

# Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF  
COMMUNITY  
MEDICINE

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



**TR8:** ĐÁNH GIÁ MỐI  
LIÊN QUAN MỘT SỐ  
ĐẶC ĐIỂM TỔN  
THƯƠNG MẮT VÀ ĐỘ  
DÀY VÕNG MẠC Ở  
BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO  
ĐƯỜNG TYP 2

**TR20:** KIẾN THỨC, THÁI  
ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ  
PHÒNG CHỐNG SỐT  
XUẤT HUYẾT DENGUE  
CỦA NGƯỜI DÂN  
PHƯỜNG QUANG TRUNG,  
THÀNH PHỐ THÁI  
NGUYÊN NĂM 2018

**TR53:** NGHIÊN CỨU  
TÌNH TRẠNG THỪA  
CÂN, BÉO PHÌ VÀ MỘT  
SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN  
Ở NGƯỜI DÂN TẠI  
HUYỆN TRIỆU SƠN,  
TỈNH THANH HÓA  
NĂM 2017

**TR91:** KHẢO SÁT  
MỨC ĐỘ MỐI QUAN  
HỆ CỦA NHÂN VIÊN Y  
TẾ VỚI KHÁCH HÀNG  
Ở KHOA KHÁM BỆNH,  
BỆNH VIỆN TRUNG  
ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108,  
NĂM 2018



Số: 2 (49) tháng 03+04/2018



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 Đính  
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  
Hoàng Cao Sạ  
Đinh Ngọc Sỹ  
Văn Quang Tân  
Võ Văn Thanh  
Võ Văn Thắng  
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

MỤC LỤC

Tỷ lệ hiện mắc tiền đái tháo đường typ 2 ở người trưởng thành $\geq 25$ tuổi tại tỉnh Thái Bình	3
Đặng Bích Thủy, Đặng Thanh Nhân	
Đánh giá mối liên quan một số đặc điểm tổn thương mắt và độ dày võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2	8
Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Hoàng Trung, Tống Đức Minh, Lê Tuấn Anh, Nguyễn Thế Hùng	
Nghiên cứu xây dựng quy trình bào chế viên nang (chứa pellet) Vitaginseng YDTB	14
Nguyễn Thị Kim Oanh, Khổng Thị Hoa	
Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết dengue của người dân phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên năm 2018	20
Lê Tuấn Anh, Lê Đức Tùng, Trương Thị Thùy Dương, Nông Đức Thông	
Nghiên cứu thực trạng một số bệnh không lây nhiễm tại ba huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017	24
Lưu Minh Châu, Đinh Văn Tài, Nguyễn Thị Quỳnh Nga	
Tác dụng cải thiện chức năng thông khí phổi của tập khí công dưỡng sinh sau rửa phổi ở bệnh nhân bụi phổi Silic có rối loạn thông khí tắc nghẽn tại Bệnh viện Than khoáng sản năm 2017	30
Đinh Khánh Hường, Lưu Minh Châu, Đinh Văn Tài	
Thực trạng khám chữa bệnh và quản lý chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa năm 2017	36
Hoàng Thị Hòa, Nguyễn Xuân Bái, Ngô Thị Nhu, Nguyễn Văn Tú	
Thực trạng mắc bệnh ở người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa năm 2017	40
Ngô Thị Nhu, Nguyễn Văn Tú	
Xây dựng quy trình định lượng chì trong một số dược liệu trồng tại Vũ Văn - Vũ Thư - Thái Bình bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử	45
Khổng Thị Hoa, Nguyễn Thị Kim Oanh	
Nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở người dân tại huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2017	53
Lưu Minh Châu, Nguyễn Thị Bạch Tuyết	
Thực trạng các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên	60
Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thị Thanh Quý	
Một số yếu tố liên quan đến hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã 2 huyện đặc biệt khó khăn tỉnh Hòa Bình	66
Tạ Văn Thượng, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đào Thị Mai Hương, Đào Văn Dũng	
Thông tuyến trong KCB BHYT - những bất cập và khó khăn	75
Nguyễn Thị Thanh Quý, Dương Huyền Thương	
Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình: thực trạng tham gia và một số yếu tố ảnh hưởng	81
Nguyễn Thị Thúy Nga, Bùi Thị Mỹ Anh	

<b>Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với điều dưỡng viên, bác sĩ khoa Khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2018</b>	<b>87</b>
Nguyễn Thị Hồng Nguyên	
<b>Khảo sát mức độ mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng ở khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương quân đội 108, năm 2018</b>	<b>91</b>
Nguyễn Thủy Hạnh, Phan Huy Hùng	
<b>Đánh giá kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân trong điều trị tại xã Hiệp Lực huyện Ninh Giang tỉnh Hải Dương năm 2017</b>	<b>96</b>
Nguyễn Thị Hương	
<b>Đánh giá mức độ phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản và hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện của người cao tuổi phường Xuân Phương, thành phố Hà Nội năm 2017</b>	<b>102</b>
Nguyễn Mai Hương	
<b>Thực trạng kiến thức và thực hành của người có thể bảo hiểm y tế trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế công và một số yếu tố ảnh hưởng tại tỉnh Viêng Chăn, CHDCND Lào, năm 2017</b>	<b>109</b>
Phouvang Suyavong, Ngô Văn Toàn, Matry Senchanthisay	



# TỶ LỆ HIỆN MẮC TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH $\geq 25$ TUỔI TẠI TỈNH THÁI BÌNH

Đặng Bích Thủy<sup>1</sup>, Đặng Thanh Nhân<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành năm 2017, với phương pháp chọn mẫu chùm (PPS) để chọn 30 xã/phường tại 8 huyện/thành phố thuộc tỉnh Thái Bình vào nghiên cứu. Điều tra trên 1450 người trưởng thành  $\geq 25$  tuổi và xét nghiệm nhanh đường huyết mao mạch bằng máy Accu-Chek- D10-BIO-RAD, kết quả cho thấy:

Tỷ lệ hiện mắc tiền đái tháo đường typ2 ở người trưởng thành  $\geq 25$  tuổi tại tỉnh Thái Bình chiếm 15,2%, nam giới chiếm 18,6%, cao hơn so với nữ là 11,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (19,6%), nhóm tuổi 40-59 chiếm 17,0%, nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 17,3% và thấp nhất là nhóm tuổi 25-39, chiếm 5,1% ( $p < 0,05$ ).

Tỷ lệ tiền ĐTĐ tăng cao hơn ở nhóm nghề hoạt động tĩnh tại. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ giữa các nhóm nghề là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Đái tháo đường, tiền đái tháo đường, đường huyết, người trưởng thành  $\geq 25$  tuổi, tỉnh Thái Bình

## SUMMARY

### THE PREVALENCE OF TYPE 2 PREDIABETES IN PEOPLE FORM 25 AGO OR MORE IN THAI BINH PROVINCE

A cross-sectional study was carried out in 2017, with the method of cluster sampling (PPS) to select 30 communes/wards in 8 districts/cities in Thai Binh province. A total of 1450 adults from 25 ago or more and tested for capillary blood glucose by Accu-Chek- D10-BIO-RAD, the results showed that:

The prevalence of prediabetes is 15.2%; The men is 18.6%, higher than the women, accounting for 11.3% ( $p < 0.05$ ). Prediabetes prevalence tended to increase with age group, in the age group of 70 and above, the highest proportion (17.3%), aged 60-69 (19.6%), age group 40-59 make up 17.0% and lowest age group 25-39, accounting

for 5.1% ( $p < 0.05$ ).

The incidence of prediabetes is higher in static occupational groups. The differences in occupational groups were statistically significant ( $p < 0.05$ )

**Keyword:** Diabetes, Prediabetes, Blood glucose, adults from 25 ago or more, Thai Binh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đái tháo đường (ĐTĐ) là một vấn đề y tế mang tính chất toàn cầu, ảnh hưởng đến sức khỏe của nhiều người, nhất là những người trong độ tuổi lao động trên toàn thế giới, tốc độ phát triển của bệnh ĐTĐ tăng nhanh trong những năm qua [1],[2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ước tính gánh nặng bệnh tật và những chi phí của điều trị ĐTĐ đã càng ngày càng trở lên quan trọng, làm giới hạn nguồn lực của y tế các nước trong việc chăm sóc sức khỏe, đặc biệt ở những quốc gia đang phát triển [3],[4]. Bên cạnh đó, tỷ lệ tiền đái tháo đường cũng chiếm khá cao.

Tiền đái tháo đường là tình trạng suy giảm chuyển hóa glucose bao gồm hai tình huống là rối loạn glucose lúc đói (Impaired Fasting Glucose- IFG) và giảm dung nạp glucose (Impaired Glucose Tolerance- IGF).

Năm 2014 theo ước tính của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, Việt Nam là quốc gia có số người mắc ĐTĐ nhiều nhất trong số các quốc gia Đông Nam Á với 3.299 triệu người mắc ĐTĐ chiếm khoảng 5,8% người trưởng thành từ 20-79 tuổi [2].

Tại Thái Bình, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, các bệnh liên quan tới thay đổi lối sống tăng lên trong đó có bệnh ĐTĐ và các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, béo phì, rối loạn chuyển hóa... Tỷ lệ ĐTĐ (6,7%), tiền ĐTĐ cũng ở mức cao (11,5%) [5].

Nhằm đánh giá và sàng lọc những đối tượng có nguy cơ cao tại cộng đồng và phát hiện sớm những người mắc tiền ĐTĐ và làm cơ sở cho công tác y tế trong thời gian

## 1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả chính: Đặng Bích Thủy, Điện thoại: 0985201899, Email: dangbichthuy71@gmail.com

» Ngày nhận bài: 20/02/2019 | » Ngày phản biện: 27/02/2019 | Ngày duyệt đăng: 03/03/2019

tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

*Xác định tỷ lệ hiện mắc tiền đái tháo đường ở người trưởng thành  $\geq 25$  tuổi tại tỉnh Thái Bình năm 2017*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên, sinh sống tại 8 huyện/thành phố thuộc tỉnh Thái Bình, bao gồm: thành phố, huyện Vũ Thư, huyện Đông Hưng, huyện Kiến Xương, huyện Thái Thụy, huyện Quỳnh Phụ, huyện Hưng Hà, huyện Tiền Hải.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1- tháng 2/2017

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

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

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

+ Cỡ mẫu được tính theo công thức:  $x \cdot DE$

Trong đó:  $n$  là cỡ mẫu;  $\alpha/2$ : Độ tin cậy lấy ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$ ;  $p$ : tỷ lệ đái tháo đường theo nghiên cứu trước tại Thái Bình, được lấy  $= 0,115$  [5];  $\epsilon$ : Là hệ số tương đối của  $p$  ( $\epsilon = 0,2$ );  $DE$ : hệ số thiết kế, được lấy bằng 2. Thay các giá trị trên vào công thức  $\rightarrow n = 1450$  người

+ Chọn mẫu:

- Chọn xã: Chọn mẫu chùm theo phương pháp PPS để chọn ra 30 xã/phường vào nghiên cứu

- Chọn đối tượng nghiên cứu: Phương pháp ngẫu nhiên hệ thống, chọn đủ các đối tượng vào mẫu qua các bước: lập danh sách toàn bộ người dân từ 25 tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại mỗi xã. Sau đó xác định khoảng cách  $k$  theo công thức  $k = N/n$ . Tiến hành trên bảng số ngẫu nhiên một số  $R$  trong khoảng từ 1 đến  $k$  và cũng là đối tượng đầu tiên được chọn vào mẫu. Chọn những cá thể

trong danh sách trên có số thứ tự lần lượt là  $R, R+k, R+2k, R+3k...$  cho đến đủ số mẫu cần chọn.

- Đối tượng được chọn sẽ được thông báo thời gian, địa điểm; thông báo nhịn ăn, không sử dụng rượu, bia trước 12 giờ để được xét nghiệm đường máu lúc đói

### 2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Phòng vấn trực tiếp để thu thập các số liệu về năm sinh, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật... theo bộ phiếu chuẩn bị sẵn.

- Xét nghiệm glucose lúc đói: Lấy máu mao mạch, xét nghiệm nhanh đường huyết bằng máy Accu-Chek- D10-BIO-RAD tại trạm y tế các xã. Trước khi tiến hành điều tra, máy đã được kiểm tra độ chính xác

- Làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết cho những đối tượng có rối loạn glucose máu lúc đói. Sau 2 giờ xét nghiệm lại lần 2.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường và các rối loạn đường huyết theo WHO - IDF 2008 cập nhật 2010 và theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA/WHO năm 2010. Đường huyết lúc đói bình thường:  $\leq 5,6$  mmol/l; Đái tháo đường:  $\geq 7$  mmol/l; Tiền ĐTĐ: Glucose máu lúc đói: 5,6 -  $< 7$  mmol/l hoặc Glucose máu sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose: 7,8 -  $< 11,1$  mmol/l [3].

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 21.0. Tính tỷ lệ %, sử dụng Test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ; sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

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

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, nhóm tuổi (n=1450)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	780	53,8
	Nữ	670	46,2
Nhóm tuổi	25-39	330	22,7
	40-59	400	27,6
	60-69	500	34,4
	$\geq 70$	220	15,1

Qua kết quả bảng 1 cho thấy, trong tổng số đối tượng điều tra, tỷ lệ nam giới chiếm 53,8%; nữ giới chiếm 46,2%. Độ tuổi nhiều nhất là từ 60-69 tuổi (34,4%), tiếp đến là nhóm tuổi 40-59 (27,6%), nhóm 25-39 tuổi chiếm 22,7% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 70 trở lên (15,1%)

**Bảng 2. Tiền sử gia đình về mắc bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu (n=1450)**

Tiền sử gia đình	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	1180	81,4
Có	270	18,6
Bố, mẹ đẻ	85	31,5
Anh, chị, em ruột	68	25,2
Ông, bà nội	75	27,8
Con	46	17,0

Qua kết quả bảng 2 cho thấy, có 18,6% trong tổng số đối tượng có tiền sử gia đình có người bị mắc bệnh đái tháo đường. Trong số đó, có 31,5% là bố, mẹ đẻ; tiếp đến là ông, bà nội (27,8%); anh chị em ruột là 25,2% và con là 17,0%.

**Bảng 3. Tỷ lệ mắc bệnh tiền đái tháo đường theo nhóm tuổi và giới tính**

Đặc điểm		Số mắc ĐTD	Tỷ lệ %	p
Giới tính	Nam (n=780)	145	18,6	<0,05
	Nữ (n=670)	76	11,3	
	Chung (n=1450)	221	15,2	
Nhóm tuổi	25-39 (n=330)	17	5,1	<0,05
	40-59 (n=400)	68	17,0	
	60-69 (n=500)	98	19,6	
	>=70 (n=220)	38	17,3	

Qua kết quả bảng 3 cho thấy, tỷ lệ người bệnh tiền ĐTD là nam giới chiếm 18,6%, cao hơn so với nữ là 11,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ tiền ĐTD ở nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (19,6%), nhóm tuổi 40-59 chiếm 17,0%, nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 17,3% và thấp nhất là nhóm tuổi 25-39, chiếm 5,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa các nhóm tuổi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh hiện mắc tiền đái tháo đường theo huyện**

Huyện	Số điều tra	Số mắc	%
Thành phố	150	28	18,7
Vũ Thư	146	21	14,4
Đông Hưng	190	27	14,2
Kiến Xương	190	26	13,7
Thái Thụy	240	37	15,4
Quỳnh Phụ	191	27	14,1
Hung Hà	198	31	15,7
Tiền Hải	145	24	16,6
Chung	1450	221	15,2

Qua kết quả bảng 4 cho thấy, tỷ lệ người bệnh tiền ĐTD chiếm tỷ lệ cao nhất là ở thành phố (18,7%); tiếp theo là ở huyện huyện Tiền Hải (16,6%); huyện Hưng Hà (15,7%); huyện Thái Thụy (15,4%), Đông Hưng (14,2%)...

**Bảng 5. Tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường theo tính chất công việc về hoạt động thể lực**

Tính chất công việc	Số điều tra (n=1450)	Số mắc tiền ĐTD (n=221)	Tỷ lệ %	p
Hoàn toàn tĩnh tại	321	63	19,6	< 0,05
Nhẹ	201	38	18,9	
Trung bình	559	68	12,1	
Nặng	369	52	14,0	

Qua kết quả bảng 5 cho thấy, Trong tổng số đối tượng được điều tra, tỷ lệ người bệnh tiền ĐTD chiếm tỷ lệ cao nhất là ở nhóm nghề nghiệp có đặc điểm hoạt động thể lực ở mức hoàn toàn tĩnh tại (19,6%); tiếp theo là nhóm nghề ở mức nhẹ (18,9,0%); Mức nặng là 14,0% và mức trung bình là 12,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc tiền ĐTD giữa các nhóm nghề là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh đái tháo đường có thể phòng và quản lý được, việc phát hiện sớm và quản lý bệnh đái tháo đường trong cộng đồng là cần thiết. Những người mắc bệnh đái tháo đường nếu được quản lý, tư vấn truyền thông và điều trị kịp thời, chế độ ăn uống, luyện tập hợp lý sẽ giảm nguy cơ mắc bệnh và làm chậm sự xuất hiện các biến chứng do bệnh gây nên [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ người

tiền đái tháo đường chung là 15,2%, nam giới chiếm 18,6%, cao hơn so với nữ là 11,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tiền ĐTD ở nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (19,6%), nhóm tuổi 40-59 chiếm 17,0%, nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 17,3% và thấp nhất là nhóm tuổi 25-39, chiếm 5,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa các nhóm tuổi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ tiền ĐTD chiếm tỷ lệ cao hơn ở thành phố (18,7%), huyện ven biển (Tiền Hải: 16,6%, Thái Thụy: 15,4%) và thấp hơn ở các huyện thuần nông (xấp xỉ 14%).

Theo nghiên cứu của Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà, Bùi Công Đức [7] khi nghiên cứu ở người dân từ 30-69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2014 thì tỷ lệ tiền đái tháo đường là 27,4%; (nội thành: 27,7%; ngoại thành: 27,0%; nữ 30,3%; nam 24,3%). Như vậy, tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn, điều này có thể lý giải rằng địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là

tỉnh Thái Bình, thuộc vùng nông thôn, độ tuổi người dân lấy từ 25 trở lên, tỷ lệ tiền ĐTĐ tăng cao hơn theo nhóm tuổi là phù hợp với thực tế bởi vì tuổi thọ ngày càng gia tăng đặc biệt ở các nước đang phát triển khi điều kiện dinh dưỡng được cải thiện, điều kiện vệ sinh tốt hơn, các bệnh lý nhiễm khuẩn được khống chế và có nhiều phương thức điều trị mới được áp dụng. Tại các nước phát triển, người dân sống lâu hơn, mức sinh ổn định làm cho dân số ngày càng già hóa, điều đó có nghĩa ngày càng tăng tỷ lệ người mắc đái tháo đường cao hơn.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tiền sử gia đình là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường týp 2. Nhóm người có tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ cao bị bệnh ở giai đoạn sớm. Trong mỗi gia đình, thường các thành viên có chung một môi trường sống, đặc biệt là chế độ ăn uống [8], trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18,6% trong tổng số đối tượng có tiền sử gia đình có người bị mắc bệnh đái tháo đường. Trong số đó, có 31,5% là bố, mẹ đẻ; tiếp đến là ông, bà nội (27,8%); anh chị em ruột là 25,2% và con là 17,0%.

Vận động thể lực có tác dụng giúp cải thiện tình trạng đề kháng insulin và làm chậm tiến triển từ tiền đái tháo đường sang đái tháo đường [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy, trong tổng số đối tượng được điều tra, tỷ lệ người bệnh tiền ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là ở nhóm nghề nghiệp có đặc điểm hoạt động thể lực ở mức hoàn toàn tĩnh tại (19,6%); tiếp theo là nhóm nghề ở mức nhẹ (18,9,0%); mức nặng là 14,0% và mức trung bình là 12,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ giữa các nhóm

nghề là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy, cần thiết phải tổ chức cho người dân tham gia các hoạt động thể dục thể thao để phòng tránh bệnh ĐTĐ.

Việc khám phát hiện sớm bệnh tiền ĐTĐ tại cộng đồng nhằm quản lý, điều trị kịp thời là rất quan trọng, nếu được phát hiện sớm sẽ kiểm soát tốt tình trạng từ tiền ĐTĐ sang ĐTĐ. Công tác phòng chống bệnh cần phải có sự tham gia của cộng đồng, góp phần cho việc thực hiện công tác phòng chống đái tháo đường đạt hiệu quả tại địa phương.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng có phần hạn chế đó là dùng xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường bằng dụng cụ thử máu mao mạch, tuy không phải là chuẩn vàng nhưng đã sàng lọc sớm được tiền ĐTĐ tại cộng đồng, với những trường hợp kết quả có đường huyết cao, đều được tư vấn và giới thiệu đến bệnh viện để khám tiếp và điều trị kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc tiền đái tháo đường ở người trưởng thành  $\geq 25$  tuổi tại tỉnh Thái Bình chiếm 15,2%, nam giới chiếm 18,6%, cao hơn so với nữ là 11,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (19,6%), nhóm tuổi 40-59 chiếm 17,0%, nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 17,3% và thấp nhất là nhóm tuổi 25-39 (5,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa các nhóm tuổi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ tiền ĐTĐ tăng cao hơn ở nhóm nghề hoạt động tĩnh tại. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc ĐTĐ giữa các nhóm nghề là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2004), “Thực trạng bệnh đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ ở 4 thành phố lớn ở Việt Nam”, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị Khoa học ngành Nội tiết và Chuyển hóa Việt Nam lần II*, NXB Y học, tr.512.
2. Tạ Văn Bình (2017), *Tình hình mắc bệnh đái tháo đường trên thế giới và Việt Nam* <https://suckhoenoitiet.vn/tinh-hinh-mac-benh-dai-thao-duong-tren-the-gioi-va-viet-nam.html>
3. American Diabetes Association (2010), “Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, Vol. 33, pp. S62 – S66
4. Yoon K.H., Lee J.H., Kim J.W., et al (2006), “Epidemic Obesity and Diabetes Type 2 in Asia”, *The Lancet*, Vol. 368, pp. 1681
5. Lã Ngọc Quang, Nguyễn Trọng Hà, Nguyễn Quốc Việt (2012), Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống đái tháo đường của người dân tại Thái Bình năm 2011, *Tạp chí Y học thực hành* (834), số 7/2012. Tr 131-136.
6. Nguyễn Huy Cường (2000), *Bệnh đái tháo đường – Những quan điểm hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, tr. 44-45, 72-76.
7. Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà, Bùi Công Đức (2014), Tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường týp 2 và tiền đái tháo đường của người dân từ 30-69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2014. *Tạp chí Y học thực hành* Tập XXVI, số 2 (175) 2016
8. Amy Hess-Fischl MS, How to prevent prediabetes from becoming type 2 diabetes. <https://www.endocrineweb.com/conditions/pre-diabetes/pre-diabetes>



# ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MẮT VÀ ĐỘ DÀY VÕNG MẠC Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Trung<sup>1</sup>, Tống Đức Minh<sup>1</sup>, Lê Tuấn Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Hùng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan một số tổn thương mắt và độ dày võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 57 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD typ 2 và khám phát hiện có 108 mắt có biến chứng mắt do đái tháo đường, tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 được hỏi, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm sinh hóa máu, chụp cắt lớp võng mạc bằng quang học (OST). **Kết quả:** đa số bệnh nhân có tổn thương cả 2 mắt chiếm 89,4% ; tỷ lệ BVMTĐ là 93,5%; độ dày VMTT HD trung bình là  $343,5 \pm 16,2 \mu\text{m}$ ; các tổn thương kèm ( đục thủy tinh thể, chắp, lẹo, khô mắt, glacom tân mạch, viêm bờ mi); độ dày VMTT và vị trí phù có mối tương quan với thị lực và các mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ; nhưng không có mối tương quan với thời gian phát hiện bệnh và giai đoạn bệnh. **Kết luận:** Bệnh mắt do đái tháo đường là biến chứng rất hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, đa số bệnh nhân khi có biến chứng thì có tổn thương cả 2 mắt hay gặp là: bệnh võng mạc do đái tháo đường, giảm thị lực, tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể cùng một số tổn thương khác: chắp, lẹo, khô mắt, viêm bờ mi, glacom tân mạch... Độ dày VMTT và vị trí phù có mối tương quan với thị lực nhưng không có mối tương quan với thời gian phát hiện bệnh và giai đoạn bệnh.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, bệnh mắt do đái tháo đường, bệnh võng mạc do đái tháo đường.

## SUMMARY ASSESSMENT RELATED SOME CHARACTERISTICS EYE INJURY AND RETINAL THICKNESS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Assess the relationship of some eye lesions and retinal thickness in patients with type 2 diabetes. Subjects

and methods: a descriptive study across 57 patients diagnosed with type 2 diabetes and current findings 108 eyes with diabetic eye complications, at the Joint-Endocrine Department, Military Hospital 103 were asked, clinical examination, blood biochemical tests, optical retinal tomography (OST). Results: the majority of patients with both eyes accounted for 89.4%; the rate of diabetes protection is 93.5%; The average thickness of the middle macula is  $343.5 \pm 16.2 \mu\text{m}$ ; accompanying lesions (cataract, flaccid, strabismus, dry eyes, neural arteriosus, blepharitis); the thickness of the middle macula and the edema position are correlated with visual acuity and these correlations are statistically significant ( $p < 0.05$ ); but there is no correlation with time to detect disease and disease stage. Conclusion: Diabetic eye disease is a very common complication in diabetic patients, most patients with complications have both common eyes: diabetic retinopathy, decreased visual acuity, glaucoma, cataract and some other lesions: occlusion, strabismus, dry eyes, lupus, glaucoma ... Thickness of middle macula and edema position are correlated with vision but There is no correlation with time to detect disease and disease stage.

**Keywords:** Diabetes mellitus, diabetic eye disease, diabetic retinopathy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTD) đang được xem là vấn đề cấp thiết của thời đại toàn thế giới, cũng như ở Việt Nam. Trong đó, ĐTD typ 2 chiếm tỷ lệ trên 90%, bệnh tiến triển từ từ, âm thầm gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại di chứng nặng nề cho người bệnh [1]. Tổn thương mắt là tổn thương thường gặp trên bệnh nhân ĐTD typ 2 và có mối liên quan chặt chẽ với tiến triển của bệnh lý này. Hậu quả của các tổn thương này từ gây ra các khó chịu trên bề

1. Học viện Quân Y
2. Bệnh viện Quân Y 175

» Ngày nhận bài: 01/02/2019 | » Ngày phản biện: 20/02/2019 | Ngày duyệt đăng: 28/02/2019

mặt nhãn cầu, giảm thị lực, ảnh hưởng chất lượng thị giác, đến mắt chức năng thị giác. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa chức năng thị giác và độ dày võng mạc trung tâm. Võng mạc dày lên là do hậu quả của tích tụ dịch trong các lớp của võng mạc, thường xuất hiện trong bất cứ giai đoạn nào của bệnh võng mạc do ĐTD [2]. Các phương pháp hiện đại phát hiện tổn thương võng mạc hiện nay gồm siêu âm nhãn cầu, chụp ảnh màu đáy mắt, chụp cắt lớp võng mạc bằng quang học (OCT), chụp mạch võng mạc có cản quang, chụp hệ mạch võng mạc bằng quang học (OCT-A). Trong đó OCT cho phép phát hiện các tổn thương vi thể do vậy có thể phát hiện bệnh sớm, cũng như theo dõi tiến triển một cách chính xác và khoa học [3]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về tổn thương mắt do ĐTD týp 2 nhưng có rất ít nghiên cứu đánh giá về mối liên quan giữa tổn thương mắt và độ dày võng mạc [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: **“Đánh giá mối liên quan giữa một số đặc điểm tổn thương mắt và độ dày võng mạc ở bệnh nhân ĐTD týp 2”**.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

57 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD týp 2 và khám phát hiện có 108 mắt có biến chứng mắt do đái tháo đường, tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 03/2017 - 7/2017.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Đã được chẩn đoán ĐTD týp 2

+ Khám phát hiện tổn thương tại mắt do ĐTD (bệnh VMĐTD, Đục thủy tinh thể, glôcôm, liệt vẫn nhãn, chắp lẹo, khô mắt)

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Có bệnh lý tại mắt trước đây.

+ Tổn thương mắt do nguyên nhân khác: tăng huyết áp, chấn thương, phẫu thuật...

+ Có bệnh nội tiết khác: Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chi...

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm sinh hóa máu, chụp cắt lớp võng mạc (chụp OCT võng mạc) vùng hoàng điểm có phân tích độ dày võng mạc trung tâm (VMTT), độ dày VM vùng hoàng điểm trung

bình, vị trí tăng độ dày, hình thái phù, diện tích tăng độ dày. Sau đó đánh giá mối liên quan giữa một số tổn thương mắt và độ dày võng mạc.

Các chỉ tiêu theo dõi:

- Đặc điểm bệnh nhân: theo nhóm tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, chỉ số đường máu lúc đói, chỉ số HbA1C, chỉ số Lipid máu. [5]

- Đặc điểm tổn thương mắt và độ dày võng mạc

+ *Thị lực:* Phân mức độ theo bảng phân loại của tổ chức Y tế thế giới (1997) [5].

+ *Triệu chứng cơ năng:* bao gồm các triệu chứng nhìn mờ, méo hình, ám điểm, ruồi bay, chớp sáng [6].

+ Các tổn thương mắt khác do ĐTD: Đục thủy tinh thể, khô mắt, viêm bờ mi, chắp, lẹo, glôcôm tân mạch.

+ *Độ dày võng mạc:* Độ dày trung tâm hoàng điểm, độ dày võng mạc trung bình, vị trí tăng độ dày, hình thái phù hoàng điểm.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

#### 1.1. Tuổi và giới

- *Về tuổi:*

Tuổi trung bình là  $64,7 \pm 11,8$  tuổi, cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi: Nhóm >50 tuổi (50) chiếm 87,72% nhiều hơn nhóm < 50 tuổi (7) chiếm 12,28%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ , test Chi square). Nhóm > 60 tuổi (43) chiếm 75,44% nhiều hơn nhóm < 60 tuổi (14) chỉ chiếm 24,56%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ , test Chi square). Bảng trên cũng cho thấy, ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng mắt, thì tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi chiếm ưu thế.

- *Mối liên quan giữa nhóm tuổi và giới tính.*

BN nữ chiếm 36,84% (21/57) thấp hơn số BN nam chiếm 61,16% (36/57) nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ , test Chi square).

#### 1.2. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh cao nhất là 20 năm, thấp nhất là 1 năm, trung bình  $8,3 \pm 5,2$  năm. Số BN có thời gian phát hiện <5 năm (15,79%), ít hơn số BN có thời gian phát hiện >5 năm (84,21%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (test Chi square).

### 2. Đặc điểm tổn thương mắt.

#### 2.1. Mắt có tổn thương

Số BN chỉ có tổn thương cả 1 mắt chiếm 10,6% ít hơn số BN có tổn thương cả 2 mắt chiếm 89,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (test Chi square).

**- Phân bố thị lực:**

Thị lực đánh giá theo thị lực chính kính tối đa với đơn vị LogMAR. Thị lực cao nhất là 0,3, thấp nhất là 1,0, trung bình là 0,7±0,3. Nhóm thị lực kém chiếm tỉ lệ 16,7%, nhóm thị lực trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 52,7%, nhóm thị lực tốt chiếm 30,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ , test Chi square).

**2.2. Các tổn thương mắt**

Trong các tổn thương tại mắt bao gồm tổn thương VM chiếm (93,5%), đục thủy tinh thể chiếm (79,6%), các tổn thương khác (chấp, lẹo, khô mắt, glacom tân mạch, viêm bờ mi) chiếm (25,9%). Như vậy, tổn thương VM là tổn thương thường gặp nhất.

**2.2.1. Tổn thương võng mạc**

Bằng các soi đáy mắt và chụp ảnh màu đáy mắt chúng

tôi phát hiện được sự xuất hiện của vi phình mạch là cao nhất chiếm 100%, sau đó là xuất huyết VM 90,7%, xuất tiết cứng 73,1%, xuất tiết mềm 63,8%. Trong khi đó nhóm triệu chứng biểu hiện của tăng sinh có tỷ lệ rất thấp tân mạch 12,03%, không có xuất huyết dịch kính và bong võng mạc.

**2.2.3. Một số tổn thương khác**

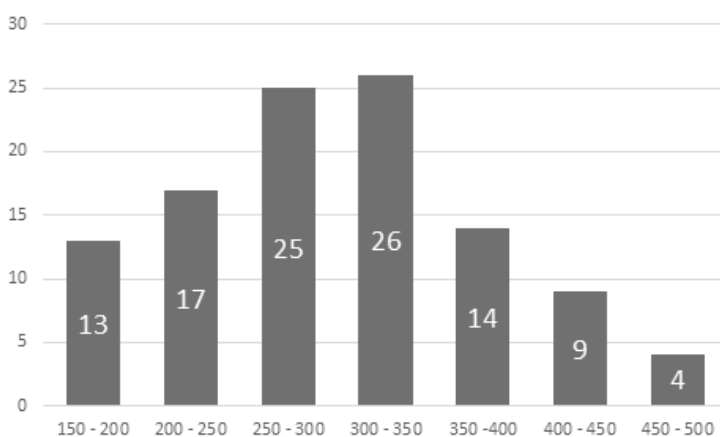
Số BN không có đục TTT là 14 (24,56%), ít hơn số BN có đục TTT là 43 (75,44%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  (test Chi square).

Biểu hiện khô mắt, viêm bờ mi gặp trên đa số mắt nghiên cứu là 41/108 và 36/108, còn biểu hiện của chấp lẹo, và glacom tân mạch ít gặp hơn.

**2.3. Độ dày võng mạc**

- Phân bố độ dày võng mạc trung tâm hoàng điểm (VMTT)

**Biểu đồ 1. Phân bố độ dày VMTT ( $\mu\text{m}$ )**



Độ dày VMTT HD (1mm đường kính trung tâm) trung bình: 343,5 ± 16,2  $\mu\text{m}$ , kích thước OCT thấp nhất là 163  $\mu\text{m}$ , lớn nhất là 469  $\mu\text{m}$ . Trong đó tập trung trong khoảng 300 - 400  $\mu\text{m}$  chiếm 64,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với các khoảng khác  $p > 0,05$ . Chúng tôi xác định phù HD khi độ dày VM trung tâm

(1mm đường kính)  $\geq 220 \mu\text{m}$ . Như vậy có 81 mắt có phù HD.

**3. Mối liên quan một số đặc điểm tổn thương mắt và độ dày VM trên OCT**

**3.1. Mối liên quan thời gian phát hiện bệnh và độ dày võng mạc trung tâm HD**

**Bảng 1. Liên quan thời gian phát hiện bệnh và độ dày VMTT HD**

Mức độ dày VM \ Thời gian	Không dày	Mức độ nhẹ	Mức độ TB	Mức độ nặng	Tổng
<5 năm	10 (55,56)	8 (44,44)	0	0	18
5-10 năm	9 (15)	32 (53,33)	15 (25)	4 (6,67)	60
>10 năm	8 (26,67)	14 (46,67)	2 (6,67)	6 (20)	30
Tổng	27 (25)	54 (50%)	17 (15,74)	10 (9,26)	108

Bảng trên cho thấy, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao (50%), mức độ trung bình chiếm 15,74% và mức độ nặng chiếm 9,26%. Thời gian mắc bệnh chủ yếu là 5 – 10 năm, tuy nhiên ở mức độ nặng tỷ lệ nhóm thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm ưu thế hơn (chiếm 60%).

Phân tích tương quan cho thấy: Độ dày VMTT không có tương quan với thời gian phát hiện bệnh có ý nghĩa

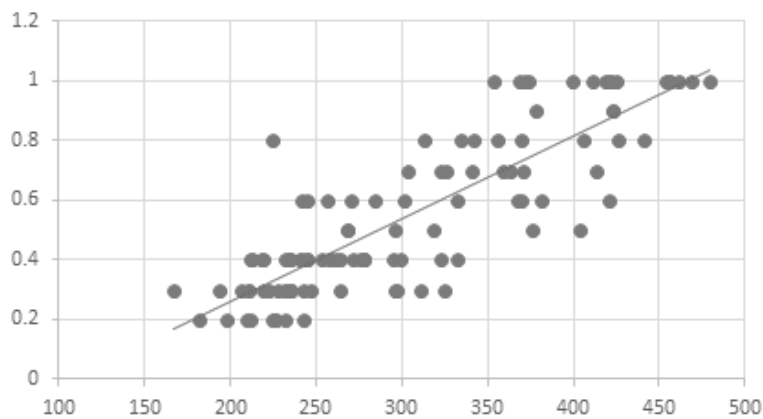
thống kê với  $r=0,23$ ,  $p>0,05$  (Test Pearson's). Như vậy, thời gian phát hiện không liên quan với độ dày VM.

**3.2. Mối liên quan thị lực và độ dày võng mạc trung tâm HD**

Thị lực có mối tương quan nghịch và chặt chẽ với độ dày VMTT, với

$r = -0,86$ , mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ , test Pearson's).

**Biểu đồ 2. Tương quan thị lực và độ dày VMTT**



**3.3. Mối liên quan một số đặc điểm tổn thương mắt và hình thái phù VM**

**3.3.1. Mối liên quan thời gian phát hiện bệnh và hình thái phù VM**

**Bảng 2. Liên quan thời gian phát hiện bệnh và hình thái phù HD**

Hình thái phù HD \ Thời gian	Phù khu trú (%)	Phù tỏa lan (%)	Phù dạng nang (%)
<5 năm	11 (20,3%)	0 (0%)	7 (77,8%)
5-10 năm	36 (66,7%)	11 (45,8%)	2 (22,2%)
>10 năm	17 (13%)	13 (54,2%)	0 (0%)
Tổng	54	24	9

Phù dạng nang xuất hiện chủ yếu ở BN có thời gian phát hiện bệnh <5 năm, phù tỏa lan xuất hiện nhiều trên BN có thời

gian phát hiện >10 năm, còn phù khu trú thường xuất hiện rải rác.

**3.3.2. Mối liên quan thị lực và hình thái phù VM**

**Bảng 3. Mối liên quan thị lực và hình thái phù VM**

Hình thái phù \ Thị lực	Dạng nang	Tỏa lan	Khu trú	p
Tốt	0 (0%)	0 (0%)	9 (16,7%)	< 0,05
Trung bình	0 (0%)	19 (79,2%)	32 (59,3%)	
Kém	9 (100%)	5 (20,9%)	13 (24%)	
Tổng	9	24	54	

Trong nhóm mắt có phù dạng nang chủ yếu có thị lực kém (100%), nhóm có phù khu trú có thị lực tốt và trung bình nhiều hơn thị lực kém khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (test Chi square); nhóm có phù tỏa lan có thị

lực trung bình nhiều hơn thị lực kém và thị lực tốt khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (test Chi square).

### 3.3.3. *Mối liên quan triệu chứng cơ năng và hình thái phù HĐ*

**Bảng 4. Liên quan triệu chứng cơ năng và hình thái phù HĐ**

Hình thái phù HĐ \ Triệu chứng	Phù dạng nang	Phù tỏa lan	Phù khu trú
Nhìn mờ	9 (100%)	24 (100%)	54 (100%)
Méo hình	9 (100%)	23 (95,8%)	35 (64,8%)
Ám điểm	9 (100%)	17 (70,8%)	37 (68,5%)
Rối loạn sắc giác	9 (100%)	18 (75%)	12 (22,2%)

Các triệu chứng xuất hiện đầy đủ trên mắt có phù dạng nang (100%), trên BN có phù khu trú có xuất hiện chủ yếu là nhìn mờ (100%) và ám điểm (68,5%), trên BN

phù tỏa lan chủ yếu là triệu chứng nhìn mờ (100%).

### 3.3.4. *Mối liên quan giai đoạn bệnh và hình thái phù VM*

**Bảng 5. Liên quan giai đoạn bệnh và hình thái phù HĐ**

Hình thái phù HĐ \ Triệu chứng		Phù dạng nang	Phù tỏa lan	Phù khu trú	Tổng
Giai đoạn chưa tăng sinh	Nhẹ	6 ((17,14)	7 (20)	22 (62,86)	35
	Trung bình	1 (3,85)	5 (19,23)	20 (76,92)	26
	Nặng	1 (7,14)	2 (14,29)	11 (78,57)	14
Giai đoạn tăng sinh	Nhẹ	1 (12,5)	6 (75)	1 (12,5)	8
	Trung bình	0	2 (100)	0	2
	Nặng	0	2 (100)	0	2
Tổng		9 (10,34)	24 (27,59)	54 (62,07)	87

Phù dạng nang xuất hiện ở các mắt đang ở giai đoạn sớm của bệnh VM ĐTD, ngược lại phù tỏa lan lại xuất hiện chủ yếu ở các mắt giai đoạn muộn, phù khu trú thì xuất hiện rải rác ở các giai đoạn.

### 3.4. *Mối liên quan một số đặc điểm tổn thương mắt và vị trí phù VM*

#### 3.4.1. *Mối liên quan thị lực và vị trí phù VM*

**Bảng 6. Mối liên quan thị lực và vị trí phù VM**

Vị trí phù \ Thị lực	Kém	Trung bình	Tốt	Tổng
Trung tâm	28 (34,6%)	52 (64,2%)	1 (1,2%)	81
Không trung tâm	0	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6

Ở nhóm phù VM trung tâm thì mức độ giảm thị lực chủ yếu là mức độ trung bình, còn ở nhóm phù VM không trung tâm thì chiếm chủ yếu ở mức độ thị lực tốt.

Thị lực trung bình trên mắt có phù VM trung tâm là  $0,8 \pm 0,12$  LogMAR, thấp hơn trên mắt có tăng độ dày VM không bao gồm vùng trung tâm là  $0,41 \pm 0,21$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test Anova). Như vậy, mắt có phù đúng vùng trung tâm 1mm sẽ làm thị lực giảm nhiều hơn.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 108 mắt của 57 bệnh nhân ĐTĐ tít 2, tại khoa Khớp – Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi nhận thấy bệnh mắt do đái tháo đường là biến chứng rất hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, thường xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi có thời gian mắc bệnh kéo dài, các yếu tố nguy cơ là việc kiểm soát đường máu không tốt, rối loạn mỡ máu... Đa số bệnh nhân khi có biến chứng thì có tổn thương cả 2 mắt chiếm với các triệu

chứng chủ yếu nhìn mờ, cộm vướng, méo hình, ám điểm. Các bệnh lý mắt hay gặp là: bệnh võng mạc do đái tháo đường, giảm thị lực, tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể cùng một số tổn thương khác : chầy, lẹo, khô mắt, viêm bờ mi, glacom tân mạch...

#### Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan và tổn thương mắt và độ dày VM

- Độ dày VMTT có mối tương quan nghịch chiều và chặt với thị lực ( hệ số  $r = -0,86$ ), mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ; nhưng không có mối tương quan với thời gian phát hiện bệnh và giai đoạn bệnh.

- Phù dạng nang xuất hiện ở giai đoạn sớm, có thời gian phát hiện bệnh  $< 5$  năm và thị lực kém, phù tỏa lan ở giai đoạn muộn có thời gian phát hiện bệnh  $> 10$  năm và thị lực trung bình.

- Vị trí phù có mối liên quan với thị lực, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , nhưng không có mối liên quan với thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zimmet P.Z., Carty D.M.C. (1997).** "The global Epidemiology of Non - Insulin - Dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrom". J. Diab. Comp, 11, pp. 60-68.
2. **IDF Clinical Guidelines Task Force (2005).** "Global Guideline for tít 2 diabetes". Brussels: international Diabetes Federation: 66-70.
3. **Tapp RJ, Shaw JE, Harper CA et al.** "The prevalence of and factors associated with diabetic retinopathy in the Australian population", Diabetes Care 2003; 26 (6): 1731-1737.
4. **Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A,** "Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review", Eye 2004; 18 (10): 963-983.
5. **Nguyễn Văn Lành (2014),** "Thực trạng bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp", Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
6. **Nguyễn Hải Quý Trâm và các cộng sự (2012),** "Tỷ lệ mỡ cơ thể và mức mỡ nội tạng", Tạp chí Nội tiết đái tháo đường, tr. 570-582.6.

# NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUY TRÌNH BÀO CHẾ VIÊN NANG (CHỨA PELLET) VITAGINSENG YDTB

Nguyễn Thị Kim Oanh<sup>1</sup>, Khổng Thị Hoa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Bộ môn Bào chế - Công nghiệp Dược, Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Đối tượng nghiên cứu là Nhân sâm và các Vitamin có trong công thức, các tá dược để làm pellet và đóng nang. Nội dung nghiên cứu bao gồm: Xây dựng công thức bào chế pellet chứa cao nhân sâm và quy trình, các thông số đùn tạo cầu. Xây dựng công thức bào chế pellet chứa các Vitamin nhóm B và quy trình, các thông số đùn tạo cầu, quy trình đóng thuốc vào nang cứng.

### - Kết quả nghiên cứu thu được:

Công thức bào chế pellet chứa cao nhân sâm là: Cao nhân sâm 40mg, Lactose 45mg, Avicel 53mg, Magnesi carbonat 1,5mg, Natri lauryl sulfat 0,6mg, Polyvinyl pyrrolidon vừa đủ, Aerosil 0,1mg, Đỏ Ponceau 4R vừa đủ.

Công thức bào chế pellet chứa Vitamin nhóm B là: Thiamin 2mg, Vitamin B2 2mg, Vitamin B5 10mg, Vitamin B6 2mg, Vitamin PP 10mg, Lactose 30mg, Avicel 40mg, Bột talc 4,2mg, Natri lauryl sulfat 0,3mg, Natri Carboxymethyl cellulose 1% 15ml.

- Bào chế được nang cứng (chứa các pellet trên) đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV và đặt tên là Vitaginseng - YDTB theo tỉ lệ như sau:

Pellet chứa nhân sâm: 61%

Pellet chứa vitamin B: 39%

## SUMMARY

### RESEARCH FOR DEVELOPING THE PREPARATION PROCESS OF CAPSULES (CONTAINING PELLET): VITAGINSENG YDTB

The research was conducted at Preparation - Pharmaceutical Industry Division, Pharmacy Department, Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. The subjects of research are Ginseng and

Vitamins included in the formula, excipients for pellet and capsule filling. The contents of the research include: Building pellet formula containing ginseng extract and process, extrusion parameters. Building pellet formula containing B group vitamins and process, extrusion parameters; the process of filling drugs into hard capsules.

### Research results obtained:

Pellet preparation formula containing ginseng extract: Ginseng extract 40mg, Lactose 45mg, Avicel 53mg, Magnesium carbonate 1,5mg, Sodium lauryl sulfate 0.6mg, Enough polyvinyl pyrrolidon, Aerosil 0.1mg, enough Red Ponceau 4R.

Pellet preparation formula containing B group vitamins: Thiamin 2mg, 2mg Vitamin B2, Vitamin B5 10mg, Vitamin B6 2mg, Vitamin PP 10mg, Lactose 30mg, Avicel 40mg, 4.2mg talcum powder, Sodium lauryl sulfate 0.3mg, Sodium Carboxymethyl cellulose 1% 15ml.

- Preparation of hard capsules (containing the above pellet) meets the Vietnam Pharmacopoeia IV standard and is named Vitaginseng - YDTB according to the following ratio:

Pellet containing ginseng: 61%

Pellet containing B group vitamins: 39%

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân sâm từ bao lâu nay được coi là một vị thuốc quý, nó hay được dùng kết hợp với các vitamin để làm thuốc tăng cường sinh lực cho cơ thể, dùng cho những người ăn uống kém, thể chất yếu, loạn đường, mệt mỏi, gầy mòn, stress, phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú, trẻ đang tuổi lớn và người già yếu...

Trên thị trường có khá nhiều những sản phẩm có thành phần như trên với nhiều dạng bào chế khác nhau.

## 1. Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả chính: Nguyễn Thị Kim Oanh, kimoanh110@gmail.com

SĐT: 0389002527

» Ngày nhận bài: 30/01/2019 | » Ngày phản biện: 20/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 28/02/2019

Hiện nay, trong công nghiệp sản xuất dược phẩm có nhiều công nghệ hiện đại trợ giúp cho kỹ thuật bào chế, Trường Đại học Y Dược Thái Bình có đầu tư một máy tạo pellet, máy đóng nang cứng bán tự động. Kết quả Nghiên cứu xây dựng quy trình bào chế viên nang (chứa pellet) Vitaginseng YDTB đã góp thêm một sản phẩm có chứa nhân sâm và các vitamin cho thầy thuốc và bệnh nhân có nhiều cơ hội lựa chọn thuốc và để khai thác trang thiết bị của nhà trường.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân sâm và các Vitamin có trong công thức.
- Các tá dược để làm pellet và đóng nang.

### 2.2. Nguyên liệu

#### 2.2.1. Nguyên liệu

Tất cả các nguyên liệu đưa vào nghiên cứu đều đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam 4 hoặc tiêu chuẩn của nhà sản xuất.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp bào chế pellet bằng phương pháp dùng máy đùn tạo cầu.

2.3.1.1. Xây dựng công thức pellet thích hợp để có hiệu suất cao.

Xây dựng khoảng 5-10 công thức với các tỷ lệ tá dược khác nhau để lựa chọn công thức thích hợp nhất.

Cao nhân sâm, Viatmin nhóm B sẽ làm pellet riêng.

2.3.1.2. Lựa chọn các điều kiện, các thông số thích hợp của máy đùn tạo cầu để tạo pellet đạt yêu cầu chất lượng.

2.3.2. Kiểm tra chất lượng của pellet [4], [1]

- Sự phân bố của kích thước hạt.
- + Sử dụng bộ phân tích kích thước hạt.
- Xác định tỉ trọng biểu kiến.
- Xác định độ ẩm: Dùng phương pháp sấy [1] trên thiết bị xác định độ ẩm nhanh Saitorius MA 30.
- Xác định độ trơn chảy.

### 2.3.3. Phương pháp bào chế viên nang cứng chứa pellet

#### \* Đóng nang

Chọn cỡ nang: Xác định cỡ nang sử dụng công thức:

$$m_{th} = d_{bk} \times V_{nang}$$

Trong đó:  $m_{th}$ : khối lượng hạt đóng nang.

$d_{bk}$ : tỷ trọng biểu kiến.

$V_{nang}$ : dung tích nang.

Phương pháp đóng pellet vào nang:

Quy trình đóng pellet vào nang: được thực hiện qua 3 giai đoạn:

- + Mở vỏ nang: bằng chân không.
- + Đóng pellet vào thân nang: bằng phương pháp đóng theo thể tích.
- + Đóng nắp nang: dùng áp lực không khí.

#### \* Hoàn chỉnh sản phẩm

Sau khi pellet được đóng vào nang, làm sạch bụi và loại bỏ những nang hỏng. Sản phẩm thu được được đem đóng gói, bảo quản nơi khô mát.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Kết quả bào chế các loại pellet

3.1.1. Kết quả thăm dò công thức tạo pellet có cao nhân sâm

**Bảng 3.1. Kết quả thăm dò công thức tạo pellet có cao nhân sâm**

Nguyên liệu (tính theo %)	Lô 1	Lô 2	Lô 3	Lô 4	Lô 5	Lô 6	Lô 7	Lô 8	Lô 9	Lô 10
Cao nhân sâm	40mg	40mg	40mg	40mg	40mg	<b>40mg</b>	40mg	40mg	40mg	40mg
Tinh bột sắn (mg)	10	8	6	4	2	<b>0</b>	0	0	0	0
Lactose (mg)	35	37	39	41	43	<b>45</b>	45	45	45	45
Avicel 101 (mg)	53	53	53	53	53	<b>53</b>	53	53	53	53
Magnesi carbonat (mg)	2	1,9	1,8	1,7	1,6	<b>1,5</b>	1,4	1,3	1,2	1
Natri lauryl sulfat (mg)	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	<b>0,6</b>	0,7	0,8	0,9	1
Polyvinyl pyrrolidon	vđ	vđ	vđ	vđ	vđ	<b>vđ</b>	vđ	vđ	vđ	vđ
Aerosil (mg)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	<b>0,1</b>	0,1	0,1	0,1	0,1
Đỏ Ponceau 4R (mg)	vđ	vđ	vđ	vđ	vđ	<b>vđ</b>	vđ	vđ	vđ	vđ



**Nhận xét:** Khi thăm dò 10 công thức có thành phần như trên, chúng tôi thấy công thức lô số 6 cho kết quả chấp nhận được: Không dùng tá dược độn là tinh bột sắn mà chỉ dùng 2 loại tá dược độn và tạo cầu chủ yếu lactose và avicel. Pellet tạo ra có kích thước đều hơn, qua rây sơ bộ

cho kết quả tốt hơn. Sau đó viên được bao màu đỏ trên nền bao để tạo hình thức hấp dẫn hơn.

Lô số 6 được chọn để làm thử tìm các thông số tiếp theo.

*3.1.2. Kết quả thăm dò các thông số của máy với pellet chứa cao nhân sâm*

**Bảng 3.2. Kết quả thăm dò các thông số của máy với pellet chứa cao nhân sâm**

Các chỉ tiêu lựa chọn	Lô 6a	Lô 6b	Lô 6c	Lô 6d	Lô 6e
Độ ẩm khối bột	15%	15,5%	16%	16,5%	17%
Tốc độ đùn (vòng/phút)	60	60	60	55	55
Tốc độ quạt gió (vòng/phút)	60	60	65	65	65
Tốc độ tạo cầu (vòng/phút)	700	680	650	630	600
Thời gian tạo cầu (phút)	20	20	20	20	20
Kích thước mắt sàng	1mm	1mm	1mm	1mm	1mm
Nhiệt độ đùn ( độ C)	40	40	40	40	40

**Nhận xét:** Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy:

Với các thông số máy của lô 6e, pellet thu được trong khoảng 1,00 - 1,25 mm có hiệu suất cao nhất, lượng pellet hư hao là ít nhất. Kiểm tra chất lượng của pellet đều đạt

yêu cầu. Với các thông số máy của lô 6e

*3.1.3. Kết quả thăm dò công thức tạo pellet có hỗn hợp các vitamin*

**Bảng 3.3. Kết quả thăm dò công thức tạo pellet có hỗn hợp các vitamin**

Nguyên liệu (tính theo %)	Lô 1	Lô 2	Lô 3	Lô 4	Lô 5
Thiamin	2	2	2	2	2
Vitamin B2	2	2	2	2	2
Vitamin B5	10	10	10	10	10
Vitamin B6	2	2	2	2	2
Vitamin PP	10	10	10	10	10
Tinh bột sắn	2	1	0.5	0	0
Lactose	70	60	50	40	30
Avicel 101	0	10	20	30	40
Bột talc	2.2	3.2	3.8	4	4.2
Natri lauryl sulfat	0.3	0.3	0.2	0.5	0.3
Natri Carboxymethyl cellulose 1%	10ml	12ml	13ml	14ml	15ml

**Nhận xét:** Thăm dò 5 công thức có thành phần như trên, chúng tôi thấy công thức lô số 5 cho kết quả tốt nhất: 2 loại tá dược độn và tạo cầu lactose 30% và avicel 40%, tá dược trơn là bột talc 4,2% và natri lauryl sulfat là 0,3%, tá dược dính dùng dung dịch Natri carboxymethyl cellulose 1% với lượng là 15ml. Pellet tạo ra có màu vàng

của Vitamin B2, có kích thước đều hơn, hình cầu, độ chắc cao, đem rây có kích thước đạt yêu cầu từ 1-1,25 mm chiếm 85%.

Lô số 5 được chọn để thử nghiệm dò thông số máy.

*3.1.4. Kết quả thăm dò các thông số của máy với pellet với các Vitamin còn lại*

**Bảng 3.6. Kết quả lựa chọn các thông số cho máy đùn tạo cầu**

Các chỉ tiêu lựa chọn	Lô 5a	Lô 5b	Lô 5c	Lô 5d	Lô 5e
Độ ẩm khối bột	17%	16,5%	16%	15,5%	<b>15%</b>
Tốc độ đùn (vòng/phút)	80	70	60	55	<b>50</b>
Tốc độ quạt gió (vòng/phút)	60	70	60	60	<b>60</b>
Tốc độ tạo cầu (vòng/phút)	800	700	680	650	<b>640</b>
Thời gian tạo cầu (phút)	10	15	20	15	<b>20</b>
Kích thước mắt sàng	1mm	1mm	1mm	1mm	<b>1mm</b>
Nhiệt độ đùn ( độ C)	40	41	42	43	<b>45</b>

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy thông số tốt nhất khi làm pellet có các vitamin còn lại là :

Tốc độ đùn là: 50 vòng/phút

Tốc độ tạo cầu là: 640 vòng/phút

Tất cả các công đoạn làm pellet đều phải ngắt gián đoạn vì bộ phận gia nhiệt của thiết bị không đáp ứng được các khối đùn sau một thời gian bị nóng lên và khó cắt đứt để tạo cầu.

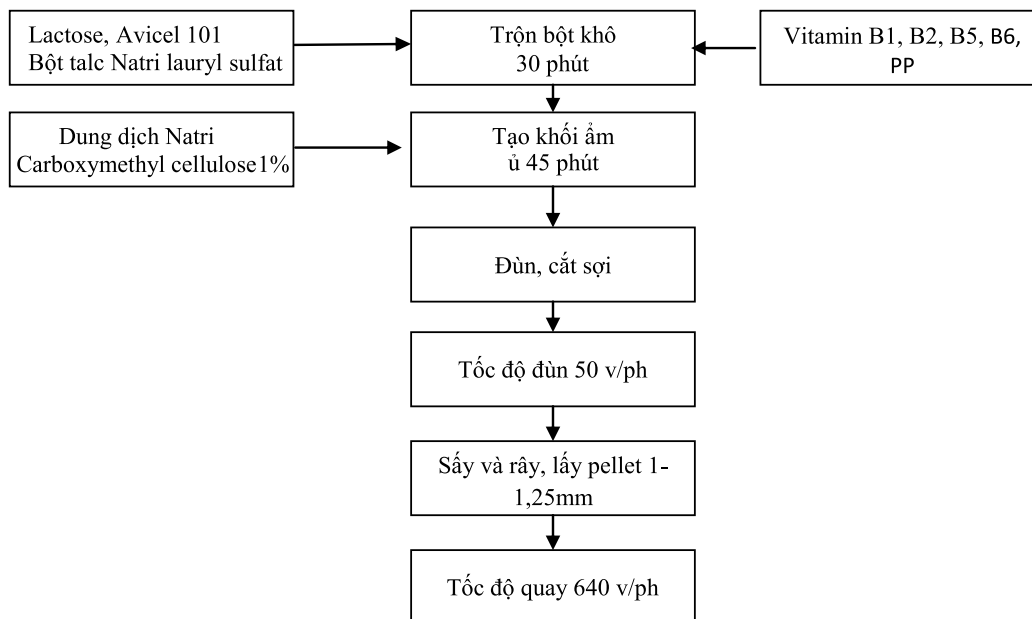
### 3.2. Kiểm tra chất lượng của pellet

3.2.1. *Cảm quan:* Các pellet có màu sắc đồng đều, tròn đều.

3.2.2. *Sự phân bố của kích thước hạt:*

Sử dụng bộ phân tích kích thước hạt. Mẫu pellet cần kiểm tra đi qua một loạt các rây có kích thước mắt rây nhỏ dần. Cân lượng pellet được giữ lại trên mỗi cỡ rây. Từ đó xác định cỡ hạt pellet đều từ 1mm-1,25 mm.

**Hình 3.1. Sơ đồ bào chế pellet các Vitamin nhóm B**



3.2.3. *Tốc độ trơn chảy:* 17,62 ± 0,91 (g/s), (n=5).

3.2.4. *Độ mài mòn:* 0,29 ± 0,07 % (n=5).

3.2.5. *Độ ẩm:* 2,62±0,12% (n=5).

### 3.3. Kết quả bào chế nang cứng chứa pellet

3.3.1. *Chọn cỡ nang:* Xác định cỡ nang sử dụng công thức:

$$m_{th} = d_{bk} \times V_{nang}$$

Trong đó:  $m_{th}$ : khối lượng hạt đóng nang

$d_{bk}$ : tỷ trọng biểu kiến

$V_{nang}$ : dung tích nang

Qua khảo sát nhận thấy với cỡ nang số 2 và dựa vào công thức ban đầu:

- Cao Nhân sâm..... 40 mg
- Vitamin B1.....2mg
- Vitamin B6..... 2 mg
- Vitamin B2..... 2 mg
- Vitamin B5.....10 mg
- Vitamin PP.....10 mg

Chúng tôi tiến hành trộn các pellet đã bào chế theo tỷ lệ như sau:

- Pellet chứa nhân sâm: 61%.
- Pellet chứa các vitamin: 39%.

Hỗn hợp pellet dùng đóng nang số 2 (dung tích 0,37ml).

### 3.3.2. Kết quả bào chế nang cứng chứa pellet

**Nhận xét:** Nang số 2 màu đỏ, trắng trong, có khối lượng trung bình 300mg.

Hình ảnh các kết quả như sau: pellet nhân sâm màu trắng và đỏ, pellet các vitamin màu vàng.

## 3.4. Bàn luận

### 3.4.1. Về kết quả tạo pellet

#### \* Thiết bị:

+ Phương pháp đùn tạo cầu sử dụng loại thiết bị đùn loại trục quay (cylinder roll) cho phép khắc phục được mặt hạn chế lớn nhất của phương pháp tạo Pellet bằng nồi bao truyền thống. Với phương pháp này, thời gian bào chế 1 mẻ pellet (400-500g) chỉ mất 1 giờ thay vì 2 ngày như với phương pháp dùng nồi bao truyền thống [8].

+ Thiết bị đùn cầu có tỉ lệ chiều dài/đường kính lỗ cắt không khớp, do đó sợi đùn mặc dù chắc nhưng không đều,

ổn định giữa các mẻ.

+ Thiết bị vẫn có khoảng chết nên nguyên liệu cũng bị thất thoát nhiều.

+ Trong tất cả các công đoạn tạo pellet, việc điều chỉnh độ ẩm khối bột và nhiệt độ đùn phải thích hợp để bảo đảm chất lượng. Thực tế khi tạo pellet luôn phải ngắt gián đoạn vì bộ phận gia nhiệt của thiết bị không đáp ứng được, các khối đùn sau một thời gian bị nóng trở nên dai và khó cắt đứt để tạo cầu.

#### \* Kết quả cho thấy thông số máy thích hợp nhất:

- Khi làm pellet có các vitamin B1, B2, B6, PP là :  
Tốc độ đùn là: 50 vòng/phút.

Tốc độ tạo cầu là: 640 vòng/phút.

- Khi làm pellet có cao nhân sâm là:

Tốc độ đùn là: 50 vòng/phút

Tốc độ tạo cầu là: 600 vòng/phút

Như vậy tốc độ tạo cầu phải điều chỉnh phụ thuộc vào thể chất của khối bột khi nạp vào máy.

### 3.4.2. Về kết quả đóng nang

Nang số 2 màu đỏ, trắng trong, có khối lượng trung bình 300 mg tương đối thích hợp. Để đảm bảo khối lượng đồng đều, các pellet phải có kích thước đều nhau, cỡ pellet đều từ 1mm - 1,25 mm, với tỷ lệ tá được tron thích hợp để có độ tron chày đạt  $17,62 \pm 0,91$  (g/s).

Nang có một nửa màu trong suốt tạo hình thức hấp dẫn vì có thể nhìn rõ các hạt pellet với màu sắc khác nhau được trộn đều bên trong [7].

## IV. KẾT LUẬN

1. Công thức bào chế pellet như sau:

Công thức bào chế pellet chứa cao nhân sâm	Công thức bào chế pellet chứa các Vitamin nhóm B
Cao nhân sâm: 40mg	Vitamin B1 2mg
Lactose (mg) 45	Vitamin B2 2
Avicel 101 (mg) 53	Vitamin B5 10
Magnesi carbonat (mg) 1,5	Vitamin B6 2
Natri lauryl sulfat (mg) 0,6	Vitamin PP 10
Polyvinyl pyrolidon vđ	Lactose 30
Aerosil (mg) 0,1	Avicel 101 40
Đỏ Ponceau 4R (mg) vđ	Bột talc 4,2
	Natri lauryl sulfat 0,3
	Natri Carboxymethyl cellulose 1% 15ml

2. Viên nang cứng (chứa các pellet trên) đóng vào nang số 2 và đặt tên là Vitaginseng - YDTB theo tỉ lệ như

sau: Pellet chứa nhân sâm: Pellet chứa các vitamin(61:39) đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam IV.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Dược điển Việt Nam IV*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2007), *Kỹ thuật sản xuất dược phẩm*, tập 1, 3, NXB Y học Hà Nội.
3. Đỗ Tất Lợi (2000), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Thạch Tùng, “*Nghiên cứu bào chế pellet clorpheniramin tác dụng kéo dài bằng phương pháp đùn tạo cầu*”, Khoá luận tốt nghiệp dược sĩ đại học 2010.
5. Trường Đại học Dược Hà Nội (2002), *Dược học cổ truyền*, NXB Y học, Hà Nội.
6. Trường Đại học Dược Hà Nội (2004), *Bài giảng dược liệu*, tập 1, 2.
7. Trường Đại học Dược Hà Nội (2006), *Kỹ thuật Bào chế và sinh dược học*, tập 1, 2, NXB, Hà Nội.
8. Trường Đại học Dược Hà Nội (2005), *Một số chuyên đề về bào chế hiện đại*, NXB Y học, Hà Nội.
9. Viện Dược liệu (2006), *Nghiên cứu thuốc từ thảo dược*, NXB Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.



# Kiến thức, Thái độ, Thực hành về Phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân Phường Quang Trung, Thành phố Thái Nguyên năm 2018

Lê Tuấn Anh<sup>1</sup>, Lê Đức Tùng<sup>1</sup>, Trương Thị Thùy Dương<sup>1</sup>, Nông Đức Thông<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết dengue của người dân phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên năm 2018. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 400 người dân có độ tuổi từ 18 trở lên. **Kết quả:** Trong 400 người dân được nghiên cứu thì tỷ lệ người dân hiểu biết đúng nguyên nhân (88.5%); biết đúng đường lây (84.69%); biết đúng triệu chứng (61.2%) và 79.5% biết đúng cách phòng chống bệnh sốt xuất huyết; 81.2% có thái độ sử dụng tốt biện pháp phòng tránh, và 100% có thái độ đúng về diệt muỗi phòng bệnh sốt xuất huyết. Có 88.5% tiến hành diệt muỗi và 71.5% tiến hành sử dụng các biện pháp phòng muỗi đốt, 44.5% tự giác tìm hiểu thông tin về bệnh.

**Từ khóa:** Nguyên nhân, đường lây, triệu chứng, kiến thức, thái độ, thực hành

## SUMMARY:

**KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE ON PREVENTION DENGUE FEVER OF QUANG TRUNG PEOPLE, THAI NGUYEN CITY IN 2018**

**Objectives:** Describe knowledge, attitude and practice on dengue prevention of people in Quang Trung ward, Thai Nguyen city in 2018. **Methods:** Cross-sectional descriptive research conducted on 400 people aged 18 and over. **Results:** Of the 400 people studied, the proportion of people who know the right reasons (88.5%); know the right route of transmission (84.69%); know the right symptoms (61.2%) and 79.5% know the right way to prevent dengue fever; 81.2% have a good attitude of using preventive measures, and 100% have the right attitude about killing mosquitoes for dengue fever. There are 88.5% of killing

mosquitoes and 71.5% of them use measures to prevent mosquito bites, 44.5% voluntarily find out information about diseases.

**Keywords:** Cause, transmission, symptoms, knowledge, attitude, practice.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính rất nguy hiểm do vi rút Dengue gây ra và được muỗi Aedes truyền qua vết đốt. Tại Việt Nam, sốt xuất huyết xảy ra đầu tiên vào năm 1959, từ đó đến nay đã trở thành dịch bệnh lưu hành với diễn biến ngày càng phức tạp trên cả nước nói chung và tỉnh Thái Nguyên nói riêng. Hiện vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vacxin phòng bệnh, biện pháp phòng bệnh chủ yếu là truyền thông để người dân biết phòng bệnh và diệt muỗi trong cộng đồng. Việc khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của người dân tại địa phương về phòng chống sốt xuất huyết là rất cần thiết để cung cấp thông tin hữu ích cho việc xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp với địa phương [1]. Đã có nghiên cứu về vấn đề này, nhưng ít có đề tài tiến hành ở khu vực miền núi và câu hỏi của chúng tôi đặt ra rằng liệu thực trạng KAP về phòng chống sốt xuất huyết ở người dân tại khu vực thị xã miền núi có thật sự tốt và liệu người dân có kiến thức, thái độ đúng cũng sẽ có thực hành đúng góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm sốt xuất huyết ở cộng đồng nói chung và cộng đồng miền núi nói riêng hay không? Vì vậy để trả lời cho câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau đây:

Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết ở người dân phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên năm 2018.

## 1. Trường ĐH Y Dược Thái Nguyên

Tác giả chính: Lê Tuấn Anh, SĐT: 0362396156 Mail: tuananhtump@gmail.com

» Ngày nhận bài: 24/01/2019 | » Ngày phản biện: 14/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 21/02/2019

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

*1. Đối tượng nghiên cứu:*

- Các chủ hộ gia đình hoặc người dân từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên.

*2. Địa điểm nghiên cứu:*

Phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên.

*3. Phương pháp nghiên cứu:*

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là số đối tượng phỏng vấn

p là tỷ lệ % đối tượng điều tra hiểu biết về HIV/AIDS được chọn = 0,5

$Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số giới hạn tin cậy với mức ý nghĩa = 0,05 có z = 1,96

d là độ chính xác mong muốn d=0,07.

Thay số liệu vào công thức trên, tính được cỡ mẫu điều tra là 196 hộ gia đình, do áp dụng kỹ thuật chọn mẫu PPS theo cụm nên để tăng độ chính xác cao nhân với hệ số thiết kế = 2, vậy nên n = 196 x 2 = 392 hộ gia đình. Nhưng thực tế chúng tôi tiến hành điều tra 400 người dân phường

Quang Trung, thành phố Thái Nguyên.

- Kỹ thuật chọn mẫu:

*Bước 1:* Với cỡ mẫu người dân, chọn mẫu cụm theo phương pháp chọn cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ (PPS). Chọn đơn vị cụm là tổ dân phố. Phường Quang Trung có tổng dân số theo thống kê là 32532 người, vậy khoảng cách mẫu (KCM) = 32532 : 30 cụm = 1084,4. Dựa vào bảng số ngẫu nhiên chọn ra số ngẫu nhiên có 4 chữ số nhỏ hơn 1084,4. Sau đó chọn cụm đầu tiên có số ngẫu nhiên vừa chọn.

Chọn cụm 2 = cụm 1 + KCM

Chọn cụm 3 = cụm 2 + KCM

Cứ như thế tiếp tục chọn cho đủ 30 cụm.

*Bước 2:* Chọn số hộ

Lấy n = 392 hộ : 30 cụm = 13 hộ. Vậy mỗi cụm sẽ lập danh sách số hộ gia đình và chọn ngẫu nhiên đơn lấy 13 hộ/1 cụm. Trên thực tế khi thu thập số liệu chúng tôi phỏng vấn 400 hộ gia đình.

*4. Chi số nghiên cứu:*

Tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống sốt xuất huyết.

*5. Phương pháp thu thập số liệu:*

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi nghiên cứu.

*6. Phương pháp xử lý số liệu*

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 18.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU (bảng tổng dự kiến)**

*Bảng 1. Kiến thức của người dân về bệnh sốt xuất huyết*

Kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết đúng nguyên nhân	354	88.5
Biết đúng mùa dịch lưu hành	267	66.7
Biết đúng khu vực lưu hành	311	77.7
Biết đúng đường lây	332	83.0
Biết đúng triệu chứng	245	61.2
Biết đúng cách phòng chống	318	79.5

**Nhận xét:**

Có tới 88.5% người dân biết đúng nguyên nhân, 66.7% biết đúng mùa dịch lưu hành, 77.7% biết đúng khu

vực lưu hành, 83.0% biết đúng đường lây, 61.2% biết đúng triệu chứng và 79.5% biết đúng cách phòng chống bệnh sốt xuất huyết.



**Bảng 2. Thái độ của người dân về thực hành phòng bệnh sốt xuất huyết**

Thái độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khả năng mắc bệnh	337	84.2
Ứng xử đúng khi nghi bệnh	229	57.2
Sử dụng biện pháp phòng tránh	325	81.2
Diệt muỗi để phòng bệnh	400	100

**Nhận xét:**

Bảng 2 cho thấy có 84.2% có thái độ đúng về khả năng mắc bệnh, có 57.2% ứng xử đúng khi nghi bệnh và

có 81.2% có thái độ sử dụng tốt biện pháp phòng tránh, và 100% có thái độ đúng về diệt muỗi phòng bệnh sốt xuất huyết.

**Bảng 3. Thực hành của người dân về phòng chống sốt xuất huyết.**

Thực hành	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biện pháp diệt muỗi	354	88.5
Biện pháp phòng muỗi đốt	286	71.5
Từng tìm hiểu thông tin về sốt xuất huyết	178	44.5

**Nhận xét:**

Bảng 3 cho thấy có 88.5% người dân thực hành tốt về biện pháp diệt muỗi, có 71.5% người dân thực hiện phòng muỗi đốt, và có 44.5% từng tìm hiểu thông tin về sốt xuất huyết.

nắm rõ đường lây bệnh nhưng vẫn chưa nắm rõ cách thức phòng bệnh hiệu quả.

Về thái độ phòng bệnh có tới 100% người dân đồng tình với việc diệt muỗi để phòng bệnh, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (90.1%) [3] và Võ Thị Hường (98.3%) [4]. Điều này cho thấy người dân đã hiểu rất rõ tầm quan trọng trong việc diệt muỗi và nơi sinh sản của muỗi là việc đầu tiên cần làm khi phòng bệnh sốt xuất huyết tuy thái độ về sử dụng các biện pháp phòng tránh vẫn còn chưa cao (81.2%).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 88.5% người dân hiểu đúng nguyên nhân gây bệnh sốt xuất huyết, cao hơn nghiên cứu của Trương Phi Hùng (43.5%) [2], 66.7% người dân biết đúng mùa dịch lưu hành và 77.7% biết đúng khu vực có lưu hành bệnh điều này cho thấy người dân ngày càng có nhận thức cao hơn trong việc tìm hiểu căn nguyên gây bệnh và những yếu tố lưu hành dịch bệnh. Có 61.2% người dân cho rằng triệu chứng bệnh SXH là sốt và xuất huyết. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (64.0%) [3] và Võ Thị Hường tại Tp. PleiKu năm 2002 [4] là 75.3% người dân biết đúng triệu chứng sốt của bệnh SXH, cao hơn của Trần Văn Hai (59.7%) [5]. Tỷ lệ người dân hiểu đúng về đường lây (83.0%) cũng ở mức tương đối cao tuy nhiên về kiến thức trong phòng chống bệnh (79.5%) lại thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (80.5%) [3], điều này cho thấy nhiều người dân tuy

Nghiên cứu cũng cho thấy dù thái độ về việc diệt muỗi chiếm 100% nhưng tỷ lệ tiến hành diệt muỗi trong cộng đồng mới chỉ đạt 88.5%, điều này cho thấy nhiều người dân dù hiểu nhưng vẫn chưa làm. Có thể do các yếu tố khách quan như cho thuê phòng trọ nhưng chủ nhà không quản lý và để ý kỹ càng dẫn đến vẫn chưa thực hiện được tốt công tác diệt muỗi phòng bệnh tại nơi cho thuê nhà. Tỷ lệ người dân sử dụng các biện pháp phòng muỗi đốt như nằm màn còn chưa cao (71.5%) thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Hà (88.8%) [6]. Qua kết quả phỏng vấn thu được chúng tôi cũng nhận thấy rằng nhiều người dân chỉ nắm bắt thông tin về bệnh qua các buổi truyền thông sức khỏe tại địa phương chứ chưa thực sự tự giác tìm hiểu thông tin về bệnh sốt xuất huyết từ các nguồn thông tin khác dẫn đến tỷ lệ này còn thấp chỉ đạt 44.5%.

**V. KẾT LUẬN**

**Kiến thức:** Có 88.5% người dân biết đúng nguyên nhân, 66.7% biết đúng mùa dịch lưu hành, 77.7% biết đúng khu vực lưu hành, 83.0% biết đúng đường lây, 61.2% biết đúng triệu chứng và 79.5% biết đúng cách phòng chống bệnh sốt xuất huyết.

**Thái độ:** 84.2% có thái độ đúng về khả năng mắc

bệnh, có 57.2% ứng xử đúng khi nghi bệnh và có 81.2% có thái độ sử dụng tốt biện pháp phòng tránh, và 100% có thái độ đúng về diệt muỗi phòng bệnh sốt xuất huyết.

**Thực hành:** 88.5% người dân thực hành tốt về biện pháp diệt muỗi, có 71.5% người dân thực hiện phòng muỗi đốt, và có 44.5% từng tìm hiểu thông tin về sốt xuất huyết.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế - Dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia (2006), “*Tổng kết hoạt động năm 2006, kế hoạch kế hoạch hoạt động 2007*”, Tp. HCM, 1/2007.
2. Trương Phi Hùng và Trần Thị Tuyết Nga (2011), “*Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh sốt xuất huyết của thân nhân bệnh nhân sốt xuất huyết tại Bệnh viện Nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh năm 2010*”, Tạp chí Y học TP.HCM, Tập XV, tr119-125.
3. Nguyễn Thị Kim Hoa (2011), “*Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế*”, Tạp chí Y học Thực hành, số 4/2011 (762)
4. Võ Thị Hương và Hoàng Anh Vương (2002), “*Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành về sốt xuất huyết của cộng đồng dân cư thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai*”, Tạp chí Y học Thực hành, Tập XIV, 4 (67)
5. Trần Văn Hai (2006), “*Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Bình Thành, huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp, năm 2006*”, “Hội nghị khoa học toàn quốc - Hội Y tế công cộng Việt Nam”, Hà Nội, tháng 12/2006, tr. 152 – 165
6. Nguyễn Thị Hải Hà (2016), “*Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân xã Minh Đạo, huyện Tiên Du, Bắc Ninh năm 2016*”, Báo cáo khoa học tại Liên hiệp Các hội khoa học và kỹ thuật Việt Nam, 2016.





# NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI BA HUYỆN THUỘC TỈNH HUNG YÊN NĂM 2017

Lưu Minh Châu<sup>1</sup>, Đinh Văn Tài<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng một số bệnh không lây nhiễm tại 3 huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu điều tra cắt ngang tiến hành tại 3 huyện của tỉnh Hưng Yên, thời gian từ 2/2017 đến 6/2017.

**Kết quả:** Điều tra 1221 hộ gia đình: số hộ gia đình có người bị bệnh tăng huyết áp là 26,29% (từ 20,5% đến 33,6%). Tỷ lệ chung bị tăng huyết áp ở người trên 60 tuổi là 40,06%, cao nhất ở huyện Văn Giang (52,27%), thấp nhất là huyện Yên Mỹ (35,03%). Số hộ gia đình có người bị bệnh đái tháo đường là 8,6%. Tỷ lệ chung bị đái tháo đường ở người trên 60 tuổi là 11,7%, cao nhất ở huyện Khoái Châu (15,1%), thấp nhất là huyện Văn Giang (8,5%). Tỷ lệ người trên 60 tuổi tự báo bệnh về xương khớp là 42,63%, cao nhất ở huyện Văn Giang (47,16%). **Kết luận:** Các bệnh không lây nhiễm (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh về xương khớp) chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt ở người trên 60 tuổi.

**Từ khóa:** Bệnh không lây nhiễm, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh về xương khớp

## SUMMARY:

**STUDY ON THE STATUS OF SOME NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THREE DISTRICTS OF HUNG YEN PROVINCE IN 2017**

**Objectives:** To describe the status of some non-communicable diseases in three districts of Hung Yen province in 2017. **Objects and methods:** Cross-sectional survey was conducted in three districts of Hung Yen province, from Feb 2017 to Jun 2017. **Results:** Survey of 1221 households: the percentage of households with hypertensive patients was 26.29% (from 20.5% to 33.6%). The prevalence of hypertension in people over 60 years old was 40.06%, highest in Van Giang district (52.27%), Yen My district was the lowest (35.03%). The percentage of households with diabetic patients was 8.6%. The

prevalence of diabetes in people over 60 years old was 11.7%, the highest in Khoai Chau district (15.1%), the lowest in Van Giang district (8.5%). The rate of people over 60 years old who reported musculoskeletal disorders was 42.63%, the highest in Van Giang district (47.16%). **Conclusion:** Non-communicable diseases (hypertension, diabetes mellitus, musculoskeletal disorders) account for a high proportion, especially in people over 60 years of age.

**Key words:** Non-communicable disease, hypertension, diabetes, musculoskeletal disorders

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm (KLN) là thách thức của toàn cầu và đang là gánh nặng rất lớn đối với xã hội và hệ thống Y tế. Từ vọng do các bệnh KLN luôn chiếm tỷ lệ cao và có xu hướng tăng lên ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm bệnh KLN cướp đi sinh mạng của 40 triệu người, chiếm 70% tổng số trường hợp tử vong trên thế giới. Có 15 triệu người tử vong mỗi năm do bệnh KLN trong độ tuổi từ 30-69, chiếm hơn 80% số trường hợp chết trẻ xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1].

Tại Việt Nam, trong tổng số người tử vong, tỷ trọng do bệnh KLN tăng từ 56% năm 1990 lên 72% năm 2010. Số người mắc bệnh KLN trong cộng đồng hiện nay rất lớn và ngày càng gia tăng, theo số liệu các điều tra nghiên cứu tỷ lệ người trưởng thành bị tăng huyết áp 25% (12,5 triệu người), tỷ lệ người 30-69 tuổi bị bệnh đái tháo đường 5,4% (2,5 triệu người), mỗi năm có khoảng 125.000 người mắc mới ung thư [2]. Theo ước tính của WHO, năm 2012, tại Việt Nam trong số 520.000 trường hợp tử vong do các nguyên nhân thì tử vong do bệnh KLN chiếm tới 73%, trong đó bệnh tim mạch 33%, ung thư 18%, đái tháo đường 3% [2].

Hung Yên là một tỉnh thuộc đồng bằng Bắc Bộ, đây cũng là vùng kinh tế trọng điểm của Bắc Bộ và tam giác kinh tế Hà Nội – Hải Phòng – Quảng Ninh. Trong

## 1. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

» Ngày nhận bài: 01/01/2019 | » Ngày phản biện: 17/01/2019 | » Ngày duyệt đăng: 22/02/2019

những năm gần đây, tỉnh Hưng Yên phát triển mạnh mẽ về mọi mặt kinh tế xã hội. Tuy nhiên, bên cạnh đó cũng xuất hiện nhiều thách thức, khó khăn, trong đó có vấn đề sức khỏe liên quan tới điều kiện kinh tế xã hội phát triển, đó là các bệnh KLN. Đặc biệt các vùng nông thôn của tỉnh, khi điều kiện kinh tế xã hội phát triển thì mô hình bệnh tật cũng thay đổi [3]. Mặc dù vậy, cho tới nay chưa có nghiên cứu nào đưa ra bức tranh thực trạng bệnh KLN ở Hưng Yên, đặc biệt ở những vùng nông thôn thuộc tỉnh, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Mô tả thực trạng một số bệnh không lây nhiễm tại 3 huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017”, từ đó làm cơ sở góp phần thực hiện các chương trình tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe người dân tại tỉnh Hưng Yên nói chung và tại các huyện nghiên cứu nói riêng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các hộ gia đình sinh sống tại 3 huyện: Văn Giang, Yên Mỹ, Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên. Người cung cấp thông tin từ 18 tuổi trở lên, có trạng thái tinh thần ổn định và đồng ý trả lời phỏng vấn.

### 2.2. Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được triển khai tại 3 huyện, tỉnh Hưng Yên thời gian từ 2/2017-6/2017.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu điều tra cắt ngang.

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

\* *Cỡ mẫu*: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang:

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

Trong đó:

p: tỷ lệ tăng huyết áp trong cộng đồng 25% (điều tra STEPS năm 2015 của Bộ Y tế) [4],[5]

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

d = 0,05

n = 288 hộ gia đình

Hệ số điều chỉnh: 1,2

Tính số hộ gia đình cần điều tra tại 1 huyện là  $288 \times 1,2 = 346$

Số HGĐ cần điều tra tại 03 huyện:  $346 \times 3 = 1.038$

Thực tế trong nghiên cứu phỏng vấn 1221 HGĐ

\* *Phương pháp chọn mẫu*: Mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 2 xã; mỗi xã chọn 2 thôn. HGĐ trong 2 thôn sẽ chọn theo mẫu ngẫu nhiên đơn: chọn đủ 200 HGĐ tham gia nghiên cứu.

### 2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Bộ công cụ điều tra Y xã hội học:

+ Phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn

+ Bộ công cụ đã được thử nghiệm trước khi áp dụng vào nghiên cứu.

- Người cung cấp thông tin tự khai tình hình bệnh tật và sức khỏe các thành viên trong gia đình trên cơ sở người mắc bệnh là người đang dùng thuốc điều trị bệnh và/hoặc đã được thầy thuốc chẩn đoán bệnh.

- Điều tra viên, giám sát viên là những người có kiến thức y dược và được tập huấn kỹ trước khi tham gia nghiên cứu.

### 2.6. Xử lý và phân tích

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm EPI-DATA và phân tích sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0, dùng test  $\chi^2$  để so sánh tỷ lệ.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Thông tin chung

**Bảng 3.1. Số gia đình tại 3 huyện tham gia nghiên cứu**

Huyện	Số gia đình tham gia NC	Tỷ lệ %	Số dân	Tỷ lệ%	Quy mô hộ gia đình (người/hộ)
Khoái Châu	401	32,84	1753	33,23	4,37
Văn Giang	420	34,39	1771	33,57	4,22
Yên Mỹ	400	32,76	1751	33,19	4,38
Chung	1221	100	5275	100	4,32

Số HGĐ tham gia nghiên cứu tại 3 huyện là tương đương nhau. Số người trung bình trong HGĐ là 4,32 người.

**Bảng 3.2. Số HGD có người trên 60 tuổi**

Huyện	Số hộ gia đình có người trên 60 tuổi			Số người trên 60 tuổi			Số người trên 60 tuổi TB/hộ
	n	Tần số	%	n	Tần số	%	
Khoái Châu	401	176	43,89	1753	271	15,46	0,68
Văn Giang	420	129	30,71	1771	176	9,94	0,42
Yên Mỹ	400	118	29,5	1751	177	10,11	0,44
Chung	1221	423	34,64	5275	624	11,83	0,51

Số HGD có người trên 60 tuổi tại 3 huyện chiếm 34,64%, cao nhất ở Khoái Châu (43,89%). Tỷ lệ người trên 60 tuổi trong tổng số người nghiên cứu là 11,83%, cao

nhất ở Khoái Châu (15,46%).

3.2. Thực trạng một số bệnh không lây nhiễm

3.2.1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp

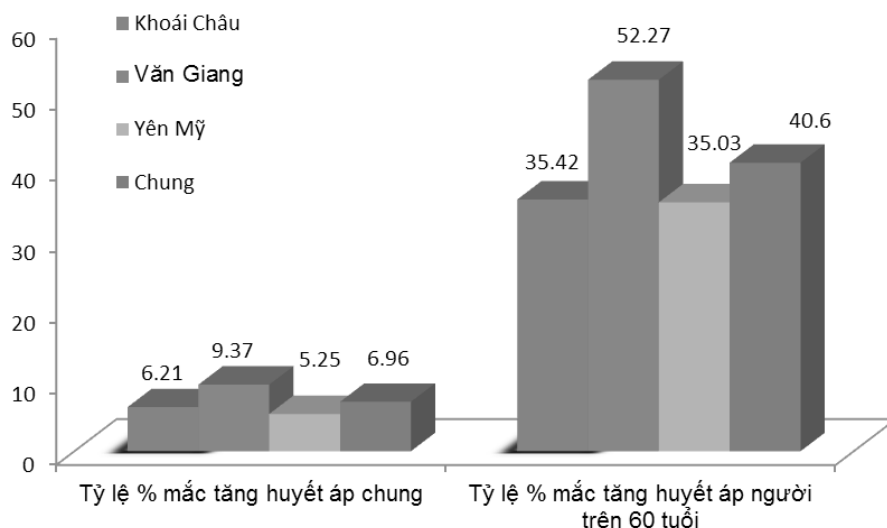
**Bảng 3.3. Thực trạng bệnh tăng huyết áp**

Thực trạng bệnh tăng huyết áp	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
HGD có người bị bệnh THA (%)	97/401 (24,19)	141/420 (33,6)	83/400 (20,5)	321/1221 (26,29)
HGD có 1 người bị THA (%)	85/97 (87,62)	117/141 (82,98)	74/83 (89,15)	276/321 (85,98)
HGD có 2 người bị THA (%)	12/97 (12,37)	23/141 (16,31)	9/83 (10,85)	44/321 (13,71)
HGD có 3 người bị THA (%)	0/97 (0,0)	1/141 (0,71)	0/83 (0,0)	1/321 (0,31)

Tỷ lệ HGD có người bị bệnh THA tại 3 huyện là 26,29%, cao nhất ở Văn Giang (33,6%). Hầu hết HGD chỉ

có 1 người bị THA (85,98%), chỉ có 1 HGD ở Văn Giang có 3 người bị THA.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người trên 60 tuổi tăng huyết áp**



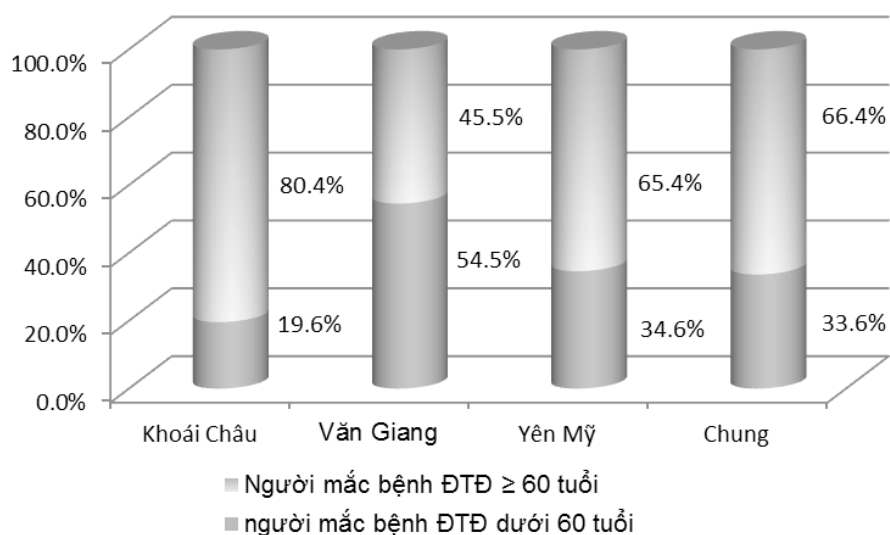
Tỷ lệ bị THA chung ở 3 huyện 6,96% . Tỷ lệ chung bị Văn Giang (52,27%).  
 THA ở người trên 60 tại cả 3 huyện là 40,06%, cao nhất ở 3.2.2. *Thực trạng bệnh Đái tháo đường*

**Bảng 3.4. Tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường**

Thực trạng bệnh ĐTĐ	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
HGD có người bị bệnh ĐTĐ (%)	47/401 (11,7)	32/420 (7,6)	26/400 (6,5)	105/1221 (8,6)
Người bị ĐTĐ (%)	51/1753 (2,9)	33/1771 (1,9)	26/1751 (1,5)	110/5275 (2,1)
Người >60 tuổi bị ĐTĐ (%)	41/271 (15,1)	15/176 (8,5)	17/177 (9,6)	73/624 (11,7)

Tỷ lệ chung HGD có người bị ĐTĐ ở cả 3 huyện ở người trên 60 ở cả 3 huyện là 11,7%, cao nhất cũng ở là 8,6%, cao nhất ở Khoái Châu (11,7%). Tỷ lệ bị ĐTĐ Khoái Châu (15,1%).

**Biểu đồ 3.2. Người mắc bệnh đái tháo đường phân bố theo tuổi**



Nhìn chung, người trên 60 tuổi bị ĐTĐ (66,4%) cao hơn người dưới 60. Tuy nhiên, ở huyện Văn Giang thì người dưới 60 bị ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao hơn (54,5%).  
 3.2.3. *Thực trạng một số bệnh không lây nhiễm khác*

**Bảng 3.5. Tỷ lệ gia đình có người mắc một số bệnh không lây nhiễm khác**

Bệnh không lây nhiễm khác	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
HGD có người bị bệnh Gout (%)	07/401 (1,75)	14/420 (3,3)	10/400 (2,5)	31/1221 (2,5)
HGD có người bị bệnh ung thư (%)	3/401 (0,75)	3/420 (0,75)	0/400 (0,0)	6/1221 (0,5)
HGD có người bị bệnh xương khớp (%)	161/401 (40,15)	180/420 (42,9)	106/400 (26,6)	447/1221 (36,6)

Tỷ lệ HGD có người mắc bệnh Gout là 2,5%, ung thư 0,5% và bệnh về xương khớp 36,6%.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ người mắc một số bệnh không lây nhiễm khác**

Thực trạng bệnh không lây nhiễm khác	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
Người bị bệnh xương khớp (%)	208/1753 (11,87)	236/1771 (13,33)	123/1751 (7,02)	567/5275 (10,75)
Người bị bệnh ung thư (%)	3/1753 (0,17)	3/1771 (0,17)	0/1751 (0,0)	6/5275 (0,1)
Người bị bệnh Gout (%)	7/1753 (0,4)	14/1771 (0,79)	10/1751 (0,57)	31/5275 (0,6)

Tỷ lệ người mắc bệnh về xương khớp là 10,75%.

Kết quả phân tích sâu hơn liên quan tới độ tuổi cho thấy tỷ lệ người trên 60 tuổi tự báo cáo bị bệnh về xương khớp là 42,63%, cao nhất ở Văn Giang (47,16%).

#### IV. BÀN LUẬN

Theo Liên Hiệp quốc, người cao tuổi là những người từ 60 tuổi trở lên. Từ năm 2012, Việt Nam đã bước sang giai đoạn già hóa khi số người từ 60 tuổi trở lên chiếm 10,2% tổng số dân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người cao tuổi tại 3 huyện là 11,83%, cao nhất là tại huyện Khoái Châu (15,46%). Số người trung bình sống trong HGD là 4,32 người. Kết quả này phù hợp với Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2016 về tỷ lệ người cao tuổi khu vực đồng bằng Sông Hồng (13,8%) [6].

Tăng huyết áp (THA) là bệnh KLN phổ biến trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam với tỷ lệ ngày càng tăng mặc dù đã có nhiều biện pháp can thiệp. THA đứng hàng thứ 3 trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu của các bệnh KLN, là nguyên nhân gây tử vong của 7,1 triệu người, chiếm 4,5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu. Hiện nay, cứ trung bình 10 người lớn có 4 người bị THA. Theo WHO, mỗi năm có 17,5 triệu người chết về các bệnh tim mạch trên thế giới, trong đó, bệnh nhân tử vong vì THA và biến chứng của THA trên 7 triệu người. Tại Việt Nam, năm 2000 có khoảng 16,3% người lớn bị THA, đến năm 2009 tỷ lệ THA ở người lớn là 25,4% và năm 2016 tỷ lệ người lớn bị THA đang ở mức báo động là 48%, một mức báo động đỏ trong thời điểm hiện tại [1],[2],[4].

Theo nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2016), tỷ lệ người cao tuổi tự khai bị THA là 64,25% [7]. Theo kết quả Điều tra quốc gia bệnh KLN năm 2015, tỷ lệ THA ở nhóm 30-69 tuổi là 30,6% [6]. Kết quả điều tra 1221 hộ gia đình của chúng tôi tại 6 xã thuộc 3 huyện của tỉnh Hưng Yên, có 321 gia đình có người bị THA (26,3%), trong đó tỷ lệ chung người trên 60 tuổi bị THA là 40,06%, cao nhất ở Văn Giang (52,27%), thấp nhất ở Yên Mỹ (35,03%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của

Nguyễn Kim Kế về nghiên cứu mô hình kiểm soát THA ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên năm 2009 (28,2%) [8], điều này có thể do người dân ở thị xã Hưng Yên có điều kiện được chăm sóc sức khỏe, kiểm soát phòng ngừa bệnh THA tốt hơn người dân ở các huyện.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mang tính xã hội cao ở nhiều quốc gia bởi tốc độ phát triển nhanh chóng, mức độ nguy hại đến sức khỏe. Theo WHO, năm 1985 mới chỉ có khoảng 30 triệu người bị ĐTĐ trên toàn cầu, đến năm 2004 tăng lên thành 98,9 triệu người, năm 2012 tăng lên 346 triệu người ĐTĐ và ước tính có thể tăng gấp đôi vào năm 2030 nếu không có biện pháp can thiệp thích hợp. Ước tính cứ mỗi 6 giây trên toàn thế giới có một người chết do ĐTĐ [1],[2],[5]. Việt Nam không xếp vào 10 nước có tỷ lệ ĐTĐ cao nhất nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển bệnh nhanh, tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc đã tăng gấp đôi từ 2,7% (năm 2002) lên 5,4% (năm 2012) [9]. Năm 2000, Việt Nam có 791.653 người bị ĐTĐ và dự báo tăng lên 2.342.879 người vào năm 2030 [4].

Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội, tuổi thọ của con người ngày càng cao và bệnh tật thường gia tăng với tuổi già, nhất là ĐTĐ. Đào Thị Dừa khi nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế, tuổi trung bình 56,9±16,4 [10]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người cao tuổi (trên 60 tuổi) là 11,7%.

Qua kết quả điều tra 1221 hộ gia đình (HGD) tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên, có 105 HGD có người bị ĐTĐ (chiếm 8,6%), trong đó tỷ lệ người trên 60 tuổi bị ĐTĐ là 11,7 %, cao nhất là huyện Khoái Châu (15,1%), tiếp đến huyện Yên Mỹ (9,6%) và Văn Giang (8,5%), kết quả này cao hơn so với tỷ lệ ĐTĐ của 4 thành phố lớn Hà Nội, Hải Phòng, Huế, TP Hồ Chí Minh theo cuộc điều tra của Tạ Văn Bình và các cộng sự năm 2002 là 4,4% [11].

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh xương khớp được xếp vào nhóm 10 bệnh gây tàn tật cao nhất ở người cao tuổi (NCT). Kết quả điều tra y tế hộ gia đình năm 2015 với cỡ mẫu đại diện toàn quốc các triệu chứng/bệnh do NCT tự báo cáo, bệnh lý cơ xương khớp là 10%. Bệnh viêm khớp

là một trong các bệnh phổ biến ở NCT với tỷ lệ mắc là 34% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại 6 xã thuộc 3 huyện tỉnh Hưng Yên cho thấy tỷ lệ người trên 60 tuổi tự báo cáo bị bệnh về xương khớp là 42,63%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành ở Tiền Hải, Thái Bình, tỷ lệ bệnh xương khớp là 58,7% [12].

## V. KẾT LUẬN

Qua điều tra 1221 hộ gia đình tại 3 huyện thuộc tỉnh

Hưng Yên năm 2017, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Số hộ gia đình có người bị bệnh THA là 26,29% (từ 20,5% đến 33,6%). Tỷ lệ chung bị THA ở người trên 60 tuổi là 40,06%, cao nhất ở Văn Giang (52,27%), thấp nhất là Yên Mỹ (35,03%).

- Số hộ gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ là 8,6%. Tỷ lệ chung bị ĐTĐ ở người trên 60 tuổi là 11,7%, cao nhất ở Khoái Châu (15,1%), thấp nhất là Văn Giang (8,5%).

- Tỷ lệ người trên 60 tuổi tự báo bệnh về xương khớp là 42,63%, cao nhất ở huyện Văn Giang là 47,16%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2017). Key Facets. Noncommunicable Diseases. Source: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Update: 21/6/2017. Access: 20/5/2018.
2. World Health Organization (2014), *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles*.
3. UBND tỉnh Hưng Yên (2017). Cổng thông tin điện tử tỉnh Hưng Yên. Nguồn: <http://hungyen.gov.vn/portal/Pages/2017-3-17/So-lieu-thong-ke-linh-vuc-Y-te-Van-hoa-va-The-thao6vsn3d.aspx>. Cập nhật: 30/7/2016. Truy cập: 20/5/2018.
4. Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế (2016). Công bố kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015. <http://vncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/1003/cong-bo-ket-qua-dieu-tra-quoc-gia-yeu-to-nguy-co-benh-khong-lay-nhiem-nam-2015>. Cập nhật: 9/9/2016, truy cập: 20/5/2018.
5. GSO-HMU-WHO (2015). Viet Nam National STEPS Survey 2015-facesheet.
6. Bộ Y tế (2017). *Báo cáo tổng quan chung ngành Y tế 2016*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
7. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2016). Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt về thực trạng sức khỏe, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tại 6 tỉnh thuộc 6 vùng kinh tế xã hội của Việt Nam năm 2014-2015. Hà Nội.
8. Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập và cộng sự (2008). Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên. *Tạp chí Y học Thực hành*, số 1/2013, tr.128-131.
9. Nguyen CT, et al (2015). Prevalence of and risk factors for type 2 diabetes mellitus in Vietnam: a systematic review. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 2015, 27(6), pp.588-600.
10. Đào Thị Dừa (2007). Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường. *Tạp chí Y học Thực hành*, 2007, 616, tr.349-357.
11. Tạ Văn Bình, Hoàng Kim Ước và cs (2004). *Báo cáo tóm tắt những kết quả chính của nghiên cứu “Dịch tễ hoạch bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường trong phạm vi toàn quốc”*. Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội, tr.339-52.
12. Lê Vũ Anh và các cộng sự (2010), Xây dựng mô hình nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia tích cực trong một chương trình can thiệp y tế cộng đồng ở Tiền Hải, Thái Bình, *Báo cáo toàn văn Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Y tế cộng đồng Việt Nam lần thứ VI*, chủ biên, Nha Trang, Khánh Hòa, tr.128-141.

# TÁC DỤNG CẢI THIỆN CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI CỦA TẬP KHÍ CÔNG DƯỠNG SINH SAU RỬA PHỔI Ở BỆNH NHÂN BỤI PHỔI SILIC CÓ RỐI LOẠN THÔNG KHÍ TẮC NGHẼN TẠI BỆNH VIỆN THAN KHOÁNG SẢN NĂM 2017

Đinh Khánh Hường<sup>1</sup>, Lưu Minh Châu<sup>2</sup>, Đinh Văn Tài<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng cải thiện chức năng thông khí phổi của tập khí công dưỡng sinh sau rửa phổi ở bệnh nhân bụi phổi Silic có rối loạn thông khí tắc nghẽn ở bệnh nhân bụi phổi Silic tại Bệnh viện Than Khoáng sản năm 2017. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh trước sau có đối chứng giữa hai nhóm được tiến hành trên 60 bệnh nhân bụi phổi Silic nội trú tại Bệnh viện Than Khoáng sản, thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2017. **Kết quả:** Sau điều trị, mức tăng các thông số về chức năng thông khí phổi (các chỉ số: VC, FVC, Tiff, MEF75, MEF50, MEF25, MVV,...) của bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn ở nhóm có tập khí công dưỡng sinh cao hơn nhóm không tập khí công dưỡng sinh có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Chức năng thông khí phổi của bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn được cải thiện rõ rệt (thể tích phổi, lưu lượng tối đa, thông khí tối đa,...) sau tập khí công dưỡng sinh.

**Từ khóa:** Khí công dưỡng sinh, chức năng thông khí phổi, bệnh bụi phổi silic, rối loạn thông khí tắc nghẽn

## SUMMARY

**EFFECT OF QICONG EXERCISE AFTER LUNG LAVAGE IN IMPROVING PULMONARY VENTILATION FUNCTION AMONG SILICOSIS PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE VENTILATION DISORDER AT MINERAL COAL HOSPITAL IN 2017**

**Objective:** To assess the effect of Qicong exercise after lung lavage in improving pulmonary ventilation function among Silicosis patients with obstructive ventilation disorder at Mineral Coal Hospital in 2017. **Subjects and methods:** A randomized controlled trial

between two groups was conducted on 60 patients with silicosis at Coal Mineral Hospital, from Mar 2017 to Aug 2017. **Results:** After treatment, the parameters of pulmonary ventilation function (VC, FVC, Tiff, MEF75, MEF50, MEF25, MVV, ...) in Silicosis patients with obstructive ventilation disorder were increased more than in the group with exercising Qigong compared the group without exercising Qicong, this different was statistically significant ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The pulmonary ventilation function of patients with obstructive ventilation disorder was significantly improved (lung volume, maximum flow, maximum ventilation, ...) after the exercise of Qigong.

**Key words:** Qigong, pulmonary ventilation function, silicosis, obstructive ventilation disorder

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi Silic (Silicosis) là do người lao động khai thác, chế biến than, đá, quặng, hít phải bụi trong thời gian dài có những biểu hiện triệu chứng về hô hấp như ho, tức ngực, khạc đờm nhiều [1].

Theo nhận xét của Hội nghị tư vấn Silicosis, Geneve 1989: ở các nước đang phát triển, biện pháp ngăn chặn bụi không hiệu quả, nồng độ bụi hô hấp cao, công nhân thường phải làm việc gắng sức, nguy cơ mắc Silicosis tăng cao [2],[3]. Tại Việt Nam, Silicosis nghề nghiệp là bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong 28 bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm hiện nay, tính đến cuối năm 2011, tổng số mắc bệnh nghề nghiệp của Việt Nam là 27.246 trường hợp, trong đó Silicosis chiếm tới 74,40% [4].

Silicosis là một bệnh xơ hóa phổi không hồi phục, hiện không có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ có các loại thuốc chữa triệu chứng và nâng cao thể trạng, giúp làm giảm,

1. Bệnh viện Than Khoáng sản

2. 3 Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

» Ngày nhận bài: 01/01/2019 | » Ngày phản biện: 20/01/2019 | » Ngày duyệt đăng: 31/01/2019

ngừng tiến triển bệnh [2]. Phương pháp khí công dưỡng sinh dựa trên vũ trụ quan và nhân sinh quan để giúp con người sau khi tập luyện có một sức khỏe tốt, một cuộc sống lành mạnh và kéo dài tuổi thọ [5].

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu đề cập đến một số phương pháp điều trị Silicosis. Kỹ thuật rửa phổi giúp loại bỏ toàn bộ bụi phổi và đại thực bào đã nuốt bụi làm giảm sự xơ hóa tiến triển của bệnh, giảm tắc nghẽn đường thở, nâng cao tuổi thọ người bệnh. Hiện nay kỹ thuật tiên tiến nhất này được thực hiện duy nhất tại Bệnh viện Than và Khoáng sản từ năm 2005. Đồng thời, việc kết hợp phương pháp tập khí công dưỡng sinh (KCDS) sau rửa phổi, giúp phục hồi chức năng phổi cho người bệnh mang lại nhiều hiệu quả tốt, tăng cường sức khỏe, phòng và cải thiện tình trạng bệnh lý mạn tính.

Tuy nhiên tại Bệnh viện Than Khoáng sản, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đề cập một cách đầy đủ về tác dụng cải thiện chức năng thông khí phổi của việc tập KCDS sau rửa phổi trong điều trị bệnh nhân Silicosis có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu “*Đánh giá tác dụng cải thiện chức năng thông khí phổi của tập khí công dưỡng sinh sau rửa phổi ở bệnh nhân bụi phổi Silic có rối loạn thông khí tắc nghẽn*”, qua đó giúp Bệnh viện có một bức tranh khái quát về vấn đề này để cải thiện và nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 bệnh nhân Silicosis nội trú tại Bệnh viện Than Khoáng sản.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Chẩn đoán xác định Silicosis dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán xác định (tiêu chuẩn chẩn đoán của Viện Y học lao động 1992)

- Các bệnh nhân đều có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, rõ ràng: địa chỉ, tình trạng vào viện (lâm sàng và cận lâm sàng).

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiền sử tiếp xúc bụi silic: Làm ở môi trường nồng độ silic vượt quá giới hạn cho phép. Thời gian tiếp xúc bụi  $\geq 5$  năm ( $< 5$  năm phải được hội chẩn các bác sỹ chuyên khoa).

- Hình ảnh Xquang: Tổn thương xơ hạt không hồi phục, không mất đi giữa các phim Xquang.

\* *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền (YHCT)*

- Đàm thấp trở phế gàn tương đương với biểu hiện lâm sàng của bệnh Silicosis

- Nguyên nhân: Do cảm phải phong, hàn, thấp tà hoặc do ho khó thở lâu ngày gây ra đàm thấp trở phế.

- Biểu hiện lâm sàng: Ho khạc ra nhiều đờm dính, dễ khạc, tức ngực, khó thở, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dính, mạch huyền hoạt hoặc nhu hoãn.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân nặng có biến chứng như lao phổi, tâm phế mạn, suy hô hấp, khó thở nặng hoặc sức khỏe quá yếu không tập luyện được.

- Bệnh nhân không khám, đo lại chức năng thông khí phổi sau đợt tập, bỏ dở tập luyện  $\geq 3$  ngày.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân không nằm trong thời gian nghiên cứu (3/2017-8/2017).

### 2.2. Địa điểm và thời gian

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Than Khoáng sản, phường Phương Liệt, quận Thanh Xuân, thành phố Hà Nội

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh trước sau có đối chứng giữa hai nhóm.

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn ngẫu nhiên thuận tiện 60 bệnh nhân Silicosis đủ theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên bắt đầu điều trị tại khoa từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017 và chia thành hai nhóm ngẫu nhiên:

- Nhóm nghiên cứu (Nhóm 1): Gồm 30 bệnh nhân silicosis rửa phổi và tập KCDS 1 tháng sau điều trị.

- Nhóm chứng (Nhóm 2): Gồm 30 bệnh nhân silicosis rửa phổi đơn thuần

### 2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

#### 2.5.1. Công cụ thu thập thông tin:

- Bệnh án nghiên cứu

- Mẫu phiếu thu thập số liệu

#### 2.5.2. Phương pháp thu thập thông tin:

- Điều tra viên là các nghiên cứu viên, cử nhân điều dưỡng, bác sỹ, có kiến thức và kỹ năng về điều tra. Tham gia phối hợp nghiên cứu: điều dưỡng hành chính các khoa lâm sàng có người bệnh điều trị.

- Các điều tra viên sau khi được tập huấn về phương pháp thu thập số liệu đã thảo luận để thống nhất nội dung bộ câu hỏi, kỹ thuật và cách thức tiến hành thu thập số liệu được sử dụng phù hợp để xem xét các yếu tố liên quan.



- Phòng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi. Mỗi bệnh nhân được phỏng vấn trước và sau khi điều trị.

- Một số thông tin về đặc điểm cá nhân, đặc điểm lâm sàng được điều tra viên thu thập qua bệnh án của bệnh nhân tại phòng hành chính của khoa.

### 2.5.3. Thang đo:

Các chỉ số thông khí phổi phụ thuộc chủ yếu vào tuổi, giới, chiều cao. Vì vậy chúng tôi dùng các giá trị % của số đo được so sánh với số đối chiếu. Khi sử dụng giá trị % đó, chúng tôi đã loại bỏ được các yếu tố về giới, tuổi, chiều cao. Như vậy nó cho phép thực hiện các phép so sánh đảm bảo tính thuần khiết và tin cậy. Phân loại bệnh nhân chức năng thông khí phổi bình thường và có rối loạn thông khí phổi chúng tôi tham khảo số đối chiếu và phân loại của các tác giả Việt Nam như Nguyễn Đình Hương, Trịnh Bình Dy, Nguyễn Văn Tường, Lê Trung, Bùi Xuân Tâm và các tác giả Eliot A. Phillipson, Quanjer Ph. Theo tác giả Lê Bá Thúc (1996) đa số các tác giả dùng giới hạn dưới là 80% số đối chiếu với các thông số VC, FVC, FEV1, MMEF, MEF50, MEF25 để đánh giá rối loạn chức năng thông khí phổi (CNTKP) [6].

- Rối loạn thông khí hạn chế (RLTKHC) được xác định khi VC% <80% nhưng tỷ số tiffeneau > 75%.

- Rối loạn thông khí tắc nghẽn (RLTKTN) được xác định khi FEV1% < 80%, chỉ số tiffeneau < 75% ở người trẻ và < 70% ở người già. Đánh giá tắc nghẽn phế quản vừa và nhỏ MMEF%, MEF50% tắc nghẽn phế quản nhỏ MEF25% nhỏ hơn 65% so với số đối chiếu.

- Rối loạn thông khí hỗn hợp (RLTKHH) khi có cả rối loạn thông khí tắc nghẽn và hạn chế [7].

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam xem xét và đồng ý cho thực hiện.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập trên phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Phân tích mô tả: Sử dụng các thông số như tần số, tỷ lệ. So sánh sự khác biệt ở 2 nhóm nghiên cứu bằng T – test.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính**

Giới	Nhóm	Nhóm 1		Nhóm 2		Chung	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Nam		28	93,3	28	93,3	56	93,3
Nữ		2	6,7	2	6,7	4	6,7
Tổng		30	100,0	30	100,0	60	100,0

Đa số BN là nam giới (93,3%). Phân bố giới tính hai nhóm tương đồng nhau.

### 3.2. Đánh giá chức năng thông khí phổi (CNTKP)

trước và sau điều trị ở BN bụi phổi Silic có rối loạn thông khí tắc nghẽn (RLTKTN)

**Bảng 3.2. CNTKP của BN nhóm 1 có RLTKTN trước và sau điều trị**

Thông số TKP (n=22)	Trước điều trị (X±SD)	Sau điều trị (X±SD)	Mức tăng % (X±SD)	p
VC	95,85±6,95	98,25±7,69	2,4±5,23	<0,05
FVC	94,85±13,89	99,44±12,32	4,55±7,62	
FEV1	79,25±8,52	82,25±6,46	3,00±6,23	
Tiff	78,58±6,27	85,25±9,52	6,67±5,85	
MMEF	125,68±18,25	129,52±17,25	3,84±11,81	
PEF	101,85±19,52	105,52±18,52	3,87±15,25	
MEF75	92,15±19,25	99,26±20,01	7,11±14,63	
MEF50	101,25±19,63	111,83±18,64	10,58±11,32	
MEF25	99,94±21,62	110,23±19,25	10,29±15,25	
MVV	75,63±20,01	86,32±19,85	10,69±12,53	
MV	12,56±3,35	14,52±3,15	1,96±2,98	

Với VC%= 95,85% cho thấy các BN không có rối loạn thông khí hạn chế. FEV1, Tiff, MVV lần lượt bằng 79,25%, 78,58% và 75,63% chứng tỏ hầu hết bệnh nhân nhóm 1 mắc RLTKTN ở các phế quản nhỏ

Các thông số VC, FVC, FEV1, Tiff, MMEF, PEF, MEF75, MEF50, MEF25, MVV, MV của nhóm 1 sau điều trị đều tăng rõ rệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**Bảng 3.3. CNTKP của BN nhóm 2 có RLTKTN trước và sau điều trị**

Thông số TKP (n=13)	Trước điều trị (X±SD)	Sau điều trị (X±SD)	Mức tăng (X±SD)	p
VC	95,25±9,69	96,62±8,96	1,37±6,25	>0,05
FVC	95,25±11,21	96,96±10,58	1,71±8,96	
FEV1	95,23±8,65	97,52±6,33	2,71±7,62	
Tiff	106,52±7,96	108,62±8,63	1,9±6,52	
MMEF	98,25±12,36	100,86±11,96	2,61±9,62	
PEF	102,52±11,69	104,31±10,62	2,21±6,89	
MEF75	101,74±15,52	104,52±16,58	2,22±10,52	
MEF50	99,58±11,98	99,65±12,65	0,07±6,98	
MEF25	88,65±18,65	90,98±15,89	1,67±9,85	
MVV	91,21±19,86	94,63±18,98	3,58±11,25	
MV	15,89±6,87	17,72±9,63	1,17±8,52	

Với VC%=95,25% cho thấy các BN không có rối loạn thông khí hạn chế. FEV1, Tiff, MVV lần lượt bằng 95,25%, 106,52% và 91,21% chứng tỏ hầu hết bệnh nhân mắc RLTKTN ở các phế quản nhỏ

Các thông số VC, FVC, FEV1, Tiff, MMEF, PEF, MEF75, MEF50, MEF25, MVV, MV của nhóm 2 sau điều trị đều tăng nhẹ so với trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

**Bảng 3.4. So sánh mức tăng CNTKP bệnh nhân có RLTKTN của 2 nhóm**

CNTKP Thông số TKP	Nhóm 1 (X±SD)	Nhóm 2 (X±SD)	p
VC	2,4±5,23	1,37±6,25	<0,05
FVC	4,55±7,62	1,71±8,96	<0,05
FEV1	3,00±6,23	2,71±7,62	>0,05
Tiff	6,67±5,85	1,9±6,52	<0,05
MMEF	3,84±11,81	2,61±9,62	>0,05
PEF	3,87±15,25	2,21±6,89	>0,05
MEF75	7,11±14,63	2,22±10,52	<0,05
MEF50	10,58±11,32	0,07±6,98	<0,05
MEF25	10,29±15,25	1,67±9,85	<0,05
MVV	10,69±12,53	3,58±11,25	<0,05
MV	1,96±2,98	1,17±8,52	>0,05

Mức tăng các thông số về CNTKP (VC, FVC, Tiff, MEF75, MEF50, MEF25, MVV) của BN có RLTKTN nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 60 BN tham gia nghiên cứu, đa số là nam giới (chiếm 93,3%), chỉ có 6,7% BN là nữ giới. Phân bố giới tính hai nhóm ngẫu nhiên, không có sự khác biệt. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trước đó như trong báo cáo về tình hình thương tật và tử vong (MMWR), trong giai đoạn 1996-1997, nghiên cứu trên 1250 thợ mỏ có tỷ lệ hầu hết là nam (99,5%) [8].

Rối loạn thông khí tắc nghẽn (RLTKTN) là một biểu hiện sớm, phản ánh sự thông thoáng của đường dẫn khí bị ảnh hưởng do các dịch tiết, tế bào biểu mô bị phù nề gây hẹp đường dẫn khí. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22/30 BN mắc RLTKTN. Kết quả này cao hơn rất nhiều so

với nghiên cứu của Ngô Thùy Nhung năm 2017 trên 100 BN, có 21% BN bị RLTKTN [9]. Điều này được giải thích là do các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đã mắc bệnh trong thời gian dài và chuẩn bị rửa phổi.

Kết quả VC%= 95,85%, cho thấy các BN không có RLTKTN. FEV1, Tiff, MVV lần lượt bằng 79,25%, 78,58% và 75,63% chứng tỏ hầu hết BN mắc RLTKTN ở các phế quản nhỏ. Các thông số VC, FVC, FEV1, Tiff, MMEF, PEF, MEF75, MEF50, MEF25, MVV, MV của nhóm 2 sau tập đều tăng rõ rệt so với trước tập và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Phép thư giãn trong khí công dưỡng sinh (KCDS) có tác dụng giãn cơ, trong đó các cơ hô hấp giúp cho lồng ngực giãn tốt hơn khi thở sâu, đặc biệt khi thở sâu thở bụng (thở cơ hoành). Khi cơ hoành hạ thấp xuống 1 cm, thì đã có thể đưa vào phổi thêm 1 lượng khí khoảng 250ml, trong khi thở sâu, thở bụng cơ hoành có thể hạ xuống 7-8cm tức là có thể đưa thêm 1 lượng khí vào phổi 1500-2000 ml. Vậy là luyện thở của KCDS giúp thể tích phổi tăng lên, thể hiện VC và FVC tăng lên sau tập

luyện. Ngoài ra, thư giãn làm giảm trương lực cơ trong đó có các cơ trơn mạch máu gây ra giãn mạch, có lẽ các cơ trơn phế quản cũng giãn làm cho phổi mềm ra, độ giãn nở của phổi tăng lên với phương pháp thở sâu, thở bụng của KCDS làm tăng chuyển động của các lông nháy phế quản, điều này có lợi cho thải trừ đờm góp phần làm tăng các lưu lượng tối đa.

Kết quả nghiên cứu cũng đã cho thấy mức tăng các thông số về CNTKP của BN có RLTKTN ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chứng tỏ tập KCDS có tác dụng làm tăng thể tích và các lưu lượng thở. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Kim Dung, Phạm Thúc Hạnh,

tập KCDS làm tăng dung tích sống thở chậm SVC, tăng lưu lượng ở các phế quản vừa và các phế quản nhỏ [10].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân Silicosis nội trú tại Bệnh viện Than Khoáng sản, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Chức năng thông khí phổi của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt (thể tích phổi, lưu lượng tối đa, thông khí tối đa,...).

- Mức tăng các thông số về CNTKP của BN có RLTKTN nhóm tập khí công dưỡng sinh cao hơn nhóm không tập khí công dưỡng sinh có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Xuân Tám (1999), *Bệnh hô hấp*, Nhà Xuất bản Y học.
2. Đào Ngọc Phong, Lê Quang Hoàn (1998), *Y học lao động*, Nhà Xuất bản Y học.
3. Minelli G., Zona A. (2017), "Silicosis mortality in Italy: temporal trends 1990-2012 and spatial patterns 2000-2012", *Ann Ist Super Sanita*, 53(4), pp.275-282.
4. Lê Đại (1979), *Bệnh bụi phổi-silic nghề nghiệp*, Viện Y học lao động.
5. Hoàng Xuân Thảo và Đỗ Quyết và cộng sự (1994), "Góp phần nghiên cứu bệnh cảnh lâm sàng BBPSi - Lao", *Nội san Lao và Bệnh phổi*, Tổng Hội Y Dược học Việt Nam, 15, tr.126-127.
6. Lê Bá Thúc (1996), Nghiên cứu thông khí phổi người bình thường và bệnh nhân mắc một số bệnh phổi phế quản, *Luận án Phó tiến sĩ khoa học y dược*, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Phạm Thúc Hạnh (2002), Nghiên cứu biến đổi lâm sàng và thông khí phổi ở bệnh nhân bụi phổi Silic sau tập khí công dưỡng sinh và dùng bài thuốc cổ truyền, *Luận án tiến sĩ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Ding M., Chen F. (2002), "Diseases caused by silica: mechanisms of injury and disease development", *Int Immunopharmacol.*, 2(2), pp.2-3.
9. Ngô Thuỳ Nhung (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi đến khám và điều trị tại BV Phổi TW từ 6/2015-12/2016, *Khoá luận tốt nghiệp*, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Lê Thị Kim Dung và Phạm Thúc Hạnh (2009), "Nghiên cứu sự biến đổi chức năng thông khí phổi ở người bệnh hen phế quản trước và sau tập khí công dưỡng sinh", *Tạp chí Y học Thực hành*, 667(7), tr.23-24.

# THỰC TRẠNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN TRIỆU SƠN TỈNH THANH HÓA NĂM 2017

Hoàng Thị Hòa<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Bái<sup>2</sup>, Ngô Thị Nhu<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Tú<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017 chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình hình khám chữa bệnh trên người cao tuổi và cán bộ y tế và các cán bộ tham gia chăm sóc sức khỏe người cao tuổi của 2 xã huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa chúng tôi thu được kết quả: Người cao tuổi lựa chọn bệnh viện huyện để khám chữa bệnh cao nhất (45,6%); tiếp theo là trạm y tế (39,9%); thấp nhất là bệnh viện trung ương 0,1%. Tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế là 76,5% trong đó người cao tuổi có thẻ bảo hiểm tự nguyện là 15,9% và bảo hiểm y tế chính sách là với 84,1%. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe định kỳ là 14,1%.

**Từ khóa:** Khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe, người cao tuổi.

## ABSTRACT:

**STATUS OF MEDICAL EXAMINATION AND HEALTH CARE MANAGEMENT OF THE ELDERLY IN 2 COMMUNES OF TRIEU SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE IN 2017**

From January to June 2017, we studied status of medical examination in the elderly and health worker and health care worker in 2 communes of Trieu Son district, Thanh Hoa province, we obtained results: The proportion of the elderly selected the district hospital for the highest level of health care (45.6%), That of medical station was 39,9%, that of central hospital was 0,1%. The percentage of senior people who have health insurance is 76,5%, of which The percentage of the elderly with voluntary insurance is 15.9% and health insurance policy was 84.1%. The percentage of the elderly who regular checkup was 14,1%

**Key word:** Medical examination, health care, the elderly

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển đi lên của xã hội, tuổi thọ con người ngày càng được nâng cao, tỷ lệ dân số ngày càng già đi, tuy nhiên cùng với nó là sự xuất hiện của rất nhiều bệnh tật như đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, béo phì, mỡ máu,...

Tại Thanh Hóa, bên cạnh công tác chăm sóc sức khỏe cho toàn thể người dân, vấn đề chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và người cao tuổi đang được địa phương quan tâm sát sao, Song do điều kiện giao thông, 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, công tác chăm sóc, phục hồi cho người cao tuổi sau điều trị cũng chưa được cộng đồng quan tâm đúng mức. nhằm góp phần vào việc tìm ra các giải pháp chăm sóc sức khỏe người cao tuổi có hiệu quả tại địa phương, chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

*Tìm hiểu thực trạng khám chữa bệnh và quản lý chăm sóc sức khỏe của 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.

+ Cán bộ y tế, cán bộ chính quyền tham gia công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại 4 xã đó là:

1. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
3. Trung tâm y tế Triệu Sơn

» Ngày nhận bài: 20/02/2019 | » Ngày phản biện: 25/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 05/03/2019

Trạm trường trạm y tế, Cán bộ chuyên trách về chăm sóc và khám sức khỏe người cao tuổi của TTYT huyện, Hội người cao tuổi xã, Phụ trách văn hóa xã, cán bộ Y tế thôn bản.

+ 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

**2.4. Phương pháp nghiên cứu**

Đề tài được thực hiện theo 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 cũng như việc quản lý chăm sóc sức khỏe NCT. Đồng thời với

nghiên cứu định tính bằng phỏng vấn sâu cán bộ y tế, cán bộ chính quyền tham gia công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi để xác định thực trạng quản lý, chăm sóc người cao tuổi ở địa bàn nghiên cứu. 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**

**3.2.1. Thực trạng quản lý, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi**

**Bảng 3.1. Sự lựa chọn các dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi**

Cơ sở y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Y tế tư nhân	62	5,7
Trạm y tế	430	39,8
Bệnh viện huyện	492	45,6
Bệnh viện tỉnh	81	7,5
Bệnh viện Trung ương	15	1,4
Tổng	1080	100

Qua kết quả bảng 3.1 cho thấy các cơ sở y tế như trạm y tế, bệnh viện huyện được NCT lựa chọn đến KCB cao

nhất là bệnh viện huyện là 45,6% và trạm y tế là 39,8%; thấp nhất là bệnh viện trung ương 1,4%.

**Bảng 3.2. Tình hình tham gia bảo hiểm y tế của người cao tuổi**

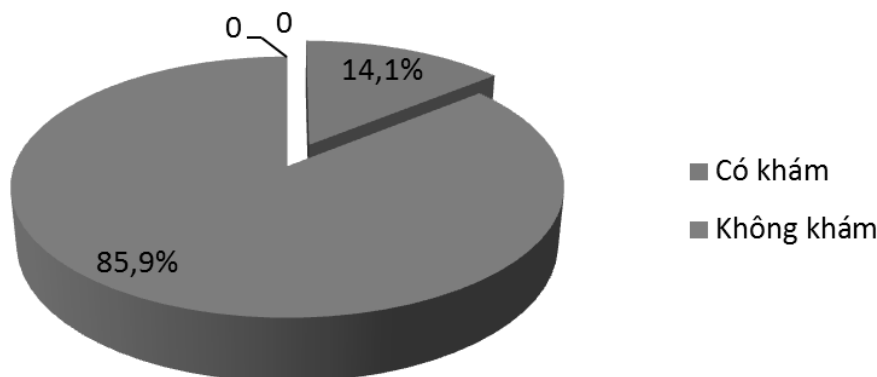
BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có thẻ	826	76,5
Không thẻ	254	23,5
Có thẻ (n=826)		
Tự nguyện	131	15,9
Chính sách	695	84,1
Tổng	826	100

Qua kết quả bảng 3.2 cho thấy có 826 NCT có thẻ BHYT chiếm tỷ lệ 76,5%; NCT có thẻ BHYT tự nguyện

là 131 với tỷ lệ 15,9% và BHYT chính sách là 695 với tỷ lệ 84,1%.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi có đi khám sức khỏe định kỳ (n=1080)**



Qua số liệu biểu đồ 3.5 cho thấy tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe định kỳ còn rất thấp chỉ chiếm có 14,1%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi được tư vấn sức khỏe**

Tư vấn sức khỏe		Nam (n=342)		Nữ (n=738)		Tổng (n=1080)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Được Tư vấn	Cán bộ y tế	19	5,6	59	8,0	78	7,2
	Người thân trong gia đình	87	25,4	213	28,9	300	27,8
	Khác	45	13,2	75	10,2	120	11,1
Không được tư vấn		191	55,8	319	52,9	582	53,9

Kết quả bảng 3.3 cho thấy NCT được tư vấn về sức khỏe chiếm 46,1%; trong đó người thân trong gia đình tư vấn chiếm tỷ lệ cao ở hai giới nam (25,4%), nữ (28,9%). NCT được cán bộ y tế tư vấn chiếm tỷ lệ rất thấp nữ (5,6% so với 8,0%).

**3.2.2. Công tác quản lý chăm sóc sức khỏe NCT tại địa phương (kết quả phỏng vấn sâu)**

Để tìm hiểu sâu hơn thực trạng công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe NCT. Chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn sâu đối tượng là những người trực tiếp tham gia công

tác chăm sóc NCT tại địa bàn nghiên cứu: 05 lãnh đạo thuộc các phòng Truyền thông GDSK, Khoa An toàn thực phẩm, Khoa Y tế công cộng, Khoa CSSK sinh sản, phòng Hành chính tổng hợp; 04 Cán bộ chuyên trách TTYT tuyến huyện thuộc huyện Triệu Sơn; 02 Trạm trưởng y tế tại hai xã Thọ Bình và Thọ Sơn, 02 người đại diện Hội NCT tại hai xã, 02 cán bộ phụ trách văn hóa- y tế tại hai xã, 02 cán bộ y tế thôn bản tại hai xã. Khi phân tích những ý kiến về việc chăm sóc sức khỏe NCT, chúng tôi thu thập được một số kết quả sau:

“Tại các trạm y tế đều có lập sổ sức khỏe cho người cao tuổi và thường xuyên theo dõi, đánh giá sức khỏe người cao tuổi”

“Việc khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi xã được thực hiện trung bình 6 tháng/lần”

“Trạm y tế có các phương tiện, thuốc men cấp cứu cho người cao tuổi và luôn thực hiện công tác tư vấn về các vấn đề sức khỏe cho người cao tuổi”

Về công tác quản lý và CSSK người cao tuổi của trạm y tế 2 xã nghiên cứu kết quả phỏng vấn cho thấy theo chuẩn y tế quốc gia quy định, trạm có lập sổ theo dõi sức khỏe NCT từ 80 tuổi trở lên và theo dõi, đánh giá sức khỏe người cao tuổi. Trạm trưởng trạm y tế tại 2

xã nghiên cứu cũng cho biết trạm y tế đều cho biết trạm được cung cấp các phương tiện, thuốc men cho cấp cứu người cao tuổi; và các hoạt động tư vấn sức khỏe, khám sức khỏe định kỳ cho NCT đã và đang được đẩy mạnh ở trạm y tế 2 xã.

*“Cần tăng cường thêm thuốc điều trị, nhất là cấp phát thuốc miễn phí và duy trì thực hiện công tác khám sức khỏe định kỳ.”*

Ý kiến của trạm trưởng và các cán bộ y tế tại 2 xã về nguyện vọng của NCT ở địa phương trong công tác CSSK NCT cho thấy có 11/11 ý kiến là được khám sức khỏe thường xuyên hơn và tăng cường thêm thuốc điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

Nhiều dịch vụ y tế mới được nghiên cứu và đưa ra áp dụng trong thực tế. Trong đó việc thực hiện vấn đề bảo hiểm y tế là một trong những hoạt động giúp nâng cao các hoạt động hỗ trợ cho việc chi trả của người dân đối với các dịch vụ y tế nhất là những người dân nghèo, dân tộc thiểu số hay các đối tượng là NCT dành được sự quan tâm lớn của nhà nước. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 826 đối tượng tham gia nghiên cứu là có thẻ BHYT chiếm 76,5%. Đây là một trong những điều kiện rất tốt để NCT có nhiều cơ hội để chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi tự nguyện tham gia vào BHYT chiếm tỷ lệ còn thấp chỉ có 15,9%; điều này có thể lý giải một phần là do địa bàn chúng tôi nghiên cứu là 2 xã miền núi, điều kiện kinh tế của người dân ở đây vẫn còn nhiều hạn chế.

Người cao tuổi thì các cơ quan trong cơ thể đều có thể bị lão hóa dẫn đến suy giảm chức năng sinh lý. Trong

quá trình già hóa khả năng thích nghi với mọi biến đổi của môi trường xung quanh ngày càng bị rối loạn, không phù hợp và không thích nghi kịp thời. Già không phải là bệnh nhưng già tạo điều kiện cho bệnh phát sinh và phát triển. Đặc biệt là bệnh mạn tính và bệnh thoái hóa. Vì vậy việc kiểm tra và khám sức khỏe định kỳ ở tuổi này là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NCT đi khám sức khỏe định kỳ còn thấp chỉ có 152 NCT đi khám sức khỏe định kỳ chiếm 14,1%. Trong đó có 105 người là nữ chiếm tỷ lệ 69,1% và nam là 47 người chiếm tỷ lệ 30,9%. (Biểu đồ 3.1).

#### V. KẾT LUẬN

- Bệnh viện huyện được người cao tuổi lựa chọn đến khám chữa bệnh cao nhất (45,6%); tiếp theo là trạm y tế (39,9%); thấp nhất là bệnh viện trung ương 0,1%. Tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế là 76,5% trong đó người cao tuổi có thẻ bảo hiểm tự nguyện là 15,9% và bảo hiểm y tế chính sách là với 84,1%.

- Tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe định kỳ còn rất thấp chỉ chiếm có 14,1%. Trong đó nữ là chiếm tỷ lệ 69,1% và nam chiếm tỷ lệ 30,9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Hy Hân, Dương Thị Minh Tâm (2014), “Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân không lây tại trung tâm phòng chống chấn thương và bệnh không lây năm 2013”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 18, số 6, Tr. 79-85.
2. Lê Văn Khảm (2014), “Vấn đề về người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay”, Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam, số 7(80), tr.77-87.
3. Trường Đại học Y Dược Thái Bình (2014), Giáo trình sức khỏe lứa tuổi, NXB.Y học.
4. Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Thị Quỳnh Nga (2016), “Sự hiểu biết về dự phòng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại phường Bình Chiểu, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh”, Tạp chí Y học Dự phòng, số 5, tr. 408 – 411.



# THỰC TRẠNG MẮC BỆNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI 2 XÃ HUYỆN TRIỆU SƠN TỈNH THANH HÓA NĂM 2017

Ngô Thị Nhu<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tú<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Trong 1080 đối tượng người cao tuổi tại 2 xã huyện Triệu sơn tỉnh Thanh hóa được điều tra từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017 có: 97,8% người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh. Tỷ lệ mắc một bệnh ở nam giới là 30,4% cao hơn ở nữ là 22,8%. Tỷ lệ mắc bệnh đường tiêu hóa: mắc cao nhất là hội chứng dạ dày - tá tràng (13,1%); viêm đại tràng là 8,1%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh về tiết niệu chung là 8,1%; 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:

### STATUS OF DISEASE IN SENIOR PEOPLE IN 2 COMMUNES TRIEU SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE 2017

We studied 1080 elderly subjects in 2 communes of Trieu Son district, Thanh Hoa province from January to June 2017 and obtained the results: The percentage of the elderly with at least 1 disease was 97.8%. The incidence of one disease in men was 30.4 and that in women was 22.8%. The prevalence of gastrointestinal diseases: The highest incidence is Gastritis and duodenitis (13.1%), the incidence of Ulcerative colitis was 8.1%. The proportion of elderly people suffering from urological diseases was 8.1%. The percentage of elderly with hypertension in the stages increased with age with  $p < 0.05$ . The proportion of first stage hypertension was 23.3% in the elderly group 60 – 69 ages, that was 26.3% in the elderly group 70-79 ages, 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,...

Tại Thanh Hóa, bên cạnh công tác chăm sóc sức khỏe cho toàn thể người dân, vấn đề chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và người cao tuổi đang được địa phương quan tâm sát sao. Thực hiện quyết định 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 03 năm 2015 về phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn đến 2020 tầm nhìn đến năm 2025, 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 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

## 1. Trường đại học Điều dưỡng Nam Định

## 2. Trung tâm y tế Triệu Sơn

» Ngày nhận bài: 20/02/2019 | » Ngày phản biện: 26/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 08/03/2019

### Phương pháp nghiên cứu

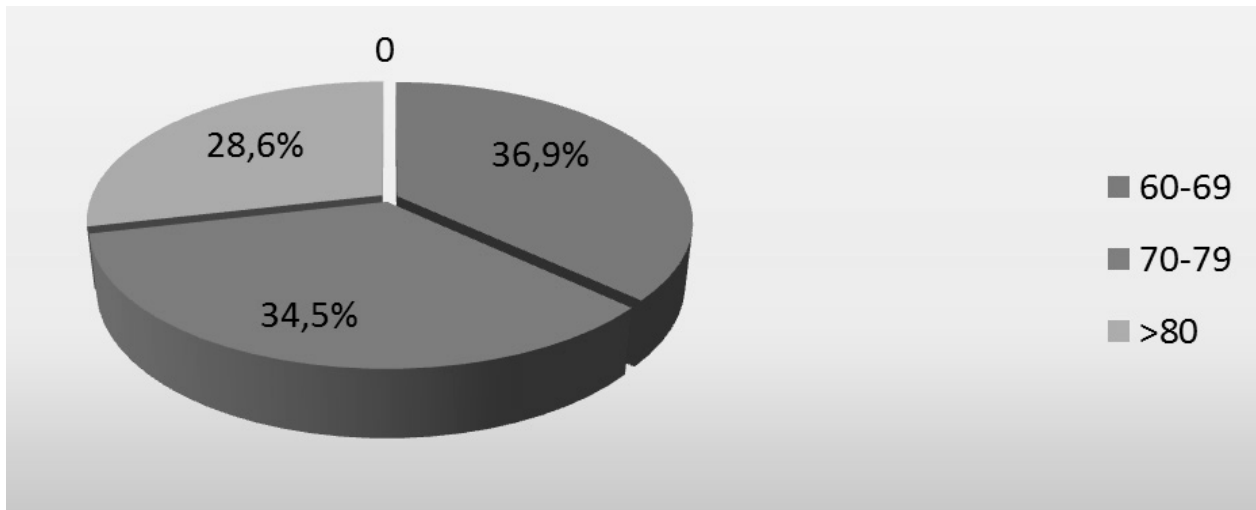
Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng bằng khám và phỏng vấn người cao tuổi kết hợp hồi cứu sổ sách, hồ sơ khám chữa bệnh để xác định thực trạng bệnh của người cao tuổi. Dựa vào dân số 2 xã

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

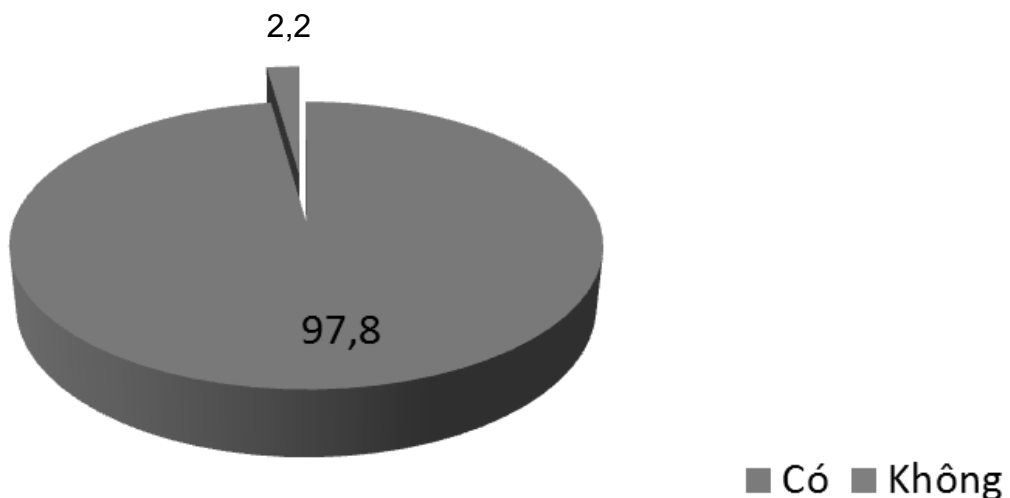
**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng chung theo nhóm tuổi (n=1080)**



Kết quả 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 bị mắc bệnh (n=1080)**



Biểu đồ 3.2 cho thấy số người cao tuổi được điều tra có 97,8% có mắc ít nhất 1 bệnh.



**Bảng 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi hiện mắc tăng huyết áp theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi		60-69 (n=399)		70-79 (n=372)		≥ 80 tuổi (n=309)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tăng huyết áp							
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 3.1 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 là 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 3.2. Tỷ lệ mắc các bệnh về đường tiêu hóa theo giới**

Loại bệnh	Giới	Nam(n=342)		Nữ(n=738)		Chung(n=1080)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Viêm đại tràng		32	9,4	56	7,9	88	8,1
Hội chứng DD- tá tràng		53	15,5	89	12,0	142	13,1
Rối loạn tiêu hóa mạn		15	4,4	31	4,2	46	4,3
Trĩ		8	2,4	6	0,8	14	1,3
Gan mật		5	1,5	3	0,4	8	0,7
Chung (p)		113	33,0	185	25,1	298	27,6
		<0,05					

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đường tiêu hóa: mắc cao nhất là hội chứng dạ dày- tá tràng (13,1%); viêm đại tràng là 8,1%. Các nhóm bệnh khác mắc tỷ lệ thấp; tỷ lệ mắc bệnh chung ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc các bệnh về thần kinh, cơ xương khớp theo giới**

Loại bệnh	Giới	Nam (n=342)		Nữ (n=738)		Chung (n=1080)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Viêm khớp dạng thấp		30	8,8	67	9,1	97	9,0
Đau nhức các khớp, xương khớp		157	45,9	426	57,7	583	54,0
Đau dây thần kinh		52	15,2	147	19,9	199	18,4
Tai biến mạch máu não		9	2,6	7	0,9	16	1,5
Bệnh thần kinh khác		12	3,5	53	7,2	65	6,0

Kết quả bảng 3.3 cho thấy bệnh xương khớp chiếm tỷ lệ cao là 54,0%; đau dây thần kinh là 18,4%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc các bệnh về tiết niệu theo giới**

Loại bệnh	Giới	Nam (n=342)		Nữ (n=738)		Chung (n=1080)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Viêm cầu thận		1	0,3	2	0,3	3	0,3
Viêm đường tiết niệu		32	9,4	30	4,1	61	5,6
Sỏi tiết niệu		10	2,9	13	1,8	23	2,1
Chung (p)		43	12,6	45	6,1	88	8,1
		<0,05					

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh về tiết niệu chung là 8,1%; trong đó chủ yếu là viêm đường tiết niệu chiếm 5,6%; tỷ lệ này ở nam là 9,4% và nữ là 4,1%. Tỷ lệ mắc các bệnh đường tiết niệu chung ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc các bệnh về hô hấp theo giới**

Loại bệnh	Giới	Nam (n=342)		Nữ (n=738)		Chung (n=1080)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Viêm phế quản cấp		8	2,0	9	1,0	17	3,0
Viêm phế quản mạn		15	3,0	16	3,0	31	6,0
Viêm phổi		10	4,0	30	6,0	40	10,0
Áp xe phổi		3	1,0	11	2,0	14	3,0
Tâm phế mạn		15	2,0	27	5,0	42	7,0
Viêm đường hô hấp trên		33	8,0	50	11,0	83	19,0
Chung (p)		84	24,6	143	19,4	227	21,0
		<0,05					

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh về đường hô hấp chung ở người cao tuổi là 21,0% trong đó tỷ lệ mắc ở nam là 24,6% cao hơn nữ là 19,4%. Tỷ lệ mắc các bệnh về đường hô hấp chủ yếu là viêm đường hô hấp trên chiếm 8,0% ở nam giới và chiếm 11,0% ở nữ giới; tiếp theo là viêm phổi chiếm 4,0% ở nam giới và 6,0% ở nữ giới. tỷ lệ mắc các bệnh hô hấp chung ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đang được tiến hành ở 2 xã miền núi thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa với

1080 đối tượng. Trong đó nam chiếm 31,7% nữ chiếm 68,3%. Người cao tuổi ở độ tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,9% và thấp nhất là độ tuổi từ 80 trở lên có 309 người, chiếm 28,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số người cao tuổi được điều tra có 97,8% có mắc ít nhất một bệnh (Biểu đồ 3.2). 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 79-79 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 3.1). 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. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh về đường tiêu hóa ở NCT chủ yếu là hội chứng dạ dày (chiếm 13,1%); tiếp theo là viêm đại tràng chiếm 8,1%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.2). Bệnh cơ - xương - khớp là căn bệnh thường gặp ở NCT, tỷ lệ mắc bệnh khá cao (63,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng đau nhức xương khớp gặp ở nữ là 57,7% cao hơn nam 45,9%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.3). Kết quả nghiên cứu trên phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đào Quang Duy và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh xương khớp ở nữ giới thường cao hơn nữ giới.

## V. KẾT LUẬN

- Trong 1080 đối tượng người cao tuổi điều tra có 97,8% người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh. Tỷ lệ mắc một bệnh ở nam giới là 30,4% cao hơn ở nữ là 22,8%.

- Tỷ lệ mắc bệnh đường tiêu hóa: mắc cao nhất là hội chứng dạ dày- tá tràng (13,1%); viêm đại tràng là 8,1%.

- Tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh về tiết niệu chung là 8,1%; trong đó chủ yếu là viêm đường tiết niệu chiếm 5,6%; tỷ lệ này ở nam là 9,4% và nữ là 4,1%.

- 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Nguyễn Văn Trí (2011), “Cập nhật tăng huyết áp người cao tuổi”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, số 2 (tập 15), tr.1-12.

# XÂY DỰNG QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG CHÌ TRONG MỘT SỐ DƯỢC LIỆU TRỒNG TẠI VŨ VÂN - VŨ THƯ - THÁI BÌNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP QUANG PHỔ HẤP THỤ NGUYÊN TỬ

Khổng Thị Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Oanh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Dịch vụ Khoa học Kỹ thuật Y Dược, Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Đối tượng nghiên cứu là 10 dược liệu được trồng tại xã Vũ Vân, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình (*Đương quy, Ngưu tất, Cam thảo, Cát căn, Sinh địa, Hòe, Diếp cá, Cúc hoa, Ích mẫu, Thảo quyết minh*). Nội dung nghiên cứu bao gồm:

- Xây dựng quy trình định lượng chì trong dược liệu bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử để định lượng chì trong một số dược liệu trồng tại xã Vũ Vân, Vũ Thư, Thái Bình. Kết quả nghiên cứu thu được: Giới hạn phát hiện là 0,028 ppm và giới hạn định lượng là 0,091 ppm; khoảng tuyến tính của chì là 2-20 ppb với hệ số tương quan tuyến tính là 0,9989. Quy trình xây dựng đạt yêu cầu của phương pháp phân tích các nguyên tố ở dạng vết với tỷ lệ thu hồi nằm trong khoảng 93,20-114,74% và độ lệch chuẩn là từ 4,04 đến 8,08%.

- 10 mẫu đều có hàm lượng chì nằm dưới 1,5 ppm. 2/10 mẫu có hàm lượng chì lớn hơn 1 ppm là Ngưu tất (1,326 ppm) và Sinh địa (1,226 ppm). 2/10 mẫu có hàm lượng chì nằm dưới giới hạn định lượng của phương pháp là Cam thảo và Hòe. Tất cả các mẫu đều có hàm lượng chì nằm trong giới hạn cho phép của Dược điển Việt Nam IV.

**Từ khóa:** Quy trình định lượng chì.

## SUMMARY:

**DEVELOPMENT OF A QUANTITATIVE PROCESS OF LEAD IN SOME MEDICINAL PLANTS GROWN IN VU VAN COMMUNE, VU THU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE BY ATOMIC ABSORPTION SPECTROSCOPY METHOD**

The research was conducted at the Center for Medical Science and Technology Services, Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. Subjects of the study are 10

medicinal herbs grown in Vu Van commune, Vu Thu district, Thai Binh province (*Angelica sinensis (Oliv.) Diels, Achyranthes bidentata, Glycyrrhiza uralensis, Pueraria thomsoni Benth, Rehmannia glutinosa (Gaertn.) Libosch. ex Steud, Styphnolobium japonicum (L.), Houttuynia cordata, Flos Chrysanthemi Morifolii, Leonurus japonicus Houtt, Senna obtusifolia*). Contents of the research include:

- To develop the process of quantifying the lead content in medicinal materials by the method of atomic absorption spectrometry in some medicinal herbs grown in Vu Van commune, Vu Thu district, Thai Binh province. Findings: The detection limit is 0.028 ppm and the quantitative limit is 0.091 ppm; linear range of lead is 2-20 ppb with linear correlation coefficient of 0.9989. The process of construction meets the requirements of elemental analysis method in trace form with the recovery rate ranging from 93.20 to 114.74% and the standard deviation is from 4.04 to 8.08%.

- 10 samples have lead content below 1.5 ppm. 2/10 samples having lead content greater than 1 ppm are *Achyranthes bidentata* (1,326 ppm) and *Rhemannia gluticosa (Gaertn.) Libosch* (1,226 ppm). 2 of 10 samples having lead content below the quantitative limit of the method are licorice and *Styphnolobium japonicum (L)*. All samples have lead content within the permitted limits of Vietnam Pharmacopoeia IV.

**Keyword:** Process of quantifying lead.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, ngành sản xuất dược phẩm Việt Nam phát triển rất mạnh mẽ. Thuốc sản xuất trong nước ngày càng phong phú và đa dạng, đặc biệt là những thuốc có nguồn gốc từ dược liệu rất được chú trọng nghiên cứu sản xuất. Trên thị trường hiện nay xuất hiện một số dược liệu, thuốc và thực phẩm chức năng có nguồn

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình,  
Email: hoakhong.ytb@gmail.com, SĐT: 0986207096

» Ngày nhận bài: 31/01/2019 | » Ngày phản biện: 14/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 01/03/2019

gốc từ dược liệu có hàm lượng chì vượt quá giới hạn cho phép có thể gây ra tình trạng ngộ độc chì cho người sử dụng. Kiểm tra hàm lượng chì trong dược liệu có nhiều phương pháp khác nhau và phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử là phương pháp hay được sử dụng do có độ chính xác cao, giới hạn phát hiện thấp, độ nhạy cao, đáp ứng yêu cầu phân tích vết kim loại nặng. Quy trình định lượng hàm lượng chì trong các dược liệu cần phải được xây dựng và thẩm định để đảm bảo tính khoa học trước khi áp dụng. Kết quả nghiên cứu Xây quy trình định lượng chì trong một số dược liệu trồng tại Vũ Văn - Vũ Thư - Thái Bình bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử đã góp phần thực hiện tốt công tác đảm bảo chất lượng dược liệu và sản phẩm từ dược liệu được trồng tại Thái Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** 10 dược liệu được trồng tại Thái Bình: Đương quy, Ngưu tất, Cam thảo, Cát căn, Sinh địa, Hòe, Diếp cá, Cúc hoa, Ích mẫu, Thảo quyết minh.

- **Địa điểm lấy mẫu:** Xã Vũ Văn, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

- Thời gian lấy mẫu: 10/2015 - 12/2015.

- Thời gian nghiên cứu: 10/2015 - 6/2016.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Dịch vụ Khoa học Kỹ thuật Y Dược, Khoa dược, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Phương pháp xử lý mẫu

Các mẫu dược liệu sau khi lấy về được rửa sạch, loại bỏ đất cát, phơi khô, sau đó thái nhỏ và xay bằng máy xay để thu được dạng bột mịn. Sau đó dược liệu được cân khối lượng thích hợp cho vào các cốc Teflon của lò vi sóng phá mẫu. Các dược liệu thường có thành phần phức tạp, khó vô cơ hóa. Thêm vào đó, hàm lượng chì nhỏ, dễ bị mất hay nhiễm từ môi trường và dụng cụ trong quá trình vô cơ hóa. Do đó, chúng tôi lựa chọn phương pháp vô cơ hóa mẫu trong lò vi sóng với các ưu điểm: thời gian vô cơ hóa nhanh, đưa kim loại nặng lên mức oxy hóa cao nhất, vô cơ hóa mẫu hoàn toàn, trong môi trường kín, các bước xử lý đơn giản nên tránh làm mất hay nhiễm kim loại nặng từ môi trường. Thêm vào đó, các dung môi, hóa chất, thuốc thử sử dụng là loại rất tinh khiết, chuyên dùng cho phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử để tránh gây sai số cho kết quả. Với phương pháp vô cơ hóa trong lò vi sóng, chúng tôi tiến hành khảo sát các yếu tố: tác nhân vô cơ hóa, tỷ lệ mẫu và tác nhân vô cơ hóa, chương trình áp suất, nhiệt độ trong lò vi sóng.

#### 2.2.2. Phương pháp định lượng

Trong dược liệu, chì thường ở dạng vết, lượng mẫu vô cơ hóa nhỏ nên đề tài sử dụng kỹ thuật nguyên tử hóa trong lò graphit để tăng độ nhạy của phương pháp. Để đảm bảo độ chính xác, độ nhạy và độ ổn định của phương pháp, chúng tôi tiến hành khảo sát các thông số: vạch phổ hấp thụ, cường độ đèn, độ rộng khe đo, nồng độ acid và các thông số của chương trình nguyên tử hóa.

#### 2.2.3. Thẩm định quy trình định lượng

Để đảm bảo quy trình lựa chọn đáp ứng các yêu cầu phân tích vết kim loại nặng, đề tài tiến hành đánh giá các chỉ tiêu: độ đặc hiệu, độ tuyến tính giữa nồng độ và độ hấp thụ, giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng, độ đúng, độ chính xác của quy trình phân tích.

#### 2.2.4. Giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng

Pha 2 dãy dung dịch chuẩn chì, xác định phương trình hồi quy tuyến tính và tính các giá trị giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng của phương pháp.

Giới hạn phát hiện (LOD): Là nồng độ thấp nhất của chất phân tích mà hệ thống phân tích còn cho tín hiệu phân tích khác một cách có ý nghĩa với tín hiệu của mẫu trắng hay tín hiệu nền. Giới hạn phát hiện (LOQ): Là nồng độ thấp nhất của chất phân tích mà hệ thống phân tích định lượng được với tín hiệu phân tích khác một cách có ý nghĩa định lượng với tín hiệu của mẫu trắng hay tín hiệu nền:

$$LOD = \frac{3 * s_b}{b} \quad LOQ = \frac{10 * s_b}{b}$$

Trong đó  $S_b$ : sai số của giá trị y trong phương trình hồi quy

b: hệ số hồi quy tuyến tính

#### 2.2.5. Độ đúng

Độ đúng của phương pháp được thực hiện bằng cách xác định lượng chì chuẩn tìm lại được sau khi thêm một lượng chính xác chì chuẩn vào nền mẫu và xử lý mẫu theo phương pháp đã xây dựng.

#### 2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Các tính toán: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, độ lệch chuẩn tương đối, khoảng tin cậy, phương trình hồi quy và hệ số tương quan hồi quy giữa độ hấp thụ và nồng độ chì được tính bằng phần mềm Microsoft Excel.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Khảo sát xây dựng quy trình định lượng

#### 3.1.1. Khảo sát xây dựng quy trình xử lý mẫu

Qua tham khảo tài liệu, chúng tôi lựa chọn hỗn hợp vô cơ hóa (VCH) mẫu là hỗn hợp acid nitric đặc và hydroperoxyd đặc do đây là các chất có tính oxy hóa mạnh, có khả năng vô cơ hóa hoàn toàn các mẫu dược liệu

để đưa toàn bộ lượng chì trong mẫu về dạng hòa tan trong dung dịch. Thêm vào đó, sản phẩm của quá trình oxy hóa là nước, khí nito oxyd bay hơi ( $\text{NO}$ ,  $\text{NO}_2$ ) và các muối nitrat hòa tan trong dung dịch, không ảnh hưởng đến quá trình nguyên tử hóa mẫu tiếp theo. Khảo sát sơ bộ cho thấy lượng mẫu đem vô cơ hóa thích hợp là 0,5g. Để lựa chọn được tỷ lệ vô cơ hóa thích hợp, đề tài tiến hành khảo sát tỷ

lệ mẫu và các chất oxy hóa trên 3 nền mẫu: mẫu cúc hoa (mẫu dễ VCH), mẫu thảo quyết minh (mẫu hạt tương đối cứng và khó VCH) và mẫu đương quy (mẫu cứng và khó VCH nhất). Các bước tiến hành như sau: cân chính xác khoảng 0,500g mẫu vào cốc Teflon, thêm acid nitric 65% và hydro peroxyd 30% với các tỷ lệ khác nhau và VCH mẫu trong lò vi sóng thu được kết quả như sau:

**Bảng 3.1. Khảo sát tỷ lệ tác nhân vô cơ hóa**

Thể tích (ml)		Kết quả		
Acid nitric 65%	Hydro peroxyd 30%	Cúc hoa	Thảo quyết minh	Đương quy
2	1	Không đủ phân hủy hết mẫu (mẫu đục, còn nhiều cặn được liệu chưa VCH hết)		
3	1			
4	1			
5	1	VCH hoàn toàn	Không VCH hết	Không VCH hết
6	1	VCH hoàn toàn	VCH hoàn toàn	Không VCH hết
7	1	<b>VCH hoàn toàn (mẫu trong, không còn cặn hoặc chỉ còn 1 lượng cặn vô cơ nhỏ)</b>		

Như vậy, tỷ lệ mẫu và tác nhân VCH thích hợp là 0,500g mẫu, 7ml acid nitric 65%, 1ml hydroperoxyd 30%. Quy trình xử lý mẫu như sau:

- Dược liệu sau khi thu hái được loại bỏ đất cát, rửa sạch, phơi khô đến khối lượng không đổi.
- Lấy một lượng dược liệu khoảng 10g, thái nhỏ, xay

bằng máy xay đến khi tạo thành bột mịn.

- Cân chính xác khoảng 0,500g dược liệu cho vào cốc Teflon, thêm 7ml  $\text{HNO}_3$  65% và 1ml  $\text{H}_2\text{O}_2$  30%, lắc đều. Đun trên cách thủy khoảng 20 phút đến hết sủi bọt. Cho vào lò vi sóng phá mẫu với chương trình nhiệt độ, áp suất trong lò vi sóng như sau:

**Bảng 3.2. Chương trình lò vi sóng vô cơ hóa mẫu**

Thời gian (phút)	Giai đoạn	Áp suất giới hạn (bar)	Công suất giới hạn (W)	Chế độ gia nhiệt
10	Tăng nhiệt	40	700	Gradient tuyến tính
15	Giữ nhiệt	40	700	Duy trì nhiệt độ
30	Làm mát	0	0	Giảm nhiệt

- Sau khi vô cơ hóa, mẫu được để nguội về nhiệt độ phòng sau đó chuyển toàn bộ lượng mẫu vào bình định mức 25ml, tráng rửa cốc Teflon 3 lần, mỗi lần với 5ml nước cất 2 lần để đảm bảo không bị mất mẫu. Nếu mẫu còn cặn, tiến hành lọc và rửa kỹ giấy lọc. Thêm nước cất vừa đủ đến vạch.

### 3.1.2. Khảo sát các điều kiện đo

Trong phương pháp AAS, chương trình nhiệt độ trong quá trình nguyên tử hóa, đặc biệt là nhiệt độ tro hóa

và nhiệt độ nguyên tử hóa ảnh hưởng rất lớn đến tín hiệu đo, độ lặp lại và độ đúng của phương pháp.

\* Khảo sát nhiệt độ tro hóa mẫu phù hợp:

Nếu trong giai đoạn nguyên tử hóa, các chất hữu cơ hoặc muối hữu cơ còn sót lại sẽ làm ảnh hưởng đến kết quả phân tích. Do đó, cần loại bỏ triệt để các chất hữu cơ này trong giai đoạn tro hóa bằng cách nâng nhiệt độ. Tuy nhiên, nếu nhiệt độ tăng quá cao sẽ xảy ra hiện tượng bay hơi kim loại cần phân tích và ảnh hưởng đến độ chính xác của kết



quả phân tích. Do đó chúng tôi tiến hành khảo sát nhiệt độ tro hóa mẫu để tìm ra điều kiện phù hợp. Nhiệt độ tro hóa mẫu được tăng dần từ 300°C đến 600°C để tìm ra nhiệt độ

tối ưu, tại đó với cùng nồng độ thử thì phép đo cho độ hấp thụ là cao nhất, độ lặp tốt và hình dáng pic cân đối. Khảo sát trên dung dịch mẫu được liệt kê các kết quả như sau:

**Bảng 3.3. Khảo sát nhiệt độ tro hóa**

STT	Nhiệt độ (°C)	Độ hấp thụ	RSD (%)	Hình dáng pic
1	300	0,0591	3,12	Cân đối
3	400	0,0612	1,09	Cân đối
4	500	0,0610	0,39	Cân đối
5	600	0,0603	1,17	Cân đối

Từ bảng trên cho thấy: trong khoảng từ 300°C-600°C, độ hấp thụ của dung dịch mẫu khi tro hóa ở nhiệt độ 400°C là cao nhất và hình dáng pic cân đối. Do đó đề tài lựa chọn nhiệt độ nguyên tử hóa là 400°C

\* Khảo sát nhiệt độ nguyên tử hóa mẫu phù hợp:  
Với nhiệt độ tro hóa mẫu là 400°C, tăng dần nhiệt độ nguyên tử hóa từ 2000°C đến 2500°C, khảo sát trên dung dịch mẫu các kết quả như sau:

**Bảng 3.4. Khảo sát nhiệt độ nguyên tử hóa**

STT	Nhiệt độ (°C)	Độ hấp thụ	RSD (%)	Hình dáng pic
1	2000	0,0601	1,75	Kéo đuôi
2	2100	0,0618	1,21	Cân đối
3	2200	0,0619	1,05	Cân đối
5	2300	0,0617	1,03	Cân đối
6	2400	0,0619	0,92	Cân đối
7	2500	0,0621	0,42	Cân đối

Từ đồ thị trên cho thấy từ 2100°C đến 2500°C, pic hấp thụ cân đối, độ hấp thụ cao và độ lặp tốt. Từ đó cho thấy nhiệt độ 2100°C là nhiệt độ nguyên tử hóa tối ưu, tại đó phép đo cho độ hấp thụ cao và ổn định đồng thời nhiệt độ nguyên tử hóa thấp sẽ kéo dài được thời gian sử dụng lò.

Như vậy, đề tài lựa chọn được các điều kiện đo máy như sau:

Bước sóng: 283,3 nm

Độ rộng khe: 0,5 nm

Cường độ đèn: 8 mA

Chương trình nguyên tử hóa được thể hiện trong bảng sau:

**Bảng 3.5. Chương trình nguyên tử hóa**

Giai đoạn	Nhiệt độ đầu (°C)	Nhiệt độ cuối (°C)	Tốc độ tăng nhiệt (°C/s)	Thời gian (s)
Làm khô mẫu	Nhiệt độ phòng	120	2	0
Tro hóa	120	400	28	8
Nguyên tử hóa	2100	2100	0	5
Làm sạch	2800	2800	0	5
Làm nguội	0	0	0	17

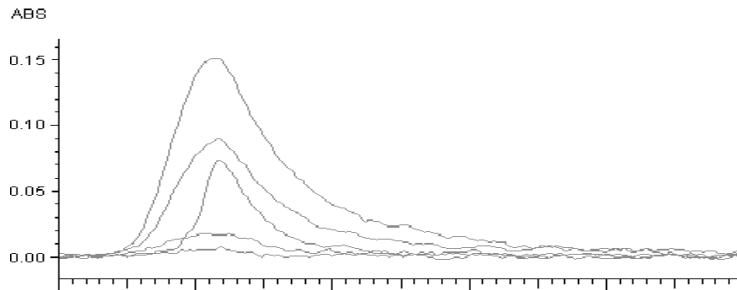
Tạo lập phương pháp đo chì trên máy có các thông số như đã đưa ra ở trên. Tiến hành đo độ hấp thụ của dãy dung dịch chuẩn, với mẫu trắng là dung dịch acid nitric 5%, lập đường tuyến tính. Đo độ hấp thụ của mẫu thử, tính toán nồng độ mẫu thử dựa vào đường chuẩn và từ đó suy ra hàm lượng chì trong mẫu.

**3.2. Thẩm định quy trình định lượng**

**3.2.1. Tính đặc hiệu**

Dùng phương pháp chồng phổ. Sử dụng phổ hấp thụ của dd trắng, dd mẫu cam thảo, dd mẫu cúc hoa, dd chuẩn và dd thử thêm chuẩn.

**Hình 3.1. Độ hấp thụ của các dung dịch mẫu trắng, dd thử mẫu cam thảo, dd thử mẫu cúc hoa, dd chuẩn chì 10 ppb và dd mẫu cúc hoa thêm chuẩn tại bước sóng 283,3 nm (thứ tự từ dưới lên)**



Kết quả: Độ đặc hiệu được chứng minh trong hình 3.3, cho thấy sự vắng mặt của pic trong mẫu nước cất, một pic rất nhỏ xuất hiện trong mẫu nền cam thảo (mẫu không chứa chì). Mẫu thử cúc hoa, mẫu thử cúc hoa thêm chuẩn và mẫu chuẩn chì có cùng cực đại hấp thụ tại bước sóng đặc trưng của chì

283,3 nm.

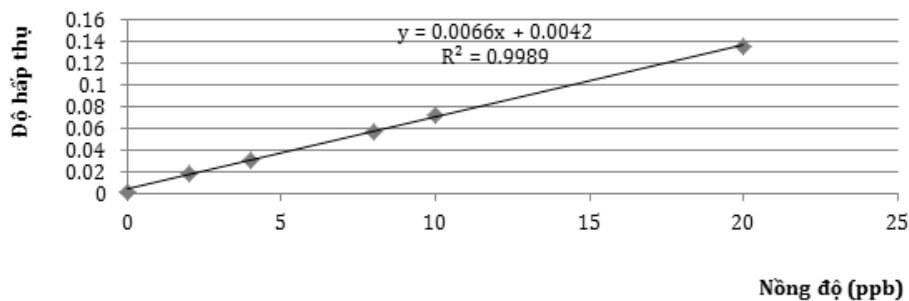
**3.2.2. Khoảng tuyến tính giữa nồng độ và độ hấp thụ**

Các dung dịch chuẩn có nồng độ 2, 4, 8, 10, 20 ppb được đo độ hấp thụ theo thứ tự, xây dựng đồ thị biểu diễn mối tương quan tuyến tính giữa nồng độ và độ hấp thụ ta được kết quả sau:

**Bảng 3.6. Khảo sát khoảng tuyến tính của chì**

Nồng độ dd chuẩn (ppb)	0	2	4	8	10	20
Độ hấp thụ	0,0020	0,0179	0,0311	0,0576	0,0726	0,1350

**Hình 3.2. Đồ thị biểu diễn khoảng tuyến tính của chì**



Từ đồ thị trên cho thấy, trong khoảng nồng độ từ 2-20 ppb có sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa độ hấp thụ và nồng độ của dd chì chuẩn với hệ số tương quan tuyến tính  $r^2 > 0,99$ .

Phương trình hồi quy tuyến tính:  $y = 0,0066x + 0,00423$

Hệ số tương quan  $r^2 = 0,9989$

**3.2.3. Giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng**

LOD được xác định bằng cách đo lặp lại 10 lần trên mẫu trắng. Xác định được độ lệch chuẩn  $SD = 0,0012$ , hệ số góc của đường chuẩn  $b = 0,0066$ . Từ đó tính được

LOD = 3\*SD/b = 0,55 (ppb)

LOQ = 10\*SD/b = 1,82 (ppb)

Như vậy giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng của phương pháp lần là 0,55 ppb và 1,82 ppb tương ứng với nồng độ 0,028 ppm và 0,091 ppm trong mẫu thử. Đây là mức giới hạn thấp chứng tỏ độ nhạy của phương pháp cao, đáp ứng yêu cầu phân tích vết các kim loại nặng.

### 3.2.4. Độ lặp lại

Độ lặp lại của phương pháp được thẩm định trên nền mẫu không chứa chì và mẫu có chứa chì. Qua khảo sát sơ bộ chúng tôi xác định được mẫu cam thảo không chứa chì và mẫu cúc hoa có chứa chì. Đề tài tiến hành thẩm định độ lặp lại của phương pháp trên 2 mẫu này thu được kết quả sau:

**Bảng 3.7. Độ lặp lại của phương pháp trên nền mẫu cam thảo**

STT	Khối lượng cân (g)	Nồng độ chì thêm vào (ppb)	Nồng độ chì đo được (ppb)	Tỷ lệ thu hồi (%)
1	0,5078	10	11,236	112,36
2	0,5034	10	10,776	107,76
3	0,5003	10	10,025	100,25
4	0,5027	10	10,712	107,12
5	0,5010	10	11,059	110,59
6	0,5082	10	10,684	106,84
			TB	106,87
			RSD (%)	4,04

**Bảng 3.8. Độ lặp lại của phương pháp trên nền mẫu cúc hoa**

STT	Khối lượng cân (g)	Nồng độ chì đo được (ppb)	Nồng độ chì trong mẫu (ppm)
1	0,5112	13,54	0,662
2	0,5024	13,32	0,663
3	0,5082	13,81	0,679
4	0,5014	13,87	0,692
5	0,5100	15,02	0,736
6	0,5027	14,61	0,727
		TB	0,693
		RSD (%)	4,59

### 3.2.5. Độ đúng:

Kết quả thẩm định độ đúng của phương pháp được thể hiện trong bảng sau:

**Bảng 3.9. Độ đúng của phương pháp định lượng chì trên nền mẫu cam thảo**

STT	Khối lượng mẫu (g)	Nồng độ chì chuẩn thêm vào (ppb)	Nồng độ chì tìm lại (ppb)	Tỷ lệ tìm lại (%)
1	0,5038	6	6,81	113,67
2	0,5012	6	6,21	103,50
3	0,5005	10	9,32	93,20
4	0,5021	10	10,54	105,40
5	0,5025	16	15,72	98,25
6	0,5037	16	18,36	114,75
			TB	104,80
			RSD (%)	8,06

Từ các kết quả trên cho thấy quy trình định lượng hàm lượng chì trong dược liệu đã xây dựng có độ đúng và độ chính xác đáp ứng yêu cầu của AOAC với độ tìm lại nằm trong khoảng 80-120% và RSD < 10 %.

**3.3. Áp dụng quy trình định lượng hàm lượng chì**

**trong dược liệu**

Áp dụng quy trình đã xây dựng và thẩm định ở trên để xác định hàm lượng chì trong các mẫu dược liệu thu được trên địa bàn tỉnh Thái Bình, mỗi mẫu làm lặp lại 2 lần, kết quả thu được như sau:

**Bảng 3.10. Kết quả định lượng chì trên các mẫu dược liệu**

STT	Mẫu dược liệu	Khối lượng cân		Hàm lượng chì đo được (ppb)		Hàm lượng chì trong mẫu (ppm)		Trung bình
		Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2	
1	Đương quy	0,5018	0,5023	11,34	11,70	0,565	0,582	0,574
2	Ngưu tất	0,5741	0,5612	30,08	29,26	1,349	1,303	1,326
3	Cam thảo	0,5107	0,5070	<LOD	<LOD	<LOD	<LOD	<LOD
4	Cát căn	0,5013	0,5056	18,23	19,69	0,909	0,974	0,942
5	Sinh địa	0,5577	0,5432	26,83	27,13	1,203	1,249	1,226
6	Hòe	0,5025	0,5033	1,73 <LOQ	1,65 <LOQ	0,086 <LOQ	0,082 <LOQ	0,084 <LOQ
7	Diệp cá	0,5252	0,5073	8,08	8,38	0,385	0,413	0,399
8	Cúc hoa	0,5410	0,5668	13,66	13,24	0,631	0,584	0,608
9	Ích mẫu	0,5127	0,5419	8,04	9,39	0,392	0,433	0,413
10	Thảo quyết minh	0,5423	0,5420	6,10	6,08	0,281	0,280	0,281



#### IV. KẾT LUẬN

1. Giới hạn phát hiện là 0,028 ppm và giới hạn định lượng là 0,091 ppm; khoảng tuyến tính của chì là 2 - 20 ppb với hệ số tương quan tuyến tính là 0,9989. Quy trình xây dựng đạt yêu cầu của phương pháp phân tích các nguyên tố ở dạng vết với tỷ lệ thu hồi nằm trong khoảng 93,20 - 114,74% và độ lệch chuẩn là từ 4,04 đến 8,08%.
2. 10 mẫu đều có hàm lượng chì nằm dưới 1,5 ppm. 2/10 mẫu có hàm lượng chì lớn hơn 1 ppm là ngưi tất 1,326 ppm và sinh địa 1,226 ppm. 2/10 mẫu có hàm lượng chì nằm dưới giới hạn định lượng của phương pháp là cam thảo và hòe. Tất cả các mẫu đều có hàm lượng chì nằm trong giới hạn cho phép của Dược điển Việt Nam IV.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

##### Tiếng Việt

1. Phạm Luận (2006), *Giáo trình hướng dẫn về những vấn đề cơ sở của các kỹ thuật xử lý mẫu phân tích*, NXB ĐHQGHN, Hà Nội.
2. Phạm Luận (2013), *Phương pháp phân tích phổ hấp thụ nguyên tử*, NXB ĐHQGHN, Hà Nội.
3. Phạm Thị Thu Hà, Phạm Luận (2012), “Tối ưu hóa quy trình xử lý mẫu thảo dược để xác định một số kim loại nặng bằng phương pháp xử lý ướt trong hệ lò vi sóng”, *Tạp chí Khoa học và công nghệ* 96(08) 75-79.
4. Phạm Thị Chính (2014), *Xây dựng phương pháp và khảo sát hàm lượng chì trong một số mẫu dược liệu tại Hà Nội bằng kỹ thuật AAS*, Khóa luận tốt nghiệp dược sỹ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. Trần Từ An, Trịnh Văn Quý, Bùi Xuân Đồng, Chu Thị Lộc (1997), *Các phương pháp kiểm nghiệm thuốc và độc chất, Bộ môn Hóa phân tích*, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. Trần Tứ Hiếu (2003), *Phân tích trắc quang phổ hấp thụ UV-VIS*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
7. Trần Tứ Hiếu, Từ Vọng Nghi, Nguyễn Xuân Trung, Nguyễn Văn Ri (2003), *Các phương pháp phân tích công cụ*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

##### Tiếng Anh

8. Biljana Kaličanin, Dragan Velimirović (2012), “The content of lead in herbal drugs and tea samples”, *Central European Journal of Biology* February 2013 Volume 8, Issue 2, pp 178-185
9. Golub, Mari S. (2005). “Summary”. *Metals, fertility, and reproductive toxicity*.
10. Hu, Howard (1991). “Knowledge of diagnosis and reproductive history among survivors of childhood plumbism”, *American Journal of Public Health*.
11. Schoeters, Greet; Den Hond, Elly; Dhooze, Willem; Van Larebeke, Nik; Leijts, Marike (2008). “Endocrine Disruptors and Abnormalities of Pubertal Development”. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 102 (2): 168–175.
12. Needleman, Herbert L. et al. (1990). “The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood. An 11-year follow-up report”. *New England Journal of Medicine* 322 (2): 83–88.

# NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN TẠI HUYỆN TRIỆU SƠN, TỈNH THANH HÓA NĂM 2017

Lưu Minh Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bạch Tuyết<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 394 đối tượng trong độ tuổi từ 30 – 59 tại ba xã thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa nhằm mục tiêu mô tả tình trạng thừa cân, béo phì theo một số đặc trưng cá nhân và phân tích một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tình trạng thừa cân, béo phì trong nghiên cứu là 73%. Tỷ lệ này gia tăng theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm từ 50 – 59 tuổi. Tỷ lệ thừa cân, béo phì cao nhất ở những người đã có chồng/vợ có tỷ lệ thừa cân, béo phì cao nhất. Nhóm nghề làm nông có tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm làm các công việc khác. Trình độ học vấn liên quan đáng kể đến tình trạng thừa cân, béo phì của người dân khu vực này. Tất cả những đặc trưng trên đều liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng thừa cân, béo phì.

**Từ khóa:** Thừa cân béo phì, Thanh Hóa, yếu tố liên quan.

## ABSTRACT:

### STUDY ON OBESITY AND SOME RELATED FACTORS IN PEOPLE IN TRIEU SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE IN 2017

A cross-sectional study was conducted on 394 people aged 30 to 59 years in three communes in Trieu Son district of Thanh Hoa province. The aims were to describe the prevalence of overweight and obesity by the characteristics and analyse the related factors. The results showed that overall prevalence of overweight and obesity was 73%. This figure increased with age. The prevalence of overweight and obesity among people

aged 50 to 59 years was the highest. The proportion of overweight and obesity among people got married was the highest. This figure for the local in agricultural group was lower than that in other jobs. The education was significantly associated with the prevalence of overweight and obesity. All related factor above was statistically significant.

**Keywords:** Overweight and Obesity, Thanh Hoa, related factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), thừa cân và béo phì (TCBP) được coi là một bệnh lý, là tình trạng tích lũy mỡ quá mức và quá giới hạn bình thường tại một vùng cơ thể hay toàn thân, qua đó, gây nguy hại tới sức khỏe. Thống kê của WHO năm 2016 có hơn 1,9 tỷ người bị thừa cân và hơn 650 triệu người bị béo phì [1]. Tại Mỹ, tỷ lệ béo phì ở nam giới trên 65 tuổi tăng từ 31,6% lên 40,5% trong giai đoạn 1990-2002 đến 2007-2010; tương tự ở nữ là 39% lên 40,3% [1].

Trên toàn cầu, đã ghi nhận sự gia tăng tỷ lệ TCBP ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ béo phì đã tăng gấp ba ở các nước đang phát triển trong vòng 20 năm qua, đây cũng là thời gian tại khu vực đó tốc độ đô thị hóa nhanh chóng, với mức tiêu thụ thực phẩm giàu calo tăng cao và nhưng lại có lối sống ít vận động [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ người trưởng thành TCBP chiếm khoảng 25% dân số. Nghiên cứu của viện dinh dưỡng cho thấy, tỷ lệ béo phì của nước ta gia tăng theo tuổi và 2/3 số người TCBP từ 45 tuổi trở lên [3].

1. Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội

2. Đại học Đại Nam, Hà Nội

» Ngày nhận bài: 15/02/2019 | » Ngày phản biện: 21/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 01/03/2019

Phần lớn các nghiên cứu trước tại Việt Nam đều tập trung đánh giá tình trạng TCBP tại một số thành phố lớn. Tuy nhiên, rất ít các nghiên cứu được tiến hành tại một số khu vực cụ thể và chưa có nghiên cứu nào về tình trạng TCBP tại 3 xã Thọ Ngọc, Thọ Tiến và Thọ Cường thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**tình trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở người dân tại huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa năm 2017**” với mục tiêu: Mô tả tình trạng thừa cân, béo phì và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở người dân tại 3 xã Thọ Ngọc, Thọ Tiến và Thọ Cường thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Những người trong độ tuổi từ 30 đến 59 đang sinh sống tại 3 xã Thọ Ngọc, Thọ Tiến và Thọ Cường thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa. Đối tượng có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2 Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 06/2017 đến tháng 08/2017 tại 3 xã Thọ Ngọc, Thọ Tiến và Thọ Cường thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa.

**2.3 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2.4 Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.4.1 Cơ mẫu

Được tính theo công thức cơ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

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

Trong đó: n là cỡ mẫu; p là tỷ lệ TCBP (ước tính p = 0,5);  $\varepsilon$  là sai số tương đối của nghiên cứu (lấy  $\varepsilon = 0,1$ );  $\alpha$  mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha$  bằng 0,05 ( $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ). Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 384. Trên thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu thu được là 394.

#### 2.4.2 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Bước 1: Lập danh sách tất cả những người trong độ tuổi từ 30

đến 59 đang sinh sống tại 3 xã. Bước 2: Chọn ngẫu nhiên đến khi đủ 384 đối tượng. Bước 3: Gửi giấy mời và hẹn đối tượng nghiên cứu đến khám để kiểm tra sức khỏe và thu thập các biến số, chỉ số nghiên cứu.

### 2.5 Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

#### 2.5.1 Công cụ thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi về một số đặc trưng cá nhân của đối tượng. Các công cụ thu thập một số chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu, bao gồm: cân, bộ thước dây và thước đo chiều cao.

#### 2.5.2 Kỹ thuật thu thập các thông tin nhân trắc học

**Kỹ thuật đo chiều cao:** Đối tượng được yêu cầu cởi tất và giày. Đo chiều cao khi đối tượng đi chân đất. Cởi bỏ mọi thứ khỏi đầu. Giữ cho mái tóc của bạn phẳng. Đứng dựa lưng vào tường và bàn chân khép lại. Đứng lên càng thẳng càng tốt với gót chân, lưng, vai và đầu của bạn chạm vào tường. Đối tượng nhìn thẳng về phía trước [4]. Đọc và ghi kết quả theo đơn vị cm với 1 số lẻ.

**Kỹ thuật đo cân nặng:** Cân nặng của đối tượng tham gia được đo bằng cân Tanita với sai số 0,1 kg; dải đo dưới 150 kg; Đọc kết quả và ghi số kg với một số lẻ.

**Chỉ số khối cơ thể (BMI):** BMI của một người tính bằng cân nặng của người đó (kg) chia cho bình phương chiều cao (cm). Đối với người lớn  $\geq 18$  tuổi, BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> được coi là TCBP [5].

### 2.6 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0. Giá trị p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. Hồi quy đa biến được sử dụng để phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng TCBP.

### 2.7 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, sự tham gia là tự nguyện. Thông tin cá nhân của đối tượng được giữ bí mật và được mã hóa.

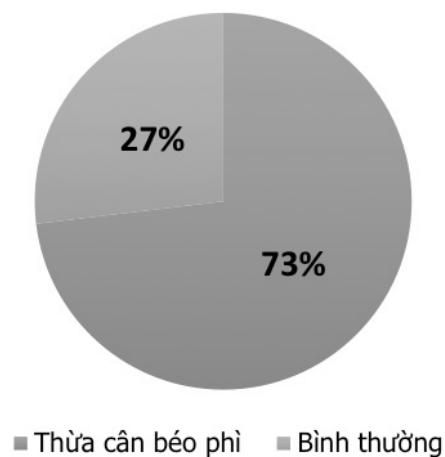
## III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N	%
Giới		
Nam	154	39,0
Nữ	240	61,0
Tuổi		
30 - 40	93	23,6
40 - 50	86	21,8
50 - 59	215	54,6
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	109	27,7
Đã có chồng/vợ	248	62,9
Góa phụ/Ly hôn	37	9,4
Nghề nghiệp		
Nghề nông	273	69,3
Khác	121	30,7
Trình độ học vấn		
Tiểu học/Chưa đi học	89	22,6
THCS	269	68,3
THPT hoặc cao hơn	36	9,1

Theo kết quả nghiên cứu, nữ giới (61%) nhiều hơn đáng kể so với nam giới (39%). Trên 50% số người ở độ tuổi từ 50 – 59. Phần lớn các đối tượng đã có vợ/chồng (62,9%). Nghề nghiệp chính là làm nông, chiếm tỷ lệ 69,3%. Trình độ học vấn ở bậc THCS chiếm tỷ lệ cao nhất, 68,3% (Bảng 1).

Hình 1. Tình trạng thừa cân béo phì của đối tượng



Trong số 394 đối tượng, có 288 người có tình trạng TCBP, chiếm gần  $\frac{3}{4}$ .



**Bảng 2. Tình trạng thừa cân béo phì theo một số đặc trưng cá nhân của đối tượng**

Đặc điểm	Số lượng	%
Giới		
Nam	123/154	79,9
Nữ	165/240	68,8
Tuổi		
<40	58/93	62,4
40-49	58/86	67,4
50-59	172/215	80,0
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	70/109	64,2
Đã có chồng/vợ	190/248	76,6
Góa phụ/Ly hôn	28/37	75,7
Nghề nghiệp		
Nghề nông	191/273	70,0
Khác	97/121	80,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học/Chưa đi học	76/89	85,4
THCS	193/269	71,7
THPT hoặc cao hơn	19/36	52,8

Tỷ lệ TCBP ở nam cao hơn nữ. Tình trạng TCBP tăng theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm từ 50 – 59 tuổi với ¼ trong số những người trong cùng độ tuổi này. Những người đã có chồng/vợ có tỷ lệ TCBP cao nhất (76,6%). Nhóm nghề làm nông có tỷ lệ TCBP thấp hơn nhóm làm các công việc khác, tương ứng 70,0% và 80,2% (Bảng 2).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì

Đặc điểm	OR	95%CI
Giới		
Nam	1,8*	1,1-2,9
Nữ	1	
Tuổi		
<40	1	-
40-49	1,3**	0,7-2,3
50-59	2,4**	1,4-4,1
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	1	-
Đã có chồng/vợ	1,8*	1,1-3,0
Góa phụ/Ly hôn	1,7*	0,7-4,0
Nghề nghiệp		
Nghề nông	1	-
Khác	1,7*	1,0-2,9
Trình độ học vấn		
Tiểu học/Chưa đi học	5,2**	2,2-12,6
THCS	2,3**	1,1-4,6
THPT hoặc cao hơn	1	-

\*, \*\*, \*\*\*: Có ý nghĩa thống kê tương ứng ở 0,05; 0,01 và 0,001

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy, nam giới có nguy cơ TCBP cao gấp 1,8 lần so với nữ giới. Người trong độ tuổi từ 50 – 59 và 40 – 49 có nguy cơ TCBP tương ứng bằng 2,4 và 1,3 lần những người trong nhóm 30 – 39. Những người đã có vợ/chồng có nguy cơ TCBP gấp 1,8 lần những người đang sống độc thân. Nhóm nghề khác có nguy cơ TCBP bằng 1,7 lần nhóm làm nông. Trình độ học vấn thuộc bậc tiểu học/Chưa đi học và THCS có nguy cơ TCBP cao gấp 5,2 và 2,3 lần so với nhóm đã học THPT (Bảng 3).

#### IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá tình trạng TCBP ở người lớn trong độ tuổi từ 30 - 59 tại 3 xã thuộc khu vực Bắc Trung Bộ. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới trong nghiên cứu nhiều hơn đáng kể so với nam giới, tương ứng 61% và 39%. Hơn một nửa số người trong nghiên cứu ở độ tuổi từ 50 – 59. Điều này cho thấy phân bố độ tuổi người dân thuộc 3 xã này đang có xu hướng già hóa, bởi theo quy định dành cho người Việt Nam thì người cao tuổi hay người già được coi là trên 60 tuổi. Ngoài ra, phần lớn các đối tượng đang sống cùng gia đình (vợ/chồng). Người dân ở những khu vực này làm nghề nông

là chủ yếu. Kết quả này phù hợp với đặc điểm vùng miền, địa lý của khu vực này. Đây là khu vực nông thôn nên nhóm nghề chủ yếu là nông dân. Phần lớn trình độ học vấn của các đối tượng khu vực này dừng lại ở bậc THCS. Điều này phù hợp với nhóm nghề của họ, bởi việc trải qua bậc giáo dục THPT chưa được bao phủ nên việc tiếp cận với giáo dục trình độ đại học còn hạn chế. Do đó, nhóm nghề phần đa của người dân ở đây đang tập trung chủ yếu là làm nông.

Trong số 394 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 288 người được xác định là TCBP, chiếm tỷ lệ 73%. Tỷ lệ TCBP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ TCBP trong nghiên cứu của tác giả Hà Thị Ninh ở huyện Mô Cày Bắc, Bến Tre (28,2%) [6]. Giải thích cho điều này có thể do 3 xã nghiên cứu là những xã nghèo ở khu vực Bắc Trung Bộ, do đó, nhận thức của người dân không chỉ thấp mà còn khó khăn trong việc tiếp cận với dịch vụ tư vấn và chăm sóc sức khỏe. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TCBP ở nam cao hơn nữ, 79,9% và 68,8%. Nam giới có nguy cơ TCBP cao gấp 1,8 lần so với nữ giới. Khi so sánh tỷ lệ nam nữ, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy sự khác nhau giữa tỷ lệ TCBP giữa nam và nữ, sự khác nhau này có thể do đặc thù văn hóa cũng như thói quen sinh hoạt [5, 7]. Tình trạng TCBP tăng theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm từ 50 – 59 tuổi với ¼ trong số những người trong cùng độ tuổi này. Đáng chú ý, những người trong độ tuổi từ 50 – 59 và 40 – 49 có nguy cơ TCBP tương ứng bằng 2,4 và 1,3 lần những người trong nhóm 30 – 39. Kết quả này phù hợp với của một số tác giả khác trên thế giới, [5, 8]. Sự gia tăng theo độ tuổi tình trạng TCBP có thể do ở độ tuổi càng cao, con người càng có xu hướng nghỉ ngơi lâu dài, ít vận động thể chất và do quá trình tích lũy chất béo trong giai đoạn những năm trước đó. Bên cạnh đó, những người đã có chồng/vợ có tỷ lệ TCBP cao nhất (76,6%) và có nguy cơ TCBP gấp 1,8 lần những người đang sống độc thân. Thường thì việc lập gia đình sẽ giúp con người có một cuộc sống thoải mái và no đủ hơn so với việc khi còn độc thân. Đi cùng với sự phát triển của xã hội, các gia đình ngày nay thường dung nghỉ ngơi vui không gian ở nhà. Do đó, việc hoạt động thể chất sẽ hết sức bị hạn chế. Qua đó sẽ tác động đến việc tích lũy và hình thành mỡ

quanh các khối cơ của cơ thể, đây là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến béo phì trên thế giới. Trong nghiên cứu này, nhóm nghề làm nông có tỷ lệ thừa cân béo phì thấp hơn nhóm làm các công việc khác, tương ứng 70,0% và 80,2%. Nhóm nghề khác (làm văn phòng, cán bộ công nhân viên chức) có nguy cơ TCBP bằng 1,7 lần nhóm làm nông. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới khi nhóm làm nông thường hoạt động thể lực nhiều hơn so với các nhóm nghề ít vận động, thay vào đó là công việc hằng ngày tại một vị trí [9]. Bên cạnh đó, kết quả trong nghiên cứu này đã cho thấy, trình độ học vấn thuộc bậc tiểu học/chưa đi học và THCS có nguy cơ TCBP cao gấp 5,2 và 2,3 lần so với nhóm đã học THPT. Sự khác biệt đáng kể này có thể do nhóm đã học THPT có nhận thức và hiểu biết tốt hơn so với những người ở bậc học thấp hơn. Việc nâng cao trình độ hiểu biết sẽ giúp họ có khả năng nhận thức và hiểu được cách phòng ngừa TCBP cho bản thân. Tất cả các yếu tố liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ý nghĩa thống kê.

Cỡ mẫu trong nghiên cứu này đại diện cho ba xã trong khu vực này. Cuộc khảo sát này đã sử dụng thiết kế cắt ngang, nên hạn chế trong quá trình phân tích mối quan hệ nhân quả đối với tình trạng thừa cân béo phì.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã nhấn mạnh tình trạng TCBP cao đáng kể ở 3 xã. Tình trạng TCBP gia tăng theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm từ 50 – 59 tuổi. Những người đã có chồng/vợ có tỷ lệ TCBP cao nhất. Nhóm nghề làm nông có tỷ lệ TCBP thấp hơn nhóm làm các công việc khác. Trình độ học vấn liên quan đáng kể đến tình trạng TCBP của người dân khu vực này. Tất cả những đặc trưng trên đều liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự cần thiết của các chính sách và can thiệp sức khỏe có liên quan đến những thói quen, lối sống hằng ngày.

### *Lời cảm ơn:*

Chúng tôi xin cảm ơn sự hỗ trợ của địa phương 3 xã Thọ Ngọc, Thọ Tiến và Thọ Cường thuộc huyện Triệu Sơn, tỉnh Thanh Hóa. Chúng tôi cũng muốn gửi lời cảm ơn sâu sắc tới 394 người dân đã tham gia vào nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Obesity and overweight. 2017.
2. Haidar YM, Cosman BC. Obesity epidemiology. Clinics in colon and rectal surgery, 2011; 24(4): 205.
- 3.. Kết quả điều tra thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi. Viện Dinh dưỡng quốc gia, 2017.
4. Cdc C. National health and nutrition examination survey. NCFHS (NCHS), editor(Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2005.
5. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The lancet. 2014;384(9945):766-81.
6. Hà Thị Ninh, Lê Hoàng Ninh, Nguyễn Thị Kim Tiến. Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi tại huyện Mỏ Cày Bắc tỉnh Bến Tre năm 2011. Tạp chí Nghiên cứu Y học Hồ Chí Minh, 2014;18(6): 221-5.
7. Akinola I, Jarrett O, Oduwole A, Senbanjo I, Njokanma O, Rogol A. Prevalence of overweight and obesity among secondary school adolescents in an urban area of Lagos, Nigeria. African Journal of Diabetes Medicine, 2016; 24(2).
8. Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics Washington, DC; 2015.
9. Maples JM, Houmard JA. Physical activity for obesity. Integrative weight management: Springer, 2014; 251-60.



# THỰC TRẠNG CÁC YẾU TỐ CƠ SỞ CỦA CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN THỊ XÃ PHỔ YÊN TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Quý<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm phân tích, đánh giá thực trạng các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên đoạn 2015-2017, từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế tại trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2018 -2020, góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh nhằm giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

**Từ khoá:** Chất lượng dịch vụ, bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

## ABSTRACT

**REALITY OF BASIC ELEMENTS OF THE QUALITY OF MEDICAL INSURANCE SERVICES IN PHO YEN TOWN, THAI NGUYEN PROVINCE**

This study aims to analyze and evaluate the realities of basic elements of the quality of medical examination and treatment services by health insurance in Pho Yen town, Thai Nguyen province, from 2015 to 2017, then proposing some solutions to improve the quality of medical examination and treatment services by health insurance in Pho Yen town, Thai Nguyen province, in the period of 2018-2020, 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.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thị xã Phổ Yên có 18 xã, thị trấn trong đó có 6 xã miền núi, 1 xã anh hùng, với trên 90% dân số tham gia bảo

hiểm y tế (BHYT). Trung tâm thị xã cách trung tâm thành phố Thái Nguyên 30km. Y tế thị xã, nơi cung cấp dịch vụ KCB cơ bản và là nơi người dân có thể dễ dàng tiếp cận dịch vụ KCB, nhất là đối với người nghèo, các huyện, thị xã xa trung tâm thành phố, xã vùng sâu, vùng xa.

Việc “thông tuyến” khám chữa bệnh bảo hiểm y tế khiến cho các cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã trở thành cơ sở khám chữa bệnh (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 tại thị xã còn nhiều tồn tại cần phải khắc phục như: Đội ngũ y, bác sĩ thiếu cả về số lượng và chất lượng; trang thiết bị y tế còn thiếu và yếu, còn xảy ra tình trạng trục lợi quỹ BHYT từ nhiều phía, thái độ phục vụ, y đức của đội ngũ cán bộ y tế cần cải thiện, chính sách thủ tục khám chữa bệnh BHYT còn rườm rà, hiệu quả thấp...

Vì vậy, việc đánh giá thực trạng các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên đoạn 2015-2017 từ đó đề xuất đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh bằng Bảo hiểm y tế tại thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn tiếp theo là việc làm cần thiết.

## II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thực trạng nhân lực y tế

#### 2.1.1. Nhân lực y tế tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên

Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên có quy mô 118 giường bệnh nhưng tổng số nhân viên y tế biên chế toàn bệnh viện chỉ là 100 người (thiếu 30 nhân viên so với quy định, mặc dù bệnh viện có 18 nhân viên y tế hợp đồng) [5].

## 1. Khoa Kinh tế - Đại học KT&QTKD Thái Nguyên

» Ngày nhận bài: 01/02/2019 | » Ngày phản biện: 17/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 25/02/2019

**Bảng 1. Tỷ số nhân viên y tế/giường bệnh và cơ cấu chuyên môn tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên năm 2017**

STT	Các chỉ số về nhân lực	Theo TTTT 08/2007*	Biên chế hiện có
<b>A. Thông tin chung</b>			
1	Số nhân viên y tế	130	100
2	Số giường bệnh	118	118
3	Tỷ số nhân viên y tế/giường bệnh	1,1	0,85
<b>B. Thông tin cụ thể</b>			
	<i>Cơ cấu chuyên môn</i>		
	- Tỷ số bác sĩ/chức danh chuyên môn y tế khác (điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên)	1/3 – 1/3,5	16/63 (1/3,94)
	- Tỷ số dược sĩ đại học/bác sĩ	1/1,5 – 1/8	0/16(0)
	- Tỷ số dược sĩ đại học/dược sĩ trung học	1/2 – 1/2,5	0/8 (0)

(Nguồn: Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên)

(\*) Biên chế được tính theo định mức theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT- BYT-BNV, ngày 05 tháng 06 năm 2007 của liên Bộ Nội vụ và Bộ Y tế, về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước

Cơ cấu theo chuyên môn cho thấy tỷ lệ bác sĩ so với các chức danh chuyên môn khác (bao gồm điều dưỡng,

nữ hộ sinh, kỹ thuật viên) tại bệnh viện hiện nay là khá thấp (1/3,94) so với quy định là 1/3 – 1/3,5. Điều đặc biệt là Bệnh viện cho đến nay vẫn chưa có dược sĩ đại học, chỉ có 8 dược sĩ trung học và kỹ thuật viên trung cấp dược. Cho thấy Bệnh viện không chỉ thiếu nhân lực theo quy định mà còn thiếu bác sĩ và dược sĩ có trình độ đại học.

**Bảng 2. Tình hình nhân sự tại Bệnh viện đa khoa thị xã Phổ Yên tính đến ngày 31/12/2017**

Trình độ VT công việc	Trên ĐH		Đại học		Cao đẳng		Trung cấp		Tổng
	SL (người)	Tỷ lệ (%)	SL (người)	Tỷ lệ (%)	SL (người)	Tỷ lệ (%)	SL (người)	Tỷ lệ (%)	
Bác sĩ	7	44,0	9	56,0	-		-		16
Y sĩ đa khoa	-		-		-		1		1
Dược sĩ và KTVTTC dược	0	0	0	0	0	0	8	100	8
Điều dưỡng (y tá)	0	0	0	0	3	7,0	41	93,0	44
Kỹ thuật viên Y	0	0	0	0	3	27,0	8	73,0	11
Nữ hộ sinh	0	0	0	0	2	29,0	5	71,0	7
Cán bộ khác	0		3		0		10		13
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>7,0</b>	<b>12</b>	<b>12,0</b>	<b>8</b>	<b>8,0</b>	<b>73</b>	<b>73,0</b>	<b>100</b>

(Nguồn: Phòng Tổ chức - Hành chính Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên)

Tính đến ngày 30/12/2017, Bệnh viện có 100 biên chế, trong đó có 12% có trình độ đại học và chỉ có 7% có trình độ sau đại học, cao đẳng có 8% và trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất 73%. Tuy nhiên, hiện nay nhân lực chưa đủ biên chế theo quy định của Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV. Trình độ chuyên môn của các trưởng phó phòng và trình độ ngoại ngữ của các trưởng phó khoa chưa đạt; trình độ chuyên môn chung của điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên còn thấp, dưới 50% điều dưỡng trưởng khoa có chứng chỉ quản lý chăm sóc bệnh nhân (Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện năm 2017 và phương hướng nhiệm vụ năm 2018). Chỉ tiêu của Bệnh viện là 118 giường bệnh nhưng Bệnh viện mới đạt tỷ lệ 0,85 nhân viên/giường bệnh; được chia ra: 6 khoa lâm sàng và cận lâm sàng và 3 phòng chức năng. Trung bình mỗi ngày Bệnh viện thực hiện khám ngoại trú hơn 500 lượt người và 25 lượt bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú, đây là một lưu lượng bệnh nhân không phải là quá lớn nhưng lại là quá tải so với nguồn nhân lực hiện có tại bệnh viện [2],[3],[5].

### **2.1.2. Nhân lực y tế tại các trạm y tế xã/phường/thị trấn trên địa bàn thị xã Phổ Yên**

Tổng nguồn nhân lực y tế làm công tác KCB tại 18 xã, phường, thị trấn trên địa bàn thị xã là 117 người, trong đó có 20 bác sĩ; biên chế tại các trạm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên đảm bảo theo quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT- BYT-BNV, ngày 05 tháng 06 năm 2007 của liên Bộ Nội vụ và Bộ Y tế, về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước là tối thiểu cần 5 biên chế cho 1 trạm y tế xã, phường, thị trấn và mỗi trạm y tế cần tối thiểu 1 bác sĩ. Tuy nhiên trong tổng số 20 bác sĩ chỉ có 2 bác sĩ chính quy còn lại là bác sĩ hệ chuyên tu, không có bác sĩ có trình độ sau đại học. 97 cán bộ y sĩ, y tá, dược sĩ còn lại làm việc tại các trạm có trình độ là trung cấp, không cán bộ nào có trình độ cao đẳng hay đại học.

## **2.2. Thực trạng trang thiết bị tài sản cố định**

### **2.2.1. Tình hình trang thiết bị, tài sản cố định tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên**

Từ năm 2014, cơ sở vật chất của bệnh viện có nhiều thay đổi quan trọng. Từ chỗ làm việc ở một cơ sở cũ, chật chội, đã xuống cấp, ẩm mốc, hư hỏng nhiều và vận chuyển bệnh nhân nội viện khó khăn. Đến nay, cán bộ viên chức (CBVC) đã tiếp nhận và sử dụng Bệnh viện mới: với kiến

trúc hạ tầng hiện đại hơn, không gian thông thoáng và công năng sử dụng phù hợp; hệ thống điện, nước tương đối tốt; môi trường xung quanh bệnh viện rộng; điều kiện làm việc của CBVC tốt hơn nhiều cơ sở cũ; Phòng Xét nghiệm vi sinh của khoa Xét nghiệm – Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện đã được Sở Y tế cấp Giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn Phòng xét nghiệm an toàn sinh học cấp II. Về xử lý rác thải: Nguồn rác thải được phân loại, thu gom ở nơi phát sinh và được Bệnh viện tiếp tục hợp đồng với Công ty vệ sinh môi trường phường Ba Hàng để xử lý rác thải sinh hoạt, hợp đồng với Công ty môi trường tỉnh Thái Nguyên để xử lý rác thải y tế. Chất thải lỏng được thu gom theo hệ thống cống ngầm vào bể chứa chung và được xử lý trước khi thải ra môi trường (Bệnh viện Đa khoa Phổ Yên, 2016).

Năm 2016 Bệnh viện cũng đã trang bị thêm nhiều trang thiết bị y tế phục vụ công tác chuyên môn như: Hệ thống chụp X.Quang kỹ thuật số Shimaduz của Nhật; Máy Xét nghiệm sinh hóa tự động DIALAB của Áo; Máy điện não đồ vi tính Nihon KohDen của Nhật; Dây nội soi đại tràng PenTax- Hoya của Nhật bản; Máy nội soi Tai, Mũi, Họng Innotech của Hàn Quốc; Máy đốt cổ tử cung SomeTech của Hàn Quốc; Bệnh viện cũng mua sắm thêm 5 bộ máy vi tính để bàn bằng nguồn tài chính hợp pháp [3].

### **2.2.2. Tình hình trang thiết bị, tài sản cố định tại các Trạm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên**

Hầu hết các trạm y tế trên địa bàn chưa được đầu tư trang thiết bị máy móc hiện đại như máy siêu âm, máy chụp X quang, nội soi hay máy xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu. Mỗi khi bệnh nhân có nhu cầu hoặc cần chỉ định siêu âm, chụp X quang hay xét nghiệm đều phải tự làm dịch vụ bên ngoài hoặc chuyển lên tuyến trên.

## **2.3 Đánh giá tình hình tài chính khám chữa bệnh BHYT**

Tính đến tháng 7/2016 tỷ lệ người dân có thẻ BHYT trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên chiếm trên 97,5% dân số [6]. Với sự quan tâm, chỉ đạo sát sao của Tỉnh ủy, HĐND, UBND tỉnh và sự quyết tâm vào cuộc của BHXH tỉnh và các ngành hữu quan, chắc chắn Thái Nguyên sẽ về đích sớm trong thực hiện lộ trình BHYT toàn dân”. Chính vì vậy các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (cả trung ương và địa phương) trên địa bàn tỉnh thực hiện mức giá dịch vụ KCB BHYT bao gồm cả chi phí tiền lương theo quy định tại khoản 2 Điều 5 Thông tư 37 từ ngày 12/8/2016.

**Bảng 3: Tình hình thu, chi quỹ KCB BHYT trên địa bàn thị xã Phổ Yên giai đoạn 2015-2017**

Chỉ tiêu	Năm	2015	2016	2017	Tốc độ tăng (%)		
					16/15	17/16	BQ
Số thu quỹ KCB BHYT (Triệu đồng)		216.800	293.744	338.262	35,49	15,16	24,91
Số chi quỹ KCB BHYT (Triệu đồng)		19.955	28.220	38.007	41,42	34,68	38,01
- KCB ngoại trú +Số lượt (Lượt người)		181.701	183.732	190.203	1,12	3,52	2,31
+ Chi KCB ngoại trú (Triệu đồng)		13.829	18.553	22.780	34,16	22,78	28,35
- KCB nội trú +Số lượt (Lượt người)		7.187	7.035	9.250	-2,11	31,49	13,45
+ Chi KCB nội trú (Triệu đồng)		6.126	9.667	15.227	57,80	57,52	57,66
Tỷ lệ % chi KCB BHYT so với số thu		9,20	9,61	11,24	-	-	-
Cân đối thu-chi		196.845	265.524	300.255	134,89	113,08	23,50

(Nguồn: BHXH thị xã Phổ Yên).

Qua bảng 3 cho thấy tỷ lệ % chi KCB BHYT so với số thu tăng dần qua 3 năm (năm 2015 là 9,20%, kết dư 196.845 triệu đồng; năm 2016 tăng lên 11,24%, kết dư 300.255 triệu đồng). Chi KCB BHYT cả nội trú và ngoại trú đều tăng qua các năm (bình quân của giai đoạn là 38,01%) mặc dù số lượt KCB tăng không đáng kể, đặc biệt tốc độ tăng bình quân trong giai đoạn của chi KCB nội trú tăng 57,66%.

Như vậy, mức giá có tiền lương chỉ áp dụng cho người có thể BHYT nên không ảnh hưởng đến người chưa tham gia BHYT. Và cũng không ảnh hưởng tới quyền lợi (mức) được thanh toán chi phí KCB của người có thể BHYT và khắc phục tình trạng “bao cấp tràn lan, bao cấp ngược qua giá”, là điều kiện cơ bản để thực hiện cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, cơ chế tự chủ về tài chính của các cơ sở cung ứng dịch vụ, tăng sự lựa chọn của người sử dụng dịch vụ. Quyền lợi của người bệnh có thể BHYT được nâng lên rõ rệt vì không phải trả thêm, hoặc tự mua một số thuốc, vật tư, mà trước đây giá thấp, người bệnh phải tự mua hoặc phải trả thêm do quỹ BHYT không thanh toán. Khuyến khích các bệnh viện tuyến dưới thực hiện các kỹ thuật mới được chuyển giao, góp phần nâng cao trình độ chuyên môn và từng bước giảm quá tải cho tuyến trên.

### III. KẾT LUẬN

#### 3.1. Đánh giá nhân lực y tế

Nhân lực chưa đủ biên chế theo quy định, tỷ lệ bác sỹ trên tổng số cán bộ y tế còn thấp (tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên là 16/100, tại các trạm y tế 20/117 và chủ yếu là bác sỹ chuyên tu); Trình độ chuyên môn của các trưởng phó phòng và trình độ ngoại ngữ của các trưởng phó khoa chưa đạt; trình độ chuyên môn chung của điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên còn thấp; dưới 50% điều dưỡng trưởng khoa có chứng chỉ quản lý chăm sóc bệnh nhân;

#### 3.2. Đánh giá tình hình trang thiết bị tài sản cố định

Hiện nay bệnh viện vẫn còn thiếu nhiều thiết bị hiện đại, đắt tiền, nhiều thiết bị đã cũ kỹ lỗi thời, thêm vào đó vấn đề quản lý các hệ thống thiết bị trong công trình như: hệ thống điện, hệ thống oxy trung tâm, hệ thống phát thanh nội bộ, hệ thống xử lý nước thải... chưa đảm bảo tốt.

Hầu hết các trạm y tế trên địa bàn chưa được đầu tư trang thiết bị máy móc hiện đại như máy siêu âm, máy chụp X quang, nội soi hay máy xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu.

#### 3.3. Đánh giá tình hình tài chính khám chữa bệnh BHYT

Từ ngày 12/8/2016 các cơ sở khám chữa bệnh bằng BHYT trên địa bàn thị xã Phổ Yên thực hiện mức giá KCB BHYT bao gồm cả tiền lương đã làm thay đổi nhận thức,



tư duy của cán bộ y tế. Từ Nhà nước trả lương, nay người bệnh và BHYT trả lương đã thúc đẩy nâng cao chất lượng dịch vụ và cải thiện rõ rệt thái độ phục vụ, tăng sự hài lòng của người bệnh, tăng quyền lợi của người có thẻ BHYT. Tuy nhiên bên cạnh những mặt tích cực cũng còn khá nhiều hạn chế như:

- Việc áp dụng đầy đủ giá dịch vụ y tế có kết cấu tiền lương làm cho tỷ trọng chi thuốc giảm từ 41,69% xuống 36,01%, chi tiền khám và tiền giường từ 2,3% tăng lên 21,1% [2]. Giá tiền giường tăng cao là nguyên nhân phổ biến dẫn đến tình trạng chỉ định vào điều trị nội trú, hoặc kéo dài ngày nằm viện quá mức cần thiết, tại bệnh viện đã chỉ định nằm viện từ ba đến năm ngày với các bệnh lý như viêm họng cấp, viêm amidan cấp, mụn, mẩn ngứa, viêm chân răng, vết thương nông phần mềm... (chi phí KCB nội trú tăng bình quân trong giai đoạn 2015-2017 là 57,66%);

- Hiện tượng tách nhiều hồ sơ thanh toán trong một đợt điều trị ngoại trú để tính thêm tiền khám bệnh, tăng số lượt để giảm mức chi bình quân, đồng thời người bệnh không phải cùng chi trả (chi phí KCB ngoại trú tăng bình quân trong giai đoạn 2015-2017 là 28,35%);

- Việc khoán định suất cho các bệnh viện sẽ khiến cho bác sĩ phải “cân đo đong đếm” khi phải sử dụng kỹ thuật cao, danh mục thuốc trong điều trị cho bệnh nhân; khoán chi sẽ ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh nếu lượng bệnh nhân đến KCB nhiều hơn và phải chi nhiều hơn mức quy định.

#### **IV. GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KCB BẰNG BHYT TRÊN ĐỊA BÀN THỊ XÃ PHỔ YÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN**

##### **4.1. Giải pháp phát triển nguồn nhân lực**

Cần thành lập bộ phận tuyển dụng chuyên nghiệp thuộc phòng Hành chính- Tổ chức, chịu trách nhiệm ra đề thi và các bài phỏng vấn phù hợp với từng vị trí tuyển dụng nhằm đánh giá chính xác, khách quan từng ứng cử viên. Sau quá trình tuyển dụng, cần phải cử nhân viên mới đi đào tạo, học tập kinh nghiệm để có thể nắm bắt một số thông tin, kiến thức cơ bản về quản lý nhà nước và các nghiệp vụ chuyên môn. Đồng thời, định kỳ 6 tháng, Bệnh viện cần kiểm tra kỹ năng chuyên môn, kiến thức của các nhân viên, từ đó bổ sung và cập nhật kiến thức mới cho các nhân viên giúp họ nâng cao khả năng và trình độ của bản thân, phục vụ tốt hơn hoạt động của Bệnh viện.

Bên cạnh đó, Bệnh viện cần có chính sách thu hút nhân tài để có thể tuyển dụng và giữ chân được những bác sĩ giỏi, có trình độ cao cống hiến lâu dài cho Bệnh viện.

Ngoài ra, Bệnh viện cũng cần tăng cường mối quan hệ hợp tác với các bệnh viện tuyến trên như Bệnh viện C Thái Nguyên, Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên để tranh thủ sự hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật, hỗ trợ đào tạo... áp dụng được nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật mới góp phần nâng cao chất lượng phòng bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.

Sở Y tế cũng cần đưa ra những chính sách ưu đãi để có thể đưa được những bác sĩ chính quy, bác sĩ giỏi về công tác tại các Trạm y tế.

##### **4.2. Giải pháp đầu tư trang thiết bị y tế hiện đại và nâng cấp cơ sở vật chất**

Trước mắt, Bệnh viện, Trạm y tế cần tăng cường đầu tư, bổ sung trang thiết bị đầy đủ theo Danh mục trang thiết bị y tế của bệnh viện tuyến huyện ban hành kèm theo Quyết định 437/QĐ-BYT (kể cả chủng loại và số lượng). Tranh thủ các nguồn vốn hợp pháp để từng bước thực hiện chương trình hiện đại hóa trang thiết bị. Do đặc thù của ngành, Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên nên đề nghị UBND tỉnh, UBND thị xã và các ban ngành liên quan hỗ trợ kinh phí để bệnh viện mua một số trang thiết bị cần thiết, đồng thời tạo điều kiện để bệnh viện huy động vốn hoặc liên kết với các tổ chức, cá nhân lắp đặt máy để thực hiện kỹ thuật cao (như máy chụp citi, chụp cắt lớp, ...) theo cơ chế hạch toán để đảm bảo cho thiết bị y tế duy trì hoạt động và phục vụ tốt, kịp thời cho công tác khám và điều trị bệnh nhân.

Một khía cạnh nữa trong trang bị cơ sở vật chất cho Bệnh viện là hệ thống công nghệ thông tin. Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện là một yêu cầu cấp bách. Nhanh chóng xây dựng hệ thống phần mềm, các chương trình quản lý, điều hành bệnh viện; lắp đặt phần cứng đầy đủ, phù hợp và thuận tiện khi hoạt động. Bên cạnh đó gấp rút đào tạo đội ngũ sử dụng, bộ phận điều hành và quản trị mạng LAN của bệnh viện. Đồng thời tiếp nhận những công nghệ tiên tiến trên thế giới và khu vực vào phục vụ công tác khám chữa bệnh.

##### **4.3. Giải pháp tăng cường công tác quản lý tài chính khám chữa bệnh BHYT**

Để thực hiện tốt quá trình thu trước tiên cơ quan Bảo hiểm xã hội cần phải thống kê được số đối tượng bắt buộc

phải tham gia BHYT trong các cơ quan, đơn vị để làm căn cứ thu đóng. Phối hợp với các cơ quan chức năng để theo dõi những đơn vị mới thành lập, có nhiệm vụ đóng góp vào quỹ BHYT.

Bên cạnh công tác quản lý thu là công tác giám định chi tại các sở KCB BHYT là hết sức quan trọng. Để được hưởng các chế độ BHYT người có thẻ BHYT phải có chứng nhận giám sát của các cơ quan có liên quan vì vậy

khi có sự kết hợp sẽ đảm bảo tốt hơn quá trình chi trả chi phí KCB BHYT tránh lạm dụng quỹ.

BHXH Việt Nam cần cung cấp các giải pháp kỹ thuật để những cơ sở KCB có thể quản lý thông tuyến, khai thác kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh từ lịch sử khám, chữa bệnh của người bệnh, để tránh tình trạng chi định trùng lặp, chi định đồng loạt cận lâm sàng và đặc biệt là chi định quá mức cần thiết...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm xã hội thị xã Phổ Yên (2015, 2016, 2017), *Báo cáo tình hình thu - chi BHXH, BHYT, BHTN*.
2. Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên (2015, 2016, 2017), *Báo cáo tình hình KCB BHYT*.
3. Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên (2017), *Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện năm 2017 và phương hướng nhiệm vụ năm 2018*.
4. Bộ Y tế (1997), *Quy chế Bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số: 1895/1997/BYT-QĐ*, ngày 19/09/1997.
5. Bộ Y tế, Bộ Nội vụ (2007), *Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT- BYT-BNV hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước*, ban hành 05/06/2007.
6. Bộ Y tế (2016), *Công văn số 6188/BYT-KH-TC ngày 12/8/2016 của Bộ Y tế “V/v thực hiện giá dịch vụ KB, CB bảo hiểm y tế bao gồm cả chi phí tiền lương của một số tỉnh/TP”*.



# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRẠM Y TẾ XÃ 2 HUYỆN ĐẶC BIỆT KHÓ KHĂN TỈNH HÒA BÌNH

Tạ Văn Thượng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Thùy Dương<sup>2</sup>, Đào Thị Mai Hương<sup>3</sup>, Đào Văn Dũng<sup>4,5</sup>

## TÓM TẮT

Trong tháng 5 năm 2018 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích đánh giá sự hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã và một số yếu tố liên quan tại 47 trạm y tế xã 2 huyện đặc biệt khó khăn thuộc tỉnh Hòa Bình qua khảo sát 235 nhân viên y tế xã. Kết quả cho thấy: Điểm trung bình đánh giá trạm y tế xã trong khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của nhân viên y tế là  $3,42 \pm 0,53$ . Điểm hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của nhân viên y tế tại trạm y tế xã nghiên cứu đạt ở mức cao là  $3,70 \pm 0,61$  với tỷ lệ hài lòng đạt 74%. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã là: Giới tính (OR = 1,98); trình độ đào tạo (OR = 3,57); có hướng dẫn quy trình (OR = 1,89) và thực hiện đủ 14 bước của quy trình KCB tại TYTX (OR = 2,07); có ứng dụng công nghệ thông tin (OR = 1,89); có sự quan tâm của xã (OR = 6,90) và có sự phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 3,95); phối với với BHXH huyện (OR = 3,12) trong phân tích đơn biến và các yếu tố: trình độ đào tạo của nhân viên y tế (OR = 5,67; 1,14 - 28,13); trạm có bác sỹ làm việc (OR = 4,62; 1,94 - 11,09) và có phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 5,60; 2,24 - 13,97) trong phân tích đa biến.

Kết quả này là cơ sở khoa học đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã trong giai đoạn hiện nay.

**Từ khóa:** Sự hài lòng; khám chữa bệnh, bảo hiểm y tế; nhân viên y tế; huyện đặc biệt khó khăn; tỉnh Hòa Bình.

## SUMMARY

**THE SATISFACTION OF HEALTH STAFF ABOUT QUALITY OF MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT BY HEALTH INSURANCE AT THE COMMUNE HEALTH CENTERS OF 2 SPECIALLY POVERTY DISTRICTS, HOABINH**

1. Học viện Quân Y
2. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
3. Công ty Cổ phần Sức khỏe Việt
4. Ban Tuyên giáo Trung ương
5. Trường ĐH Thăng Long

## PROVINCE: RATE AND RELATED FACTORS

In May 2018, we conducted a cross-sectional descriptive study to analyze and evaluate the satisfaction of the quality of medical examination and treatment services of commune health centres and some related factors at 47 Commune health centres of 2 particularly difficult districts in Hoa Binh province through 235 commune health workers. The results showed that: The average score of commune health stations in medical examination and treatment at commune health centres was  $3.42 \pm 0.53$ . The satisfaction score for medical examination and treatment by health workers at commune health centres reached a high level of  $3.70 \pm 0.61$  with a satisfaction rate of 74%. Some factors related to the quality of medical examination and treatment with health insurance at commune health centres are: Gender (OR = 1.98); training level (OR = 3.57); having a the medical examination and treatment process guide (OR = 1.89) and enough 14 steps of the medical examination and treatment process in CHC (OR = 2.07); applying information technology (OR = 1.89); there is a concern of the commune (OR = 6.90) and coordination with the commune departments (OR = 3.95); coordinate with district social insurance (OR = 3.12) in univariate analysis; and factors: the level of training of health workers (OR = 5.67; 1.14 - 28.13); the station has a working doctor (OR = 4.62; 1.94 - 11.09) and coordinates with the departments and sectors of the commune (OR = 5.60; 2.24 - 13.97) in the multivariate analysis.

This result is the scientific basis for proposing solutions to improve the quality of medical examination and treatment by Health Insurance at the commune health center in the current period.

**Keywords:** Satisfaction; Medical Examination and treatment; Health Insurance; health staff; specially poverty district; Hoabinh province.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều cách đánh giá chất lượng dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế xã nói riêng, nhưng hiện nay thường đánh giá chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế thông qua sự hài lòng của người dân và nhân viên y tế [3], [7], [8], [9]. Sự hài lòng đã được định nghĩa khác nhau như: “một sự đánh giá tích cực của một cá nhân về những tiêu chí đặc trưng cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe” và như “một sự đánh giá của người bệnh hoặc nhân viên y tế về dịch vụ y tế, bao hàm cả những phản ứng về nhận thức và tình cảm”. Hiện nay, ở Việt Nam còn rất ít nghiên cứu đánh giá sự hài lòng về chất lượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế, nhất là khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã [3], [7], [8], [9].

Bảo hiểm y tế (BHYT) là một trong những chính sách an sinh xã hội quan trọng, là cơ chế tài chính vững chắc giúp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và góp phần đảm bảo sự công bằng trong khám bệnh, chữa bệnh (KBCB). Hiện nay việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại tuyến xã đã tạo điều kiện thuận lợi cho người tham gia BHYT trong tiếp cận và lựa chọn cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu phù hợp. Trong thời gian qua, số trạm y tế xã thực hiện khám, chữa bệnh BHYT đang tăng lên, gần 80% trạm y tế xã đã thực hiện khám, chữa bệnh BHYT [1]. Tuy nhiên, trên thực tế chất lượng KBCB cho người tham gia BHYT ở các tuyến vẫn còn hạn chế, quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT vẫn còn phức tạp, chưa thuận tiện cho cả người dân lẫn nhân viên y tế [2]. Phần lớn người dân đều cho rằng chất lượng khám, chữa bệnh chưa đáp ứng được yêu cầu, vẫn còn sự khác biệt lớn giữa khám, chữa bệnh BHYT với khám, chữa bệnh tự nguyện; cơ chế, chính sách về BHYT còn thiếu đồng bộ [4], [5]. Tỷ lệ nhân viên y tế đánh giá hài lòng về chất lượng trạm y tế xã còn thấp (64-70%) [6], [7].

Hòa Bình là một tỉnh miền núi thuộc vùng Tây Bắc Việt Nam với nhiều dân tộc sinh sống. Tính đến ngày 30/6/2017, tỷ lệ bao phủ BHYT của tỉnh đạt 93,1% dân số và 96% số trạm y tế xã có KBCB BHYT [4]. Tuy nhiên, việc khám bệnh, chữa bệnh BHYT tuyến cơ sở còn tồn tại một số khó khăn như đa số các trạm y tế xã còn thiếu thôn về trang thiết bị, máy móc phục vụ cho việc khám bệnh, chữa bệnh; danh mục thuốc ít; trình độ chuyên môn của nhân viên y tế còn hạn chế; một bộ phận tham gia BHYT chưa nhận thức đầy đủ về quyền lợi và trách nhiệm [4], [5]. Cho đến nay, còn rất ít nghiên cứu đánh giá toàn diện về chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã trong cả nước cũng như tại tỉnh Hòa Bình thông qua đo lường chỉ số hài lòng của nhân viên y tế.

Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã 2 huyện đặc biệt khó khăn tỉnh Hòa Bình năm 2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và chất liệu nghiên cứu

- Trạm y tế: Trưởng trạm và nhân viên y tế; trang thiết bị, cơ sở vật chất và danh mục thuốc sử dụng tại trạm.

- Sổ sách ghi chép và các báo cáo chuyên môn của trạm y tế xã.

### 2.2. Địa điểm nghiên cứu

\* Nghiên cứu được tiến hành tại toàn bộ 47 xã, thị trấn thuộc 2 huyện vùng núi cao nằm về phía Tây Bắc của tỉnh Hòa Bình là huyện Mai Châu và huyện Tân Lạc.

2 huyện Mai Châu (01 thị trấn và 22 xã = 23 đơn vị) và Tân Lạc (02 thị trấn và 22 xã = 24 đơn vị) là những huyện thuộc vùng núi cao với độ cao trung bình 200 – 800m so với mực nước biển; nằm ở phía Tây Bắc của tỉnh Hòa Bình. 2 huyện tương đồng về điều kiện tự nhiên, tương đồng về đơn vị hành chính cấp xã và về các điều kiện kinh tế - xã hội, trong đó có y tế và giáo dục. Thu nhập bình quân đầu người/năm trong khoảng 20-25 triệu đồng/năm. Đây là những huyện có thể mạnh về du lịch và là những huyện vùng núi cao, vùng khó khăn và đặc biệt khó khăn của tỉnh Hòa Bình theo Quyết định số 582/QĐ-TTg ngày 28/4/2017 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt danh sách thôn đặc biệt khó khăn, xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016 – 2020.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Điều tra đánh giá của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã: tháng 5/2018.

**3.4. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích đánh giá sự hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã và yếu tố liên quan.

### 3.5. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu nhân viên y tế xã được tính theo phương pháp phi xác suất với kỹ thuật chọn toàn bộ cán bộ nhân viên y tế đang công tác tại trạm có thời gian công tác tối thiểu 1 năm tại TYTX. Ước lượng sẽ phỏng vấn khoảng 47 trạm x 5-6 nhân viên y tế xã/1 trạm = 235-282 người. Trên thực tế đã điều tra 235 nhân viên y tế có mặt tại thời điểm điều tra đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn đã nêu ở trên đạt tỷ lệ 82,2% so với tổng số nhân viên của 2 huyện (235/286 người).

### 3.6. Các chỉ số nghiên cứu

- Đánh giá của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã:

- Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã

### 3.7. Các kỹ thuật thu thập số liệu trong nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu hỏi thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi xây dựng kế thừa dựa trên mô hình SERVQUAL của Parasuraman A.; Zeithaml V.A.; Berry L.L. (1988) với thang đo Likert 5 cấp độ [9].

- Sử dụng bảng kiểm về quy trình khám bệnh, chữa bệnh để đánh giá sự tuân thủ quy trình KBCB BHYT của trạm y tế.

- Sử dụng biểu mẫu có sẵn để thu thập số liệu về cơ sở vật chất, trang thiết bị nhà trạm, nhân lực và các hoạt động của trạm y tế xã...

- Thu thập và phân tích các tài liệu sẵn có bao gồm thông tin cơ bản về tình hình kinh tế- xã hội, cấu trúc dân số, sổ sách, báo cáo của sở y tế, trung tâm y tế huyện, ngành BHXH tỉnh và huyện về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.

### 3.8. Phương pháp xử lý số liệu

- Toàn bộ số liệu thu thập được xử lý thô, sau đó nhập vào máy vi tính hai lần độc lập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 16.0.

- Nhân viên y tế được xem là hài lòng về chất lượng KBCB BHYT hoặc đánh giá chất lượng đạt từ mức tốt trở lên với số ĐTB  $\geq 3,41$  và nhóm chưa hài lòng với số ĐTB  $< 3,41$ .

- Cách tính điểm hài lòng theo các công thức sau:

1. Tính điểm trung bình theo từng câu hỏi (DTB<sub>CH</sub>) với n NVYT:

$$DTB_{CH} = \frac{\sum_{i=1}^5 d_i \cdot n_i}{n}$$

2. Tính điểm trung bình chung (TBC) với m câu hỏi:

$$TBC = \frac{\sum_{i=1}^m DTB_i}{m}$$

3. Tỷ lệ hài lòng theo điểm số trung bình

$$\text{Tỷ lệ hài lòng} = \frac{TBC \text{ qua khảo sát}}{5 (\text{điểm tối đa})} \times 100$$

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Áp dụng kỹ thuật thống kê mô tả, thống kê phân tích, sử dụng kiểm định  $\chi^2$  để mô tả và xác định các yếu tố liên quan đến sự hài lòng khách hàng.

- Phân tích đơn biến và đa biến.

Nghiên cứu được tiến hành với các kỹ thuật hạn chế sai số thường dùng và tuân thủ đạo đức nghiên cứu theo quy định.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã nghiên cứu, năm 2018

#### 3.1.1. Một số đặc điểm chung về trạm y tế và đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Một số chỉ số chung về trạm y tế xã của 2 huyện nghiên cứu, 2017**

Các chỉ số về TYTX	Mai Châu (n <sub>1</sub> =23)		Tân Lạc (n <sub>2</sub> =24)		Chung 2 huyện (n=47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đạt Chuẩn <sup>1</sup>	13	56,5	10	41,7	23	48,9
Có xây dựng hướng dẫn quy trình KBCB BHYT	10	43,5	13	54,2	23	48,9
Thực hiện đủ 14 bước	16	69,6	17	70,8	33	70,2
Có bác sỹ làm việc	12	52,2	13	54,2	25	53,2
Có $\geq 5$ giường lưu	11	47,8	15	62,5	26	55,3
TTB văn phòng đạt trở lên	16	69,6	15	62,5	31	66,0
TTB y tế đạt trở lên	20	87,0	18	75,0	38	80,9
Đủ kinh phí thường xuyên	17	73,9	23	95,8	40	85,1
Đảm bảo an toàn cháy nổ	23	100,0	24	100,0	47	100,0
Có quản lý hồ sơ bệnh án	17	73,9	19	79,2	36	76,6
Có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet)	13	56,5	10	41,7	23	48,9
Thực hiện đầy đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn	18	78,3	18	75,0	36	76,6

Bảng trên cho thấy, 100% số trạm y tế nghiên cứu đạt tiêu chuẩn an toàn cháy nổ; tiếp theo tỷ lệ cao trạm y tế xã đạt các tiêu chí có đủ kinh phí thường xuyên (85,1%), trang thiết bị y tế đạt trở lên (80,9%), có quản lý hồ sơ bệnh án và thực hiện đầy đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn (76,6%);

có 70,2% TYTX thực hiện đủ 14 bước trong quy trình khám chữa bệnh tại trạm và có 66% số trạm có trang thiết bị văn phòng đạt trở lên; các chỉ số còn lại chưa đến 50% số trạm đạt được. Tình hình này cũng diễn ra tương tự ở các trạm y tế xã các tỉnh miền núi phía Bắc ở tỉnh Hòa Bình [5], [6].

**Bảng 2. Đặc điểm nhân viên y tế xã của 2 huyện nghiên cứu**

Các chỉ số		Mai Châu		Tân Lạc		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tổng số		115	48,9	120	51,1	235	100,0
1. Giới tính	Nữ	86	74,8	81	67,5	167	71,1
	Nam	29	25,2	39	32,5	68	28,9
2. Nơi cư trú và làm việc							
Tại xã		59	51,3	71	59,2	130	55,3
Từ nơi khác đến		56	48,6	49	40,8	105	44,7
3. Trình độ đào tạo							
Sơ cấp, trung cấp		98	85,2	106	88,3	204	86,8
Cao đẳng, đại học		17	14,8	14	11,7	31	13,2
4. Chức danh							
Trạm trưởng		8	7,0	23	19,2	31	13,2
Phó trạm trưởng		15	13,0	6	5,0	21	8,9
Nhân viên		92	80,0	91	75,8	183	77,9
5. Chức danh chuyên môn							
1. Bác sỹ điều trị		9	7,8	11	9,2	20	8,5
2. Các chức danh còn lại		106	92,2	109	90,8	215	91,5

Bảng trên cho thấy, tại các trạm y tế xã nữ nhân viên y tế nhiều hơn hẳn nam giới; nhân viên y tế có trình độ cao và bác sỹ chiếm tỷ lệ rất thấp so với tổng số nhân viên y tế. Điều này

cũng tương tự số liệu toàn quốc và tại tỉnh Hòa Bình [5], [6].

**3.1.2. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã theo đánh giá của nhân viên y tế xã**

**Bảng 3. Điểm trung bình đánh giá của nhân viên y tế xã về trạm y tế xã trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Các chỉ số về KBCB BHYT	Điểm trung bình đánh giá của NVYT huyện		
	Mai Châu (n <sub>1</sub> =115)	Tân Lạc (n <sub>2</sub> =120)	Chung (n=235)
1. Hợp lý về quy trình chung	3,90 ± 0,70	3,70 ± 0,71	3,80 ± 0,71
2. Hợp lý về quy trình từng bước	3,87 ± 0,73	3,71 ± 0,70	3,79 ± 0,72
3. Đáp ứng được về nhân lực	3,70 ± 0,72	3,54 ± 0,78	3,62 ± 0,75
4. Đáp ứng được về cơ sở nhà trạm	3,70 ± 0,82	3,36 ± 0,98	3,53 ± 0,92
5. Đáp ứng được về cơ sở VCKT	3,49 ± 0,79	3,27 ± 0,71	3,38 ± 0,75
6. Đáp ứng được về cảnh quan	3,80 ± 0,84	3,59 ± 0,75	3,69 ± 0,80
7. Đáp ứng được về trang thiết bị	3,52 ± 0,84	3,37 ± 0,73	3,44 ± 0,79
8. Đáp ứng được về kinh phí	3,02 ± 0,79	2,51 ± 0,94	2,76 ± 0,91
9. Thuận lợi trong thanh toán	3,00 ± 1,00	2,35 ± 0,95	2,67 ± 1,03
10. Khả năng thực hiện kỹ thuật cơ bản	3,65 ± 0,64	3,49 ± 0,57	3,57 ± 0,60
Chung cả 10 chỉ số	3,57±0,57	3,29±0,46	3,42±0,53

Chỉ số Cronbach's Alpha là 0,881

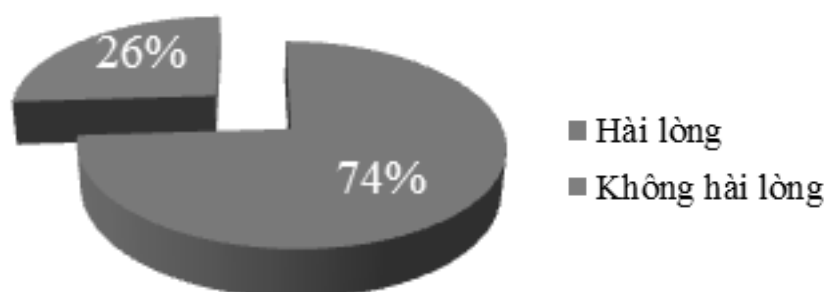
Kết quả bảng trên cho thấy, nhân viên y tế các trạm y tế xã nghiên cứu đánh giá chung là trạm y tế xã đạt yêu cầu theo cả 10 yếu tố ở mức tốt trở lên với điểm trung bình đánh giá là 3,42±0,53. Đánh giá theo từng yếu tố, các chỉ số đáp ứng được về cơ sở vật chất

kỹ thuật; đáp ứng được về kinh phí và thuận lợi trong thanh toán không đạt yêu cầu với số điểm trung bình thấp hơn 3,41. Hiện nay trong y văn ở nước ta còn rất ít các đánh giá trạm y tế xã theo các tiêu chí trên nên chúng tôi gặp khó khăn trong việc so sánh với các nghiên cứu khác.

**Bảng 4. Điểm trung bình hài lòng và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm**

Các chỉ số hài lòng về KBCB BHYT	Mai Châu (n <sub>1</sub> =115)	Tân Lạc (n <sub>2</sub> =120)	Chung (n=235)
Điểm trung bình (ĐTB)	3,77 ± 0,64	3,64 ± 0,58	3,70 ± 0,61
Tỷ lệ hài lòng	75,4	72,8	74,0

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng KBCB BHYT tại trạm**



Qua bảng 4 và biểu đồ 1 chúng tôi thấy, điểm hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của nhân viên y tế tại trạm y tế xã nghiên cứu đạt ở mức tốt là  $3,70 \pm 0,61$  với tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế đạt 74%. Đây là 1 tỷ lệ khá cao so với một số nghiên cứu hiện nay. Nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự tại Hòa Bình các năm 2016-2017 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế đánh giá hài lòng về chất

lượng trạm y tế xã đạt từ 64 đến 70% [6]. Đây là đánh giá chung về chất lượng trạm y tế xã, nhưng do đến nay còn quá ít nghiên cứu về đánh giá chất lượng KCB BHYT tại trạm y tế xã nên chúng tôi lấy kết quả của Lê Đình Phan làm kết quả tham chiếu.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã

**Bảng 5. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235) (phân tích đơn biến)**

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI <sub>95</sub> )
		SL	%	SL	%	
<b>Giới tính</b>	Nam	53	77,9	15	22,1	<b>OR= 1,98 (1,03 – 3,81)</b>
	Nữ	107	64,1	60	35,9	
<b>Nơi cư trú</b>	Tại xã	87	66,9	43	33,1	<b>OR= 0,89 (0,51 – 1,54)</b>
	Nơi khác đến	73	69,5	32	30,5	
<b>Trình độ đào tạo</b>	Sơ, trung cấp	147	72,1	57	27,9	<b>OR= 3,57 (1,64 – 7,76)</b>
	CD, đại học	13	41,9	18	58,1	
<b>Chức danh lãnh đạo</b>	Lãnh đạo	27	51,9	25	48,1	<b>OR= 0,41 (0,22 – 0,77)</b>
	Nhân viên	133	72,7	50	27,3	
<b>Chức danh chuyên môn</b>	Bác sỹ	8	40,0	12	60,0	<b>OR= 0,28 (0,11 – 0,71)</b>
	Còn lại	152	70,7	63	29,3	

Qua bảng trên thấy, nữ giới, những nhân viên y tế sinh sống tại xã, nhân viên y tế có trình độ cao, người lãnh đạo

và bác sỹ có yêu cầu cao hơn về chất lượng KCB BHYT tại trạm y tế xã so với các đối tượng khác.





**Bảng 6. Mối liên quan giữa yếu tố tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235)**

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI <sub>95</sub> )
		SL	%	SL	%	
<b>Hướng dẫn quy trình KCB BHYT</b>	Có	87	75,0	29	25,0	<b>OR= 1,89</b> <b>(1,08 – 3,31)</b>
	Không	73	63,1	46	38,7	
<b>Thực hiện quy trình KCB BHYT</b>	Đủ 14 bước	121	72,9	45	27,1	<b>OR= 2,07</b> <b>(1,15 – 3,72)</b>
	Không đủ	39	56,5	30	43,5	
<b>Trạm y tế đạt Chuẩn</b>	Đạt chuẩn	86	72,3	33	27,7	<b>OR= 1,48</b> <b>(0,85 – 2,57)</b>
	Không đạt	74	63,8	42	36,2	
<b>Bác sỹ làm việc tại trạm y tế</b>	Có	82	71,9	32	28,1	<b>OR= 1,41</b> <b>(0,81 – 2,46)</b>
	Không có	78	64,5	43	35,5	
<b>Quản lý hồ sơ, bệnh án của trạm</b>	Tốt	122	68,2	57	31,8	<b>OR= 1,01</b> <b>(0,53 – 1,93)</b>
	Không tốt	38	67,9	18	32,1	
<b>Ứng dụng công nghệ thông tin của trạm</b>	Có	87	75,0	29	25,0	<b>OR= 1,89</b> <b>(1,08 – 3,31)</b>
	Không	73	61,3	46	38,7	
<b>Quan tâm của xã</b>	Quan tâm	153	72,9	57	27,1	<b>OR= 6,90</b> <b>(2,74 – 17,40)</b>
	Không	7	28,0	18	72,0	
<b>Phối hợp với các ban, ngành của xã</b>	Có	154	70,3	65	29,7	<b>OR= 3,95</b> <b>(1,38 – 11,32)</b>
	Không	6	37,5	10	62,5	
<b>Phối hợp với BHXH huyện</b>	Có	139	73,2	51	26,8	<b>OR= 3,12</b> <b>(1,60 – 6,07)</b>
	Không	21	46,7	24	53,3	

Kết quả bảng trên cho thấy những trạm y tế xã có hướng dẫn quy trình (OR = 1,89) cũng như thực hiện đủ 14 bước của quy trình KCB tại TYTX (OR = 2,07); có ứng dụng công nghệ thông tin (OR = 1,89); có sự quan tâm của xã (OR = 6,90) và có sự phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 3,95); phối hợp với BHXH huyện (OR = 3,12) nhân viên y tế của trạm hài lòng về chất lượng KCB BHYT cao hơn so với khi không có các yếu tố trên.

**Bảng 7. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân, tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235) (phân tích đa biến)**

Biến số	Hệ số	Sai chuẩn	p	OR	95% CI
Giới tính	0,476	0,388	0,219	1,609	0,75 - 3,44
Nơi cư trú	-0,124	0,345	0,718	0,883	0,450 - 1,74
Trình độ đào tạo	1,734	0,818	0,034	5,665	<b>1,14 - 28,13</b>
Chức danh lãnh đạo	-0,836	0,422	0,048	0,433	0,19 - 0,99
Chức danh chuyên môn	0,205	0,959	0,831	1,228	0,19 - 8,05
Hướng dẫn quy trình KBCB BHYT của trạm	0,247	0,383	0,519	1,280	0,60 - 2,71
Thực hiện quy trình KBCB BHYT	0,691	0,380	0,069	1,996	0,95 - 4,20
Trạm y tế đạt Chuẩn	0,456	0,364	0,210	1,578	0,77 - 3,22
Bác sỹ làm việc tại trạm	1,530	0,447	0,001	4,620	<b>1,94 - 11,09</b>
Quản lý hồ sơ, bệnh án của trạm	-0,346	0,427	0,418	0,708	0,31 - 1,63
Ứng dụng công nghệ thông tin của trạm	0,342	0,355	0,335	1,408	0,70 - 2,83
Quan tâm của xã	1,969	1,311	0,133	7,162	0,55 - 93,49
Phối hợp với các ban, ngành của xã	1,722	0,467	0,000	5,597	<b>2,24 - 13,97</b>
Phối hợp với BHXH (BHYT) huyện	-1,858	1,162	0,110	0,156	0,02 - 1,52

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, chỉ các yếu tố trình độ đào tạo của nhân viên y tế (OR = 5,67; 1,14 - 28,13); trạm có bác sỹ làm việc (OR = 4,62; 1,94 - 11,09) và có phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 5,60; 2,24 - 13,97) có liên quan đến sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã với  $p < 0,05$ . Điều này cũng tương tự với kết quả của một số nghiên cứu khác.

#### IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trạm y tế xã đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã tại 02 huyện vùng núi cao tỉnh Hòa Bình đạt thấp (48,9%). Nhân viên y tế có trình độ cao và bác sỹ chiếm tỷ lệ rất thấp so với tổng số nhân viên y tế (cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ 13,2%; bác sỹ: 8,5%).

- Điểm trung bình đánh giá trạm y tế xã trong khám

chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của nhân viên y tế là  $3,42 \pm 0,53$ . Điểm hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của nhân viên y tế tại trạm y tế xã nghiên cứu đạt ở mức cao là  $3,70 \pm 0,61$  với tỷ lệ hài lòng đạt 74%.

- Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã là: Giới tính (OR = 1,98); trình độ đào tạo (OR = 3,57); có hướng dẫn quy trình (OR = 1,89) và thực hiện đủ 14 bước của quy trình KCB tại TYTX (OR = 2,07); có ứng dụng công nghệ thông tin (OR = 1,89); có sự quan tâm của xã (OR = 6,90) và có sự phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 3,95); phối hợp với BHXH huyện (OR = 3,12) trong phân tích đơn biến và các yếu tố: trình độ đào tạo của nhân viên y tế (OR = 5,67; 1,14 - 28,13); trạm có bác sỹ làm việc (OR = 4,62; 1,94 - 11,09) và có phối hợp với các ban, ngành của xã (OR = 5,60; 2,24 - 13,97) trong phân tích đa biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), *Báo cáo số 61/BC-BYT, Báo cáo Tổng kết công tác y tế năm 2017 và các nhiệm vụ chủ yếu năm 2017*, Hà Nội, ngày 20/01/2017.
2. Đào Văn Dũng (2017), “Thách thức và giải pháp phát triển y tế Việt Nam trong tình hình mới”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 333, kỳ 1, tháng 11/2017, tr 15-20.
3. Lê Thanh Nhuận, Lê Cự Linh (2009), “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, số 13, năm 2009, 51-56.
4. Hồng Nhung (2016), “Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế tỉnh Hòa Bình”, *Báo điện tử Hòa Bình*, ngày 23/2/2016.
5. Lê Đình Phan, Đào Văn Dũng, Nguyễn Tuấn Hưng, Trần Văn Hưởng (2016), “Một số yếu tố liên quan đến trạm y tế xã của 3 huyện, thành phố thuộc tỉnh Hòa Bình”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Hội Y học Dự phòng VN, tập XXVI, số 13 (186), tr. 119-128.
6. Lê Đình Phan, Nguyễn Tuấn Hưng, Đào Văn Dũng, Trần Văn Hưởng (2017), “So sánh kết quả trước – sau can thiệp mô hình trạm y tế xã tại 3 huyện, thành phố tỉnh Hòa Bình, 2016” *Tạp chí Y học Thực hành*, Bộ Y tế, số 1034, tháng 2/2017, tr. 52-56.
7. Nguyễn Hữu Thắng, Trần Thị Nga (2014), “Sự hài lòng đối với công việc của cán bộ y tế xã tại huyện Bình Lục và Kim Bảng, tỉnh Hà Nam, năm 2012”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, tháng 9 năm 2014, số 33, tr. 21-25.
8. Nhan Truong Thi (1999), *The perception of quality among users of commune health centers and users of private providers in northern Viet Nam*, Doctor of Philosophy, Baltimore, 1999.
9. Parasuraman A.; Zeithaml V.A.; Berry L.L. (1988), “Servqual: A Multi-item Scale for Measuring consumer perceptions of service quality”, *Journal of Retailing*, 64(1), pp22-40.

# THÔNG TUYẾN TRONG KCB BHYT – NHỮNG BẤT CẬP VÀ KHÓ KHĂN

Nguyễn Thị Thanh Quý<sup>1</sup>, Dương Huyền Thương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

BHYT là điểm tựa vững chắc cho người bệnh đặc biệt là bệnh nhân nghèo, bệnh nhân vùng sâu vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn. Thông tuyến khám chữa bệnh BHYT được áp dụng từ ngày 1-1-2016 đã cho thấy những tác động tích cực giúp người bệnh hưởng nhiều lợi ích hơn từ BHYT, qua đó làm tăng số lượng người tham gia BHYT, đổi mới cung cách phục vụ, tăng cường đầu tư về cơ sở vật chất, nhân lực tại các cơ sở y tế. Bên cạnh những tác động tích cực, thông tuyến KCB đã kéo theo một số hệ lụy cần nhận diện và tháo gỡ. Đó là tình trạng cạnh tranh không lành mạnh giữa các cơ sở y tế, giảm số lượt người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã, gia tăng chi phí KCB BHYT,... Nghiên cứu tập trung phân tích các khó khăn vướng mắc trong thông tuyến KCB từ đó đề xuất các giải pháp tháo gỡ để duy trì hoạt động thông tuyến đạt hiệu quả cao, đảm bảo quyền lợi cho người dân.

**Từ khóa:** Thông tuyến KCB, bảo hiểm y tế, trực lợi, gia tăng chi phí

## ABSTRACT

### REFERRALS BETWEEN HEALTH FACILITIES COVERED BY HEALTH INSURANCE- DISADVANTAGES AND DIFFICULTIES

Health insurance is a solid fulcrum for patients, especially poor patients, patients in remote areas and especially difficult areas. Referrals between health facilities covered by health insurance applied from January 1, 2016 showed positive impacts to help patients enjoy more benefits from health insurance, thereby increasing the number of people participating in health insurance, innovating the service style, increasing investment in facilities and human resources at health facilities. In addition to the positive impacts, the medical examination and treatment has led to some consequences to identify and remove. That is the unhealthy competition among

health facilities, reducing the number of people with health insurance cards at commune health stations, increasing the cost of health insurance,... The study focused on analyzing difficulties, constraints in referrals between health facilities covered by health insurance, thereby proposing solutions to remove and maintain high-efficiency online traffic, ensuring the interests of the people.

**Keywords:** Referrals between health facilities covered by health insurance, health insurance, profiteering and increasing costs.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Được áp dụng từ ngày 1-1-2016, quy định thông tuyến KCB tại tuyến huyện trên phạm vi toàn quốc cho thấy phù hợp với xu hướng phát triển y tế và nguyện vọng của người tham gia BHYT. Người có thẻ BHYT bỏ được thủ tục chuyển tuyến từ tuyến xã lên huyện hay từ huyện này sang huyện khác mà vẫn được KCB và bảo đảm quyền lợi BHYT. Với những trường hợp đi công tác, đi làm ăn xa... thay vì phải đổi thẻ BHYT như trước đây thì hiện nay chỉ cần thẻ BHYT và một trong các giấy tờ tùy thân là được chấp nhận KCB BHYT tại các bệnh viện tuyến huyện. Đồng thời, người bệnh được lựa chọn KCB tại các cơ sở y tế cùng tuyến, không phân biệt y tế công lập hay tư nhân. Liên thông trong KCB được coi là bước khởi đầu cho cuộc chạy đua cạnh tranh giữa các cơ sở y tế để thu hút người bệnh và có nguồn thu trang trải cho các hoạt động của mình. Cơ sở có chất lượng KCB tốt, tinh thần, thái độ phục vụ đúng mực sẽ thu hút được người bệnh.

Những thuận lợi từ thông tuyến KCB đã góp phần tạo động lực để người dân tham gia BHYT. Theo số liệu thống kê của BHXH Việt Nam, đến hết tháng 11-2018, cả nước đã có 82,38 triệu người tham gia bảo hiểm y tế (BHYT), so với năm 2017 tăng 3,75% tương ứng tăng 3 triệu người. Sự gia tăng này là đáng kể, nhất là trong số đó đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình là chủ yếu. Có thể nói, người

## 1. Khoa Kinh tế - Đại học KT&QTKD Thái Nguyên

dân đã chủ động tham gia BHYT hơn bởi thẻ BHYT ngày càng giá trị, chính sách BHYT ngày càng tạo thuận lợi cho người dân tiếp cận dịch vụ y tế.

Bên cạnh những tác động tích cực, thông tuyến KCB đã kéo theo một số hệ lụy cần nhận diện và tháo gỡ. Đó là tình trạng cạnh tranh không lành mạnh giữa các cơ sở y tế trong việc tăng các dịch vụ kỹ thuật không cần thiết để “lấy lòng” người bệnh như siêu âm, nội soi... Người bệnh vẫn lầm tưởng việc được cung cấp nhiều dịch vụ y tế, thuốc trong mỗi lần KCB như vậy đồng nghĩa với chất lượng KCB tốt. Các trạm y tế xã, phường không còn người bệnh đến khám.

Từ những tác động không mong muốn của chính sách thông tuyến KCB nêu trên, chúng tôi tập trung nghiên cứu các khó khăn vướng mắc trong thông tuyến KCB từ đó đề xuất các giải pháp tháo gỡ thông tuyến cho các bệnh viện, các trung tâm y tế, các trạm y tế để duy trì hoạt động thông tuyến đạt hiệu quả cao, đảm bảo quyền lợi cho người dân.

## II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thuận lợi

#### 2.1.1. Đối với người dân

Thông tuyến tạo điều kiện cho người có thẻ BHYT được lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh tốt hơn để được hưởng các dịch vụ tốt hơn. Người dân sống ở vùng có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn, ở xã đảo, huyện đảo được khám chữa bệnh nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương mà không cần giấy chuyển viện. Điều này giúp người dân yên tâm hơn và được bù đắp bớt phần nào gánh nặng kinh tế.

Đối với những bệnh nhân vùng cao bị bệnh thường xuyên phải điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh tuyến trên như bệnh viêm loét dạ dày,... việc thông tuyến khám chữa bệnh là niềm vui lớn với họ. Trước đây, mỗi lần đi khám bệnh, họ đều phải lên TTYT huyện. Để được khám đúng tuyến, họ phải qua trạm y tế xã xin giấy chuyển viện. Đường từ nhà đến TTYT huyện của nhiều người dân là rất xa. Nhờ chính sách thông tuyến khám chữa bệnh, hiện nay người dân vùng cao có thể chuyển sang Phòng khám đa khoa Đông Tây - phòng khám ngoài công lập có ký hợp đồng KCB BHYT cùng địa bàn thuận tiện hơn cho việc điều trị bệnh, giảm chi phí điều trị cho người bệnh.

#### 2.1.2. Đối với các cơ sở khám chữa bệnh

Thông tuyến góp phần đổi mới cung cách phục vụ, tăng cường đầu tư về cơ sở vật chất, nhân lực nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh để thu hút người bệnh, đặc biệt là đối với cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện.

Tại Thái Nguyên, nhiều bệnh viện tuyến huyện như: Bệnh viện Đa khoa huyện Đồng Hỷ, Bệnh viện Đa khoa huyện Đại Từ, Bệnh viện Đa khoa huyện Phú Bình, Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên ... đã có nhiều đổi mới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Tại Bệnh viện Đa khoa huyện Phú Bình, thực hiện thông tuyến khám chữa bệnh BHYT, Bệnh viện đã và đang cải tạo, sửa chữa, nâng cấp, mở rộng Khoa khám bệnh, sân đường nội bộ, đồng thời nâng cao y đức người thầy thuốc trong phục vụ người bệnh, ứng dụng công nghệ thông tin trong khám và điều trị, giảm tối đa thủ tục hành chính, rút ngắn thời gian chờ cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Phổ Yên, từ khi thực hiện thông tuyến, số lượt khám chữa bệnh BHYT tăng lên nhiều so với trước (số lượt KCB nội trú tăng từ 7.187 lượt năm 2015 lên 9.250 lượt năm 2017, bình quân tăng 13,45%) bởi bệnh viện đã trang bị thêm nhiều trang thiết bị y tế phục vụ công tác chuyên môn như: Hệ thống chụp X.Quang kỹ thuật số Shimaduz của Nhật; Máy Xét nghiệm Sinh hóa Tự động DIALAB của Áo, ...

#### 2.1.3. Đối với chính sách BHYT

Thông tuyến làm tăng mức độ hấp dẫn của chính sách BHYT, thu hút người dân tham gia, mở rộng đối tượng tham gia BHYT, thúc đẩy lộ trình BHYT toàn dân. Trước đây, nhiều người e ngại khi tham gia BHYT, bởi thủ tục rườm rà, mất nhiều thời gian, ảnh hưởng việc KCB. Nếu đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế xã, mỗi khi bệnh nặng, cần khám tại bệnh viện huyện thì phải xin giấy giới thiệu từ trạm y tế xã. Nếu đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện huyện, mỗi khi bệnh nhẹ, muốn khám tại phòng khám đa khoa hoặc trạm y tế xã thì người tham gia BHYT không hưởng hết quyền lợi. Nếu khám trái tuyến (trái nơi đăng ký KCB ban đầu, nhưng tại bệnh viện tương đương với bệnh viện nơi đăng ký KCB ban đầu), chỉ hưởng 70% chi phí KCB... Vì những hạn chế trên, nhiều người có tâm lý e ngại tham gia BHYT. Hiện nay, khi thông tuyến, thay vì đến đúng nơi đăng ký KCB ban đầu, người bệnh có quyền chọn khám, điều trị tại các bệnh viện từ cấp huyện trở xuống trong cùng địa bàn tỉnh nhưng vẫn hưởng 100% chi phí BHYT.

Kết quả cụ thể, sau thời gian thực hiện quy định thông tuyến KCB BHYT, số lượt bệnh nhân đến KCB bằng BHYT tăng lên đáng kể. Nếu năm 2015, cả nước chỉ có khoảng 70 triệu thẻ BHYT, bao phủ 76,2% dân số cả nước thì đến 30 tháng 11 năm 2018 có 82,38 triệu người tham gia (tăng 11,52% so với 2015), bao phủ 87,72% dân số (bảng 1).

**Bảng 1. Bao phủ BHYT giai đoạn 2015-2018**

	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Đến hết tháng 11/ 2018
<b>Số thẻ BHYT</b>	70 triệu	76 triệu	81 triệu	82,38 triệu
<b>% bao phủ BHYT</b>	76,2%	81,7%	86,4%	87,72%

(Nguồn: Số liệu tổng hợp từ báo cáo của BHXH Việt Nam)

**2.2. Khó khăn, bất cập**

**2.2.1. Giảm số lượt người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã**

Qua hơn 2 năm thực hiện thông tuyến, việc tiếp cận cơ sở KCB của người dân đã có sự thay đổi so với trước. Người dân lựa chọn KCB tại BV tuyến huyện nhiều hơn, số lượt KCB tại tuyến xã giảm hẳn.

**Bảng 2. Thống kê KCB BHYT tại tuyến xã, huyện giai đoạn 2014-2018**

Chỉ tiêu	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	6 tháng đầu năm 2018
- Số lượt KCB BHYT tuyến xã (triệu lượt)	34,06	34	32,7	33	15,7
- Tỷ trọng số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã trong tổng số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (%)	28,3%;	26%	21,9%	19,9%	18,5%
- Tỷ trọng số lượt KCB BHYT tại tuyến huyện trong tổng số lượt KCB BHYT (%)	42,8%	43,2%	48,5%	51,4%	52,2%

(Nguồn: BHXH Việt Nam)

Trong giai đoạn 2010-2014, số lượt KCB tại tuyến xã tăng qua các năm với tỷ lệ gia tăng bình quân là 4%. Tuy nhiên, từ khi thực hiện chính sách thông tuyến, số lượt KCB BHYT tại tuyến xã có xu hướng giảm (Theo bảng 2: số lượt KCB BHYT tại tuyến xã năm 2015: 34 triệu lượt; sang 6 tháng đầu năm 2018 là 15,7 triệu lượt, giảm 18,3 triệu lượt, tương ứng giảm 53,8%).

Tỷ trọng số lượt KCB BHYT tại tuyến xã trong tổng số lượt KCB BHYT có xu hướng giảm qua các năm từ 2014 đến nay. Nếu như năm 2014, tỷ trọng số lượt KCB tại tuyến xã chiếm khoảng 28,3% trong tổng số lượt KCB BHYT; thì 6 tháng đầu năm 2018 tỷ lệ này giảm còn 18,5% (giảm 9,8% so với năm 2014).

Ngược lại, tỷ trọng số lượt KCB BHYT tại tuyến huyện trong tổng số lượt KCB BHYT gia tăng mạnh, kể từ khi thực hiện chính sách thông tuyến đến nay (năm 2014 tỷ trọng này là 42,8%; năm 2015 là 43,2% và 6 tháng đầu năm 2018 là 52,2% tương ứng tăng 9,4% so với năm 2014).

Việc giảm số lượt người KCB tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn không chỉ ảnh hưởng đến chính sách của Nhà nước là hướng về y tế cơ sở, mà còn làm gia tăng chi

phí KCB do tăng số lượt KCB ở tuyến trên, trong khi chi phí tại tuyến xã không giảm, làm lãng phí về nguồn lực của xã hội. Trong khi số lượt bệnh nhân đến KCB BHYT tại phòng khám đa khoa tư nhân tăng đột biến.

Hiệu quả đầu tư nguồn lực cho y tế cơ sở cũng bị hạn chế, số lượt người KCB tại trạm y tế xã giảm, trong khi trạm y tế được đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như nhân lực. Như vậy hiệu quả bị hạn chế, trong khi tại tuyến huyện, việc đầu tư nguồn lực chưa đáp ứng được nhu cầu, có nơi quá tải, chất lượng KCB chưa được như mong muốn. Việc thông tuyến KCB BHYT cũng có nguy cơ phá vỡ cơ chế chuyển tuyến của ngành Y tế. Do đó, chính sách thông tuyến cần được nghiên cứu, đánh giá, điều chỉnh cho phù hợp. Việc quy định “thông tuyến” trong địa bàn tỉnh cũng gây khó khăn trong thực hiện, khó giải thích cho người dân...

*\* Nguyên nhân gia tăng lượt khám, chữa bệnh tại tuyến trung ương, tỉnh và các phòng khám tư nhân sau khi thông tuyến:*

Thứ nhất, người tham gia thuận lợi, dễ dàng đi khám, chữa bệnh tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện, phòng khám đa khoa tư nhân, những cơ sở này được trang bị nhiều kỹ thuật y tế chẩn đoán hiện đại, đội ngũ cán bộ



nhân viên y tế làm việc nhiệt tình, đẩy mạnh truyền thông, thu hút bệnh nhân, tăng cường cho làm các xét nghiệm cận lâm sàng để kiểm tra sức khỏe... Với quy định thông tuyến và điều kiện giao thông thuận tiện như hiện nay, người bệnh có thể BHYT thường lựa chọn KCB tại các bệnh viện tuyến huyện thay vì đến các TYT xã.

Thứ hai, hầu hết các trạm y tế xã, phường không đáp ứng đủ nhu cầu khám, chữa bệnh của người tham gia BHYT, mặc dù ngành Y tế đã có nhiều cố gắng để nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở này. Thống kê cho thấy, chi phí khám, chữa bệnh tại tuyến xã quá ít

do không có nhiều bệnh nhân đến khám, chữa bệnh, chỉ khoảng 20% người có thẻ BHYT khám, chữa bệnh tại xã và chi phí chiếm tỷ lệ 7,5% tổng chi toàn tỉnh. Nếu không có những giải pháp lâu dài để tăng cường khám, chữa bệnh tại tuyến xã, phường, chi phí khám, chữa bệnh tập trung cho các tuyến trên, chúng ta sẽ vô tình phá vỡ chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu với mục tiêu tăng cường chất lượng y tế cơ sở để người dân tiếp cận với dịch vụ y tế ban đầu có hiệu quả và để dần dần giảm tải cho các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến trên.

### 2.2.2. Gia tăng chi phí KCB

**Bảng 3. Tỷ trọng chi KCB BHYT tuyến xã và tuyến huyện giai đoạn 2014-2018**

	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	6 tháng đầu năm 2018
- Số chi KCB BHYT tại tuyến xã (tỷ đồng)	1.429	1.645	1.735	2.538	1.220
- Tỷ trọng chi KCB BHYT tại tuyến xã (%)	5,3%	3%	2,5%	2,9%	2,6%
- Tỷ trọng chi KCB BHYT tại tuyến huyện (%)	25,9%	26,3%	27,7%	29,8%	28,5%

(Nguồn: BHXH Việt Nam)

Qua bảng 3 cho thấy số chi KCB tại tuyến xã có xu hướng gia tăng qua các năm (năm 2014: 1.429 tỷ đồng; 6 tháng đầu năm 2018 là 1.220 tỷ đồng, chiếm 2,6% tổng chi KCB BHYT (tuyến huyện: 28,5%; tuyến tỉnh: 48,9%; tuyến trung ương: 20%); tuy nhiên, tỷ trọng chi KCB BHYT tuyến xã trong tổng chi KCB BHYT có xu hướng giảm từ khi thực hiện chính sách thông tuyến. Trong giai đoạn 2010-2014, số chi KCB BHYT tại tuyến xã chiếm khoảng 5,3% trong tổng chi KCB BHYT, thì sang 6 tháng đầu năm 2018, con số này là 2,6%, giảm 2,7%.

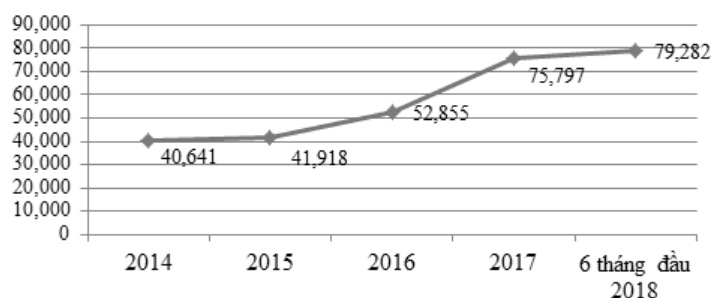
Ngược lại, tỷ trọng chi KCB BHYT tại tuyến huyện trong tổng chi KCB BHYT có xu hướng gia tăng từ khi thực hiện chính sách thông tuyến đến nay (năm 2014: 25,9%; 6 tháng đầu năm 2018: 28,5%).

Chi phí bình quân/lượt khám tại tuyến xã, tuyến huyện tăng mạnh qua các năm, đặc biệt là khi thực hiện giá dịch vụ y tế theo Thông tư 37 (giá khám bệnh tại trạm y tế xã tăng từ 7.000 đồng lên 29.000 đồng...). Thống kê cho thấy, chi bình quân lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã năm 2015: 41.918 đồng/lượt khám, năm 2016: 52.855 đồng/lượt khám và năm 2017: 75.797 đồng/lượt khám. Trong khi đó, theo thống kê của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, chi phí khám chữa bệnh 6 tháng đầu năm 2018: Chi phí bình quân/lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế là 557.300 đồng/lượt (trong đó, ngoại trú là 235.000đồng/lượt, nội trú là 3.853.000đồng/lượt), tăng 7,3% so với cùng kỳ năm trước.

Như vậy, nếu so sánh với mức chi bình quân của lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chung thì con số mức chi ở tuyến xã rất thấp.

**Biểu đồ 1. Chi bình quân lượt khám chữa bệnh BHYT tuyến xã**

**Chi bình quân lượt khám chữa bệnh BHYT tuyến xã  
(đồng/ lượt khám)**



(Nguồn: BHXH Việt Nam)

\* Nguyên nhân gia tăng chi phí KCB:

Nguyên nhân chính làm gia tăng chi phí y tế sau thông tuyến là áp dụng giá dịch vụ y tế theo Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC. Xét riêng năm 2016, về việc bội chi quỹ BHYT (năm 2016 bội chi 5.130 tỷ đồng), nếu coi tổng các nguyên nhân gây tăng chi quỹ BHYT năm 2016 so với năm 2015 là 100% thì: 51% là do tăng giá dịch vụ y tế; 20% do tăng số người tham gia BHYT; 16% do các tác động tăng giá thuốc, tăng chi định; chỉ có 13% do tác động của thông tuyến. Việc thông tuyến thực hiện cùng với thời điểm áp dụng giá dịch vụ y tế điều chỉnh nên đã gây ra dư luận không đúng về thông tuyến khám, chữa bệnh.

Mặt khác do phần mềm liên thông dữ liệu giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội và các cơ sở KCB chưa hoàn thiện, nên chưa có công cụ để quản lý việc người bệnh đi KCB nhiều lần trong ngày, nhiều lần trong tuần tại các cơ sở KCB khác nhau dẫn đến sự lãng phí không đáng có và khó quản lý tình trạng lạm dụng quỹ BHYT. Cùng với đó là thông tuyến nhưng chưa thay đổi cơ chế quản lý sử dụng quỹ KCB BHYT, điều này dẫn đến một số cơ sở KCB ban đầu rơi vào tình trạng thiếu hụt quỹ do đơn vị KCB khác sử dụng quỹ KCB BHYT ban đầu của mình. Như việc nhiều người bệnh đi KCB ở các bệnh viện cùng tuyến hoặc các bệnh viện tuyến Trung ương, nhiều bệnh nhân nặng không điều trị được tại tuyến tỉnh phải chuyển đi điều trị tại Trung ương và các tỉnh, do đó, chi phí KCB BHYT đã tuyến ở các bệnh viện tuyến huyện lớn.

### 2.2.3. Lạm dụng chính sách thông tuyến huyện

Từ phía cơ sở KCB, có nhiều biểu hiện cạnh tranh không lành mạnh mà nhất là ở các cơ sở KCB tư nhân để thu dụng, lôi kéo người có thẻ BHYT đến khám, chữa bệnh như: tặng quà khuyến mại, tặng tiền vé xe ô tô đưa đón đến khám, chữa bệnh..., đã tạo nhu cầu khám, chữa bệnh tăng "ảo", chi định tăng số lượng xét nghiệm cận lâm sàng, chụp X quang nhất là các dịch vụ kỹ thuật cao, có chi phí lớn, những loại thuốc đắt tiền... làm gia tăng chi phí khám, chữa bệnh BHYT. Mức chi bình quân cho một lần KCB của các bệnh nhân đa tuyến đến nơi khác tại nhiều cơ sở y tế cao gấp 1,5 đến 2 lần chi phí bình quân một lần KCB của thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở y tế đó.

Về phía người bệnh, người tham gia BHYT có thể lợi dụng chính sách thông tuyến để đi khám chữa bệnh nhiều lần, nhiều nơi trong ngày, trong tuần, trong tháng không phải vì nhu cầu mà để "lấy" thuốc. Cá biệt có 100 trường hợp khám trên 50 lần, chủ yếu tại các bệnh viện tuyến huyện và trạm y tế xã. Theo thống kê cho thấy, từ tháng

7-2016 đến tháng 2-2017, có trên 1,2 triệu người tham gia BHYT đi khám, chữa bệnh từ 2 lần trở lên mỗi tháng; 3 triệu lượt khám nhiều lần trong cùng ngày, nhiều lần trong tháng. Thậm chí, có trường hợp đi khám, lấy thuốc đến trên 300 lần ở 23 nơi trong 8 tháng.

\* Nguyên nhân lạm dụng chính sách thông tuyến huyện:

Thông tuyến khám chữa bệnh BHYT dẫn đến khả năng cạnh tranh không lành mạnh giữa các cơ sở y tế. Nguyên nhân do một số người bệnh vẫn lầm tưởng được cung cấp nhiều dịch vụ y tế, thuốc trong mỗi lần đến khám chữa bệnh đồng nghĩa với chất lượng tốt hơn. Bên cạnh đó, việc cơ sở y tế mong muốn thu hút bệnh nhân nằm nội trú để trực lợi từ BHYT cũng đã tạo ra tình trạng cạnh tranh không lành mạnh giữa các cơ sở khám chữa bệnh.

### III. GIẢI PHÁP KHẮC PHỤC

- Thứ nhất, cần đầu tư hỗ trợ y tế xã nâng cao chất lượng KCB

Việc người dân không muốn KCB ở y tế cơ sở là dễ hiểu khi chất lượng ở đây chưa cao, chưa tạo được lòng tin cho người dân. Do đó, cần tăng cường đầu tư hỗ trợ y tế xã, cho phép các trạm y tế xã tự chủ thực hiện KCB BHYT, lồng ghép cơ chế quản lý sức khỏe gia đình vào y tế xã, coi y tế xã là nơi kiểm soát bệnh đầu tiên và từ đó có thể chuyển thẳng bệnh nhân lên tuyến chuyên môn hợp lý, đó là cơ hội để phát triển y tế xã và để việc thông tuyến hiệu quả...

- Thứ hai, đẩy mạnh công tác quản lý

Giải pháp cụ thể như sau:

+ Đối với các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT nhận bệnh nhân đa tuyến đến cần hạn chế tối đa việc sử dụng kinh phí khám, chữa bệnh của nơi khác bằng giải pháp quy định trần thanh toán chặt chẽ, chấm dứt việc giải trình xin thanh toán trong trường hợp vượt trần thanh toán đến. Đưa ra quy định về chi phí khám, chữa bệnh bình quân giữa người tham gia BHYT đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và người bệnh đa tuyến đến phải tương đương nhau. Không thanh toán phần chênh lệch chi phí bình quân trên 10% nhằm tránh tình trạng sử dụng quỹ khám, chữa bệnh của nơi khác rộng rãi. Không cho phép sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao ở khu vực ngoại trú đối với bệnh nhân đa tuyến đến. Kiểm soát chặt chẽ chi định xét nghiệm cận lâm sàng và cương quyết xuất toán những chi định rộng rãi không phù hợp, trùng lặp nhiều lần. Kiểm tra tình trạng chuyển tuyến không phù hợp sau mỗi kỳ quyết toán tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh để chấn chỉnh kịp thời tình trạng xin chuyển tuyến không phù hợp.



+ Đối với cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, Trung ương, cần kiểm soát chặt chẽ việc tiếp nhận bệnh nhân khám, chữa bệnh do tuyến dưới chuyển lên để tránh tình trạng nhận bệnh nhân vào điều trị không phù hợp. Kiểm soát tình trạng bệnh nhân khám, chữa bệnh trái tuyến ngoại trú sau đó cho nhập viện điều trị nội trú để hưởng chế độ BHYT đúng tuyến. Kiểm tra, giám sát tình trạng giữ bệnh nhân điều trị nội trú quá thời gian quy định chuyên môn để thu thêm tiền giường. Chấm dứt việc lợi dụng tình trạng bệnh cấp cứu để thu dung điều trị theo chế độ đúng tuyến BHYT.

+ Đối với BHXH Việt Nam:

- Đẩy mạnh ứng dụng thông tin trong công tác quản lý BHYT: Cần thực hiện giao dịch điện tử trong lĩnh vực BHYT, đẩy nhanh triển khai việc thay thế thẻ BHYT giấy bằng thẻ điện tử, hoàn thiện việc kết nối dữ liệu, ... Tiếp tục áp dụng và hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin trong quản lý KCB, giám định và thanh toán BHYT trên phạm vi toàn quốc. Với việc ứng dụng CNTT, các chi phí ngoài quy định được phát hiện và xử lý kịp thời; người bệnh giảm thời gian chờ khám bệnh, thanh toán viện phí, được cung cấp đầy đủ thông tin về chi phí được quỹ BHYT chi trả, tham gia giám sát quyền lợi được hưởng, đây cũng là một phương pháp tuyên truyền thiết thực đến người dân.

- Phối hợp với ngành Y tế tăng cường công tác kiểm tra, giám sát các cơ sở y tế gia tăng đột biến số lượt khám, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng và đưa ra những khuyến cáo không đúng quy định để thu dung người có thể

BHYT đến sử dụng dịch vụ y tế bất hợp lý.

- Đồng thời phối hợp với ngành Y tế thực hiện tốt việc quản lý liên thông dữ liệu, từ đó kiểm soát được số lượt người khám, hạn chế tình trạng người có thẻ BHYT đi khám nhiều lần trong ngày, trong tháng.

+ Đối với Bộ Y tế: Cần tiếp tục đẩy mạnh công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định pháp luật về hoạt động thanh toán chi phí KCB BHYT tại các cơ sở khám chữa bệnh, phòng tránh hành vi gian lận, trục lợi quỹ BHYT làm gia tăng chi phí quỹ BHYT.

- Thứ ba, đẩy mạnh công tác tuyên truyền với người dân và cơ sở KCB về mục đích ý nghĩa của thông tuyến

Thông tuyến khám, chữa bệnh BHYT là tất yếu trong lộ trình phát triển BHYT toàn dân, mang lại lợi ích cho người tham gia. Tuy nhiên, do nhận thức của người tham gia BHYT và cả các cơ sở khám, chữa bệnh chưa thật đúng về chủ trương này nên đã tạo ra bất cập, lạm dụng, trục lợi dẫn đến nguy cơ lãng phí và bội chi Quỹ khám, chữa bệnh BHYT. Nhất là trong tình hình tăng giá dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT theo Thông tư số 37, đưa chi phí khám, chữa bệnh vào chi phí tiền lương và vấn đề tự chủ tài chính của các bệnh viện. Vì vậy việc đẩy mạnh hơn nữa công tác tuyên truyền đối với người dân, cơ sở khám, chữa bệnh về mục đích, ý nghĩa của việc thông tuyến để góp phần vào việc sử dụng và cung cấp dịch vụ y tế đúng quy định là điều cần thiết và cần thực hiện thường xuyên nhằm đem lại hiệu quả truyền thông cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hùng Anh (2013), “*Phát triển bảo hiểm y tế tự nguyện*” Tạp chí Bảo hiểm xã hội Đà Nẵng;
2. Đặng Nguyên Anh và cộng sự (2007), “*Những yếu tố quyết định khả năng tiếp cận Bảo hiểm y tế ở Việt Nam*”, Tạp chí Xã hội học, số 1, 2007;
3. Trịnh Hòa Bình và cộng sự (2005), *Bảo hiểm y tế trong hệ thống an sinh xã hội Việt Nam: một số vấn đề lý luận và thực tiễn*, Đề tài cấp Viện, Phòng Xã hội học Sức khỏe, Viện Xã hội học;
4. BS. Hà Thúc Chí, 2016, “*Thông tuyến huyện trong khám, chữa bệnh BHYT tại Bình Định: Vấn đề đặt ra & Giải pháp*”, Tạp chí BHXH số 7A;
5. Công văn số 943/ BHXH-CSYT ngày 21/03/2016 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn bổ sung về giải quyết vướng mắc trong thực hiện chính sách BHYT;
6. Minh Đức, 2016, *Bệnh viện Đa khoa huyện Phú Bình từng bước nâng cao chất lượng khám chữa bệnh*, Truy cập ngày 02.12.2018, <http://thainguyentv.vn/>;
7. Thùy Giang, 2018, *Trạm y tế xã: Chi bình quân lượt khám chữa bệnh chỉ 75.000 đồng*, Truy cập ngày 02.12.2018, <https://baomoi.com/>;
8. ThS. Đinh Thị Hòa (2016); “*Giải pháp khắc phục những tồn tại trong hoạt động thông tuyến khám- chữa bệnh bảo hiểm y tế hiện nay*”; Tạp chí Nghiên cứu khoa học công đoàn số 05 tháng 8/2016.
9. Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008;
10. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014, có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015;

# BẢO HIỂM Y TẾ THEO HỘ GIA ĐÌNH: THỰC TRẠNG THAM GIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Nguyễn Thị Thúy Nga<sup>1</sup>, Bùi Thị Mỹ Anh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Với mục đích bao phủ bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân, hình thức BHYT theo hộ gia đình được thực hiện đối với lao động phi chính thức từ năm 2015. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia BHYT theo hộ gia đình.

Số liệu thu thập từ phỏng vấn trực tiếp 469 chủ hộ gia đình (với thông tin của 2071 cá nhân trong hộ) tại huyện Sóc Sơn, năm 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tham gia BHYT theo hộ gia đình thấp (16,6%) so với tỷ lệ dự định tham gia (71,9%). Những yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tham gia BHYT theo hộ gia đình có ý nghĩa thống kê bao gồm: hiểu biết về BHYT; mức độ sử dụng dịch vụ y tế và nơi ở của hộ gia đình.

**Từ khóa:** Bảo hiểm y tế, lao động không chính thức, bảo hiểm y tế theo hộ gia đình

## ABSTRACT

### FAMILY-BASED SOCIAL HEALTH INSURANCE: SITUATION AND FACTORS INFLUENCING ENROLMENT IN FAMILY-BASED HEALTH INSURANCE

With the aim of achieving universal coverage, the family-based health insurance was introduced for informal sector workers and their families in Vietnam in 2015. However, little is known about the uptake of family health insurance, and the factors that influence enrolment. The objective of the study is to identify the factors influencing enrolment in family-based health insurance.

Data were collected from a cross-sectional in-house survey in Soc Son district from April to June 2016. A total of 469 household heads were interviewed with information on 2,071 residents. A logistic regression model was used to estimate the probability of uptake in family-based health insurance in relation to socio-economic factors.

The results indicate a low coverage of family-based health insurance schemes (16.6%) compared with

relatively high rates of willingness to join (71.9%). The significant influential factors were: Knowledge of health insurance; Historical use of health services; and, place of residence.

**Keyword:** Health insurance, informal workers, family-based health insurance

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là nguồn tài chính quan trọng, góp phần đảm bảo công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế. Tuy nhiên, việc bao phủ BHYT cho đối tượng lao động phi chính thức là thách thức lớn của nhiều nước vì khó khăn trong việc xác định thu nhập và thu phí BHYT. Ngoài ra, nhiều lao động phi chính thức không có khả năng hoặc không sẵn sàng chi trả BHYT [1].

Theo khái niệm của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO), người lao động phi chính thức (hay còn gọi là lao động tự do) là những cá nhân làm việc tại các cơ sở sản xuất, kinh doanh nhỏ, thường theo hộ gia đình [2]. Tổng Cục thống kê Việt Nam định nghĩa lao động phi chính thức là tất cả những người lao động chưa có bảo hiểm xã hội và không có hợp đồng lao động từ 3 tháng trở lên [3].

Tại hầu hết các nước đang phát triển, khu vực phi chính thức đóng vai trò quan trọng như tạo việc làm, thu nhập và phát triển kinh tế, xã hội. Khu vực này chiếm khoảng 40% công việc phi nông nghiệp toàn cầu, và khoảng 50-80% của GDP tại các nước phát triển châu Phi và châu Á [4].

Tại Việt Nam, tỷ lệ lao động phi chính thức chiếm 62,6% (32,7 triệu người) trong tổng số người lao động, có nghĩa gần gấp đôi lao động chính thức [5]. Chính sách BHYT bắt đầu thực hiện tại Việt Nam từ năm 1992 [6]. Với sự cam kết chính trị mạnh mẽ để đạt bao phủ BHYT toàn dân, Việt Nam đã bao phủ 87,4% năm 2018 [7]. Tuy nhiên, tăng bao phủ BHYT cho 13% dân số còn lại (chủ yếu là lao động phi chính thức) đang là một thách thức lớn.

## 1. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

» Ngày nhận bài: 12/01/2019 | » Ngày phản biện: 22/01/2019 | » Ngày duyệt đăng: 31/01/2019

Chính sách BHYT tự nguyện được áp dụng cho đối tượng lao động phi chính thức từ năm 1992 đến 2014. Chương trình này không thành công do vấn đề lựa chọn ngược [8, 9]. Năm 2015, hình thức BHYT bắt buộc theo hộ gia đình được thực hiện với người lao động phi chính thức [10]. Mức đóng BHYT được giảm trừ theo số thành viên trong hộ. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia BHYT theo hộ gia đình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội, 2016. Người dân ở đây chủ yếu làm nghề nông (chiếm khoảng 80% hộ gia đình). Đối tượng nghiên cứu là chủ hộ gia đình. Hộ gia đình được định nghĩa theo Luật BHYT là các thành viên sống cùng trong một nhà và có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú.

Bộ câu hỏi bản cấu trúc để phỏng vấn chủ hộ được xây dựng dựa trên bộ công cụ điều tra mức sống dân cư và kết quả của nghiên cứu định tính thăm dò. Cấu trúc bộ câu hỏi gồm ba phần: phần thứ nhất là thông tin chung; phần tiếp theo là thông tin về kinh tế - xã hội, tình trạng sức khỏe, sử dụng dịch vụ y tế; tham gia bảo hiểm y tế của chủ hộ và tất cả các thành viên trong hộ; phần cuối hỏi về kiến thức BHYT của chủ hộ.

### *Thu thập số liệu*

490 hộ gia đình (HGD) được chọn ngẫu nhiên từ danh sách các hộ gia đình. Trường hợp chủ hộ vắng nhà, thì

phỏng vấn đại diện hộ gia đình người biết được thông tin về sức khỏe và tình trạng BHYT của các thành viên trong hộ. Nếu người ở nhà không biết được thông tin yêu cầu, thì điều tra viên ngừng lại, cảm ơn và chuyển sang nhà kế tiếp. Kết quả đã phỏng vấn được 469 hộ gia đình (tỷ lệ đáp ứng là 96%).

### *Phân tích số liệu*

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 12. Phân tích mô tả được thực hiện với tất cả các biến số. Để xác định các yếu tố liên quan, phân tích đơn biến được thực hiện để thăm dò mối liên quan giữa tình trạng tham gia BHYT với đặc điểm của chủ hộ và hộ gia đình. Sau đó, phân tích hồi quy tuyến tính được thực hiện để xác định mối liên quan giữa các đặc điểm kinh tế xã hội và tình trạng tham gia BHYT. Biến phụ thuộc là thực trạng tham gia BHYT (có hoặc không). Biến độc lập bao gồm tuổi, giới, việc làm, thu nhập bình quân theo tháng, tình trạng sức khỏe, kiến thức về BHYT, quy mô hộ gia đình, nơi ở.

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Công nghệ Queensland Úc và Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua. Tất cả những thông tin của người tham gia phỏng vấn đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### **Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Bảng 1 trình bày đặc điểm kinh tế, xã hội của 469 chủ hộ và 2071 thành viên trong hộ gia đình.

**Bảng 1: Đặc điểm kinh tế - xã hội của chủ hộ và các thành viên, huyện Sóc Sơn**

Đặc điểm	Chủ hộ		Cá nhân trong HGD	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	n= 469		n=2071	
Nam	363	77,4	1048	50,6
Nữ	106	22,6	1023	49,4
Tuổi	n= 467		n=2064	
0-17			264	12,8
18-40	119	25,5	372	18,0
41-60	273	58,5	1286	62,3
> 60	75	16,0	142	6,9
Trình độ học vấn	n= 467		n=2071	
Không đi học	27	5,8	367	17,7
Cấp 1	79	<b>16,4</b>	370	17,9
Cấp 2	221	<b>47,2</b>	677	32,7
Cấp 3	118	25,2	480	23,1
Cao đẳng/đại học	24	5,1	178	10,0
Tình trạng hôn nhân	n=468		n=2069	
Độc thân	7	1,5	863	41,7
Có gia đình	394	84,2	1092	52,8
Góa/li dị	67	14,3	114	5,5
Việc làm	n=468		n=2071	
Không làm việc	48	10,2	863	41,7
Nông dân	237	<b>50,5</b>	547	26,4
Lao động tự do	148	<b>31,6</b>	389	18,8
Lao động hưởng lương	36	7,7	272	13,1
Thu nhập BQ tháng (VND)	n=469		n=2071	
Không có thu nhập	41	8,7	845	40,8
<3 triệu	258	55,0	613	29,6
3-5 triệu	88	18,8	372	17,9
>5 triệu	82	17,5	241	11,6
Thu nhập BQ/tháng/người	2 473 874 ± 132,0		1 720 764 ± 54,1	

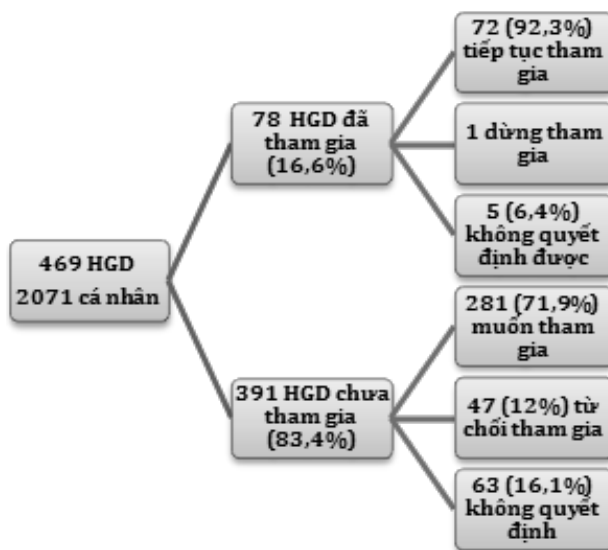
Chủ hộ gia đình phần lớn là nam giới (77,4%). Việc làm chủ yếu của chủ HGD là nghề nông và lao động tự do (82,1%) với thu nhập bình quân tháng thấp 2,4 triệu đồng/tháng. Đặc điểm của 2071 cá nhân trong 469 hộ gia đình tương tự kết quả những nghiên cứu khác tại ba khu vực Bắc – Trung – Nam và kết quả điều tra mức sống hộ gia đình tại Việt Nam [11].

*Bao phủ Bảo hiểm Y tế theo hộ gia đình*

Kết quả phỏng vấn cho thấy phần lớn các hộ gia

đình chưa tham gia BHYT (83,4%), chỉ có 16,6% tham gia. Khi được hỏi về dự định có tham gia BHYT hộ gia đình trong tương lai không? Trong số 78 hộ đã tham gia, 92,3% hộ nói sẽ tiếp tục tham gia, một hộ không tham gia và năm hộ gia đình chưa quyết định. Đối với 391 hộ gia đình chưa tham gia BHYT, khoảng 72% hộ gia đình dự định sẽ tham gia, trong khi 12% từ chối tham gia, và 16% hộ gia đình chưa quyết định được (xem hình 1).

**Hình 1: Tỷ lệ tham gia và dự định tham gia BHYT theo HGD**



Tỷ lệ tham gia BHYT theo hộ gia đình thấp 16,6%, thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ bao phủ BHYT nói chung, 80% dân số cùng thời điểm năm 2016 [12]. Thực tế, tỷ lệ tham gia BHYT thấp đối với khu vực phi chính thức được xác định là vấn đề đối với nhiều nước đang phát triển [13]. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ bao phủ BHYT theo hộ gia đình tại Kenya (32,6%) [14] hoặc Ethiopia (45,5%).

Mặc dù tỷ lệ tham gia BHYT theo HGD thấp, nhưng hầu hết các hộ gia đình đều dự định tham gia BHYT (92% HGD đã tham gia và 72% HGD chưa tham gia). Một số HGD từ chối tham gia hoặc chưa quyết định do kinh tế khó khăn hoặc chất lượng dịch vụ y tế tuyến cơ sở chưa đảm bảo. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả của một nghiên cứu khác thực hiện ở Hà Nội, Việt Nam (77% lao động tự do dự định tham gia BHYT) [15]. Điều

này cho thấy nhu cầu tham gia BHYT HGD của lao động phi chính thức khá cao.

**Một số yếu tố ảnh hưởng đến BHYT theo hộ gia đình**

Bảng 2 cho thấy kết quả của phân tích hồi quy Logistic. Những yếu tố sau liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tham gia BHYT theo HGD: 1) Hiểu biết về BHYT của chủ hộ gia đình: khả năng tham gia BHYT của chủ hộ có hiểu biết tốt về BHYT cao gấp 6.68 lần so với chủ hộ có hiểu biết hạn chế; 2) Sử dụng dịch vụ y tế: khả năng tham gia của hộ gia đình đã từng sử dụng dịch vụ y tế 0,42 lần thấp hơn so với HGD chưa sử dụng dịch vụ y tế; và 3) Nơi ở: khả năng tham gia BHYT của hộ gia đình sống ở khu vực thành thị hoặc đang đô thị hóa cao gấp 4,26 và 4,16 lần những HGD sống ở vùng nông thôn. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng tham gia BHYT với tuổi, thu nhập và tình trạng có bệnh mãn tính.

**Bảng 2: Kết quả mô hình hồi quy logistic phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tham gia BHYT**

Đặc điểm hộ gia đình (N: 464)	Tỷ số chênh (OR)	Trị số p	95% Độ tin cậy
<b>Tuổi của chủ hộ</b> • 60+ • 18-60	Ref. 0,52	0,06	0,25-1,02
<b>Bệnh mãn tính của chủ hộ</b> • Không • Có	Ref. 1,23	0,48	0,69-2,17
<b>Hiểu biết của chủ hộ về BHYT theo HGD</b> • Chưa tốt • Tốt	Ref. 6,68	0,001	3,59-12,4
<b>Thu nhập BQ tháng của HGD</b> • Thấp • Trung bình • Cao	Ref. 0,76 0,56	0,40 0,10	0,40-1,43 0,28-1,12
<b>Sử dụng dịch vụ y tế của HGD</b> • Không • Có	Ref. 0,42	0,02	0,18-0,91
<b>Nơi ở</b> • Nông thôn • Đô thị hóa • Thành thị	Ref. 4,26 4,16	0,01 0,01	1,37-13,20 1,35-12,74

Kết quả nghiên cứu cho thấy chủ HGD có hiểu biết tốt về BHYT tham gia với tỷ lệ cao hơn. Có thể là do hiểu biết hơn về lợi ích của BHYT đã thúc đẩy chủ HGD tham gia BHYT. Kết quả này cũng tương đồng với những nghiên cứu khác ở nông thôn Việt Nam [16], India [17], and Ghana [18]. Điều này cho thấy việc tăng cường truyền thông về chính sách BHYT theo HGD sẽ thúc đẩy việc tham gia BHYT.

Một kết quả đáng quan tâm đó là những hộ gia đình đã từng sử dụng dịch vụ y tế thì khả năng tham gia BHYT thấp hơn. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu ở Ghana là những người đã từng tham gia BHYT sẽ có khả năng tham gia BHYT cao hơn [19]. Giải thích cho kết quả này có thể do trải nghiệm của HGD là trả tiền túi trực tiếp sẽ nhận được dịch vụ y tế tốt hơn. Nghiên cứu này cũng cho thấy khoảng 23% người tham gia BHYT không sử dụng thẻ BHYT khi đi khám, chữa bệnh. Lý do có thể là do thủ tục BHYT và chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở không đảm bảo.

Những HGD sống ở thành thị và khu vực đang đô thị hóa có khả năng tham gia BHYT cao hơn vùng nông thôn.

Điều này có thể là do sống ở khu vực đô thị sẽ tăng khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế có chất lượng. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu ở Ghana về cư dân thành thị có khả năng tham gia BHYT cao hơn [19].

Một xu hướng đáng ngạc nhiên đó là HGD có thu nhập thấp có khả năng tham gia BHYT cao hơn so với nhóm có thu nhập cao, mặc dù mối liên quan không có ý nghĩa thống kê. Mặc dù kết quả này khác với kết quả nghiên cứu tổng quan tại các nước có thu nhập thấp và trung bình là nhóm thu nhập thấp thường ít khả năng tham gia BHYT [20]. Nhưng lại tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Ethiopia [21]. Theo kết quả phỏng vấn HGD, có thể là do hầu hết các gia đình khá giả, có khả năng chi trả nhưng lại từ chối tham gia BHYT vì chất lượng dịch vụ y tế không đảm bảo. Điều này cho thấy, ngoài khả năng chi trả, chất lượng dịch vụ y tế đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy hộ gia đình tham gia BHYT.

#### IV. KẾT LUẬN

Mặc dù BHYT theo HGD là bắt buộc theo Luật BHYT, nhưng tỷ lệ tham gia BHYT vẫn không cao. Những

yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng tham gia BHYT là: hiểu biết về BHYT; sử dụng dịch vụ y tế và nơi ở. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tăng cường giáo dục, truyền thông tại cộng đồng về BHYT; tăng cường chất lượng dịch vụ y tế tuyến cơ sở sẽ thúc đẩy việc tham gia BHYT theo hộ gia đình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonfert, A., A. Martin, and J. Langenbrunner, *Closing the Gap – The Global Experience Providing Health Insurance Coverage for Informal Sector Workers*, in *The Informal Sector Conference*. 2013: Yogyakarta, Indonesia.
2. International Labour Organization, *Resolutions concerning Statistics of Employment in the Informal Sector* 1993.
3. Hanns Seidel Foundation, *Social Protection for Informal Sector and informally employed in Vietnam*. 2012.
4. Steel, W.F. and D. Snodgrass, *World Bank Region Analysis on the Informal Economy*. Raising Productivity and Reducing Risk of Household Enterprises Diagnostic Methodology framework. For WEIGO Network and World Bank PREM Network. Draft Sept, 2008.
5. Vietnam General Statistical Office, *Report on The Labour Force Survey 2013*. 2014. p. 31-32.
6. Ministry of Health and Health Partnership Group, *Joint Annual Health Review, 2013: Towards Universal Health Coverage*. . 2013.
7. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật BHYT giai đoạn 2015-2018*. 2018.
8. Somanathan, A., H.L. Dao, and V.T. Tran, *Integrating the poor into universal health coverage in Vietnam*. 2013.
9. Bitran, R., *Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries*. 2014.
10. Assembly, V.N., *Amended Health Insurance Law*. 2014.
11. Doan, T.T.H. and V.M. Hoang, *Willingness to pay for health insurance among informal sector workers: A case study from Hanoi capital Vietnam*. Vietnam Journal of Public Health, 2014. **2**(2): p. 24-31.
12. Vietnam Social Security, *Annual report on health insurance coverage*. 2016.
13. Acharya, A., et al., *Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low and middle income countries: a systematic review*. London: EPPICentre. Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2012.
14. Kituku, A.M. and E. Amata, *Determinants of the Uptake of NHIF Medical Cover by Informal Sector Workers: A Case of UNAITASSACCO Members in Murang'a County*. Journal of Public Policy and Administration, 2016. **1**(1): p. 17-31.
15. Quyen, B.T.T. and N.T.K. Ngan, *Health insurance coverage and some related factors among informal employees in Long Bien district, Hanoi*. Journal of Public Health, 2016. **42**: p. 48-51.
16. Nguyen, T.D. and A. Wilson, *Coverage of health insurance among the near-poor in rural Vietnam and associated factors*. International Journal of Public Health, 2016: p. 1-11.
17. Kansra, P. and H.S. Gill, *Role of Perceptions in Health Insurance Buying Behaviour of Workers Employed in Informal Sector of India*. Global Business Review, 2017: p. 0972150916666992.
18. Atim, C. and M. Sock, *An external evaluation of the Nkoranza community financing health insurance scheme, Ghana*. 2000: Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
19. Barimah, A., A.M. Ayitey, and E. Nketiah-Amponsah, *Determinants of insurance enrolment among Ghanaian adults: the case of the National Health Insurance Scheme (NHIS)*. Economics, Management, and Financial Markets, 2013(3): p. 37-57.
20. Dror, D.M., et al., *What factors affect voluntary uptake of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries? a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 2016. **11**(8): p. e0160479.
21. Haile, M., S. Ololo, and B. Megersa, *Willingness to join community-based health insurance among rural households of Debub Bench District, Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia*. BMC public health, 2014. **14**(1): p. 591.

# KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI ĐIỀU DƯỠNG VIÊN, BÁC SỸ KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TWQĐ 108 NĂM 2018

Nguyễn Thị Hồng Nguyên<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Làm thỏa mãn sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh là một tiêu chí quan trọng hàng đầu của các cơ sở dịch vụ khám chữa bệnh. Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh làm hài lòng nhu cầu người bệnh, người nhà người bệnh đang là ưu tiên của Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện TWQĐ 108, của lãnh đạo, chỉ huy Khoa khám bệnh hiện nay, xứng đáng với vị thế, uy tín của một bệnh viện tuyến cuối toàn quân - hạng đặc biệt cấp quốc gia.

**Từ khóa:** Khoa Khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108; sự hài lòng.

## SUMMARY

**EXAMINING THE SATISFACTION OF PATIENTS AND FAMILY MEMBERS FOR NURSES AND DOCTORS OF THE 108-YEAR ARMY MEDICAL EXAMINATION AND CENTRAL HOSPITAL**

Satisfying the satisfaction of patients is an important criterion of medical service facilities. Improve the quality of hams treatment to satisfy the needs of the sick, the patient's family members are the priority of the director board of the 108 central military hospital, the leader of the current medical examination department, deserves with the position and prestige of a hospital of all levels, the special rank at the national level.

**Key word:** Department of examination, 108 Central Military Hospital; satisfaction.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TWQĐ 108) là tuyến y tế khám chữa bệnh cuối toàn quân- hạng đặc biệt cấp quốc gia (2010). Trong những năm qua, được sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo sát sao của Quân ủy Trung ương, Thủ trưởng Bộ Quốc phòng nên bệnh viện được đầu tư

xây dựng cơ sở hạ tầng khang trang, chính quy, hiện đại; chất lượng dịch vụ y tế tại bệnh viện đã từng bước được nâng lên; tinh thần, thái độ, trách nhiệm phục vụ của đội ngũ điều dưỡng, bác sĩ đã có những bước chuyển biến rõ rệt, đáp ứng tương đối tốt với nhu cầu khám, chữa bệnh của bộ đội và nhân dân. Tuy nhiên, đánh giá tổng quan thì chất lượng dịch vụ y tế có mặt vẫn chưa thực sự đáp ứng tốt yêu cầu ngày càng cao, đa dạng, phong phú của cán bộ, chiến sĩ và nhân dân (khách hàng).

## II. MỤC TIÊU, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Mục tiêu:

Trong xu thế hội nhập và phát triển dịch vụ y tế chăm sóc, bảo vệ sức khỏe con người hiện nay, các cơ sở y tế cả nước đang hướng tới nâng cao toàn diện chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Theo đó, việc nghiên cứu về “chất lượng cung ứng dịch vụ y tế” đáp ứng nhu cầu theo các tiêu chí đánh giá của người bệnh, người nhà người bệnh (khách hàng) đối với chất lượng dịch vụ y tế đóng vai trò đặc biệt quan trọng, giúp người lãnh đạo, quản lý Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 có cơ sở để kiểm định, đánh giá chính xác các mức độ hài lòng của khách hàng với các dịch vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe mà bệnh viện cung ứng. Từ đó có sự điều chỉnh, bổ sung chất lượng dịch vụ nhằm cải thiện tốt nhất điều kiện khám, chữa bệnh cho các đối tượng khách hàng.

Với những tiêu chí cụ thể, chúng tôi tiến hành nội dung khảo sát này với các đối tượng khách hàng nhằm thực hiện hai mục tiêu sau:

(1) Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh về sự tiếp đón, hướng dẫn của điều dưỡng, bác sĩ Khoa khám bệnh.

(2) Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh về chất lượng khám chữa bệnh của Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay.

## 1. Bệnh viện TWQĐ 108

Email: Hongnguyenv108@gmail.com; ĐT. 0989.308.809



## 2. Phương pháp nghiên cứu:

Tác giả sử dụng phương pháp nghiên cứu giữa lý thuyết về sự hài lòng kết hợp với quan sát thực tiễn hành động làm việc chuyên môn của điều dưỡng, bác sỹ; khảo sát thực tế phản ánh mẫu đại diện của 120 (NB + NNNB); sử dụng công thức thống kê toán học, tính điểm trung bình (ĐTB) các mức độ biểu hiện của các tiêu chí sau khi thu được kết quả khảo sát của các đối tượng khách hàng.

## III. KẾT QUẢ BÀN LUẬN

Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 là nơi đón tiếp người bệnh ban đầu, nếu được tổ chức sắp xếp khoa học, hợp lý cùng với thái độ, trách nhiệm làm việc tận tụy, tấm lòng đôn hậu, bao dung, luôn quan tâm đến người bệnh của đội ngũ điều dưỡng, bác sỹ sẽ gây ấn tượng tốt, làm tăng sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh với bệnh viện. Thực hiện chủ trương của Thường vụ Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện TWQĐ 108, với mục tiêu xây dựng, hoàn chỉnh các tiêu chí để ngày càng đáp ứng tốt hơn các dịch vụ khám, chữa bệnh, làm hài lòng các đối tượng khách hàng. Từ thực tế trên, năm 2018 Khoa khám bệnh xác định các nội dung, xây dựng bộ tiêu chí và tiến hành khảo sát sự hài lòng, mức độ tín nhiệm của người bệnh, người nhà người bệnh về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh của Khoa, làm cơ sở duy trì phát huy những ưu điểm đang có, kịp thời rút kinh nghiệm, khắc phục triệt để các tồn tại hạn chế, bảo đảm tốt nhất các dịch vụ cho khách hàng.

Thực tế cho thấy, mỗi ngày Khoa khám bệnh có hàng chục nghìn lượt khách hàng đến khám, chữa bệnh, với sự đa dạng, phong phú về độ tuổi, giới tính, đặc điểm tâm lý, tích cách cá nhân, tính chất loại bệnh... cùng với sự phát triển chuyên môn, hiện đại hóa trang thiết bị, cơ sở vật chất của bệnh viện, đội ngũ điều dưỡng, bác sỹ của Khoa khám bệnh được đào tạo cơ bản về chuyên môn, có thái độ trách nhiệm làm việc chăm chỉ, phương pháp tác phong làm việc

khoa học, luôn nỗ lực hoàn thành tốt chức trách nhiệm vụ được giao, góp phần nâng chất lượng dịch vụ theo hướng ngày càng đáp ứng tốt hơn nhu cầu các đối tượng khách hàng. Tuy nhiên, để chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của Khoa khám bệnh đạt chuẩn khu vực và thế giới.

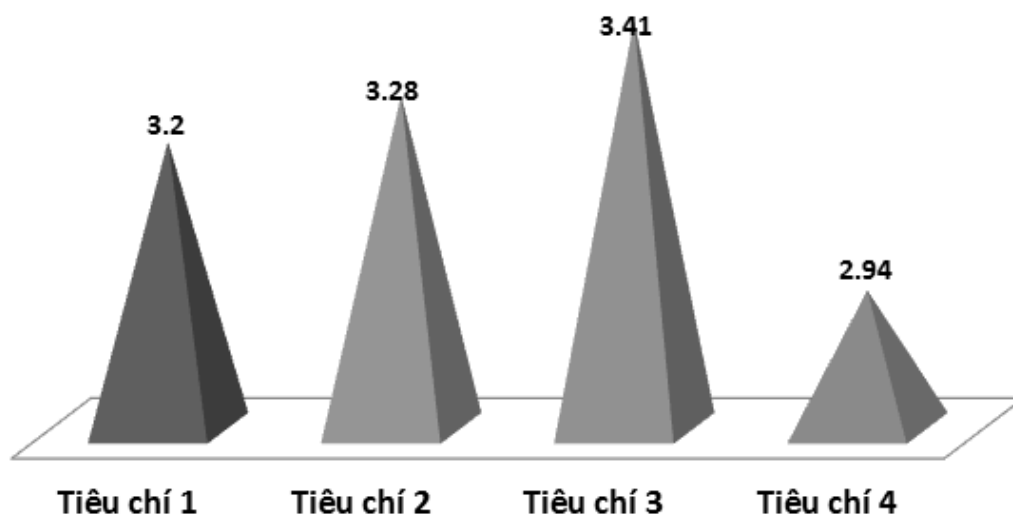
Qua các công trình nghiên cứu cho thấy sự hài lòng của mỗi người bệnh và người nhà người bệnh ở bất kỳ một cơ sở khám chữa bệnh nào đó cũng luôn là điều được các bệnh viện phấn đấu hướng tới. Trong công tác khám chữa bệnh, sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh (NB + NNNB) lại càng có giá trị, đó là tiêu chí phục vụ quan trọng đặt ra cho các bệnh viện. Qua tìm hiểu, có nhiều quan niệm khác nhau về mức độ đánh giá sự hài lòng của người bệnh với tư cách họ là khách hàng của bệnh viện: Theo Formell (1995) và Hoyer (2001), sự hài lòng được gắn liền với cảm giác chấp nhận, hạnh phúc, giúp đỡ, phấn khích, vui sướng; Theo Hansemark và Albinsson (2004), sự hài lòng của khách hàng là một thái độ tổng thể của họ đối với một nhà cung cấp dịch vụ hoặc một cảm xúc phản ứng với sự khác biệt giữa những gì họ dự đoán trước và những gì được tiếp nhận đối với sự đáp ứng của một nhu cầu, mục tiêu hay mong muốn; Theo Zeithaml và Bitner (2000), sự hài lòng của khách hàng là sự đánh giá của họ về một sản phẩm hay một dịch vụ nào đó đã đáp ứng được nhu cầu và mong đợi của họ.

Từ những quan niệm trên, theo tác giả: sự hài lòng của người bệnh là một cảm giác khi họ được thỏa mãn về kết quả khám, chữa bệnh tại bệnh viện. Để khảo sát sự hài lòng của (NB + NNNB) về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 trong năm 2018. Căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, đặc điểm nhiệm vụ của Khoa khám bệnh; chức trách, nhiệm vụ của đội ngũ điều dưỡng, bác sỹ và nhu cầu khám chữa bệnh của (NB + NNNB) hiện nay. Tác giả tiến hành xây dựng bộ công cụ gồm 04 tiêu chí để làm cơ sở khảo sát, đánh giá sự hài lòng của (NB + NNNB) như trong bảng kết quả sau:

STT	Nội dung tiêu chí	Kết quả khảo sát sự hài lòng của( NB + NNNB)				
		Tốt (4) (Số người/%)	Khá (3) (Số người/%)	Trung bình (2) (Số người/%)	Hạn chế (1)(Số người/%)	ĐTB
<b>Tiêu chí 1</b>	Thái độ tôn trọng, vui vẻ, cởi mở, thân thiện, cảm thông và lòng nhiệt tình của điều dưỡng, bác sỹ.	<b>53</b> (44,16%)	<b>42</b> (35%)	<b>21</b> (17,50%)	<b>04</b> (3,33%)	<b>3.20</b>
<b>Tiêu chí 2</b>	Chất lượng chuyên môn tốt, hiệu quả điều trị. cao.	<b>56</b> (46,66%)	<b>43</b> (35,83%)	<b>19</b> (15,83%)	<b>03</b> (2,50%)	<b>3.28</b>
<b>Tiêu chí 3</b>	Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ, hiện đại.	<b>62</b> (51,66%)	<b>47</b> (39,16%)	<b>10</b> (8,33%)	<b>01</b> (0,83%)	<b>3.41</b>
<b>Tiêu chí 4</b>	Thủ tục đơn giản, nhanh gọn, chi phí hợp lý.	<b>41</b> (34,16%)	<b>38</b> (31,66%)	<b>34</b> (28,33%)	<b>07</b> (5,83%)	<b>2.94</b>

Từ số liệu ở bảng trên, tác giả tiến hành xây dựng Biểu đồ minh họa kết quả khảo sát, đánh giá thực trạng sự hài lòng của (NB + NNNB) ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2018 như sau:

**Biểu đồ: Kết quả khảo sát sự hài lòng của khách hàng tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108**



**Kết quả trao đổi 08 khách thể:** đa số các (NB + NNNB) đều đánh giá khá tốt về “Thái độ tôn trọng, vui vẻ, cởi mở, thân thiện, cảm thông và nhiệt tình của điều dưỡng, bác sỹ đối với (NB + NNNB)”. Tuy nhiên, có thời điểm còn có một số điều dưỡng biểu hiện khuôn mặt chưa thực sự cởi mở, thân thiện với (NB + NNNB). Bên cạnh đó, các ý kiến cũng đều đánh giá cao về “Chất lượng chuyên môn tốt, hiệu quả điều trị cao của Khoa khám

bệnh”; “Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ, hiện đại, Bệnh viện đã kịp thời ứng dụng nhiều tiến bộ khoa học y học vào khám chữa bệnh” và cơ bản các ý kiến khi được hỏi đều thừa nhận thời gian được đăng ký vào khám chữa bệnh đã có sự cải thiện đáng kể, có nhiều thủ tục được tinh giản,... Tuy nhiên, một số loại viện phí có chiều hướng tăng giá dịch vụ (giá số loại thuốc, xét nghiệm, phí giường, phòng nằm...).

#### IV. KẾT LUẬN

Căn cứ kết quả phản ánh ở Biểu đồ 1, cho thấy kết quả nhận xét, đánh giá của mẫu đại diện 120 (NB +NNNB) là khá hài lòng với chất lượng các dịch vụ khám, chữa bệnh của Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay. Tiêu chí 3 “Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ, hiện đại”, được đánh giá cao nhất (ĐTB: 3.41), thấp nhất là Tiêu chí 4 “Thủ tục đơn giản, nhanh gọn, chi phí hợp lý”. Theo đó, vấn đề đặt ra đối với Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện và lãnh đạo, chỉ huy Khoa khám bệnh cần lắng nghe, tiếp thu những phản ánh, đóng góp của các đối tượng khách hàng, qua đó làm tốt hơn công tác lãnh đạo, chỉ đạo, kết hợp hài hòa, hợp lý giữa đảm bảo cơ sở vật chất, trang bị y tế với nâng cao chất lượng đội ngũ điều dưỡng, bác sĩ; cần chú trọng cải tiến về thủ tục hành chính, giảm thời gian chờ đợi được khám và trả kết quả; tiếp tục cải thiện giá các dịch vụ theo hướng ưu tiên các đối tượng quân, đối tượng chính sách người có công với cách mạng và bảo hiểm xã hội. Cùng với đó, lãnh đạo chỉ huy Khoa khám bệnh cần tham khảo, nghiên cứu, ứng dụng một số nội dung biện pháp cơ bản sau:

1. Thực hiện hiệu quả nội dung giáo dục y đức, kỹ năng giao tiếp, ứng xử với người bệnh và người nhà bệnh nhân cho điều dưỡng viên, bác sĩ. Đây là nhiệm vụ chính trị quan trọng hàng đầu góp phần nâng cao chất lượng đội ngũ, những người trực tiếp tham gia khám, chữa bệnh cho các đối tượng khách hàng.

Cần bám sát kế hoạch giáo dục của trên, lãnh đạo, chỉ huy Khoa có nội dung giáo dục cụ thể căn cứ vào nhu cầu của đơn vị và đặc điểm từng đối tượng.

2. Thường xuyên kiện toàn bổ sung nguồn nhân lực, đặc biệt là đội ngũ bác sĩ cho Khoa khám bệnh, bảo đảm đủ số lượng, có chất lượng tốt. Kiện toàn đủ quân số tạo sự chủ động cho thực hiện các nhiệm vụ của đơn vị. Tiến hành rà soát lựa chọn bảo đảm tốt chất lượng nguồn cung cấp vào, theo hướng bám sát chỉ tiêu của Bệnh viện và đảm bảo tính công khai, khách quan, chú trọng chất lượng về phẩm chất ý đức, năng lực y thuật, kỹ năng y lý.

3. Tiếp tục đầu tư cơ sở vật chất, mở rộng phạm vi hoạt động Khoa khám bệnh đáp ứng nhu cầu thực tế cho các đối tượng khách hàng. Bảo đảm cơ sở hạ tầng khang trang, chính quy “*Xanh, Sạch, Đẹp*” sẽ tạo nguồn cảm xúc tích cực cho các đối tượng khách hàng khi họ tiếp xúc với Khoa khám bệnh- nơi tiếp đón người bệnh ban đầu. Mở rộng quy mô, phạm vi khám bệnh sẽ tạo điều kiện thuận tiện về thời gian, không gian, làm thỏa mãn nhu cầu các khách hàng.

4. Làm tốt công tác thi đua khen thưởng với các điều dưỡng, bác sĩ và xử lý nghiêm các cá nhân vi phạm đạo đức nghề nghiệp. Sẽ phát huy tính tích cực, nâng cao ý thức, thái độ và trách nhiệm của cán bộ, nhân viên trong công tác chuyên môn; kích thích động cơ nghề nghiệp, làm cho đội ngũ y, bác sĩ chuyên tâm công tác, nỗ lực hoàn thành tốt chức trách nhiệm vụ được giao./.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108, *Báo cáo đánh giá kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2017-2018*; (tr, 3- 24).
2. Nguyễn Khánh Chi, Đoàn Công Khanh, Bùi Văn Dũng - Đề tài khoa học (2012), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội*”, (tr, 8-16).
3. Chương trình số 52/CTr-BYT (18/6/2009) “*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 bảo hiểm y tế*” do Bộ Y tế ban hành./.

# KHẢO SÁT MỨC ĐỘ MỐI QUAN HỆ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỚI KHÁCH HÀNG Ở KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108, NĂM 2018

Nguyễn Thủy Hạnh<sup>1</sup>, Phan Huy Hùng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Theo lẽ thường, mỗi khi người bệnh bước chân vào bệnh viện là họ có những xúc cảm đan xen nhau, vừa lo lắng về bệnh tật của mình, vừa hy vọng sức khỏe sẽ sớm hồi phục, kiến thức y khoa là thứ khá mới mẻ với đa số người bệnh, người nhà người bệnh... điều đó tạo nên một mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau giữa người bệnh với các nhân viên y tế; chất lượng mối quan hệ giữa họ tùy thuộc vào sự tương tác của nhân cách hai phía, cộng với chất lượng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh mà khách hàng được hưởng lợi.

**Từ khóa:** Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108; mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng.

## SUMMARY:

**SURVEY THE LEVEL OF THE RELATIONSHIP OF MEDICAL STAFF WITH CUSTOMERS IN THE EXAMINATION DEPARTMENT, 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL, 2018**

Normally, whenever a patient walks into the hospital because they have intertwined emotions, both worry about their illness, and hope that their health will soon recover, medical knowledge is quite new. Batch with the majority of sick people, family members... that creates a interdependent relationship between patients and health workers. The quality of the relationship between them depends on the interaction of the two-way personality, plus the quality of providing medical services that customers benefit from.

**Key words:** Department of examination, Central Military Hospital 108; Relationship of medical staff with customers.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình tìm hiểu, nghiên cứu về mối quan hệ người - người cho thấy, trong quan hệ bệnh nhân - thầy thuốc

thường có hai quan niệm hơi cực đoan. *Quan niệm thứ nhất* nặng về duy lý cho rằng thầy thuốc làm thiên chức cứu người nên phải phục vụ vô điều kiện mà quên mất thầy thuốc cũng là người hành nghề như muôn nghề khác. Vì thế cho nên không hiếm chuyện bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thấy thầy thuốc “trái ý” mình là hành hung, thậm chí gây án mạng. *Quan niệm thứ hai* nặng về duy tình khi bệnh nhân đến bệnh viện là “trăm sự nhờ bác sĩ”... Tại Hội nghị trực tuyến “*Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh*” do Bộ Y tế chủ trì với sự tham gia của 715 điểm cầu địa phương sáng ngày 22/4/2015, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến đã đưa ra một quan niệm mới trong mối quan hệ này qua lời phát biểu: *Phải coi bệnh nhân là khách hàng đặc biệt*, vì vậy phải làm sao cho khách hàng *cảm thấy hài lòng*. Khi nhận thức bệnh nhân là khách hàng đặc biệt, thì thái độ ứng xử của bác sĩ cần phải thay đổi.

Từ cách tiếp cận trên về mối quan hệ của người thầy thuốc với bệnh nhân, theo tác giả mối quan hệ giữa nhân viên y tế với khách hàng ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 là sự tương tác của thái độ, xúc cảm và hành vi, nhằm mục đích trợ giúp nhau đạt hiệu quả trong quá trình khám, chữa bệnh. Đó là một quan hệ bình đẳng giữa người phục vụ và được phục vụ trong xã hội. Quan niệm bệnh nhân là khách hàng là một quan niệm mới, mang tính cách mạng trong hoạt động khám, chữa bệnh của ngành Y tế hiện nay. Các cơ sở y tế được coi là dịch vụ đặc biệt của xã hội- dịch vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho nhân dân, việc hướng tới sự hài lòng của khách hàng bên cạnh nỗ lực của bệnh viện, thì lương tâm, tình cảm, trách nhiệm của mỗi cán bộ, nhân viên y tế cần phải ra sức kiến tạo, phát triển và nuôi dưỡng mối quan hệ tốt đẹp với khách hàng.

Thực tế cho thấy, mỗi ngày Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 có hàng chục nghìn lượt khách hàng đến khám, chữa bệnh; với sự đa dạng, phong phú về độ tuổi,

## 1. Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108

SĐT: 0983.248.178, Email: nguyenthanhbv108@gmail.com

## 2. Học viện chính trị, Bộ Quốc phòng

giới tính, đặc điểm tâm lý, tích cách cá nhân, tính chất loại bệnh. Theo đó, với các nhân viên y tế ở đây, việc thiết lập, phát triển mối quan hệ tốt đẹp với khách hàng không chỉ là một nhiệm vụ trọng tâm của chăm sóc khách hàng, đó còn là một tiêu chí đánh giá năng lực thực hành chuyên môn của các nhân viên y tế, uy tín, vị thế của Khoa khám bệnh. Đặc trưng cơ bản của mối quan hệ này xuất phát từ hai bên là sự quan tâm, đồng cảm, lắng nghe, thấu hiểu và chia sẻ của nhân viên y tế với khách hàng và được nhận lại thái độ hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế trong quá trình khám, chữa bệnh.

## II. MỤC TIÊU, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Mục tiêu nghiên cứu:

Qua một số công trình nghiên cứu về hành vi khách hàng trong các cơ sở y tế cho thấy hành vi của khách hàng có sự ảnh hưởng trực tiếp đến mối quan hệ giữa nhân viên y tế với bản thân họ. Hành vi thô lỗ hoặc hung dữ của bệnh nhân hoặc thành viên gia đình của họ có thể làm sao lãng các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (nhân viên y tế) và khiến họ kém hiệu quả hơn hoặc phạm sai lầm trong một thủ tục chẩn đoán y khoa. Khi xử lý các tình huống trong bất kỳ môi trường chăm sóc sức khỏe nào, luôn có sức ép làm nhân viên y tế phải thực hiện công việc của họ một cách có hiệu quả. Trong khi có nhiều yếu tố làm ảnh hưởng đến công việc đang thực hiện của họ, sự thô lỗ và thái độ không tốt của bệnh nhân đóng một vai trò lớn. Chính thái độ thô lỗ và khó chịu của bệnh nhân đối với các nhân viên y tế đã làm giảm năng lực xử lý hiệu quả các công việc đơn giản và phải làm nhiều thủ tục hơn. Mặc dù hoàn toàn dễ hiểu rằng bệnh nhân đang trải qua một thời gian cực kỳ khó khăn do căng thẳng từ các yếu tố bên ngoài cũng như bên trong khác, điều quan trọng là bác sĩ và nhân viên y tế cần phải cân trọng đề phòng xảy ra thái độ thô lỗ từ phía bệnh nhân.

Xuất phát từ thực tế khảo cứu trên và đặc điểm nhiệm vụ, môi trường làm việc của Khoa khám bệnh - nơi tiếp đón khách hàng đầu tiên; từ hiệu ứng của mối quan hệ giữa nhân viên y tế và khách hàng. Tác giả lựa chọn hai mục tiêu nghiên cứu như sau: (1) Tăng cường sự gần gũi, hiểu biết tâm tính và động viên chia sẻ khó khăn sức khỏe với khách hàng. (2) Tăng cường sự hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế trong quá trình khám, chữa bệnh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

Để đánh giá khách quan, chính xác thực trạng mức độ mối quan hệ giữa nhân viên y tế với khách hàng. Tác giả sử dụng tổng hợp các phương pháp nghiên cứu lý thuyết về mối quan hệ người- người với các phương pháp điều tra xã hội học; Phương pháp tọa đàm, phỏng vấn đại diện nhân viên y tế và khách hàng; Phương pháp phân tích kết quả hoạt động của nhân viên y tế và hành vi khách hàng; Phương pháp xử lý số liệu bằng thống kê toán học.

- Khách thể khảo sát: 150 người, trong đó có 75 nhân viên y tế (60 điều dưỡng, 15 bác sỹ); 75 khách hàng (50 người bệnh, 25 người nhà người bệnh).

- Thời gian điều tra khảo sát: 15 tháng 01 đến 15 tháng 02 năm 2019.

- Cách thức tiến hành: xây dựng hai loại mẫu phiếu trưng cầu ý kiến cho 2 nhóm đối tượng nghiên cứu đó là: (điều dưỡng, bác sỹ + người bệnh, người nhà người bệnh).

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Để khảo sát mức độ mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TW Quân đội 108, đề sát với nhiệm vụ nghiên cứu, độ tin cậy, tác giả tiến hành xây dựng bộ tiêu chí đánh giá mức độ mối quan hệ giữa nhân viên y tế với khách hàng ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 thành bốn mức độ biểu hiện, với quy ước thang điểm đánh giá cụ thể như sau:

Tốt (4 điểm), Khá (3 điểm), Trung bình (2 điểm); Yếu (1 điểm).

Sử dụng công thức tính khoảng điểm:  $L = \frac{n-1}{n}$

**Trong đó:**

- L: là khoảng điểm.

- n: là số mức độ các khoảng điểm).

- Ta có  $L = 1.0$

Áp dụng công thức tính điểm trung bình cộng ( $\bar{X}$ ) đối với từng tiêu chí, xác định thứ hạng của từng tiêu chí, điểm trung bình cộng của từng tiêu chí được quy ước như sau:

- Tốt (từ  $\geq 4 \div 5$  điểm)

- Khá (từ  $\geq 3 \div 4$  điểm).

- Trung bình (từ  $\geq 2 \div 3$  điểm).

- Yếu (từ  $1 \div 2$  điểm).

Sau khi có được ( $\bar{X}$ ) của từng tiêu chí, sẽ có các kết luận về thực trạng về chất lượng mối quan hệ giữa điều dưỡng, bác sỹ (nhân viên y tế) với người bệnh, người nhà người bệnh (khách hàng) ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay.

Tính điểm trung bình cộng ( $\bar{X}$ ) áp dụng công thức (1)

$$\bar{X} = \frac{x_1n_1 + x_2n_2 + \dots + x_n n_n}{n_1 + n_2 + \dots + n_n} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i n_i}{n} \quad (1)$$

**Trong đó:**

$x^i$ : Giá trị của dấu hiệu

$n$ : Số các giá trị (số lần quan sát)

$\bar{X}$ : Điểm trung bình

Duy trì tuổi thọ chất lượng mối quan hệ giữa nhân viên y tế với các đối tượng khách hàng là một nhiệm vụ ưu tiên hàng đầu, rất cần thiết với cả hai bên. Các giá trị

và quan điểm của nhân viên y tế và khách hàng về bệnh tật, cuộc sống và thời gian,... đóng vai trò không thể thiếu trong việc xây dựng, phát triển mối quan hệ này. Việc thường xuyên duy trì mối quan hệ qua lại tích cực giữa nhân viên y tế và khách hàng là điều kiện tiên quyết đảm bảo chất lượng thông tin thường xuyên, đầy đủ hơn về bệnh tật của bệnh nhân và giúp chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho cả bệnh nhân và gia đình của họ.

Thực tế cho thấy, còn có những cơ sở y tế chưa đủ nguồn nhân lực, không đủ hạ tầng cơ sở, trang thiết bị, không được đào tạo về tâm lý... nhưng vẫn phải tiếp nhận nhu cầu khám chữa bệnh quá mức, quá khả năng dẫn đến

xung đột giữa thầy thuốc và bệnh nhân ngày càng nhiều, dai dẳng và âm ỉ, khiến cả hai bên cùng chịu nhiều áp lực, thiệt thòi. Hoặc do tình trạng một số nhân viên y tế không thực hiện đúng y đức dẫn tới người bệnh, người nhà bệnh nhân có phản ứng gay gắt thậm chí hành hung nhân viên y tế, điều này cho thấy mối quan hệ đặc biệt giữa nhân viên y tế với khách hàng đang rất đáng lo ngại... Đó là minh chứng báo hiệu những dấu hiệu “rạn nứt” về mối quan hệ giữa hai nhóm khách thể này.

- Sau khi phát phiếu, thu phiếu điều tra, kết hợp sử dụng các phương pháp nghiên cứu như đã trình bày ở trên, tác giả thu được kết quả như sau:

**Bảng 1. Kết quả khảo sát 75 khách hàng (50 NB + 25 NNNB)**

STT	Nội dung 4 tiêu chí / Mức độ biểu hiện	Kết quả khảo sát chất lượng mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng theo đánh giá 75 khách hàng (50NB + 25NNNB)				
		Tốt (4) (Số người/%)	Khá (3) (Số người/%)	Trung bình (2) (Số người/%)	Yếu (1) (Số người/%)	ĐTB
<b>Tiêu chí 1</b>	Mức độ quan tâm của nhân viên y tế đến nhu cầu khám, chữa bệnh của khách hàng.	38 (50,66%)	32 (42,66%)	05 (6,66%)	0	3.44
<b>Tiêu chí 2</b>	Sự đồng cảm của nhân viên y tế với các cung bậc cảm xúc của khách hàng.	36 (48,00%)	33 (44,00%)	06 (8,00%)	0	3.40
<b>Tiêu chí 3</b>	Thái độ lắng nghe, động viên, chia sẻ của nhân viên y tế với khách hàng.	33 (44,00%)	34 (45,33%)	08 (10,66%)	0	3.33
<b>Tiêu chí 4</b>	Thái độ, hành vi sẵn sàng hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế.	32 (42,66%)	35 (46,66%)	08 (10,66%)	0	3.32

**Bảng 2: Kết quả khảo sát 75 nhân viên y tế (60 ĐĐ + 15 BS)**

STT	Nội dung 4 tiêu chí / Mức độ biểu hiện	Kết quả khảo sát chất lượng mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng theo đánh giá 75 nhân viên y tế (60ĐĐ + 15BS)				
		Tốt (4) (Số người/%)	Khá (3) (Số người/%)	Trung bình (2) (Số người/%)	Yếu (1) (Số người/%)	ĐTB
<b>Tiêu chí 1</b>	Mức độ quan tâm của nhân viên y tế đến nhu cầu khám, chữa bệnh của khách hàng.	39 (52,00%)	33 (44,00%)	03 (4,00%)	0	3.48
<b>Tiêu chí 2</b>	Sự đồng cảm của nhân viên y tế với các cung bậc cảm xúc của khách hàng.	38 (50,66%)	33 (44,00%)	04 (5,33%)	0	3.45
<b>Tiêu chí 3</b>	Thái độ lắng nghe, động viên, chia sẻ của nhân viên y tế với khách hàng.	33 (44,00%)	36 (48,00%)	06 (8,00%)	0	3.36
<b>Tiêu chí 4</b>	Thái độ, hành vi sẵn sàng hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế.	31 (41,33%)	35 (46,66%)	09 (12,00%)	0	3.29

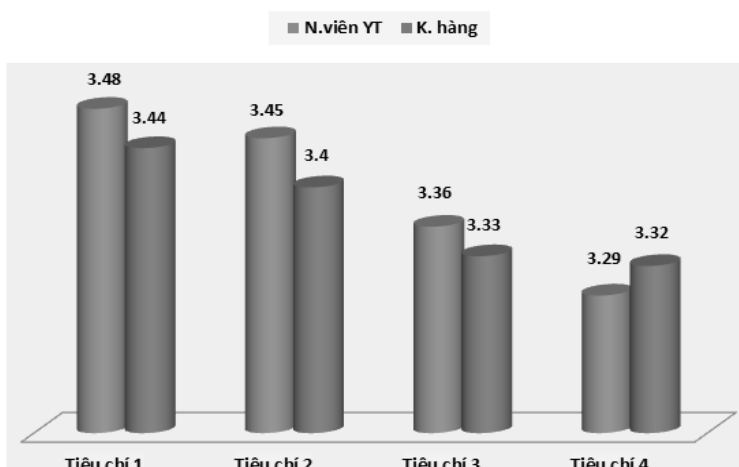
- Nội dung trao đổi phỏng vấn 05 điều dưỡng và 02 bác sĩ Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108: xoay quanh 4 tiêu chí ở (Bảng 1), cho thấy kết quả đánh giá tương đối giống với kết quả khảo sát bằng mẫu phiếu điều tra ở Bảng 3: Các ý kiến được hỏi cho rằng, bên cạnh bồi dưỡng nâng cao chuyên môn y thuật, y lý, các nhân viên y tế cần tích cực, chủ động học hỏi nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử với khách hàng; cho rằng còn một số khách hàng chưa có thái độ tích cực hợp tác với nhân viên y tế trong quá trình khám, chữa bệnh, cá biệt còn có hành vi cấu gắt, xung hô, ứng xử thiếu văn hóa với nhân viên y tế trong quá trình khám, chữa bệnh.

- Nội dung phỏng vấn 06 người bệnh và 03 người nhà người bệnh tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108:

xoay quanh 4 tiêu chí ở (Bảng 1); kết quả có một số điểm tương đồng như kết quả khảo sát bằng phiếu điều tra ở Bảng 2. Đại diện khách hàng lưu ý một số nhân viên cần có thái độ ôn hòa, thân thiện hơn với khách hàng, nhất là với người già và trẻ em; bản thân khách hàng cũng thừa nhận có đôi lúc khả năng kiểm chế bản thân còn chưa tốt, dẫn đến những xung đột tâm lý với nhân viên y tế, thậm chí có người nhà người bệnh còn có biểu hiện hành vi khiếm nhã với điều dưỡng, bác sĩ.

- Từ số liệu ở (Bảng 2 và 3), tác giả tiến hành xây dựng Biểu đồ biểu thị kết quả khảo sát, đánh giá thực trạng mức độ mối quan hệ giữa nhân viên y tế với khách hàng ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2018 như sau:

**Biểu đồ: Biểu thị MQH của nhân viên y tế với khách hàng của Khoa khám bệnh, bệnh viện TWQĐ 108 năm 2018**



#### IV. KẾT LUẬN

1. Căn cứ kết quả khảo sát 75 khách hàng ở (Bảng 2) cho thấy: 100% người bệnh và người nhà người bệnh đều đồng thuận đánh giá việc xây dựng bộ 4 tiêu chí đánh giá mức độ mối quan hệ giữa nhân viên y tế với các đối tượng khách hàng là phù hợp với nhiệm vụ nghiên cứu khảo sát; đại diện mẫu 75 khách hàng khi được khảo sát đều có chung nhận xét cả 4 tiêu chí trên đều được nhân viên y tế Khoa khám bệnh hoàn thành mức khá, trong đó có khá hơn là tiêu chí 1 “Mức độ quan tâm của nhân viên y tế đến nhu cầu khám, chữa bệnh của khách hàng”, (ĐTB: 3.44); Tiếp đến là các tiêu chí 2 (ĐTB: 3.40) và tiêu chí 3 (ĐTB: 3.33). Đạt mức khá thấp nhất là tiêu chí 4 “Thái độ, hành vi sẵn sàng hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế”, (ĐTB: 3.32).

2. Căn cứ kết quả khảo sát 75 nhân viên y tế ở (Bảng 3) cho thấy kết quả có nhiều điểm tương đồng với nhận xét, đánh giá từ phía các khách hàng: 100% nhân viên y tế đồng thuận đánh giá việc xây dựng bộ 4 tiêu chí đánh giá mức độ mối quan hệ giữa nhân viên y tế với các đối tượng khách hàng là phù hợp với nhiệm vụ nghiên cứu khảo sát; đại diện mẫu 75 nhân viên y tế khi được khảo sát đều có chung cảm nhận cả 4 tiêu chí trên đều được nhân viên y tế Khoa khám bệnh hoàn thành mức khá trở lên, trong đó có khá hơn là tiêu chí 1 “Mức độ quan tâm của nhân viên y tế đến nhu cầu khám, chữa bệnh của khách hàng”, (ĐTB: 3.48); Tiếp đến là các tiêu chí 2 (ĐTB: 3.45) và tiêu chí 3 (ĐTB: 3,36). Đạt mức khá thấp nhất là tiêu chí 4 “Thái độ, hành vi sẵn sàng hợp tác của khách hàng với nhân viên y tế”, (ĐTB: 3.29).

Độ lệch chuẩn trung bình của hai nhóm khách thể nghiên cứu (nhân viên y tế + khách hàng) là: 0,022; xác suất  $P = 99.97\%$ , điều đó cho thấy kết quả khảo sát có mối liên hệ tuyến tính với nhau, đảm bảo độ tin cậy khoa học.

## V. NỘI DUNG KIẾN NGHỊ

Y đức, y đạo, y thuật và y lý đang là vấn đề được toàn xã hội quan tâm, nhất là trong nền kinh tế thị trường hiện nay, đòi hỏi từng cán bộ, nhân viên y tế phải có những phẩm chất ưu tú của người thầy thuốc. Để nâng cao uy tín nghề, phát triển mối quan hệ tốt đẹp với khách hàng, các cơ sở y tế không thể hô hào chung chung mà phải xem xét, đánh giá kỹ lưỡng thực trạng, nguyên nhân và đề ra các biện pháp cụ thể khắc phục những tồn tại hạn chế, ngay từ khi tuyển chọn cán bộ, nhân viên y tế vào ngành. Cần kết hợp giữa việc quản lý nhà nước và tự quản trong cơ sở y tế. Mặt khác, mỗi người cán bộ, nhân viên y tế cần thường xuyên tự trau dồi đạo đức nghề của mình để xứng đáng với danh hiệu cao quý mà Bác Hồ đã dạy: *“Thầy thuốc phải như mẹ hiền”*.

Để góp phần nâng cao chất lượng mối quan hệ của nhân viên y tế với khách hàng ở Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay, tác giả kiến nghị với Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện TWQĐ 108, lãnh đạo chỉ huy Khoa khám bệnh bốn nội dung biện pháp sau:

1. Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện TWQĐ 108 cần tiếp tục chỉ đạo, định hướng các cơ quan chức năng thường xuyên học hỏi kinh nghiệm của đơn vị bạn, các kết quả đề tài nghiên cứu về chất lượng cung ứng dịch vụ y

tế, chất lượng nguồn nhân lực,... kịp thời bổ sung bộ tiêu chí chuẩn về về nhân cách của đội ngũ nhân viên y tế trong bệnh viện, cùng với đó duy trì thực hiện có hiệu quả nền nếp, chất lượng trong công tác khám, chữa bệnh.

2. Lãnh đạo, chỉ huy Khoa khám bệnh thường xuyên có kế hoạch làm tốt công tác bồi dưỡng chuyên môn y thuật, y lý cho nhân viên; mở lớp tập huấn bồi dưỡng, hội thi thực hành các kỹ năng mềm, chú trọng nâng cao năng lực thực hành kỹ năng giao tiếp ứng xử với đồng nghiệp và khách hàng.

3. Từng điều dưỡng, bác sỹ cần chủ động tu dưỡng rèn luyện phẩm chất y đức, tích cực học tập trau dồi năng lực chuyên môn; thuần thực kỹ năng phối, kết hợp với bác sỹ trong quá trình khám, chữa bệnh; chủ động tìm hiểu nắm chắc đặc điểm tâm lý từng đối tượng khách hàng, có thái độ ân cần khi chăm sóc, tư vấn nhằm nâng cao hiệu, chất lượng quả khám, chữa bệnh cho họ. Thực hiện tốt khẩu hiệu khi phục vụ, chăm sóc khách hàng *“Đến tiếp đón niềm nở, về dặn dò ân cần, ở tận tình chăm sóc”*.

4. Cấp ủy, chỉ huy các cấp cần chủ động, định kỳ lấy ý kiến nhận xét, góp ý của các khách hàng và gặp gỡ trao đổi trực tiếp các nội dung liên quan đến chất lượng dịch vụ, thái độ chăm sóc khách hàng của đội ngũ nhân viên y tế. Qua đó, kịp thời phát huy những ưu điểm, rút kinh nghiệm, khắc phục triệt để những tồn tại hạn chế. Hướng tới hoàn thiện mục tiêu xây dựng thương hiệu Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108 *“Tận tâm phục vụ, đề cao chất lượng, vì khách hàng thân yêu”*, xây dựng môi trường làm việc *“Sáng - Xanh - Sạch - Đẹp”*.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Khám chữa bệnh số 40/2009/ (23/11/2009), Quốc hội, khóa 12.
2. Thông tư số 07/ 2014/ TT- BYT “Quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động đang làm việc tại các cơ sở y tế”.
3. [https:// dientu@hanoimoi.com.vn](https://dientu@hanoimoi.com.vn) (26/8/2013)
4. [https:// text.123 doc.org/document/4414078- quan-he-thay-thuoc-benh-nhan-trong-benh-vien.htm](https://text.123doc.org/document/4414078-quan-he-thay-thuoc-benh-nhan-trong-benh-vien.htm).



# ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CỦA NGƯỜI DÂN TRONG ĐIỀU TRỊ TẠI XÃ HIỆP LỰC HUYỆN NINH GIANG TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2017

Nguyễn Thị Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Tại Việt Nam Có tới 81,2% người dân không tuân thủ hoàn toàn theo đơn của thầy thuốc. Rõ ràng việc sử dụng kháng sinh tại Việt Nam đang là vấn đề hết sức bức thiết. Mục tiêu: Đánh giá kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân tại xã Hiệp Lực huyện Ninh Giang. Đối tượng nghiên cứu: 480 người. Người dân không phân biệt giới tính, độ tuổi từ 18-60 sống trên địa bàn xã Hiệp Lực trong thời gian tiến hành nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định tính định lượng. Kết quả nghiên cứu cho thấy 38,55% người dân cho rằng nhiễm khuẩn cần sử dụng kháng sinh. Kết luận thực trạng kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân trong cộng đồng còn nhiều bất cập. Cần có các biện pháp tuyên truyền để nâng cao kiến thức sử dụng kháng sinh trong cộng đồng.

**Từ khóa:** Kháng sinh, người dân Hiệp Lực, kháng kháng sinh.

## ABSTRACT:

**ASSESSING THE KNOWLEDGE OF USING ANTIBIOTICS OF PEOPLE IN HIỆP LỰC COMMUNE, NINH GIANG DISTRICT, HẢI DƯƠNG PROVINCE, 2017**

In Vietnam, up to 81.2% of people do not comply fully with the doctor's application. Obviously, the use of antibiotics in Vietnam is an urgent issue. Objective: Assessing the knowledge of using antibiotics of people in Hiep Luc Commune, Ninh Giang District. Research subjects: 480 people. They are the ones who live in Hiep Luc Commune during the time of conducting the research regardless of gender, aged 18-60, agreeing to participate in the research. Research methods: Descriptive cross-sectional study combining with quantitative and qualitative study. Research results show that 38.55% of the people believe that infections need using antibiotics. Conclusion: the

situation of knowledge of antibiotic use of the people in the community is still inadequate. Propaganda is necessary to improve knowledge of antibiotic use in the community.

**Keywords:** Antibiotics, people in Hiep Luc Commune, antibiotic resistance.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tại không chỉ trên thế giới, tại Việt Nam bệnh nhiễm khuẩn đang là vấn đề y tế chủ yếu trong chăm sóc sức khỏe. Các bệnh nhiễm khuẩn vẫn là căn nguyên hàng đầu gây tử vong, hàng năm cướp đi trên 17 triệu sinh mạng mà đa số là trẻ em. Nhiều bệnh nhiễm khuẩn đã được điều trị một cách hiệu quả bằng kháng sinh. Tuy nhiên bên cạnh đó việc sử dụng kháng sinh còn nhiều điều bất hợp lý. Theo ước tính của Trung tâm kiểm soát bệnh tật thì có khoảng 1/3 trong tổng số 150 triệu đơn thuốc kháng sinh hàng năm là không cần thiết. Ở châu Phi 50% bệnh nhân ngoại trú dùng kháng sinh. Ở Bangladesh 67% bệnh nhân nội trú sử dụng kháng sinh, có tới 50% số trường hợp sử dụng không hợp lý.

Ở Việt Nam trong những năm gần đây việc sử dụng kháng sinh là tương đối phổ biến. Tỷ trọng kháng sinh chiếm 30 – 40% số ngoại tệ nhập khẩu thuốc. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy một nửa số đơn thuốc có kháng sinh. Chỉ có khoảng 20% người dùng kháng sinh là mua theo đơn của thầy thuốc. Có tới 81,2% người dân không tuân thủ hoàn toàn theo đơn của thầy thuốc. Rõ ràng việc sử dụng kháng sinh tại Việt Nam đang là vấn đề hết sức bức thiết.

Sử dụng kháng sinh không đúng cách có thể dẫn đến không khỏi bệnh, gây bệnh do thuốc, lãng phí tiền bạc và sức lực, tạo chủng vi khuẩn kháng thuốc. Tình trạng kháng kháng sinh trên phạm vi toàn cầu hiện đang ở mức đáng báo động. Tổ chức Y tế thế giới WHO phải lên tiếng cảnh báo rằng: “Nếu thế giới không nỗ lực mạnh mẽ hơn để chống lại bệnh nhiễm trùng, kháng kháng sinh sẽ ngày

## 1. Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương

» Ngày nhận bài: 02/01/2019 | » Ngày phản biện: 01/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 14/02/2019

càng đe dọa đưa thế giới trở lại thời kỳ chưa có kháng sinh. Hơn nữa, đặc biệt ở nước ta hiện nay những nghiên cứu về kiến thức và thực hành của người dân về sử dụng thuốc nói chung và kháng sinh nói riêng còn rất ít. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu:

**“Đánh giá kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân trong điều trị tại xã Hiệp Lực huyện Ninh Giang tỉnh Hải Dương”**

Nhằm cung cấp thông tin phục vụ cho công tác quản lý y tế và giúp cơ quan quản lý nhà nước có những giải pháp nâng cao kiến thức sử dụng kháng sinh tại các địa bàn trong tỉnh được tốt hơn.

Đề tài được thực hiện với mục tiêu như sau

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân tại xã Hiệp Lực huyện Ninh Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:**

Người dân không phân biệt giới tính, độ tuổi từ 18-60 sống trên địa bàn tỉnh Hải Dương trong thời gian tiến hành nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:**

Mô tả cắt ngang

Nghiên cứu định lượng

**Thiết kế nghiên cứu**

➤ **Cỡ mẫu nghiên cứu**

Cỡ mẫu định lượng: Tính theo công thức:

$$n = \left( \frac{z_{\alpha}^2 \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{\Delta} \right)^2$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê với  $\alpha = 0,01$  thì hệ số giới

hạn tin cậy  $Z_{\alpha/2} = 2,57$ ;  $Z_{\beta}$  là trị số z của phân phối chuẩn cho xác suất  $\beta$  (chẳng hạn như khi  $\beta = 0.10$ , thì  $Z_{\beta} = 1.282$ )

p1: Tỷ lệ kiến thức sử dụng kháng sinh đạt yêu cầu của dân cư nhóm tuổi 18-60 tại xã tham gia khảo sát) (theo điều tra của nhóm nghiên cứu);  $p1 = 0,3$

P2: Tỷ lệ kiến thức sử dụng kháng sinh mong muốn đạt yêu cầu của dân cư nhóm tuổi 18-60 trong nghiên cứu này;  $p = 0,47$

p : Giá trị trung bình của p1 và p2

Theo công thức trên và nhân hệ số ảnh hưởng thiết kế mẫu (DE) lấy bằng 2 thay vào công thức (I), cỡ mẫu tính tối thiểu là 240 hộ dân. Để thuận tiện mỗi hộ dân lựa chọn 1 người để phỏng vấn (Lựa chọn người nào trong gia đình là người hay mua thuốc dùng điều trị cho gia đình). Đây là nghiên cứu cộng đồng khảo sát tại địa bàn tỉnh Hải Dương, để tăng hiệu quả của thiết kế mẫu nghiên cứu nhóm nghiên cứu nhân đôi cỡ mẫu tối thiểu  $240 \times 2 = 480$  người. Như vậy tổng số người tham gia nghiên cứu làm tròn là: 500 người.

➤ **Phương pháp xử lý số liệu**

- Dữ liệu thu được làm sạch và tiến hành phân tích với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS phiên bản 22.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát 500 người đại diện cho 500 hộ gia đình. Sau khi khảo sát, nhóm nghiên cứu tiến hành loại bỏ 46 phiếu không hợp lệ. Số phiếu hợp lệ là 454 được đưa vào nghiên cứu

**1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Trong số 454 người trả lời phỏng vấn có 238 nữ (52,42%), 216 nam (47,58%). Có 20,8% số hộ có trẻ <5 tuổi.

**Bảng 1: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số người	Tỷ lệ (%)
Công nhân	106	23.35%
Nông dân	223	49.12%
Nội trợ	74	16.30%
Buôn bán nhỏ	22	4.85%
Khác	29	6.39%
Tổng	454	100%

**Nhận xét:** Chiếm tỉ lệ cao nhất là nông dân 49,12%, công nhân chiếm 23,35%, nội trợ chỉ chiếm 16,3%.

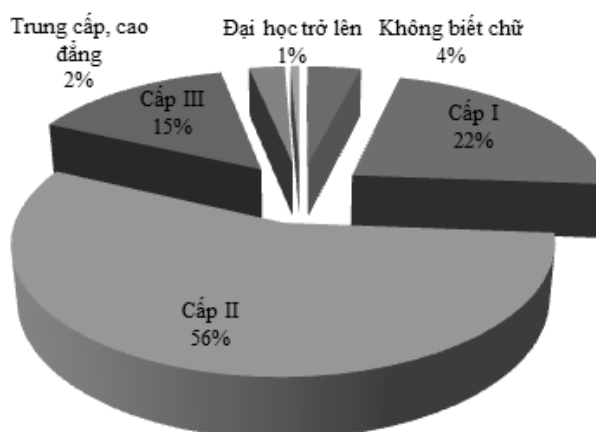


**Bảng 2: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân theo trình độ học vấn**

Trình độ học vấn	Số người dân	Tỷ lệ %
Không biết chữ	18	3.96
Cấp I	101	22.25
Cấp II	253	55.73
Cấp III	67	14.76
Trung cấp, cao đẳng	12	2.64
Đại học trở lên	3	0.66
Tổng	454	100

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy người dân lớn (55,73%). Người có trình độ đại học trở lên rất nhỏ tham gia phỏng vấn trình độ học vấn cấp II chiếm phần (0,66%). Người có trình độ cấp III chiếm 14,76%.

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân theo trình độ học vấn**



**Bảng 3: Tỷ lệ các phương tiện truyền thông của các hộ gia đình**

Phương tiện truyền thông	Số hộ	Tỷ lệ
Ti vi	384	84.58%
Đài	26	5.73%
Báo (giấy, mạng), tạp chí,	44	9.69%
Tổng	454	100.00%

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các hộ gia đình có phương tiện truyền thông là ti vi chiếm 82,58%. Số hộ gia đình có báo và tạp chí là rất ít chỉ chiếm 9,69%

## 2. Kiến thức của đối tượng phỏng vấn về sử dụng kháng sinh

**Bảng 4: Tỷ lệ người dân biết phải dùng kháng sinh đúng theo đơn hoặc chỉ dẫn của thầy thuốc**

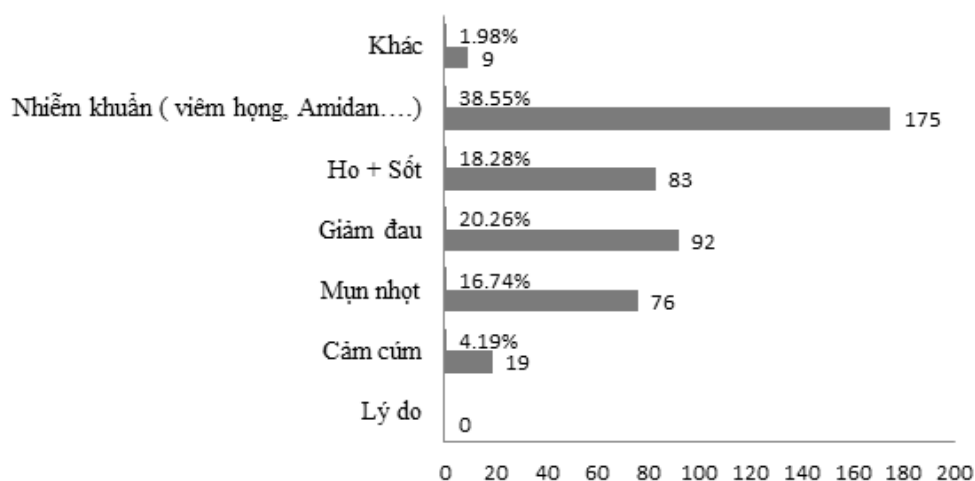
Chỉ số	Số người dân	Tỷ lệ %
Có	333	73,33
Không	121	26,66
Tổng	454	100

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người dân đã biết phải dùng đúng đơn của bác sỹ (73,33%). Tuy nhiên bên cạnh đó còn 1 tỉ lệ không nhỏ 26,66% người dân cho rằng họ có thể sử dụng kháng sinh mà không cần sự chỉ dẫn của thầy thuốc.

**Bảng 5: Lý do người dân sử dụng kháng sinh**

Lý do	Số người dân
Cảm cúm	19
Mụn nhọt	76
Giảm đau	92
Ho + Sốt	83
Nhiễm khuẩn (viêm họng, Amidan...)	175
Khác	9

**Biểu đồ 2: Lý do người dân sử dụng kháng sinh**



**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 38,55% người dân cho rằng nhiễm khuẩn cần sử dụng kháng sinh. 18,28% số người dân được hỏi cho rằng ho và sốt phải sử dụng kháng sinh. Tuy nhiên vẫn có 1 lượng không nhỏ người dân cho rằng giảm đau cần dùng kháng sinh (20,26%).



**Bảng 6: Kiến thức của người dân về tác dụng phụ của kháng sinh**

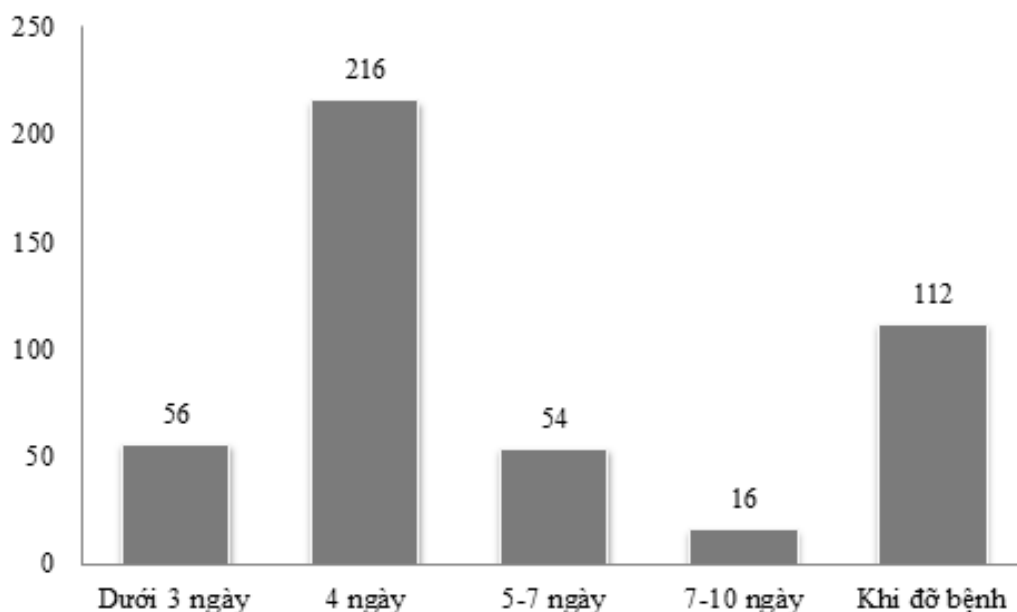
Tác dụng phụ	Số người dân	Tỷ lệ
Kháng sinh là một loại thuốc an toàn, không gây ra tác dụng nguy hiểm	11	2.42
Uống kháng sinh có thể gây tiêu chảy	62	13.66
Thuốc kháng sinh có thể gây mệt mỏi, chán ăn, nhiệt miệng	277	61.01
Kháng sinh có thể gây mẩn ngứa thậm chí tử vong	104	22.91
Tổng	454	100.00

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người dân (61,01%) cho rằng kháng sinh gây mệt mỏi, chán ăn, nhiệt miệng. 22,91% người dân cho rằng tác dụng phụ của kháng sinh có thể gây ra tử vong. Nhưng bên cạnh đó có 2,42% người dân lại có quan điểm kháng sinh là một loại thuốc an toàn, không gây ra tác dụng nguy hiểm.

**Bảng 7: Kiến thức của người dân về thời gian sử dụng kháng sinh**

Số ngày sử dụng	Số người dân	Tỷ lệ
Dưới 3 ngày	56	12.33%
4 ngày	216	47.58%
5-7 ngày	54	11.89%
7-10 ngày	16	3.52%
Khi đỡ bệnh	112	24.67%
Tổng	454	100.00%

**Biểu đồ 3: Kiến thức của người dân về thời gian sử dụng kháng sinh**



**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 47,58% người dân cho rằng cần phải sử dụng trong vòng 4 ngày 12,33% người dân kháng sinh chỉ sử dụng dưới 3 ngày. 15,42% người dân cho rằng sử dụng kháng sinh từ 5-10 ngày. Tuy nhiên có tới 24,67% người dân lại cho rằng sử dụng kháng sinh đến khi đỡ bệnh thì dừng lại.

#### IV. BÀN LUẬN

Như chúng ta đã biết muốn có được hành vi có lợi cho sức khỏe, trước tiên phải có nhận thức đúng đắn về vấn đề sức khỏe đó. Việc sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị muốn được hợp lý an toàn phải phụ thuộc vào 3 đối tượng: Người kê toa, người bán thuốc và bệnh nhân. Cả 3 đối tượng này đều phải tuân thủ các nguyên tắc sử dụng kháng sinh, bất cứ đối tượng nào trong 3 đối tượng kể trên không thực hiện tốt đều dẫn tới thất bại trong việc sử dụng kháng sinh đúng.

Để đánh giá kiến thức của người dân về sử dụng kháng sinh, chúng tôi dựa vào những nguyên tắc sử dụng kháng sinh:

- Chỉ dùng kháng sinh khi có nhiễm trùng
- Lựa chọn kháng sinh hợp lý
- Phối hợp kháng sinh hợp lý
- Dùng kháng sinh phải đủ thời gian quy định

Theo kết quả trình bày ở bảng 73,33%, có số người được hỏi cho rằng cần phải khám bệnh và dùng kháng sinh theo đơn của thầy thuốc. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng và cộng sự (77-79%) và của Lê Hùng Lâm (82,3%). Kết quả này cho thấy đại đa số người dân đã nhận thức được rằng “Nên đến thầy thuốc để thầy thuốc hướng dẫn” khi ốm đau, hoặc “Phải đến bác

sỹ khám bệnh mới dám dùng kháng sinh”.

Khi được hỏi về các tình huống phải sử dụng đến kháng sinh, số người dân cho rằng sử dụng kháng sinh để giảm đau. Điều này cho thấy có một phần không nhỏ trong nhân dân đang sử dụng sai. Khi sử dụng kháng sinh, ngoài việc thuốc kháng sinh gây ra những tác dụng không mong muốn, khi sử dụng kháng sinh không đúng (không đủ liều, không đủ thời gian...) còn gây nên tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh dẫn tới thất bại trong điều trị và hậu quả khó lường. Đây là một vấn đề hết sức quan trọng trong nhận thức của người dân về sử dụng thuốc kháng sinh bởi vì có biết có biết được tác hại của việc dùng kháng sinh không đúng thì người dân mới thấy được tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh đúng.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng kiến thức sử dụng kháng sinh của người dân trong cộng đồng còn nhiều bất cập. Bên cạnh đó qua kết quả nghiên cứu, có thể thấy để nâng cao kiến thức sử dụng kháng sinh trong cộng đồng cần phối hợp các biện pháp can thiệp như sau:

- Tăng cường kiến thức cho người dân về hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Tổ chức truyền thông trực tiếp bằng cách kết hợp với cuộc họp thường xuyên tại các thôn xã.

- Cải thiện và cung cấp các trang thiết bị, vật liệu truyền thông: tranh ảnh, tờ rơi, áp phích... với các thông điệp dễ hiểu và dễ nhớ, gần gũi với văn hóa và tập quán người dân

- Nâng cao trình độ của cán bộ nhân viên y tế trong việc hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

##### Tài liệu tham khảo tiếng Việt

1. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thành Đô (1998) *Khảo sát việc sử dụng hợp lý an toàn trong cộng đồng ở thành phố Huế*. Tạp chí Dược học số 272. Tr 4-6
2. Đào Văn Chinh, Phan Bá Hùng, *Sử dụng an toàn và hợp lý thuốc kháng sinh*. Tạp chí Dược học, tr 20-25
3. Trương Việt Dũng, Đào Xuân Vinh, Nguyễn Trọng Thông (1996), *Những nguy cơ trong sử dụng thuốc ở nông thôn. Cung ứng thuốc thiết yếu để chăm sóc sức khỏe cho đối tượng chính sách*. Tr 65- 71
4. Nguyễn Văn Hùng, *Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc tại các hộ gia đình*. Tạp chí Dược học số 9, tr 10-12
5. Hoàng Trọng; Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2008), *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*, Nhà xuất bản Thống kê.

##### Tài liệu tham khảo tiếng nước ngoài

6. Jennifer L. Riggins (2000), “Pharmacist employment and satisfaction trends at Eli Lilly and company”, *Drug information journal*, Vol.34, pp 1223-1229
7. Karen Hasell, Elizabeth Seston and Phil Shann (2007), “Measuring job satisfaction of UK pharmacist: a pilot study”, *International journal of Pharmacy Practice*, 15: 259-264.

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ PHỤ THUỘC HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG CƠ BẢN VÀ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG SINH HOẠT BẰNG DỤNG CỤ PHƯƠNG TIỆN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI PHƯỜNG XUÂN PHƯƠNG, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2017

Nguyễn Mai Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu này thực hiện năm 2017 tại xã Xuân Phương, TP. Hà Nội nhằm đánh giá mức độ phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL) và hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện (IADL), từ đó đề xuất một số giải pháp nâng cao sức khỏe người cao tuổi (NCT) trên địa bàn. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là 1000 NCT đang sinh sống trên địa bàn phường. Kết quả nghiên cứu cho thấy trên 94,0% NCT có khả năng độc lập trong một số hoạt động ADL bao gồm: vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, đại tiểu tiện tự chủ, ăn uống. Còn lại một tỷ lệ nhỏ đối tượng cần trợ giúp hoặc phụ thuộc hoàn toàn (dưới 4,0%). Tỷ lệ NCT xếp mức độ độc lập hoàn toàn, hạn chế mức độ trung bình, hạn chế mức độ nặng về hoạt động ADL lần lượt là: 97,3%; 2,5%; 0,2%. Trên 82,0% đối tượng độc lập trong các hoạt động IADL gồm: mua bán, giặt giũ quần áo, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, khả năng quản lý chi tiêu, sử dụng thuốc (92,8%). Hoạt động sử dụng điện thoại, sử dụng phương tiện giao thông mức độ độc lập thấp với tỷ lệ lần lượt là 68,1%, 71,1% và mức độ phụ thuộc hoạt động hoàn toàn chiếm tỷ lệ trên 21,0%. Tỷ lệ NCT xếp mức độ độc lập hoàn toàn, hạn chế mức độ trung bình, hạn chế mức độ nặng về hoạt động IADL lần lượt là: 83,3%; 11,6%; 5,1%. Nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị về tuyên truyền giáo dục chăm sóc sức khỏe NCT, các đối tượng ưu tiên trong chăm sóc NCT trên địa bàn phường.

**Từ khóa:** Người cao tuổi, hoạt động chức năng cơ bản, hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện.

## ABSTRACT:

ASSESSMENT OF DEPENDENCY LEVEL OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING

## AMONG THE ELDERLY IN XUAN PHUONG COMMUNE, HA NOI CITY IN 2017

This study was carried out in 2017 in Xuan Phuong commune, Hanoi, in order to evaluate the dependency level of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) and propose some solutions to promote health among the elderly in commune. The study uses cross-sectional descriptive method with sample size of 1000 the elderlies living in the ward. Results of research has shown that over 94.0% of the elderly are capable of independence in some ADL activities, including: personal hygiene, dressing, toileting, moving, urination and autonomy, eating drink. There was a low proportion of the elderlies who need assistance or depend entirely (less than 4.0%). Proportion of the elderlies who have level of complete independence, medium level, and severity level of ADL activities were respectively 97.3%; 2.5% and 0.2%. Over 82.0% of the subjects are independent in the activities of living functions by means of means including: buying, selling, washing clothes, cooking, cleaning houses, managing expenses, using drugs (92.8%). The proportion of elderly using telephone and means of transport were lower with the respectively proportion of 68.1%, 71.1%. The level of dependence was totally accounting for over 21,0%. Proportion of the elderlies who have level of complete independence, medium level, and severity level of IADL activities was respectively 83.3%; 11.6% and 5.1%. The study provides some recommendations on solutions of information education and communication about the elderly healthcare and enhance health care activities for priority the elderlies in the ward.

**Key words:** The elderly, activities of daily living, instrumental activities of daily living

1. Trung tâm Đào tạo, bồi dưỡng - SĐT: 097405.6340

» Ngày nhận bài: 10/02/2019 | » Ngày phản biện: 15/02/2019 | » Ngày duyệt đăng: 20/02/2019

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển nhanh chóng của nền kinh tế và sự tiến bộ xã hội, tuổi thọ và sức khỏe của NCT Việt Nam được cải thiện rõ rệt. Tuy nhiên, theo quy luật tự nhiên, khi tuổi càng cao sức khỏe càng suy giảm, đặc biệt ở nhóm dân số cao tuổi nhất (80+ tuổi). Theo điều tra Quốc gia về NCT Việt Nam năm 2011 cho thấy hơn 60% NCT cho biết tình trạng sức khỏe là yếu hoặc rất yếu và cần được chăm sóc sức khỏe. Người cao tuổi Việt Nam mắc nhiều bệnh cùng một lúc (trung bình 1 NCT Việt Nam mắc 3 bệnh).

Phường Xuân Phương, quận Nam Từ Liêm, TP Hà Nội có tổng số dân là 15.008 người, trong đó có 1.306 NCT chiếm tỷ lệ 9,67% dân số. Để có cơ sở đề xuất các giải pháp nâng cao sức khỏe phù hợp cho NCT trên địa bàn, nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ phụ thuộc hoạt động ADL và hoạt động IADL.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: NCT đang sinh sống tại phường Xuân Phương (từ 60 tuổi trở lên).

2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cơ mẫu: Chọn toàn bộ NCT của phường tham gia nghiên cứu. Tổng số đối tượng tham gia vào nghiên cứu là 1000 NCT.

- Phương pháp thu thập số liệu: Điều tra viên tiến hành phỏng vấn NCT theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn sau khi được sự đồng ý tham gia của đối tượng.

- Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần

mềm Epi data 3.1 và được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0. Số liệu được tổng hợp, phân tích và trình bày theo các phương pháp thống kê mô tả.

- Thang đo đánh giá hoạt động chức năng cơ bản (ADL): Với mỗi một ý lựa chọn cho từng loại hoạt động sẽ cho 3 thang điểm là 0; 0,5 và 1. Tiến hành cộng điểm các lựa chọn câu hỏi từ 1 đến 6 và chia làm 3 mức: độc lập hoàn toàn (5-6 điểm); hạn chế hoạt động mức độ trung bình (thang điểm 3-4 điểm); hạn chế hoạt động mức độ nặng (1-2 điểm).

- Thang đo đánh giá hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện (IADL). Với mỗi một ý lựa chọn cho từng loại hoạt động sẽ cho 2 thang điểm là 0 và 1. Tiến hành cộng điểm các lựa chọn câu hỏi từ 1 đến 8 và chia làm 3 mức độ: độc lập hoàn toàn (thang điểm 7-8 điểm); hạn chế hoạt động mức độ trung bình (thang điểm 4-6 điểm); hạn chế hoạt động mức độ nặng (thang điểm 1-3 điểm)

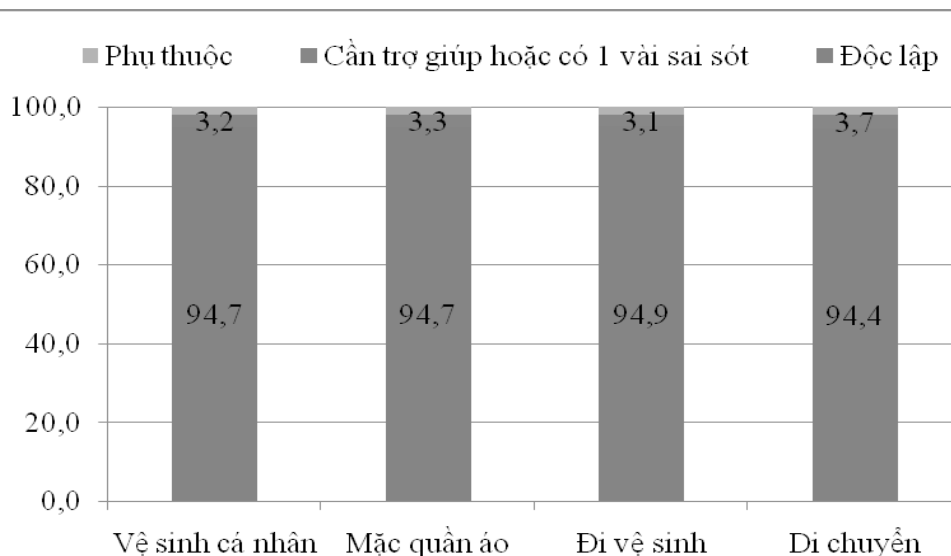
### III. MỘT SỐ KẾT QUẢ

Tham gia khảo sát này có tổng số 1000 NCT đang sinh sống tại phường Xuân Phương, TP.Hà Nội. Trong đó, tuổi trung bình đối tượng tham gia khảo sát là 69,6 tuổi. Đối tượng tham gia khảo sát là nữ nhiều hơn nam (58,0%).

#### 1. Mức độ phụ thuộc từng hoạt động chức năng cơ bản (ADL) của NCT

Qua kết quả khảo sát, hầu hết NCT ở phường có khả năng độc lập trong một số hoạt động chức năng cơ bản bao gồm vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, đi vệ sinh và di chuyển (trên 94,0%). Còn lại một tỷ lệ nhỏ đối tượng cần trợ giúp hoặc phụ thuộc hoàn toàn (dưới 4,0%).

**Biểu đồ 1. Mức độ phụ thuộc hoạt động vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, đi vệ sinh và di chuyển của NCT**





Các hoạt động chức năng cơ bản khác như đại tiện, tiểu tiện tự chủ, ăn uống cũng tương tự như các chức năng trên, hầu hết người cao tuổi có khả năng tự chủ, độc lập hoàn toàn (trên 95,0% đối tượng). Còn lại dưới 3,0% đối tượng phụ thuộc một phần hoặc phụ thuộc hoàn toàn (Bảng 2).

**Bảng 1. Mức độ phụ thuộc hoạt động ăn uống, đại tiện, tiểu tiện tự chủ của NCT**

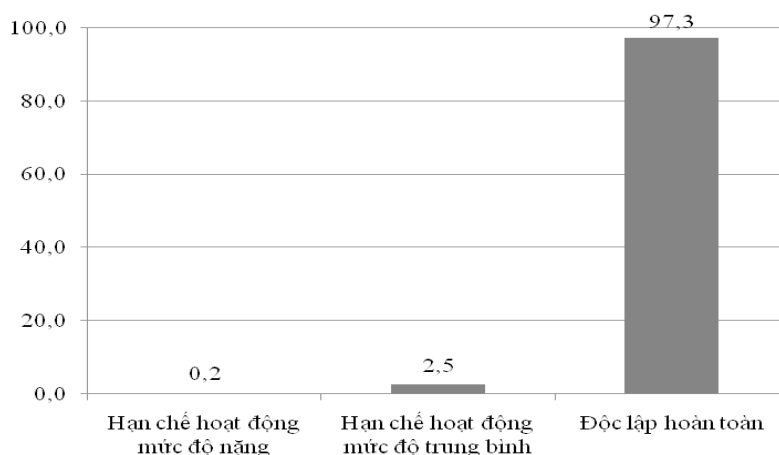
STT	Nội dung	Số lượng	%
1	Đại tiện, tiểu tiện tự chủ		
	Tự chủ	949	96,8
	Thỉnh thoảng có đại, tiểu tiện không tự chủ	22	2,2
	Thường xuyên đại, tiểu tiện không tự chủ	9	0,9
	<i>Tổng số</i>	<i>980</i>	<i>100</i>
2	Ăn uống		
	Tự ăn, độc lập	942	95,7
	Cần trợ giúp: cắt nhỏ thức ăn, hỗ trợ cho ăn	27	2,7
	Phụ thuộc	15	1,5
		<i>Tổng số</i>	<i>984</i>

**Đánh giá nguy cơ phụ thuộc hoạt động ADL của NCT theo thang đo**

Hầu hết NCT ở phường được xếp vào mức độ độc lập hoàn toàn về hoạt động ADL (chiếm 97,3%). Còn lại

chỉ có 2,5% NCT xếp loại còn hạn chế hoạt động mức độ trung bình và 0,2% đối tượng ở mức độ hạn chế hoạt động mức độ nặng.

**Biểu đồ 2. Đánh giá nguy cơ phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL) của NCT**



Phân theo một số đặc điểm nhân khẩu học mức độ phụ thuộc của hoạt động ADL của NCT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn ( $p < 0,05$ ).

Tỷ lệ đối tượng ở 3 mức phân loại mức độ phụ thuộc

hoạt động ADL không có sự chênh lệch nhiều giữa nam và nữ. Phân theo nhóm tuổi thì nhóm tuổi cao 80+ có tỷ lệ hạn chế hoạt động mức độ trung bình và hạn chế hoạt động mức độ nặng cao hơn nhóm tuổi còn lại lần lượt là 13,8% và 1,7%.

Phân theo đặc điểm tình trạng hôn nhân thì đối tượng góa bụa có tỷ lệ độc lập hoàn toàn hoạt động ADL chiếm tỷ lệ thấp hơn các nhóm khác. Tỷ lệ NCT góa bụa bị hạn chế hoạt động mức độ trung bình là 4,8% trong khi các nhóm còn lại là dưới 2,5%. Tỷ lệ đối tượng có trình độ mù chữ độc lập hoàn toàn hoạt động ADL thấp hơn so với các nhóm trình độ còn lại (88,2%).

## 2. Đánh giá mức độ phụ thuộc các hoạt động IADL

Mức độ phụ thuộc từng hoạt động IADL của NCT có

sự khác nhau. 68,1% NCT tự sử dụng được điện thoại một cách dễ dàng. Tuy nhiên vẫn còn 21,9% đối tượng không sử dụng điện thoại. Hoạt động mua bán đa số NCT được hỏi đều có khả năng tự mua, bán được mọi thứ cần thiết (chiếm 86,0%). Còn lại gần 8,0% NCT có thể tự mua, bán những thứ lặt vặt và cần người giúp khi mua bán. Vẫn còn 6,1% đối tượng không có khả năng mua bán. Có 88,1% NCT có thể tự giặt được quần áo của bản thân, 8,2% đối tượng cần người khác giặt mọi thứ.

**Bảng 2. Mức độ phụ thuộc hoạt động sử dụng điện thoại, mua bán và giặt giữ quần áo của NCT**

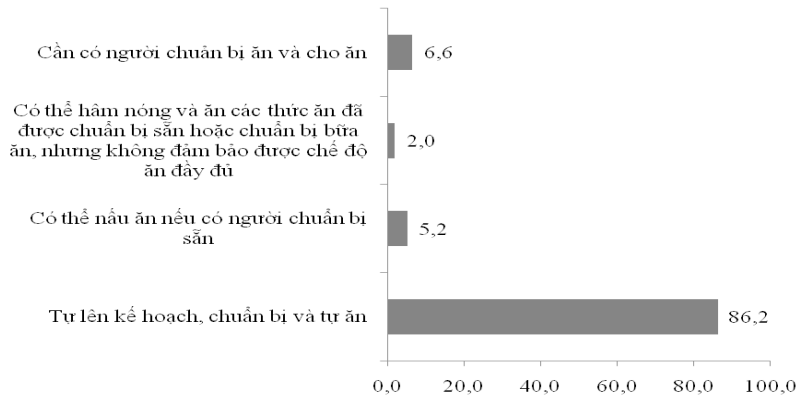
STT	Hoạt động	Số lượng	%
1	<i>Sử dụng điện thoại</i>		
	Tự sử dụng điện thoại một cách dễ dàng	664	68,1
	Gọi điện thoại những số đã biết	76	7,8
	Biết cách trả lời nhưng không gọi được	21	2,2
	Không sử dụng điện thoại	214	21,9
	<i>Tổng số</i>	<i>975</i>	<i>100,0</i>
2	<i>Mua bán</i>		
	Tự mua, bán được mọi thứ cần thiết	837	86,0
	Có thể tự mua, bán những thứ lặt vặt	37	3,8
	Cần người giúp khi mua bán	40	4,1
	Không có khả năng mua bán	59	6,1
	<i>Tổng số</i>	<i>973</i>	<i>100,0</i>
3	<i>Giặt giữ quần áo</i>		
	Tự giặt quần áo của bản thân	855	88,1
	Giặt đồ nhẹ như quần áo lót	36	3,7
	Cần người khác giặt mọi thứ	80	8,2
	<i>Tổng số</i>	<i>971</i>	<i>100,0</i>

NCT phần lớn tự lên được kế hoạch, chuẩn bị và tự ăn uống được (86,2%). Vẫn còn 5,2% đối tượng có thể nấu ăn

nếu có người khác chuẩn bị và gần 7,0% đối tượng cần có người chuẩn bị đồ ăn và cho ăn.



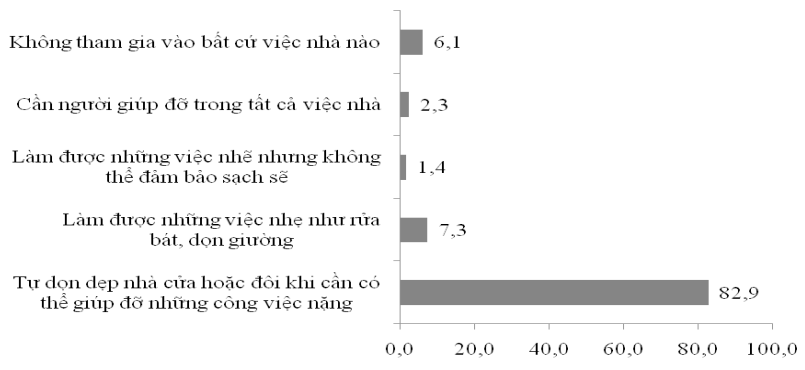
**Biểu đồ 3. Mức độ phụ thuộc hoạt động nấu ăn của NCT**



82,9% NCT tự dọn dẹp được nhà cửa hoặc đôi khi cần có thể giúp đỡ những công việc nặng. Vẫn còn tỷ lệ nhỏ đối tượng chỉ làm được những việc nhẹ như rửa bát, dọn

giường (7,3%) và không có khả năng tham gia vào bất kỳ công việc nhà nào (6,1%).

**Biểu đồ 4. Mức độ phụ thuộc hoạt động dọn dẹp nhà cửa của NCT**



Tỷ lệ NCT tự đi được các phương tiện giao thông là 71,1%, vẫn còn 26,0% đối tượng không tự đi được bất kỳ phương tiện nào. Đối với hoạt động sử dụng thuốc thì tỷ lệ NCT tự uống thuốc đúng liều lượng và đúng giờ chiếm

tỷ lệ cao 92,8%. Chỉ có 2,7% đối tượng không có khả năng tự uống thuốc. Tỷ lệ NCT có khả năng quản lý chi tiêu hoàn toàn tương đối cao 89,1%. Trên 10,0% đối tượng cần người giúp trong chi tiêu và không có khả năng tự chi tiêu.

**Bảng 3. Mức độ phụ thuộc các hoạt động sử dụng phương tiện giao thông, sử dụng thuốc và khả năng quản lý chi tiêu của NCT**

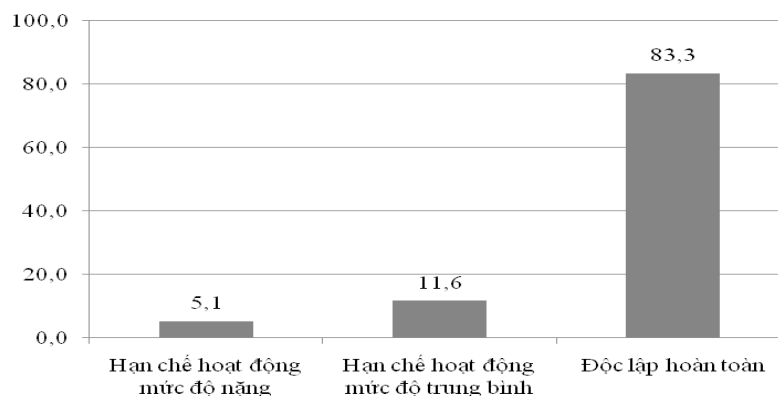
STT	Hoạt động	Số lượng	%
1	Sử dụng phương tiện giao thông		
	Tự đi các phương tiện giao thông	691	71,1
	Tự đi được bằng các phương tiện nhưng cần có người đi cùng	28	2,9
	Không tự đi được phương tiện nào cả	253	26,0
	<i>Tổng số</i>	972	100,0
2	Sử dụng thuốc		
	Tự uống thuốc đúng liều lượng và đúng giờ	898	92,8
	Tự uống thuốc nếu có người chuẩn bị sẵn theo liều nhất định	44	4,5
	Không có khả năng tự uống thuốc	26	2,7
	<i>Tổng số</i>	968	100,0
3	Khả năng quản lý chi tiêu		
	Tự quản lý chi tiêu hoàn toàn	854	89,1
	Cần người giúp trong chi tiêu	55	5,7
	Không có khả năng tự chi tiêu	50	5,2
	<i>Tổng số</i>	959	100,0

**Đánh giá nguy cơ phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện (IADL) của NCT theo thang đo**

Theo thang đo đánh giá nguy cơ phụ thuộc hoạt động

IADL mà khảo sát này áp dụng, đa số NCT độc lập hoàn toàn chiếm 83,3%. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ không nhỏ NCT bị hạn chế hoạt động ở mức độ trung bình 11,6% và 5,1% đối tượng bị hạn chế hoạt động ở mức độ nặng.

**Biểu đồ 5. Đánh giá mức độ phụ thuộc hoạt động IADL của NCT**



Phân theo các đặc điểm về nhân khẩu học thì mức độ phụ thuộc hoạt động IADL của NCT có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm về giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn ( $p < 0,05$ ).

Đối tượng NCT là nữ có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về hoạt động IADL thấp hơn đáng kể so với nam giới với tỷ lệ lần lượt là 77,5% và 91,4%. Phân theo nhóm tuổi có thể thấy rõ xu hướng tuổi càng cao thì mức độ phụ thuộc các hoạt chức năng IADL ngày càng cao do sức khỏe ngày càng giảm sút. Cụ thể, nhóm tuổi 80+ có tỷ lệ độc lập hoàn toàn hoạt động IADL thấp hơn so với các nhóm tuổi khác (35,1%), mức độ hoạt động trung bình là 37,1% và mức độ nặng là 27,8%.

Phân theo tình trạng hôn nhân, đối tượng ly hôn có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về hoạt động IADL cao nhất là 90,9% và thấp nhất là nhóm góa bụa (64,0%). Nhóm góa bụa cũng là đối tượng có tỷ lệ hạn chế hoạt động mức độ nặng cao nhất so với các nhóm còn lại (14,6%).

Phân theo trình độ học vấn, đối tượng có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về hoạt động IADL thấp nhất là nhóm mù chữ (38,5%), các nhóm đối tượng có trình độ THCS có tỷ lệ này cao trên 91,0%. Đối tượng mù chữ và trình độ cấp tiểu học là những đối tượng có tỷ lệ hạn chế hoạt động mức độ trung bình và mức độ nặng bình cao hơn các nhóm còn lại.

#### IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

##### 1. Kết luận

**Đánh giá mức độ phụ thuộc các hoạt động chức năng cơ bản (ADL) của NCT**

- Hầu hết đối tượng khảo sát có khả năng độc lập trong một số hoạt động ADL bao gồm: vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, đại tiểu tiện tự chủ, ăn uống (trên 94,0%).

- Tỷ lệ NCT xếp mức độ độc lập hoàn toàn, hạn chế mức độ trung bình, hạn chế mức độ nặng về hoạt động chức năng cơ bản lần lượt là: 97,3%; 2,5%; 0,2%.

- Nhóm tuổi cao 80+ có tỷ lệ hạn chế hoạt động mức độ trung bình và mức độ nặng cao hơn nhóm tuổi còn lại lần lượt là 13,8% và 1,7%. Đối tượng góa có tỷ lệ độc lập hoàn toàn hoạt động chức năng cơ bản chiếm tỷ lệ thấp hơn các nhóm khác.

- Tỷ lệ đối tượng có trình độ mù chữ độc lập hoàn toàn hoạt động chức năng cơ bản chiếm tỷ lệ thấp hơn so

với các nhóm trình độ còn lại (88,2%). Đối tượng bộ đội và nông nghiệp có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về hoạt động chức năng cơ bản thấp hơn các nhóm đối tượng có loại hình công việc khác (dưới 95,0%).

**Đánh giá mức độ phụ thuộc các hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện (IADL)**

- Trên 82,0% đối tượng độc lập trong các hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ phương tiện gồm: mua bán, giặt giũ quần áo, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, khả năng quản lý chi tiêu, sử dụng thuốc. Hoạt động sử dụng điện thoại, sử dụng phương tiện giao thông mức độ độc lập thấp hơn với tỷ lệ đối tượng lần lượt là 68,1%, 71,1% và mức độ phụ thuộc hoạt động hoàn toàn chiếm tỷ lệ trên 21,0%.

- Tỷ lệ NCT xếp mức độ độc lập hoàn toàn, hạn chế mức độ trung bình, hạn chế mức độ nặng về hoạt động chức năng sinh hoạt bằng dụng cụ lần lượt là: 83,3%; 11,6%; 5,1%.

- Nữ giới có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về IADL thấp hơn so với nam giới với tỷ lệ lần lượt là 77,5% và 91,4%. Tuổi càng cao thì mức độ phụ thuộc IADL ngày càng cao. Đối tượng có tỷ lệ độc lập hoàn toàn về IADL thấp nhất là nhóm mù chữ (38,5%).

##### 2. Khuyến nghị

- Truyền thông nâng cao nhận thức của gia đình và cộng đồng về việc hỗ trợ, chăm sóc NCT, đặc biệt là NCT có mức độ phụ thuộc trung bình và mức độ nặng đối với các hoạt động ADL và IADL trên địa bàn.

- Hỗ trợ, hướng dẫn NCT để nâng cao mức độ độc lập với các hoạt động IADL như: sử dụng phương tiện giao thông, quản lý chi tiêu, sử dụng điện thoại, mua bán.

- Tăng cường cải thiện hệ thống giao thông trên địa bàn để tăng khả năng tiếp cận sử dụng phương tiện giao thông của NCT.

- Đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục nâng cao sức khỏe NCT trên địa bàn phường để cải thiện khả năng độc lập các hoạt động ADL.

- Chú trọng ưu tiên công tác chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng NCT là: nữ, nhóm mù chữ, nhóm từ 80 tuổi trở lên, là bộ đội, làm nông nghiệp

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê, Dự báo dân số Việt Nam, 2009-2049
2. Phạm T, Đỗ T.K.H (2009), *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam*, UNFPA, Hà Nội.
3. Phạm Thắng (2007), “Điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam”, Tạp chí *Dân số và Phát triển*, số 4.
4. Lê Văn Khảm (2014), *Vấn đề về người cao tuổi hiện nay*, Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam, số 7(80) – 2014.
5. Hồ Thị Kim Thanh, Phạm Thị Phương Thanh (2016), *Đánh giá ảnh hưởng của quá trình nằm viện đến hoạt động hàng ngày của người cao tuổi*, Tạp chí Nghiên cứu y học, số 100(2) – 2016.

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH Ở CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TỈNH VIÊNG CHĂN, CHDCND LÀO, NĂM 2017

Phouvang Suyavong<sup>1</sup>, Ngô Văn Toàn<sup>2</sup>, Matry Senchanthisay<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành của người có thẻ bảo hiểm y tế trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế công và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Viêng Chăn, Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào năm 2017. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 928 người trưởng thành có thẻ bảo hiểm y tế tại 2 huyện Phone Hong và Keo Oudom, tỉnh Viêng Chăn. **Kết quả:** Tỷ lệ người biết được khám chữa bệnh (KCB) miễn phí tại nơi đăng ký ban đầu chiếm 44,5%, được cung cấp thông tin về bảo hiểm y tế (BHYT) chiếm 34,8%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT thực hành khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký KCB ban đầu chiếm 61,8%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT sử dụng thẻ để lấy thuốc cho người khác khá cao (20,1%). Các yếu tố khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế, thời gian tham gia BHYT và được tiếp nhận thông tin về BHYT của người có thẻ BHYT là những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh. **Kết luận:** Kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ y tế công tại Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào còn hạn chế. Cần tập trung vào truyền thông cho những nhóm người sống xa cơ sở y tế và những người tham gia bảo hiểm y tế không liên tục.

**Từ khóa:** Thẻ bảo hiểm y tế, kiến thức, thực hành, yếu tố ảnh hưởng, Viêng Chăn, Lào

## ABSTRACT:

**KNOWLEDGE, PRACTICES IN PUBLIC HEALTH SERVICE UTILIZATION AMONG HEALTH INSURANCE CARD'S HOLDERS AND INFLUENCING FACTORS IN VIENTIANE, LAO**

1. Trường Đại học Khoa học Sức khỏe Lào
2. Trường Đại học Y Hà Nội
3. Cơ quan bảo hiểm y tế, Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào

## PDR, 2017

**Objective:** To describe knowledge, practices in public health service utilization among health insurance card's holders and influencing factors in Vientiane, Lao PDR, 2017. **Methodology:** A cross sectional study was used among 928 adult health insurance card's holders in Phone Hong and Keo Oudom districts, Vientiane province. **Results:** Percentage of card's holders who knew the finance-free utilization of the first registered public health services was 44.5% and being provided health insurance information was 34.8%. Percentage of card's holders who went to the first registered public health services was 61.8%. Percentage of card's holders who went to public health services to receive medicines for their relatives/others people was 20.1%. The determinants of knowledge and practices in public health service utilization among health insurance card's holders were distance and time taken to health services, time of health insurance and health insurance information provided. **Conclusions:** Knowledge and practices in public health service utilization among health insurance card's holders were still limited. It's necessary to provide health insurance communication and education for people who live in remote areas and participate interrupted health insurance.

**Keywords:** Health insurance card, knowledge, practices, factors influencing, Vientiane, Lao PDR

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế được coi là một trong những cơ chế tài chính chủ yếu cho y tế. Đa số các nước phát triển đều chọn bảo hiểm y tế (BHYT) là một giải pháp tài chính y tế quan trọng để thực hiện chăm sóc sức khỏe công bằng và hiệu quả

cho mọi công dân, điển hình là BHYT toàn dân [1]. Các quy định về BHYT của các quốc gia đều khác nhau, tùy thuộc vào chính sách an sinh xã hội của từng quốc gia nhưng đều có một mục đích chung là có đủ nguồn tài chính để chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Mức độ bao phủ của thẻ BHYT ở các quốc gia cũng khác nhau, khá cao ở các quốc gia phát triển và tương đối thấp ở các quốc gia đang phát triển.

Ở các quốc gia đang phát triển, kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong khám chữa bệnh là tương đối thấp. Ngay tại Việt Nam, BHYT đã triển khai được khoảng 30 năm nay nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy việc sử dụng thẻ BHYT cho khám chữa bệnh còn nhiều hạn chế và còn nhiều vấn đề cần khắc phục. Tỷ lệ người có thẻ BHYT thực hành KCB không đúng tuyến, sử dụng thẻ BHYT cho nhiều lần/năm, trực lợi thẻ BHYT còn cao [2], [3]. Tình trạng thực hành sử dụng thẻ BHYT chưa đúng qui định cũng vẫn xảy ra ở một số quốc gia khác ở khu vực châu Á và châu Phi [4]. Đây là nguyên nhân về phía người có thẻ BHYT chưa hiểu biết nhiều về luật, quy định và các hướng dẫn của cơ quan BHYT. Tuy nhiên, vẫn còn một số người có thẻ BHYT mặc dù có hiểu biết nhưng vẫn chưa có thực hành tốt. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh theo một số tác giả bao gồm các yếu tố cá nhân, loại thẻ, công tác truyền thông cung cấp thông tin cho người có thẻ BHYT là rất quan trọng.

BHYT tại Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào mới được triển khai thí điểm vào năm 2002. Chương trình BHYT dựa trên cộng đồng được thực hiện tại Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào do Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) trợ giúp kỹ thuật. Đây là mô hình được TCYTTG đánh giá là có tính khả thi cao cho một số nước đang phát triển, trong đó có nước Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào. Tính đến tháng 6/2017 (sau 15 năm thí điểm), tỷ lệ bao phủ của BHYT cho người dân Lào chiếm 31,3% [5]. Trong đó, tỷ lệ BHYT cho cán bộ, viên chức và công nhân nhà nước đạt 17,9%, BHYT cộng đồng của người dân chiếm 2,6%, BHYT cho bà mẹ và trẻ em chiếm 39,9% và BHYT người nghèo chiếm 6,5% [5]. Hiện vẫn chưa có nghiên cứu về kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ y tế công tại Lào nhưng theo báo cáo của cơ quan BHYT Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào, kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT còn nhiều hạn chế trong sử dụng dịch vụ y tế công tại Lào trên nhiều khía cạnh như không KCB đúng nơi đăng ký ban đầu, khám nhiều lần/năm, sử dụng thẻ không đúng mục đích, bảo quản và giữ gìn thẻ BHYT chưa tốt [6]. Tất cả những vấn đề trên dẫn đến việc thực hiện BHYT toàn dân còn nhiều hạn chế. Cho đến nay, tại Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào vẫn còn rất ít nghiên cứu về bảo hiểm

y tế nói chung và đặc biệt chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về thực trạng kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức và thực hành của người có thẻ bảo hiểm y tế trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại tỉnh Viêng Chăn, Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào 2018. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng cho công tác lập chính sách và hướng dẫn thực hiện BHYT tại Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Người dân tuổi từ 15 trở lên có thẻ BHYT đang sống tại địa bàn nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu tại hai huyện Phone Hong và Keo Oudom, tỉnh Viêng Chăn trong năm 2017.

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được áp dụng trong nghiên cứu này. Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả với các thông số sau: hệ số tin cậy (95%), tỷ lệ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký ban đầu trong lần khám chữa bệnh gần đây nhất (ước lượng 60%), sai số tuyệt đối (4%), hệ số thiết kế (1,5), cỡ mẫu tính được là 900 người. Trên thực tế nghiên cứu được thực hiện trên 928 người. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp người dân có thẻ BHYT dựa trên bộ câu hỏi đã được Ngân hàng Thế giới xây dựng và đã được chuẩn hoá và chỉnh lý cho phù hợp với văn hoá người Lào cũng như phù hợp với nội dung nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu bao gồm thực trạng kiến thức và thực hành bảo quản, sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công. Số liệu được nhập trên phần mềm Epi data và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được tính theo tần số và tỷ lệ %. Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và bảo quản, sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh được biểu thị bằng tỷ suất chênh (OR) và 95% CI (khoảng tin cậy).

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng, Việt Nam và của Trường Đại học Y tế Công cộng, Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào thông qua. Các thông tin về người có thẻ BHYT được giữ bí mật và nghiên cứu chỉ được tiến hành trên những người có thẻ BHYT tự nguyện tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc trưng của người có thẻ bảo hiểm y tế

Trong tổng số 928 người dân có thẻ BHYT được nghiên cứu, nhóm người dân tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (25,8%), tiếp theo là nhóm 40-49 tuổi và 30-39 tuổi (23,7 và

23,3%). Nam giới chiếm tỷ lệ 56% và 57,1% người dân trình độ PTTH. Có 88,1% người có thẻ BHYT là đang trong tình trạng kết hôn. Tỷ lệ nông dân chiếm tỷ lệ 42,5%. Chủ yếu người có thẻ BHYT sống ở khu vực nông thôn (57,4%). Tỷ lệ

người nghèo theo phân loại của chính phủ Lào thấp (1,2%) và chủ yếu là người thuộc nhóm cận nghèo (98,6%).

**3.2. Kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh**

**Bảng 2. Kiến thức của người có thẻ BHYT về quyền lợi khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh**

Kiến thức về quyền lợi khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh	Số lượng (n=928)	Tỷ lệ (%)
Biết được khám chữa bệnh miễn phí khi KCB tại nơi đăng ký ban đầu	413	44,5
Biết được cung cấp các thông tin về BHYT	323	34,8
Biết được quyền khiếu nại về quyền lợi BHYT	214	23,1
Biết trách nhiệm giữ gìn thẻ BHYT	214	63,5

Kiến thức của người có thẻ BHYT về quyền lợi khi khám chữa bệnh. Tỷ lệ người biết được khám chữa bệnh miễn phí khi KCB tại nơi đăng ký ban đầu chiếm 44,5%, được cung cấp thông tin về BHYT chiếm 34,8% và được

quyền khiếu nại về quyền lợi của người có thẻ BHYT chiếm 23,1%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT biết phải giữ gìn thẻ, không làm rách hoặc tẩy xóa chiếm 63,5%.

**Bảng 3. Tỷ lệ người có thẻ BHYT hiểu biết trách nhiệm khi sử dụng thẻ BHYT**

Kiến thức về trách nhiệm khi sử dụng thẻ BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết chấp hành đúng các quy định của cơ quan BHYT	557	60,0
Biết không cho người khác mượn thẻ BHYT	484	52,2
Biết không đánh mất thẻ BHYT	582	62,7
Biết thẻ BHYT không còn giá trị khi hết hạn	309	33,3
Biết thẻ BHYT không còn giá trị khi bị tẩy xóa	401	43,2
Biết thẻ BHYT không còn giá trị khi sai thông tin trên thẻ	342	36,8

Tỷ lệ người có thẻ BHYT biết chấp hành đúng các quy định và hướng dẫn của cơ quan BHYT chiếm 60%, biết không cho người khác mượn thẻ BHYT chiếm 52,2%, biết thẻ BHYT không còn giá trị khi hết hạn chiếm 33,3%, biết không được

đánh mất thẻ BHYT chiếm 62,7%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT biết thẻ BHYT không còn giá trị khi hết hạn chiếm 33,3%, khi bị tẩy xóa chiếm 43,2% và biết thẻ BHYT không còn giá trị khi sai thông tin cá nhân trên thẻ chiếm 36,8%.

**Bảng 4. Thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh trong lần gần đây nhất**

Thực hành khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký ban đầu	385	61,8
Sử dụng thẻ BHYT lần gần đây nhất cho		
Nội trú	164	35,6
Ngoại trú	297	64,4
Sử dụng thẻ để kiểm tra sức khỏe định kỳ	47	10,2
Sử dụng thẻ để lấy thuốc cho người khác	93	20,1





Trong số 564 người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh trong lần gần đây nhất, có 461 người có sử dụng thẻ BHYT, chiếm 81,7%. Số còn lại không sử dụng thẻ là do bị mất hoặc quên không mang thẻ BHYT. Tỷ lệ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký KCB ban đầu chiếm 61,8%, sử dụng thẻ BHYT cho KCB nội trú chiếm 35,6%,

ngoại trú chiếm 64,4%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT sử dụng thẻ BHYT với mục đích kiểm tra sức khoẻ định kỳ chiếm 10,2%, sử dụng thẻ để lấy thuốc cho người khác chiếm 20,1%.

### 3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ y tế công

**Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố và hiểu biết về quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại cơ sở y tế đã đăng ký ban đầu**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 ≥40	131 (47,0) 282 (43,5)	1,1	0,87-1,53	1,1	0,78-1,47
Giới tính Nam Nữ	245 (47,1) 168 (41,2)	1,3	0,98-1,65	<b>1,4</b>	<b>1,02-1,81</b>
Học vấn Dưới PTH PTH	174 (43,7) 239 (45,1)	0,9	0,72-1,23	0,9	0,61-1,29
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	352 (43,0) 61 (55,5)	<b>0,6</b>	<b>0,41-0,91</b>	<b>0,5</b>	<b>0,33-0,78</b>
Nghề nghiệp Nông dân Khác	178 (45,2) 235 (44,0)	1,1	0,87-1,36	0,8	0,55-1,14
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	273 (51,2) 140 (35,4)	<b>0,5</b>	<b>0,40-0,68</b>	<b>0,6</b>	<b>0,43-0,77</b>
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	405 (44,2) 8 (72,7)	3,4	0,89-12,79	2,6	0,66-10,51
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	93 (40,4) 320 (68,4)	<b>0,3</b>	<b>0,21-0,46</b>	<b>0,3</b>	<b>0,19-0,45</b>
Khoảng cách đến CSYT Xa (≥10 km) Gần (<10 km)	117 (39,0) 296 (47,1)	<b>0,7</b>	<b>0,54-0,95</b>	1,1	0,77-1,47
Thời gian đến CSYT Xa (≥30 phút) Gần (<30 phút)	371 (42,5) 42 (75,0)	<b>0,3</b>	<b>0,13-0,46</b>	<b>0,3</b>	<b>0,16-0,57</b>
Nhận thông tin về BHYT Có Không	142 (43,6) 267 (44,9)	0,9	0,72-1,24	1,2	0,91-1,64

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, nam giới có thẻ BHYT biết quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại CSYT đã đăng ký ban đầu cao hơn có ý nghĩa thống kê 1,4 lần so với nữ giới (95% CI: 1,02-1,81). Những người đã có vợ/chồng biết quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại CSYT đã đăng ký ban đầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,5 lần so với người chưa có vợ/chồng (95% CI: 0,33-0,78). Những người sống xa thị trấn biết quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại CSYT đã đăng ký ban

đầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,6 lần so với những người sống gần thị trấn (95% CI: 0,43-0,77). Những người tham gia BHYT ngắt quãng biết quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại CSYT đã đăng ký ban đầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,3 lần so với những người tham gia liên tục (95% CI: 0,19-0,45). Những người sống xa thị trấn biết quyền được khám chữa bệnh miễn phí tại CSYT đã đăng ký ban đầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,3 lần so với nữ giới (95% CI: 0,16-0,57).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố và hiểu biết về không cho người khác mượn thẻ BHYT**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 ≥40	136 (48,7) 348 (53,6)	0,8	0,62-1,09	0,8	0,57-1,06
Giới tính Nam Nữ	275 (52,9) 209 (51,2)	1,1	0,82-1,39	1,2	0,90-1,58
Học vấn Dưới PTTH PTTH	201 (50,5) 283 (53,4)	1,1	0,80-1,38	0,9	0,60-1,22
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	420 (51,3) 64 (58,2)	0,8	0,51-1,14	0,7	0,46-1,09
Nghề nghiệp Nông dân Khác	204 (51,8) 280 (52,4)	0,9	0,75-1,26	1,3	0,90-1,82
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	254 (64,3) 230 (43,2)	<b>2,4</b>	<b>1,82-3,10</b>	<b>2,3</b>	<b>1,68-3,01</b>
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	479 (52,2) 5 (45,5)	0,8	0,23-2,51	1,1	0,30-3,66
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	58 (42,6) 426 (53,8)	<b>1,6</b>	<b>1,08-2,26</b>	1,4	0,96-2,17
Khoảng cách đến CSYT Xa (≥10 km) Gần (<10 km)	171 (57,0) 313 (49,8)	<b>1,3</b>	<b>1,01-1,76</b>	1,1	0,74-1,34
Thời gian đến CSYT Xa (≥30 phút) Gần (<30 phút)	30 (53,6) 454 (52,1)	0,9	0,55-1,62	0,7	0,41-1,29
Nhận thông tin về BHYT Có Không	200 (61,3) 282 (47,5)	<b>1,8</b>	<b>1,33-2,31</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1-1,98</b>

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, những người sống gần thị trấn hiểu biết không cho người khác mượn thẻ BHYT cao hơn có ý nghĩa thống kê 2,3 lần so với những người sống xa thị trấn (95% CI: 1,68-3,01).

Những người có nhận được thông tin về BHYT hiểu biết không cho người khác mượn thẻ BHYT cao hơn có ý nghĩa thống kê 1,8 lần so với những người sống xa thị trấn (95% CI: 1,10-1,98).

**Bảng 7. Mối liên quan giữa một số yếu tố và hiểu biết về quyền được khiếu nại khi vi phạm chế độ BHYT**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 ≥40	60 (21,5) 154 (23,7)	0,9	0,63-1,24	0,8	0,55-1,23
Giới tính Nam Nữ	132 (25,4) 82 (20,1)	1,4	0,99-1,85	1,3	0,89-1,82
Học vấn Dưới PTTH PTTH	95 (23,9) 119 (22,5)	1,1	0,80-1,47	0,7	0,46-1,18
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	184 (22,5) 30 (27,3)	0,8	0,49-1,21	0,6	0,38-1,07
Nghề nghiệp Nông dân Khác	101 (25,6) 113 (21,2)	1,3	0,95-1,75	0,8	0,49-1,24
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	173 (32,5) 41 (10,4)	<b>0,2</b>	<b>0,16-0,35</b>	<b>0,3</b>	<b>0,16-0,36</b>
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	209 (22,8) 5 (45,5)	2,8	0,85-9,34	2,1	0,54-7,98
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	147 (18,6) 67 (49,3)	<b>0,2</b>	<b>0,16-0,34</b>	<b>0,2</b>	<b>0,13-0,33</b>
Khoảng cách CSYT Xa (≥10 km) Gần (<10 km)	59 (19,7) 155 (24,7)	0,8	0,53-1,05	<b>1,6</b>	<b>1,08-2,44</b>
Thời gian đến CSYT Xa (≥30 phút) Gần (<30 phút)	185 (21,2) 29 (51,8)	<b>0,2</b>	<b>0,14-0,43</b>	<b>0,3</b>	<b>0,15-0,50</b>
Nhận thông tin về BHYT Có Không	65 (19,9) 146 (24,7)	0,8	0,50-1,06	1,1	0,78-1,62

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, những người sống xa thị trấn hiểu biết về quyền được khiếu nại khi vi phạm chế độ BHYT thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,3 lần so với những người sống gần thị trấn (95% CI: 0,16-0,36). Những người tham gia BHYT ngắt quãng hiểu biết về quyền được khiếu nại khi vi phạm chế độ BHYT thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,2 lần so với những người tham gia BHYT liên tục (95% CI: 0,13-

0,33). Những người sống gần CSYT hiểu biết về quyền được khiếu nại khi vi phạm chế độ BHYT cao hơn có ý nghĩa thống kê 1,6 lần so với những người sống xa CSYT (95% CI: 1,08-2,44). Những người sống ở nơi đến CSYT  $\geq 30$  phút hiểu biết về quyền được khiếu nại khi vi phạm chế độ BHYT thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,3 lần so với những người sống ở nơi đến CSYT  $< 30$  phút (95% CI: 0,15-0,50).

**Bảng 8. Mối liên quan giữa một số yếu tố và thực hành khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu trong 12 tháng qua**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 $\geq 40$	232 (83,2) 535 (82,4)	1,1	0,72-1,53	0,8	0,52-1,34
Giới tính Nam Nữ	427 (82,1) 340 (83,3)	0,9	0,65-1,30	1,1	0,68-1,58
Học vấn Dưới PTTH PTTH	302 (75,9) 465 (87,7)	<b>0,4</b>	<b>0,31-0,62</b>	0,7	0,44-1,26
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	677 (82,8) 90 (81,8)	1,1	0,64-1,79	1,1	0,55-1,96
Nghề nghiệp Nông dân Khác	293 (74,4) 474 (88,8)	<b>0,4</b>	<b>0,26-0,52</b>	0,9	0,54-1,55
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	358 (90,6) 409 (76,7)	<b>2,9</b>	<b>1,98-4,35</b>	<b>1,8</b>	<b>1,08-2,86</b>
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	763 (83,2) 4 (36,4)	<b>0,1</b>	<b>0,03-0,40</b>	<b>0,2</b>	<b>0,37-0,78</b>
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	52 (38,2) 715 (90,3)	<b>15,0</b>	<b>9,87-22,79</b>	<b>12,4</b>	<b>7,69-12,14</b>
Khoảng cách đến CSYT Xa ( $\geq 10$ km) Gần ( $< 10$ km)	269 (89,7) 498 (79,3)	<b>2,3</b>	<b>1,49-3,44</b>	1,4	0,81-2,31
Thời gian đến CSYT Xa ( $\geq 30$ phút) Gần ( $< 30$ phút)	33 (58,9) 734 (84,2)	<b>3,7</b>	<b>2,11-6,51</b>	<b>4,1</b>	<b>2,07-7,99</b>
Nhận thông tin về BHYT Có Không	281 (86,2) 483 (81,3)	1,5	0,99-2,09	1,3	0,85-2,11

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, những người sống gần thị trấn thực hành KCB đúng nơi đăng ký ban đầu cao hơn có ý nghĩa thống kê 1,8 lần so với những người sống xa thị trấn (95% CI: 1,08-2,86). Tương tự, những người tham gia BHYT liên tục thực hành KCB đúng nơi đăng ký ban đầu cao hơn có ý nghĩa

thống kê 12,4 lần so với những người tham gia BHYT liên tục (95% CI: 7,69-12,14). Những người sống ở nơi đến CSYT <30 phút thực hành KCB đúng nơi đăng ký ban đầu cao hơn có ý nghĩa thống kê 4,1 lần so với những người sống ở nơi đến CSYT ≥30 phút (95% CI: 2,07-7,99).

**Bảng 9. Mối liên quan giữa một số yếu tố và cho mượn thẻ bảo hiểm y tế trong 12 tháng qua (E3)**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 ≥40	28 (10,0) 62 (9,6)	1,1	0,66-1,69	1,2	0,70-2,00
Giới tính Nam Nữ	58 (11,2) 32 (7,8)	1,5	0,94-2,32	<b>1,8</b>	<b>1,10-2,96</b>
Học vấn Dưới PTTH PTTH	46 (11,6) 44 (8,3)	1,4	0,93-2,23	1,5	0,83-2,80
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	70 (8,6) 20 (18,2)	<b>0,4</b>	<b>0,24-0,73</b>	0,3	0,17-0,55
Nghề nghiệp Nông dân Khác	43 (10,9) 47 (8,8)	1,3	0,82-1,96	0,7	0,39-1,31
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	30 (7,6) 60 (11,3)	0,7	0,42-1,03	0,9	0,55-1,55
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	87 (9,5) 3 (27,3)	3,6	0,93-13,73	2,2	0,53-8,80
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	28 (20,6) 62 (7,8)	<b>0,3</b>	<b>0,20-0,54</b>	<b>0,4</b>	<b>0,20-0,65</b>
Khoảng cách từ nhà đến CSYT Xa (≥10 km) Gần (<10 km)	72 (11,5) 18 (6,0)	<b>0,5</b>	<b>0,29-0,84</b>	<b>0,5</b>	<b>0,29-0,95</b>
Thời gian từ nhà đến CSYT Xa (≥30 phút) Gần (<30 phút)	33 (9,6) 6 (10,7)	0,9	0,37-2,13	1,2	0,47-2,92
Nhận thông tin về BHYT Có Không	25 (7,7) 60 (10,1)	0,8	0,45-1,20	0,9	0,53-1,46

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, nam giới cho người khác mượn thẻ BHYT cao hơn có ý nghĩa thống kê 1,8 lần so với nữ giới (95% CI: 1,10-2,96). Những người tham gia BHYT liên tục cho người khác mượn thẻ BHYT thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,4 lần so với những

người tham gia BHYT ngắt quãng (95% CI: 0,20-0,65). Những người sống ở nơi đến CSYT <30 phút cho người khác mượn thẻ BHYT thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,5 lần so với những người sống ở nơi đến CSYT >=30 phút (95% CI: 0,29-0,95).

**Bảng 10. Mối liên quan giữa một số yếu tố và lấy thuốc cho người khác (E6.4) n=104**

Yếu tố	Số lượng (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Nhóm tuổi >40 ≥40	27 (9,7) 77 (11,9)	0,8	0,50-1,26	0,7	0,41-1,29
Giới tính Nam Nữ	72 (13,8) 32 (7,8)	<b>1,9</b>	<b>1,22-2,93</b>	1,7	0,98-2,79
Học vấn Dưới PTTH PTTH	47 (11,8) 57 (10,7)	1,1	0,73-1,68	<b>0,4</b>	<b>0,18-0,66</b>
Hôn nhân Có vợ/chồng Chưa	97 (11,9) 7 (6,4)	2,0	0,90-4,38	1,9	0,76-4,59
Nghề nghiệp Nông dân Khác	63 (16,0) 41 (7,7)	<b>2,3</b>	<b>1,51-3,47</b>	1,4	0,74-2,60
Nơi sống Gần thị trấn Xa thị trấn	25 (6,3) 79 (14,8)	<b>0,4</b>	<b>0,24-0,62</b>	0,6	0,33-1,09
Tình trạng kinh tế Nghèo Không nghèo	1 (9,1) 103 (11,2)	0,8	0,10-6,24	0,9	0,55-1,55
Thời gian tham gia BHYT Ngắt quãng Liên tục	61 (44,9) 43 (5,4)	<b>0,07</b>	<b>0,05-0,11</b>	<b>0,4</b>	<b>0,20-0,65</b>
Khoảng cách từ nhà đến CSYT Xa (>=10 km) Gần (<10 km)	84 (13,4) 20 (6,7)	<b>0,5</b>	<b>0,28-0,77</b>	<b>0,9</b>	0,49-1,80
Thời gian từ từ nhà đến CSYT Xa (>=30 phút) Gần (<30 phút)	18 (32,1) 86 (9,9)	<b>0,2</b>	<b>0,13-0,42</b>	0,2	0,10-0,45
Nhận thông tin về BHYT Có Không	34 (10,4) 70 (11,3)	0,9	0,57-1,07	0,9	0,59-1,68

Trên phương trình phân tích hồi qui đa biến, những người tham gia BHYT liên tục có khám chữa bệnh BHYT để lấy thuốc cho người khác thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,4 lần so với những người tham gia BHYT ngắt quãng (95% CI: 0,20-0,65).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT tại tỉnh Yên Bái về sử dụng thẻ BHYT trong KCB tại các cơ sở y tế công còn nhiều hạn chế. Trong số 564 người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh trong lần gần đây nhất, có 461 người có sử dụng thẻ BHYT, chiếm 81,7%. Số còn lại không sử dụng thẻ là do bị mất hoặc quên không mang thẻ BHYT. Tỷ lệ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký KCB ban đầu chiếm 61,8%, sử dụng thẻ BHYT cho KCB nội trú chiếm 35,6%, ngoại trú chiếm 64,4%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT sử dụng thẻ BHYT với mục đích kiểm tra sức khỏe định kỳ chiếm 10,2%, sử dụng thẻ để lấy thuốc cho người khác chiếm 20,1%. Một nghiên cứu ở tỉnh Hà Tĩnh năm 2016 cho thấy, tỷ lệ người có thẻ BHYT hiểu biết về các chính sách BHYT chỉ chiếm 59%, hiểu biết về các chính sách mới của BHYT chiếm 36,6% [7]. Một số nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng cho thấy mặc dù người có thẻ BHYT đăng ký nơi KCB đầu tiên là các trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện nhưng thường họ lại đi KCB tại các cơ sở y tế tuyến cao hơn. Nghiên cứu tại tỉnh Hà Tĩnh cho thấy nơi đăng ký khám ban đầu chiếm đa số là tại bệnh viện tuyến huyện và thành phố (46,6%), bệnh viện tỉnh (38,1%), và tại trạm y tế xã (15,3%). Khi đi KCB thì 53,3% người có thẻ BHYT chọn đến bệnh viện tuyến tỉnh, chỉ có 32,1% đối tượng chọn bệnh viện tuyến huyện và 10,1% lựa chọn đến trạm y tế xã [7]. Một nghiên cứu tổng quan về các yếu tố tác động đến sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh ở Ấn Độ năm 2017 đã cho thấy còn nhiều hạn chế trong nhận thức cũng như thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ y tế. Tỷ lệ người có thẻ BHYT tuân thủ các qui định của cơ quan BHYT còn hạn chế nhiều. Nghiên cứu tổng quan cho thấy mặc dù BHYT ở Ấn Độ đã triển khai khá lâu nhưng mức độ hiểu biết về chế độ BHYT cũng chỉ dao động trong khoảng 50-70% và thực hành đúng nơi KCB đã đăng ký ban đầu cũng chỉ ở mức 55-75% [8]. Kết quả nghiên cứu ở Ấn Độ tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào. Tuy rằng tại Ấn Độ BHYT đã được triển khai sớm hơn ở Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào nhưng do trình độ dân trí ở các vùng nông thôn Ấn Độ tương tự như ở Lào. Mặt khác, do vùng địa lý của Ấn Độ

quá rộng và dân quá đông do vậy việc triển khai BHYT cũng như công tác truyền thông cho người dân về sử dụng thẻ BHYT cũng gặp nhiều khó khăn [8].

Trên thế giới cũng đã có khá nhiều nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong KCB. Nghiên cứu tại 11 quốc gia ở châu Á cũng cho thấy các yếu tố như: khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần, thời gian tham gia BHYT liên tục và được tiếp nhận thông tin về BHYT của người có thẻ BHYT là những yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh [10]. Ở các quốc gia trên mặc dù thời gian triển khai BHYT khác nhau, công tác truyền thông về quy định và chính sách BHYT cũng rất khác nhau và trình độ dân trí của các quốc gia trên cũng rất khác nhau [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra được một số yếu tố làm gia tăng kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh khá phù hợp với kết quả của nghiên cứu trên, đó là tham gia BHYT liên tục, khoảng cách đến CSYT gần cả về thời gian và khoảng cách và được tiếp nhận thông tin về BHYT.

Một nghiên cứu tổng quan khác cũng đã được thực hiện ở châu Phi năm 2017 cũng cho thấy những yếu tố ảnh hưởng nhất đến kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu ở châu Á [11]. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng nêu rõ cần nghiên cứu thêm về chất lượng khám chữa bệnh, thái độ của cán bộ y tế ở các CSYT đóng vai trò rất quan trọng [11]. Tại Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào, người dân có trình độ học vấn khá thấp, đường xá đi lại khó khăn và thời gian triển khai BHYT chưa lâu, muốn nâng cao kiến thức và thực hành của người dân về sử dụng thẻ BHYT thì việc tập trung vào truyền thông tại cộng đồng và tư vấn tại cơ sở y tế có tầm quan trọng đặc biệt. Điều này cũng đã được cơ quan BHYT của Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào hiểu rõ và có biện pháp can thiệp trong thời gian gần đây [5].

#### V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kiến thức và thực hành của người có thẻ BHYT trong sử dụng dịch vụ y tế công tại Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào còn hạn chế. Tỷ lệ người biết được khám chữa bệnh miễn phí khi KCB tại nơi đăng ký ban đầu chiếm 44,5%, được cung cấp thông tin về BHYT chiếm 34,8% và được quyền khiếu nại về quyền lợi của người có thẻ BHYT chiếm 23,1%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh đúng nơi đăng ký KCB ban đầu chiếm 61,8%. Tỷ lệ người có thẻ BHYT sử dụng thẻ để lấy

thuốc cho người khác chiếm 20,1%. Các yếu tố khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần, thời gian tham gia BHYT liên tục và được tiếp nhận thông tin về BHYT của người có thẻ BHYT là những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh. Cơ quan BHYT của Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào cần tập trung giải quyết các nội dung này nhằm nâng cao kiến thức và thực hành sử dụng thẻ BHYT.

#### Lời cảm ơn

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các cán bộ y tế và người dân thuộc hai huyện Phone Hong và Keo Oudom đã nhiệt tình giúp đỡ chúng tôi trong quá trình nghiên cứu và Trường Đại học Y tế công cộng, Đại học Khoa học Sức khoẻ, Cơ quan Bảo hiểm Y tế, Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aparnaa S, Tandon A, Dao Lan Huo et al (2014). Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: Thực trạng và Giải Pháp. World Bank, Hanoi, Vietnam.
2. Chu Thị Kim Loan (2013). Thực trạng tham gia Bảo hiểm y tế tự nguyện ở thành phố Hà Tĩnh. Tạp chí Khoa học và phát triển. 11: 115–124.
3. Võ Thị Thu Hương (2012). Nghiên cứu thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trạm y tế xã phường thành phố Rạch Giá tỉnh Kiên Giang năm 2009-2012, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Sasaki T, Izawa M, Okada Y (2015). Current Trends in Health Insurance Systems: OECD Countries. *Neurol Med Chir.* 12 (1): 34-45.
5. Bảo hiểm y tế nước Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào (2018). Báo cáo tình hình thực hiện công tác bảo hiểm y tế 6 tháng đầu năm 2016. Thủ đô Viêng Chăn. Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào.
6. Bảo hiểm y tế nước Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào (2013). Tổng kết công tác bảo hiểm y tế nước Cộng hoà Dân chủ Nhân dân Lào, Thủ đô Viêng Chăn.
7. Hoàng Quỳnh Thơ (2016). Nhận thức và thái độ của người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2016. Đại học Y Hà Nội.
8. Prinja S, Singh Chauhan A, Karan A (2017). Impact of Publicly Financed Health Insurance Schemes on Healthcare Utilization and Financial Risk Protection in India: A Systematic Review. *Plos One.* 2017 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170996>.
9. Prinja S, Chauhan AS, Angell B, et al (2015). A Systematic Review of the State of Economic Evaluation for Health Care in India. *Economics and health policy.* 13 (6): 595–613.
10. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet.* 368 (9544): 1357–1364.
11. Amzat J, Razum O (2017). Health Financing and Insurance in Africa. *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa.* 15: 51-63.





**T**ạp 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 đề họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P Krisnakone P Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

**5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.**

**Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.**

**II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.**

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

**III. Lệ phí đăng bài khoa học:** 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng; 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

**Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG**

**Địa chỉ:** số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

**Điện thoại:** 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](mailto:info@medicomgroup.vn)  
Website: <http://medicomgroup.vn>