi (23,8%), đau đầu, đau lưng, môi



tay,... rõ ràng việc tập trung chơi GO trước màn hình máy tính, điện thoại có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của người chơi. Trong đó ảnh hưởng dễ nhận thấy nhất là khiến người chơi khô mắt, giảm thị lực; hơn 1/5 HS chơi GO cho biết chơi GO khiến các em suy nhược cơ thể, mệt mỏi. Ở lứa tuổi THPT này các em cần đảm bảo có sức khỏe tốt, đầu óc minh mẫn để tiếp thu bài học của mình, do đó phải hạn chế tối đa những tác động xấu không đáng có đến sức khỏe của các em. Ảnh hưởng của việc chơi GO đến sức khỏe các em hầu hết đều nhận thấy nhưng lý do gì khiến phần lớn các em vẫn tiếp tục chơi GO? Trong số những HS đã từng chơi GO, phần lớn các em đều cho biết lợi ích khi chơi GO mang lại là giúp các em giải trí, giải tỏa căng thẳng (86,3%); giúp nâng cao khả năng phân tích, phán đoán, tư duy (37%) và quen thêm nhiều bạn mới (24,2%).

Kết quả này cũng phù hợp với lý do khiến các em chơi GO và dẫn tới hậu quả nghiện GO.

V. Kết luận

Qua nghiên cứu trên 427 học sinh Trường THPT Lý Tử Tấn, Thường Tín, Hà Nội, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ chơi GO khá cao: 82,2% HS đã từng chơi GO. 61,8% HS có chơi GO trong 1 tháng gần đây.
- Dựa trên bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young đánh giá tình trạng nghiện GO: có 15,7% HS được xác định nghiện GO.
- 86,3% ý kiến của HS cho rằng chơi GO là giải trí, giải tỏa căng thẳng trong khi 78,2% HS cho biết chơi GO có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Exelmans J., Vanden Bulck J. (2014). Sleep quality is negatively related to video gaming volume in adults. *School for Mass Communication Research*, KU Leuven, Belgium.
2. Choi Y.H. (2007). Advancement of IT and seriousness of youth Internet addiction. *International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction*. Seoul, Korea, National Youth Commission, pp.20.
3. WHO (2018). What is gaming disorder? Source: <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>. Update: 9/2018. Access: 15/9/2018.
4. Bộ Nội vụ - Quỹ Dân số Liên Hợp quốc tại Việt Nam (2013). *Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam*.
5. InfoQ VN (2013). *Báo cáo về tình hình sử dụng GameOnline và đánh giá của khách hàng về dịch vụ hiện tại. Đánh giá tiềm năng thị trường GameOnline, tháng 2/2013*.
6. Young K. (2009), You are an obsessive online Gamer, Center for Internet Addiction Recovery website.
7. Đặng Ngọc Minh (2015). Thực trạng nghiện GO ở trẻ vị thành niên chơi Game tại các tiệm internet quận Đống Đa, Hà Nội và một số yếu tố liên quan. *Luận án thạc sỹ, Trường Đại học Y tế công cộng*.
8. Đỗ Thị Hoa, Cầm Thị Hương (2016). Thực trạng và giải pháp cho vấn đề chơi Game Online của HS trường THPT Thường Xuân 2.
9. Hawi N.S. et al (2018). *Internet gaming disorder in Lebanon: Relationships with age, sleep habits, and academic achievement*.
10. Viện Xã hội học Việt Nam (2010). *Dịch vụ trò chơi trực tuyến ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập quốc tế*.

NGUỒN LỰC VÀ HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA CÁC NĂM 2007 – 2012 VÀ 2017

Trần Thị Mai Anh¹, Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: 1) Mô tả nguồn lực của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017. 2) Phân tích hoạt động khám chữa bệnh liên quan đến nguồn lực của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** Về nguồn lực: Nhân lực BV chưa đạt định mức và có xu hướng giảm tương đối với mức tăng giường bệnh làm giảm bình quân số NVYT/giường từ 0,88 năm 2007 còn 0,68 vào năm 2017. Mức tăng nhân lực toàn BV trong giai đoạn 2007-2017 tăng 83%, khối lâm sàng tăng chỉ 60,2%. Giường bệnh năm 2017 so với năm 2007 tăng 137%. Mức cung cấp thuốc so với danh mục chưa năm nào đạt 100%. Suốt hơn 10 năm số thuốc tăng 18%. Tổng kinh phí tăng đều các năm, đến 2017 đạt 244% so với năm 2007, xu hướng chi nhân sách nhà nước tăng 140% so với năm 2007 nhưng lại giảm một cách tương đối từ 29% năm 2007 xuống 20,3% năm 2017. Số lượt khám bệnh và nhập viện tăng khá nhanh, hơn mức tăng nguồn lực. Trong khi nhân lực tăng 83%, giường bệnh tăng 137% và kinh phí tăng 244% so với năm 2007 thì số người bệnh nội trú tăng 121%, lượt khám tăng 406%. Kết quả dẫn đến tình trạng quá tải ngày càng tăng, công suất sử dụng giường bệnh tăng từ 120% năm 2007 lên 215% năm 2017. Có tình trạng tăng bình quân xét nghiệm và CLS/người bệnh. Bình quân xét nghiệm/lượt người bệnh năm 2017 cao nhất với 4,2 lượt so với năm 2012 là 4,0 lượt; năm 2007 là 3,2 lượt.

Kết luận: Nguồn lực cho BV tăng khá nhiều trong giai đoạn 2007-2017, tuy nhiên vẫn tăng chậm hơn so với mức tăng các hoạt động nội trú và khám bệnh dẫn đến tình trạng quá tải ngày càng tăng.

Từ khóa: Nguồn nhân lực, khám chữa bệnh.

ABSTRACT

RESOURCES AND OUTPUTS OF THANH HOA GENERAL HOSPITAL DURING THE YEARS 2007-2012 AND 2017

Objective: 1) Describe the resources of Thanh Hoa General Hospital in 2007, 2012 and 2017. 2) Analyze of the medical examination and treatment activities related to the resources of Thanh Hoa General Hospital in 2007, 2012 and 2017. **Methodology:** cross-sectional descriptive and retrospective study. **Results:** Regarding resources: human resources has not reached the standard and tends to relatively decrease compared with increase the number of beds leading to reduces the average of number of healthcare staffs/beds from 0.88 in 2007 to 0.68 in 2017. The total of human resources in 2007-2017 was increased by 83% while the departments of clinical was increased only by 60.2%. The total expenditure has increased steadily over the years to reach 244% by 2017 compared with 2007, the trend of government budget expenditure increased 140% compared to 2007 but decreased from 29% in 2007 to 20.3% in 2017. The number of the bed has increased 137% in 2017 compared to 2007. Drug supply has yet to reach 100% compared to the list of drug. Over the past 10 years the number of drugs increased by 18%. The number of the patients of visits and hospitalization has increased quite rapidly more than the increase in resources. The human resources, the number of the beds and finance has increased by 83%, 137% and 244% respectively, compared to 2007 while in the number of inpatients, the number of the patients of visits to hospital has increased by 121% and 406% respectively. This results of the leading to overload in the hospital, bed occupancy has increased from 120% in 2007 to 215% in 2017. There is an increase in the average of the test and paraclinical/patients. The average of the test/the number

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Email: maianhtran28@gmail.com

2. Khoa Khoa học sức khỏe, Trường đại học Thăng Long

of the patients of visits in 2017 is highest with 4.2 times, in 2012 and 2007 was 4.0 and 3.2 times, respectively.

Conclusion: Hospital resources have increased considerably during the years 2007-2017. However, there is still growing more slowly than the increase in inpatients and outputs activities leading to increased overcrowding.

Keywords: Human resources, Hospital services

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện (BV) tỉnh là đơn vị y tế thuộc tuyến cuối của ngành trong tỉnh có nhiệm vụ chủ yếu là khám chữa bệnh, chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật, đào tạo cán bộ y tế, phòng bệnh, Hợp tác quốc tế, Quản lý kinh tế y tế, và phần lớn lượng bệnh nhân được tập trung tại đây. Tuy nhiên, hiện đang nổi cộm tình trạng quá tải bệnh nhân (BN) ở các BV tuyến trung ương nên cần thiết phải đánh giá thực trạng nguồn nhân lực và công suất hoạt động của BV tỉnh. BVĐK tỉnh Thanh Hóa là BV ở tuyến tỉnh của tỉnh Thanh Hóa. Góp phần chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân trong toàn tỉnh và nước bạn Lào. Tìm hiểu nguồn lực và hoạt động của BV tỉnh là cần thiết nhằm đánh giá tình hình sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh và đánh giá được khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của BVĐK tỉnh Thanh hóa trong 3 năm 2007 -2012 -2017 được tiến hành nhằm **mục tiêu** sau: 1) Mô tả nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017. 2) Phân tích hoạt động khám chữa bệnh liên quan đến nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sở theo dõi BN nội trú tại các khoa phòng, các nguồn số liệu về nhân lực, tài chính thu chi và trang thiết bị, thuốc năm 2007- 2012- 2017 của BVĐK tỉnh Thanh hóa.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 5 đến tháng 8/2018.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

BVĐK tỉnh Thanh Hóa

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

2.4.2. Nguồn thông tin

- Toàn bộ số theo dõi BN điều trị nội trú, khám bệnh ngoại trú tại BVĐK tỉnh năm 2007, 2012, 2017 và báo cáo BV các năm

2.4.3. Kỹ thuật không chế sai số:

- Các số liệu trong Báo cáo BV được thu thập, tính toán theo và được đội ngũ nhân viên phòng kế hoạch của BV đã được đào tạo, đủ kinh nghiệm chuyên môn thực hiện theo đúng Hướng dẫn của Bộ Y tế. Trước khi sử dụng phân tích, những thông tin có nghi ngờ độ chính xác được kiểm tra lại tại Phòng kế hoạch. Những thông tin không rõ ràng không được sử dụng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017

Bảng 1. Tình hình phân bố nhân lực, giường bệnh, thuốc và kinh phí

STT	Chỉ số nguồn lực		2007		2012		2017		
			SL	%	SL	%	SL	%	% so với 2007
1	Phân bố nhân lực (%)	Khối LS	410	64,1	470	64,0	657	56,2	60,2
		Cận LS	143	22,4	177	24,1	337	28,8	135,6
		Khối Hậu cần	86	13,5	87	11,9	176	15,0	104,6
		Tổng cộng các khối	639	100,0	734	100,0	1170	100,0	83,0
2	Giường bệnh		725		800		1724		137,7
3	Nhân lực/giường bệnh		0,88		0,92		0,68		-0,20 (người/giường)
4	Số thuốc và % theo danh mục		585	60,4	760	78,4	691	71,3	18,1
5	Tổng kinh phí (tỷ đ)		120		243		413		244,1
6	Ngân sách NN * (tỷ đ)		35	29,1	63	25,9	84	20,3	140,0

* % NSNN so với tổng kinh phí

Nhân lực BV chưa đạt định mức và có xu hướng giảm tương đối với mức tăng giường bệnh làm giảm bình quân số NVYT/giường từ 0,88 năm 2007 còn 0,68 vào năm 2017. Mức tăng nhân lực toàn BV trong giai đoạn 2007-2017 tăng 83%, khối lâm sàng tăng chỉ 60,2%. Giường bệnh năm 2017 so với năm 2007 tăng 137%. Mức cung cấp thuốc so với danh mục chưa năm nào đạt 100%. Suốt

hơn 10 năm số thuốc tăng 18%. Tổng kinh phí tăng đều các năm, đến 2017 đạt 244% so với năm 2007, xu hướng chi nhân sách nhà nước tăng 140% so với năm 2007 nhưng lại giảm một cách tương đối từ 29% năm 2007 xuống 20,3% năm 2017.

3.2. Hoạt động khám chữa bệnh liên quan đến nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007, 2012 và 2017.

Bảng 2. Một số chỉ số hoạt động chung của bệnh viện

Chỉ số hoạt động chuyên môn	2007	2012	2017	2017 so với 2007
Số lượt khám bệnh trong năm	429.561	559.485	1.746.040	406,5%
Số lượt BN nhập viện	35.553	51.614	79.068	222,3%
Công suất sử dụng giường bệnh	120,8%	106,7%	215,5%	195%
Số BN/bác sĩ/ngày	25,0	36,5	19,1	-5,9%

Số lượt khám bệnh và nhập viện tăng khá nhanh: số lượt BN nhập viện tăng 222,3%, lượt khám tăng 406%.

Công suất sử dụng giường bệnh tăng từ 120% năm 2007 lên 215% năm 2017.

Bảng 3: Tình hình BN nội trú các năm 2007 – 2012- 2017

Năm	Tổng số lượt người bệnh nội trú	Số ngày nằm viện bình quân	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	< 15 tuổi SL (%)	≥ 15 tuổi SL (%)
2007	35628	10,0	21310 (59,8)	14318 (40,2)	6848 (19,22)	28780 (80,78)
2012	49764	9,7	30359 (61,0)	19405 (39,0)	813 (1,63)	48951 (98,37)
2017	79068	8,7	47440 (60,0)	31628 (40,0)	1042 (1,3)	78026 (98,7)
Mức tăng 2017 so với 2007 (%)	121,9	-	122,6	120,0	-84,7	171,1

Giai đoạn 2007-2017 tổng số lượt người bệnh nội trú tăng đều và năm 2017 đạt 121% so với 2007.

Bảng 4. Hoạt động khám bệnh năm 2007-2012- 2017

Năm	Tổng	BHYT	Viện phí	Số nhập viện	Số chuyển viện
	SL	SL (%)	SL (%)	SL (%)	SL (%)
2007	429.561	231121 (53,9)	198440 (46,1)	35553 (8,2)	1435 (0,3)
2012	559.485	354830 (63,5)	204655 (36,5)	51614 (9,2)	2861 (0,5)
2017	1746040	1043990 (59,8)	702050 (40,2)	351570 (20,1)	74990 (4,3)
Mức tăng 2017 so với 2007 (%)	306,4	351,7	253,7	888,8	519

Số lượt BN đến khám chung tăng đều giữa 3 năm. Năm 2017 so với 2007 tăng nhiều trên 3 lần.



Bảng 5. Tình hình hoạt động CLS

Chỉ số hoạt động chuyên môn	2007	2012	2017	2017 so với 2007
Số lượt xét nghiệm	1.357.552	2.265.133	7.404.799	545,4%
Bình quân xét nghiệm/lượt người bệnh	3,2	4,0	4,2	130
Số lượt chụp X quang	59.459	82.719	298.505	402,0
Bình quân chụp X quang/lượt người bệnh	0,14	0,15	0,17	121
Số lượt siêu âm	44.452	102.582	751.920	
Bình quân siêu âm/lượt người bệnh	0,1	0,2	0,4	400,0
Số lượt điện tim	21.753	38.924	172.020	
Bình quân điện tim/lượt người bệnh	0,05	0,07	0,1	200

Có tình trạng tăng bình quân xét nghiệm và CLS/ người bệnh. Bình quân xét nghiệm/ lượt người bệnh năm 2017 cao nhất với 4,2 lượt so với năm 2012 là 4,0 lượt; năm 2007 là 3,2 lượt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007- 2012 và 2017.

Nhân lực toàn BV trong giai đoạn 2007-2017 chỉ tăng 83%. Tại ba thời điểm kéo dài trên 10 năm, chưa năm nào nhân lực đạt định mức cho bệnh viện tính hạng 1 (1,3/ giường). Năm 2017 chỉ đạt 0,68 nghĩa là chỉ đạt kháng 50% so với định mức. Nhân lực/giường bệnh năm 2017 giảm 0,2 người /giường so với năm 2007. Phân bố chủ yếu tại khối lâm sàng và xu hướng giảm, năm 2017 là 56,2% so với 2007 đã là 64,1%; nhân lực khối CLS khá cao và tăng khá nhiều.

Giường bệnh năm 2017 là 1170 so với năm 2007 chỉ mới là 725 và tăng gần 100 giường (137%). Mức tăng giường bệnh nhiều hơn tăng nhân lực là lý do giảm số bình quân NVYT/giường.

Tổng kinh phí số tiền tăng đều các năm, đến 2017 đạt 244% so với năm 2007, xu hướng nguồn từ ngân sách nhà nước tăng 140% so với năm 2007 nhưng lại giảm một cách tương đối so với tổng các nguồn kinh phí của BV, giảm từ 29% năm 2007 xuống 20,3% năm 2017. Thực hiện Quyết định 2414/2011/QĐ – UBND tỉnh Thanh Hóa về việc quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập cấp tỉnh quản lý thời kỳ 2011 – 2015, năm 2012 BV đã có cơ chế tự chủ tài chính, nguồn ngân sách nhà nước cho BV năm 2012 giảm 3,2% còn 25,9% so với năm 2007 [1]. Theo Nghị định 16/2015/NĐ-CP, ngày 14 tháng 2 năm 2015 quy định về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập, các BV tự chủ về tài chính, năm 2017 tỷ lệ ngân sách cho BV còn 20,3%. Cùng với việc giảm ngân

sách nhà nước cho các BV, theo Thông tư số 2/2017/TT-BYT ngày 15 tháng 3 năm 2017 đã áp dụng mức phí mới cho 1916 dịch vụ y tế đối với đối tượng không có BHYT và một số dịch vụ khám chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT [2]. Có thể thấy rằng việc tăng giá giúp tạo ra sự công bằng hơn, tác động đến việc người dân tham gia BHYT. Đồng thời, nhà nước sẽ chuyển sang đầu tư trực tiếp cho người dân thông qua việc mua BHYT thay vì rót ngân sách vào các BV [5].

4.2. Hoạt động khám chữa bệnh liên quan đến nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong các năm 2007 -2012 và 2017.

Nếu so với năm 2007, năm 2017 nguồn nhân lực tăng 83%, giường bệnh tăng 137% và kinh phí tăng 244% (không kể trượt giá) thì mức tăng hoạt động nội trú và khám bệnh tăng nhiều và nhanh hơn. Kết quả khám chữa bệnh tại BV trong bảng 2 cho thấy năm 2017 có số lượt khám bệnh cao nhất trong cả 3 năm so với năm 2007 vượt 406% và số nội trú tăng 222%. Điều này dẫn tới tăng gánh nặng công việc cho nhân viên và quá tải BV không được cải thiện cho dù số BN nhập viện/số lượt khám bệnh của năm 2017 giảm đi so với năm 2007 và 2012. Năm 2007, cứ 100 người khám sẽ có 8 người nhập viện, năm 2017 chỉ có 4 người nhập viện/100 người khám, số ngày nằm viện trung bình đã giảm từ 10 ngày xuống 8 ngày nhưng vẫn làm công suất sử dụng giường bệnh tăng từ 120% lên gần gấp đôi: 215% vào năm 2017. Mức tăng số nhập viện và khám bệnh một phần do trong thời gian này, tỷ lệ dân có BHYT tăng khoảng 2 lần. Cùng với tăng trưởng kinh tế là hai yếu tố tăng nhu cầu sử dụng BV. Có thể nói, mức tăng nguồn lực chậm hơn nhiều so với nhu cầu KCB tại BV tỉnh. Với mức tăng trưởng nguồn lực như hiện nay tình trạng quá tải BV sẽ còn tiếp tục tăng.

Tỷ lệ BN nội trú dưới 15 tuổi năm 2007 cao nhất với 6.848 người tương đương 19,2% cao nhất trong cả 3 năm. Do BV Nhi Thanh Hóa đi vào hoạt động, số bệnh nhi (dưới

15 tuổi) đến BVĐK tỉnh giảm xuống. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Doãn Hữu Long [5]. Năm 2012, tỷ lệ này là 1,63%, thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh (25,0%) trong cùng năm. Năm 2017, tỷ lệ này chỉ còn 1,3%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh (2%). Tỷ lệ BN nội trú >15 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao 80,9%; năm 2017, tỷ lệ này còn cao hơn với 98,7%. Kết quả cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh bệnh nhân nội trú >15 tuổi là 75% [4].

Về hoạt động BHYT, số lượt BN khám BHYT cũng tăng đều và tăng nhiều hơn so với mức tăng số người bệnh đến khám. So với năm 2007 mức tăng vào năm 2017 tăng tới 3,5 lần. Mức tăng số điều trị BHYT khá ít, từ 53,9% lên 59,8% với mức tăng tỷ lệ người có BHYT trong gian đoạn này tăng từ 30% lên 80%. Như vậy nguồn lực tăng nhưng hoạt động BHYT tăng chậm hơn khá nhiều. Đây là vấn đề cần được nghiên cứu tiếp cũng như đối với tình hình BN chuyển tuyến cũng tăng lên. Số người bệnh phải chuyển viện cũng tăng trên 5 lần (gần 75000 lượt) so với 2007, phải chăng có phần đóng góp của tình trạng nguồn lực còn hạn chế nên đã không đáp ứng được nhu cầu đang gia tăng của nhân dân.

Hoạt động CLS cho thấy tổng số lượt xét nghiệm tăng dần theo từng năm. Bình quân xét nghiệm/lượt người bệnh năm 2017 cao nhất 4,2 lượt so với năm 2012 là 4,0 lượt; năm 2007 là 3,2 lượt. Mức tăng bình quân xét nghiệm có thể cho thấy tăng chất lượng chẩn đoán hay ngược lại là lạm dụng xét nghiệm (?). Trong 10 năm từ 2007 – 2017, số lượt chụp X quang tăng lên gấp 3 lần, từ 59.459 lượt năm 2007 tăng lên đến 298.505 lượt năm 2017. Số lượt siêu âm cũng tăng đáng kể: năm 2012 (102.582) tăng gấp 2 năm 2007 (44.452 lượt); năm 2017 (751.920) tăng gấp 16 lần so với năm 2007. Số lượt điện tim cũng tăng đáng kể từ 21.753

lượt (2007) tăng lên 38.924 lượt; tăng lên 2 lần so với năm 2012 và tăng lên 7 lần năm 2017. Xu hướng: trong 10 năm bình quân số xét nghiệm/lượt khám tăng 1,3 lần, số lượt siêu âm tăng 4 lần, điện tim tăng 2 lần. Những số liệu này gợi ý cho các nghiên cứu phân tích hoạt động CLS của bệnh viện trong thời gian tới để đưa ra nhận định đầy đủ hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Nguồn lực BVĐK tỉnh Thanh hóa trong 3 năm 2007-2012-2017

Nhân lực BV chưa đạt định mức và có xu hướng giảm tương đối với mức tăng giường bệnh làm giảm bình quân số NVYT/giường từ 0,88 năm 2007 còn 0,68 vào năm 2017. Mức tăng nhân lực toàn BV trong giai đoạn 2007-2017 tăng 83%, khối lâm sàng tăng chỉ 60,2%. Giường bệnh năm 2017 so với năm 2007 tăng 137%. Mức cung cấp thuốc so với danh mục chưa năm nào đạt 100%. Suốt hơn 10 năm số thuốc tăng 18%. Tổng kinh phí tăng đều các năm, đến 2017 đạt 244% so với năm 2007, xu hướng chi nhân sách nhà nước tăng 140% so với năm 2007 nhưng lại giảm một cách tương đối từ 29% năm 2007 xuống 20,3% năm 2017.

2. Hoạt động khám chữa bệnh liên quan đến nguồn lực của BVĐK tỉnh Thanh Hóa trong trong các năm 2007 -2012 và 2017.

Số lượt khám bệnh và nhập viện tăng khá nhanh, hơn mức tăng nguồn lực. Trong khi nhân lực tăng 83%, giường bệnh tăng 137% và kinh phí tăng 244% so với năm 2007 thì số người bệnh nội trú tăng 121%, lượt khám tăng 406%. Công suất sử dụng giường bệnh tăng từ 120% năm 2007 lên 215% năm 2017. Có tình trạng tăng bình quân xét nghiệm và cận lâm sàng/người bệnh. Bình quân xét nghiệm/ lượt người bệnh năm 2017 cao nhất với 4,2 lượt so với năm 2012 là 4,0 lượt; năm 2007 là 3,2 lượt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UBND tỉnh Thanh Hóa (2011), Quyết định 2414/2011/QĐ -UBND tỉnh Thanh Hóa về việc quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập cấp tỉnh quản lý thời kỳ 2011 – 2015, chủ biên.
2. Bộ Y tế (2017), thông tư số 2/2017/TT-BYT ngày 15 tháng 3 năm 2017, quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh chữa bệnh trong một số trường hợp, chủ biên.
3. Nguyễn Mạnh Tiến, Nghiên cứu tình hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ tháng 1.2002 – 12.2004, luận án chuyên khoa 2, Đại học Y khoa Huế
4. Nguyễn Quang Vinh (2017), *Mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú và 1 số đáp ứng về nguồn lực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum giai đoạn 2012 – 2016*, Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Doãn Hữu Long (2007), *Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Buôn Ma Thuột từ năm 2002-2006*



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DỊCH VỤ TIÊM CHỦNG CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI VIỆN KIỂM ĐỊNH QUỐC GIA VẮC XIN VÀ SINH PHẨM Y TẾ NĂM 2018

Ngô Phi Phương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả, tiến hành trên 253 trẻ được quản lý tiêm chủng tại Viện kiểm định vaccine thông qua phỏng vấn người giám hộ của trẻ. Kết quả tỷ lệ trẻ đến tiêm đúng lịch tại Trung tâm tương đối cao, đạt 81,0%, cấp và ghi sổ tiêm chủng cá nhân cho trẻ khá tốt (84,2%), các thông tin liên quan đến trẻ và mũi tiêm được ghi chi tiết và đầy đủ. Việc sử dụng các kênh thông tin để tìm hiểu, đặt lịch tiêm, nhắc lịch tiêm chủng chưa phổ biến, hiệu quả chưa cao, tỷ lệ trẻ được nhắc lịch tiêm thấp (15,0%). Có mối liên quan giữa thông tin, truyền thông trong quản lý cấp và ghi sổ tiêm chủng, nhắc lịch tiêm, tìm hiểu thông tin dịch vụ trên các trang thông tin của Trung tâm với tỷ lệ tiêm chủng đúng lịch của trẻ.

Từ khóa: Dịch vụ tiêm chủng

ABSTRACT

EVALUATE THE RESULT OF VACCINATION SERVICES FOR CHILDREN UNDER 5 YEAR OLD AT THE NATIONAL INSTITUTE OF VACCINES AND BIOLOGICAL PRODUCTS, 2018

Cross-sectional studies were carried out on descriptive method, conducted on 253 infants were managed vaccination at the Institute of Immunization through interviews with children's guardians. As a result, the rate of children attending the program vaccination was relatively high, reaching 81.0%, granting and recording vaccination for children was relatively good (84.2%), information related to children and the injection is detailed and complete. The use of information channels to find out, schedule vaccination, reminders schedule vaccination is not popular, low efficiency, the rate of children are reminded schedule is low (15.0%). There is a link between information and communication in the management of vaccination and vaccination records, the schedule of vaccination, information services on the information center of the Center

with the rate of immunization on the calendar of children.

Keywords: Vaccination services.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, hầu hết các vắc xin này đã được đưa vào chương trình Tiêm chủng mở rộng cho trẻ dưới 5 tuổi và các vắc xin này được cung cấp miễn phí trong các hệ thống y tế công lập. Trung tâm Tư vấn và Dịch vụ vắc xin, viện Kiểm định Quốc gia vaccine và sinh phẩm hoạt động từ 6/2011. Trung tâm cung cấp cho trẻ em những loại vắc xin có chất lượng tốt nhất, hệ thống phòng tiêm chủng an toàn và hiện đại. Trung tâm đón tiếp 300 - 500 lượt khách hàng đến sử dụng dịch vụ tiêm chủng mỗi ngày. Ngay từ khi thành lập, Trung tâm đã đưa công tác quản lý khách hàng là một trong những ưu tiên trọng tâm trong kế hoạch hoạt động theo hướng dẫn của Bộ Y tế về quản lý đối tượng tiêm chủng, Trung tâm áp dụng nhiều phương thức khác để quản lý cũng như chăm sóc trẻ em tiêm chủng, tuy nhiên, hiệu quả của việc quản lý chưa cao, còn nhiều hạn chế cần khắc phục. Để đánh giá được hiệu quả của công tác quản lý trẻ em dưới 5 tuổi tiêm chủng, nhằm xác định ưu điểm và các vấn đề tồn tại, làm cơ sở triển khai các biện pháp nâng cao chất lượng của hoạt động này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả quản lý dịch vụ tiêm chủng cho trẻ em dưới 5 tuổi tại Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm y tế năm 2018”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em dưới 5 tuổi tới tiêm chủng và người giám hộ của trẻ, hệ thống tổ chức quản lý phòng tiêm chủng vắc xin tại Trung tâm, cán bộ y tế tham gia làm việc tại Trung tâm.

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mô tả kết quả thực hiện công tác quản lý dịch vụ tiêm chủng cho trẻ dưới 5 tuổi tại Trung tâm Tư vấn và Dịch vụ vắc xin - Viện Kiểm

1. Viện kiểm định quốc gia vaccin và sinh phẩm, SĐT: 0906996896

» Ngày nhận bài: 31/07/2018 | » Ngày phản biện: 15/08/2018 | » Ngày duyệt đăng: 30/09/2018

định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm Y tế năm 2018.

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

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

Trong đó :

n: Số lượng đối tượng tối thiểu cần cho nghiên cứu;

p: Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi được quản lý thông tin đầy đủ,

chọn p = 0,5 để được cỡ mẫu lớn nhất;

Z_{1-α/2}: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z_{1-α/2}=1,96;

d: Sai số tuyệt đối cho phép, chọn d=0,07.

Cỡ mẫu dự kiến tính được 196 trẻ dưới 5 tuổi, thực tế

chọn được 253 trẻ và 253 người giám hộ được mời tham gia trả lời câu hỏi nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu dự kiến từ tháng 3/2018 đến tháng 8 năm 2018.

Nội dung đánh giá gồm: Cơ sở vật chất; Nhân lực; Quy trình vận hành tiêm chủng; các hồ sơ lưu trữ đối với các hoạt động chăm sóc cung cấp thông tin dịch vụ, nhắc lịch tiêm, giải đáp thắc mắc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thực hiện công tác cấp, ghi sổ tiêm chủng và lưu thông tin liên hệ của khách hàng sử dụng dịch vụ tiêm chủng vắc xin cho trẻ dưới 5 tuổi

Bảng 3.1: Cấp sổ và thống kê trẻ tiêm chủng (n = 253)

Tên hoạt động		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cấp sổ tiêm chủng	Lần tiêm trước	213	84,2
	Lần tiêm này	28	11,1
	Không cấp	12	4,7
Tổng kê danh sách khách hàng của Trung tâm		253	100,0

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, 213 khách hàng đã được cấp sổ tiêm chủng trong các lần tiêm trước đây, 11,1% được cấp sổ mới trong lần tiêm này và 4,7% trẻ vẫn chưa được cấp sổ.

Bảng 3.2: Ghi thông tin của trẻ (n = 213)

Thông tin	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Họ và tên của trẻ	213	100,0
Ngày tháng năm sinh	203	95,3
Giới tính	213	100,0
Địa chỉ thường trú	202	94,8
Tiền sử tiêm chủng	208	97,7
Tiền sử bệnh liên quan đến tiêm chủng	0	0,0
Họ và tên người giám hộ	188	88,3

Kết quả khảo sát cho thấy các thông tin được ghi trong sổ theo đúng quy định hướng dẫn có 100% trẻ được ghi đầy đủ họ và tên, giới tính; 95,3% trẻ được ghi đủ ngày tháng năm sinh; 94,8% trẻ được ghi đủ địa chỉ thường trú đến cấp độ

phường/xã; 97,7% có ghi các thông tin về tiền sử tiêm chủng; và 88,3% có ghi đủ thông tin người giám hộ trong sổ tiêm chủng cá nhân. Tuy nhiên, không có trẻ nào được ghi thông tin về tiền sử bệnh liên quan đến tiêm chủng (bảng 3.2).



Bảng 3.3: Ghi thông tin tiêm chủng (n = 213)

Thông tin	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ngày tiêm	213	100,0
Loại vắc xin chỉ định	213	100,0
Liều tiêm	213	100,0
Thông tin người thực hiện	187	87,8
Thông tin hướng dẫn lần tiêm tiếp theo	175	82,2

Kết quả trẻ được cấp sổ tiêm chủng cá nhân ở các lần tiêm vắc xin trước, tỷ lệ trẻ được ghi các thông tin về lần tiêm trước gồm ngày tiêm, loại vắc xin, liều tiêm đều đạt 100%; thông tin người thực hiện đạt tỷ lệ 87,8%; và thông tin hướng dẫn lần tiêm tiếp theo đạt 82,2%), được ghi cụ thể ngày tiêm, tên vắc xin được tiêm và liều lượng.

Bảng 3.4: Ghi và lưu thông tin liên hệ người giám hộ của trẻ dưới 5 tuổi (n = 253)

Thông tin kênh liên hệ khách hàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ liên lạc	236	93,3
Số điện thoại bàn	19	7,5
Số điện thoại di động	238	94,1
Địa chỉ facebook	16	6,3

Kết quả ghi và lưu thông tin liên hệ của người giám hộ của trẻ dưới 5 tuổi đến tiêm chủng tại Trung tâm cho thấy: 94,1% người giám hộ được lưu số điện thoại di động, 93,3% được lưu địa chỉ liên lạc, 7,5% được lưu số điện thoại bàn và 6,3% được lưu địa chỉ facebook.

3.2. Kết quả sử dụng các kênh thông tin trong quản lý khách hàng sử dụng dịch vụ tiêm chủng vắc xin cho trẻ dưới 5 tuổi và sự hài lòng của khách hàng với các kênh thông tin hiện có

Bảng 3.5: Thực trạng sử dụng số điện thoại tổng đài của Trung tâm trong 1 tuần

Hoạt động/mục đích	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cuộc gọi đến		
Đặt lịch tiêm	5	2,5
Hỏi đáp tư vấn sử dụng dịch vụ	110	55,0
Khác	85	42,5
Tổng số	200	100,0
Cuộc gọi đi		
Nhắc lịch tiêm	5	10,0
Thông báo dịch vụ	45	90,0
Khác	0	0
Tổng số	50	100,0

Sử dụng điện thoại tổng đài của Trung tâm trong 1 tuần: Cuộc hỏi đáp tư vấn dịch vụ chiếm đa số, 5 cuộc đặt lịch tiêm và 85 cuộc gọi khác. Cuộc gọi đi là 50 cuộc, nhắc lịch tiêm và thông báo dịch vụ lần lượt là 5 cuộc và 45 cuộc (bảng 3.5).

Bảng 3.6: Thực trạng sử dụng địa chỉ mạng xã hội của Trung tâm trong 1 tuần

Hoạt động/mục đích	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Truy cập đặt lịch tiêm	5	0,3
Truy cập hỏi đáp/tư vấn dịch vụ	65	3,9
Khác	1.601	95,8
Tổng số	1.671	100,0

Sử dụng địa chỉ facebook, trong vòng 1 tuần có 1.671 lượt truy cập vào trang facebook của Trung tâm. Trong đó, truy cập đặt lịch tiêm và truy cập hỏi đáp tư vấn chỉ chiếm lần lượt là 0,3% và 3,9% (bảng 3.6).

Bảng 3.7: Thực trạng khách hàng được nhận lời nhắc lịch tiêm từ Trung tâm

Nhắc lịch tiêm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhắc nhở về lịch của buổi tiêm (n = 253)	Có	38	15,0
	Không	67	26,5
	Không biết	148	58,5
Nội dung nhắc nhở (n = 38)	Tên vắc xin	37	97,4
	Ngày đến tiêm	35	92,1
	Tư vấn trước tiêm	17	44,7
Thời điểm nhắc nhở tính tới ngày tiêm (n = 38)	Trước 2 tuần	6	15,8
	Trước 1 tuần	19	50,0
	Trước 3 ngày	12	31,6
	Ngay trước ngày tiêm	1	2,7

Kết quả khảo sát cho thấy: 15,0% (38 trẻ) được nhắc nhở về lịch của buổi tiêm này. Trong 38 trẻ được Trung tâm nhắc, có 37 trẻ được nhắc về tên vắc xin sẽ tiêm, 35 trẻ được nhắc về ngày đến tiêm, 17 trẻ được tư vấn trước ngày tiêm, tỷ lệ trẻ được Trung tâm nhắc về buổi tiêm vào thời điểm trước 2 tuần, trước 1 tuần, trước 3 ngày và ngay trước ngày tiêm lần lượt là 15,8%, 50,0%, 31,6% và 2,7% (bảng 3.7).

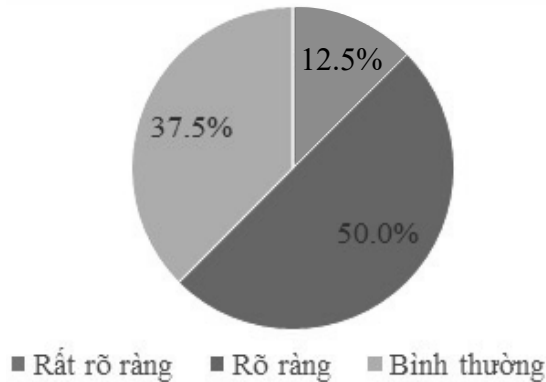
Bảng 3.8: Hình thức nhận được lời nhắc về buổi tiêm (n = 38)

Kênh thông tin sử dụng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điện thoại bàn	6	15,8
Điện thoại di động	36	84,7
Facebook	4	10,5

Về hình thức nhận được lời nhắc từ Trung tâm, 15,8% qua điện thoại bàn, 84,7% qua điện thoại di động và 10,5% qua facebook (bảng 3.8), hình thức nhắc qua điện thoại di động được thực hiện nhiều nhất, tỷ lệ người giám hộ được nhận thông tin cho biết thông tin rất rõ ràng, rõ ràng và bình thường lần lượt là 12,5%, 50,0% và 37,5% (hình 3.1)



Hình 3.1: Đánh giá của khách hàng về mức độ rõ ràng của thông tin nhận được qua điện thoại di động (n = 36).



Bảng 3.9: Thực trạng thực hiện lịch tiêm chủng của khách hàng

Hoạt động		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đến tiêm đúng lịch hẹn (n=253)	Có	205	81,0
	Không	48	19,0
Nguyên nhân không đúng lịch hẹn (n=48)	Quên lịch	13	27,1
	Trẻ ốm	14	29,2
	Bận đi làm	17	35,4
	Khác	4	8,3

Kết quả bảng 3.9 cho thấy, 81,0% trẻ dưới 5 tuổi đến tiêm vắc xin đúng lịch, 19,0% trẻ đến tiêm không đúng lịch. Trong số 48 trẻ đến tiêm không đúng lịch, đó lý do bất khả kháng do trẻ ốm chiếm 29,2% (14 trẻ), còn lại là do bố mẹ bận, quên lịch và các lý do khác.

IV. BÀN LUẬN

Công tác quản lý trẻ tiêm chủng luôn đòi hỏi sự đầu tư bài bản, phù hợp các yếu tố cơ sở vật chất, nhân lực và quy trình hướng dẫn, bao gồm nhà xưởng, trang thiết bị và hệ thống thông tin là điều kiện cần để triển khai các hoạt động. Nội dung lưu trữ hồ sơ tiêm chủng cũng được quy định rõ tại Thông tư số 12/2014/TT-BYT ngày 20 tháng 3 năm 2014 của Bộ Y tế [3], [4].

Trong nghiên cứu này, nhóm khách hàng chiến lược sử dụng dịch vụ tiêm chủng được xác định là khách hàng sử dụng dịch vụ tiêm chủng vắc xin cho trẻ dưới 5 tuổi. Hầu hết các vắc xin hiện nay dành cho trẻ dưới 5 tuổi, trong đó có thể kể đến các nhóm vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng như các vắc xin phòng bệnh lao, bạch hầu – ho gà – uốn ván, bại liệt, sởi – quai bị – rubella, viêm gan B, viêm màng não...

Cấp và ghi sổ tiêm chủng cá nhân được thực hiện nhằm đảm bảo thông tin hai chiều giữa cơ sở tiêm chủng và trẻ tiêm chủng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi được cấp và ghi sổ tiêm chủng khi sử dụng dịch vụ tiêm chủng tại Trung tâm là 84,2%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trung bình cấp sổ tiêm chủng cá nhân của David W. Brown năm 2012 thực hiện khảo sát tại 87 quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, cũng theo khảo sát này, các nước phát triển thường có tỷ lệ cấp sổ tiêm chủng không cao (dưới 70%). Nguyên nhân của thực trạng này có thể do tại các nước phát triển, công nghệ thông tin sớm được ứng dụng trong quản lý khách hàng sử dụng dịch vụ tiêm chủng nên tỷ lệ cấp sổ tiêm chủng cá nhân giảm đi. Đồng thời, các kênh thông tin khác cũng được sử dụng để nhắc lịch tiêm chủng cho khách hàng được sử dụng phổ biến hơn, như sử dụng tin nhắn qua điện thoại, email hoặc các trang mạng xã hội. Kết quả khảo sát từ nghiên cứu này cũng cho thấy, việc cấp và ghi sổ tiêm chủng cho trẻ là hoạt động liên tục, thường xuyên. Trong số 15,8% trẻ chưa được cấp sổ tiêm chủng cá nhân ở lần tiêm gần nhất trước lần tiêm này thì 11,1% đã được cấp bổ sung sổ tiêm chủng cá nhân trong lần tiêm hiện tại. Như vậy, tổng số

trẻ sử dụng tiêm chủng vắc xin cho trẻ dưới 5 tuổi tại Trung tâm nếu đến từ lần thứ 2 trở lên sẽ có tỷ lệ được cấp sổ tiêm chủng cá nhân là 95,3%. Kết quả này cao hơn kết quả khảo sát của Viện chiến lược và chính sách Y tế, tỷ lệ cán bộ có ghi phiếu tiêm chủng trước khi tiêm chỉ đạt 84,7%.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ được nhắc lịch tiêm không cao, chỉ 15,0% tổng số trẻ nghiên cứu. Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhắc lịch tiêm với tỷ lệ tiêm chủng đúng lịch của trẻ. Nhóm trẻ có bố/mẹ được nhắc lịch tiêm có tỷ lệ tiêm chủng không đúng lịch thấp hơn nhóm trẻ có bố/mẹ không nhận được lời nhắc. Và hình thức nhắc lịch tiêm được sử dụng là gọi điện tới số điện thoại di động của bố/mẹ trẻ, gọi điện thoại đến số điện thoại di động của bố/mẹ trẻ là phương thức được sử dụng nhiều nhất trong nhắc lịch tiêm cho trẻ (84,7%). Các phương thức khác cũng được sử dụng để nhắc lịch cho trẻ như gọi đến số điện thoại bàn (15,8%), nhắn tin tới địa chỉ facebook của bố/mẹ trẻ (10,5%). Kết quả thống kê cũng cho thấy có trường hợp khách hàng sử dụng vắc xin nhận được lời nhắc lịch tiêm đồng thời qua nhiều kênh thông tin. Đánh

giá mức độ rõ ràng của các thông tin khách hàng được cung cấp cho kết quả tương đối khả quan. Tỷ lệ khách hàng cho rằng các thông tin được cung cấp là rất rõ ràng, rõ ràng lần lượt chiếm 12,5% và 50%. Tuy nhiên, vẫn có 37,5% số khách hàng nhận được thông tin nhưng thấy chưa có điểm nhấn trong các thông tin được nhận. Kết quả này gợi ý cần một sự thay đổi trong cách thiết kế các thông điệp hoặc các phương pháp giới thiệu và hướng dẫn tiếp cận thông tin.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ đến tiêm đúng lịch tại Trung tâm tương đối cao, đạt 81,0%, cấp và ghi sổ tiêm chủng cá nhân cho trẻ khá tốt (84,2%), các thông tin liên quan đến trẻ và mũi tiêm được ghi chi tiết và đầy đủ. Việc sử dụng các kênh thông tin để tìm hiểu, đặt lịch tiêm, nhắc lịch tiêm chủng chưa phổ biến, hiệu quả chưa cao, tỷ lệ trẻ được nhắc lịch tiêm thấp (15,0%).

Có mối liên quan giữa hoạt động thông tin, truyền thông trong quản lý cấp và ghi sổ tiêm chủng, nhắc lịch tiêm, tìm hiểu thông tin dịch vụ trên các trang thông tin của Trung tâm với tỷ lệ tiêm chủng đúng lịch của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Xuân Bách và các cộng sự. (2016), “Xây dựng hệ thống quản lý dịch vụ tiêm chủng có tính tương tác cao trên điện thoại di động và website”, *Tạp chí Y học Công đồng*, 30, tr. 15-21.
2. Bộ Y tế (2014), Hướng dẫn Khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em, *Quyết định số 04/QĐ-BYT*, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2014), Thông tư Hướng dẫn việc quản lý sử dụng vắc xin trong tiêm chủng, *Thông tư số 12/2014/TT-BYT*, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2017), Quyết định về việc ban hành Quy chế quản lý, sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng Quốc gia, *Quyết định số 3421/QĐ-BYT*, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2017), Thông tư Ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm Y tế bắt buộc, *Thông tư 38/2017/TT-BYT*, Bộ Y tế, Hà Nội.



THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN TRIỆU SƠN TỈNH THANH HÓA NĂM 2017

Nguyễn Xuân Bái¹, Ngô Thị Nhu¹, Phạm Thị Vân Anh², Đặng Thị Vân Quý¹

TÓM TẮT

Sau khi tiến hành khảo sát thực trạng mắc bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017 chúng tôi thu được kết quả: tỷ lệ THA chung ở NCT là 36,5%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc tăng huyết áp ở các giai đoạn tăng dần theo tuổi với $p < 0,05$. Tăng huyết áp giai đoạn I có tỷ lệ là 23,3% ở người cao tuổi nhóm 60-69 tuổi, tỷ lệ là 26,3% ở người cao tuổi nhóm 70-79 tuổi và tỷ lệ 34,6% ở người cao tuổi nhóm trên 80 tuổi.

Từ khóa: Người cao tuổi, bệnh người cao tuổi.

ABSTRACT: THE STATUS OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN 2 COMMUNES OF TRIEU SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE 2017

After examining the status of hypertension in the elderly in 2 communes of Trieu Son district, Thanh Hoa province from January to June 2017. We obtained results: The general hypertension percentage of the elderly was 36,5%. The rate of elderly people with hypertension in stages increases with age with $p < 0,05$. The rate of stage 1 hypertension was 23,3 % in the elderly group 60-69 ages, that was 26,3% in the elderly group 70-79 ages and that was 34,6% in the elderly group over 80 ages

Key words: The elderly, the elderly disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi tuổi càng cao thì hệ miễn dịch thấp và sức khỏe thường giảm sút do quá trình lão hóa tự nhiên của cơ thể. Sự lão hóa xảy ra ở từng tế bào của tất cả cơ quan làm cơ thể suy yếu. Điều đó dẫn đến người cao tuổi có nguy cơ dễ mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, phổi tắc nghẽn mạn tính và tim mạch,... Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm tăng huyết áp gây chết sớm 7,4 triệu người và 4,5% bệnh tật chung.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Thái Bình

Tăng huyết áp ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới và là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất liên quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính [5]

Tại Thanh Hóa, kinh tế còn khó khăn và thiếu sự quan tâm chăm sóc của gia đình ở một số khu vực miền núi, nên người cao tuổi chỉ khi có bệnh nặng mới đến cơ sở y tế để khám chữa bệnh. Nhằm góp phần vào việc tìm ra các giải pháp chăm sóc sức khỏe người cao tuổi có hiệu quả tại địa phương chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng mắc bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa năm 2017.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 2 xã miền núi huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa đó là xã Thọ Bình và xã Thọ Sơn.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

+ Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang sinh sống tại 2 xã nghiên cứu bao gồm cả dân tộc Kinh, dân tộc Mường, dân tộc Thái và các dân tộc khác tại 2 xã miền núi huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa đó là xã Thọ bình, Thọ Sơn.

+ Hồ sơ, sổ sách khám chữa bệnh của người cao tuổi tại xã

2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng bằng khám và phỏng vấn người cao tuổi kết hợp hồi cứu sổ sách, hồ sơ khám chữa bệnh để xác định thực trạng bệnh của người cao tuổi. Dựa vào dân số 2 xã với số lượng người cao tuổi 1080, nên chúng tôi đã khám và phỏng vấn toàn bộ với số NCT của 2 xã.

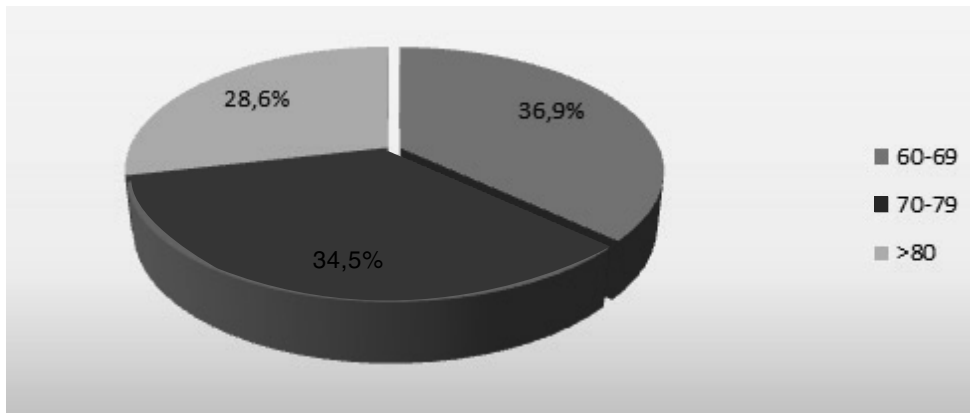
Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Nhóm tuổi	Nam (n=342)		Nữ (n=738)		Chung (n=1080)	
	SL	(%)	SL	(%)	SL	(%)
60-69	135	39,5	264	35,8	399	36,9
70-79	114	33,3	258	35,0	372	34,5
>80	93	27,2	216	29,2	309	28,6
Tổng	342	31,7	738	68,3	1080	100

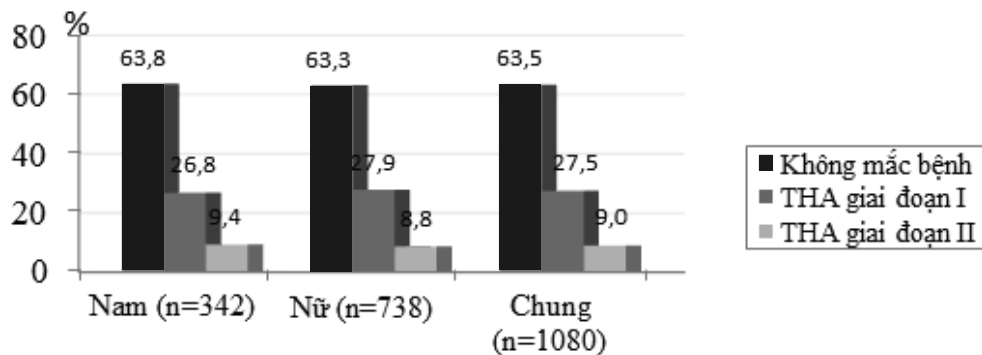
Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng chung theo nhóm tuổi (n=1080)



Kết quả bảng 3.1 và biểu đồ 3.1 cho thấy trong tổng số 1080 NCT được chọn vào nghiên cứu có 342 đối tượng nam giới chiếm tỷ lệ 31,7% và nữ giới là 738 người chiếm

tỷ lệ 68,3%. NCT ở độ tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,9% và thấp nhất là độ tuổi từ 80 trở lên chiếm tỷ lệ 28,6%; độ tuổi 70-79 tuổi có tỷ lệ là 34,5%.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ người cao tuổi hiện mắc tăng huyết áp theo giới



Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ THA chung ở NCT là 36,5%. Trong đó tỷ lệ THA ở nam là 36,2%, tỷ lệ THA ở nữ là 36,7%. Như vậy tỷ lệ THA ở nam cao hơn nữ nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với

$p > 0,05$. Khi so sánh các giai đoạn THA ở cả 2 giới nam và nữ cũng không có sự khác biệt, tỷ lệ tương ứng là: THA giai đoạn I (nam 26,8% và nữ 27,9%) và THA giai đoạn II (nam 9,4% và nữ 8,8%).



Bảng 3.2. Tỷ lệ người cao tuổi hiện mắc tăng huyết áp theo nhóm tuổi

Tăng huyết áp		Nhóm tuổi		60-69 (n=399)		70-79 (n=372)		≥ 80 tuổi (n=309)	
		SL	%	SL	%	SL	%		
Không mắc THA		274	68,7	241	64,8	170	55,0		
Mắc THA	THA giai đoạn I	93	23,3	98	26,3	107	34,6		
	THA giai đoạn II	32	8,0	33	8,9	32	10,4		
	Cộng có bệnh	125	31,3	131	35,2	139	45,0		
p		<0,05							

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ NCT mắc THA ở các giai đoạn tăng dần theo tuổi với $p < 0,05$. THA giai đoạn I có tỷ lệ là 23,3% ở NCT nhóm 60-69 tuổi, tỷ lệ là 26,3% ở NCT nhóm 70-79 tuổi và tỷ lệ 34,6% ở NCT nhóm ≥ 80 tuổi. THA giai đoạn II có tỷ lệ là 8,0% ở NCT nhóm 60-69 tuổi, tỷ lệ là 8,9% ở NCT nhóm 70-79 tuổi và tỷ lệ là 10,4% ở NCT nhóm ≥ 80 tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc THA ở người cao tuổi theo tình trạng dinh dưỡng

Mắc THA		BMI		Thừa cân béo phì (n=120)		Bình thường (n=579)		Gầy (n=381)	
		SL	%	SL	%	SL	%		
Không mắc bệnh		44	36,7	369	63,7	272	71,4		
THA	Tăng HA giai đoạn I	58	48,3	151	26,1	89	23,4		
	Tăng HA giai đoạn II	18	15,0	59	10,2	20	5,2		
	Cộng	76	63,3	210	36,3	109	28,6		
p (THA chung)		< 0,05							

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh THA ở NCT thừa cân béo phì là 63,3% (trong đó THA giai đoạn I là 48,3%, giai đoạn II là 15,0%) cao hơn so với NCT bình thường (36,3%) và NCT gầy (28,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ THA ở NCT gầy và NCT có BMI bình thường là tương tự nhau ở cả 2 giai đoạn: giai đoạn I (26,1%); 23,4%); giai đoạn II (10,2%; 5,2%).

IV. BÀN LUẬN

Một trong những bệnh không lây nhiễm mạn tính chiếm tỷ lệ cao ở người cao tuổi đó là tăng huyết áp (THA). Tăng huyết áp được coi là chứng bệnh “giết người thầm lặng” khi gây ra rất nhiều biến chứng lên tim mạch, mắt, thận,... Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THA chung ở người cao tuổi là 36,6%; trong đó nam có tỷ lệ 36,6% mắc thấp hơn nữ 36,7%; tuy nhiên sự khác biệt

không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi so sánh các giai đoạn THA ở cả 2 giới nam và nữ thì THA giai đoạn II thì nam cao hơn nữ (tỷ lệ tương ứng 9,4% và 8,8%), nhưng không có sự khác biệt ở cả hai giai đoạn (Biểu đồ 3.2). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Bích Thủy và cộng sự khi nghiên cứu về thực trạng THA của người cao tuổi tại 2 phường thuộc thành phố Thái Bình cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi trên 80 là cao nhất chiếm 52,0%; tỷ lệ mắc ở nam giới là 40,2% cao hơn nữ giới là 36,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy THA ở NCT có xu hướng tăng dần theo tuổi: tỷ lệ THA ở nhóm 60-69 tuổi là 31,3%, nhóm 70-79 là 35,2% và nhóm trên 80 tuổi là 45,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác cho thấy tuổi càng cao thì huyết áp càng tăng.

Sự khác nhau về tỷ lệ các giai đoạn THA có thể do sinh lý lứa tuổi, tuổi càng cao hệ thống động mạch càng xơ cứng nhiều, sự co giãn và đàn hồi của thành động mạch kém đi. Lòng động mạch cũng bị hẹp lại nên dễ gây THA. Và một trong những nguyên nhân làm tăng huyết áp còn liên quan đến chế độ ăn mặn, hút thuốc, uống rượu bia, tình trạng bệnh lý của hệ thống thận, tiết niệu. Ngoài ra, trạng thái thần kinh căng thẳng, nhịp độ phát triển của cuộc sống cũng như điều kiện xã hội, môi trường sống phần nào ảnh hưởng tới tâm sinh lý ở NCT đó cũng là một trong các nguyên nhân làm tăng tỷ lệ NCT mắc tăng huyết áp. Kết quả bảng 3.3 phản ánh tỷ lệ mắc THA ở NCT gây, bình thường và thừa cân béo phì. Tỷ lệ THA thực sự theo các giai đoạn ở nhóm thừa cân béo phì (63,3%) tăng cao hơn

so với nhóm NCT có BMI bình thường (36,3%) và nhóm NCT ở BMI ở mức gây (28,6%) với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hoàng Đức Thuận Anh và cộng sự ở nhóm tuổi từ 60-69 có BMI < 18,5 tỷ lệ THA là 26,0%; BMI = 18,5-23 là 33,1%; BMI = 23-25 là 54,5% và BMI = 25-30 là 64,3%; có mối liên quan giữa các chỉ số người béo tỷ lệ THA cao với $p < 0,05$ [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người cao tuổi mắc tăng huyết áp ở các giai đoạn tăng dần theo tuổi với $p < 0,05$. Tăng huyết áp giai đoạn I có tỷ lệ là 23,3% ở người cao tuổi nhóm 60-69 tuổi, tỷ lệ là 26,3% ở người cao tuổi nhóm 70-79 tuổi và tỷ lệ 34,6% ở người cao tuổi nhóm trên 80 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Đức Thuận Anh, Hoàng Đình Tuyên, Nguyễn Thanh Nga và cộng sự (2013), Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế, *Tạp chí Y học thực hành*, số 7(876), tr.135-138
2. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thủy Dương, Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2015), “Tình trạng mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2013”, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 8(168), tr.381-389.
3. Đặng Oanh, Đặng Tuấn Đạt, Hoàng Xuân Hạnh và cộng sự (2010), “Tình trạng tăng huyết áp của người trưởng thành tại tỉnh Đắk Lắk năm 2009 và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Y tế công cộng*, số 14(14), tr.26-42.
4. Nguyễn Văn Phát, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Văn Sơn (2011), “Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi xã Du Tiên huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan”, *Tạp chí Khoa học và công nghiệp*, số 89, tr.65-69.
5. Đặng Bích Thủy, Nguyễn Hữu Ngự, Tạ Thị Thúy Loan (2014), “Thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại 2 phường thuộc thành phố Thái Bình năm 2013”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 8, tr.14-17.



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 (vẫn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vẫn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu để 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>