

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR21: THỰC HÀNH TIÊM TĨNH MẠCH AN TOÀN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2019

TR53: KHẢO SÁT THỰC TRẠNG KỸ NĂNG THUYẾT PHỤC NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

TR96: KIẾN THỨC VỀ VỆ SINH TAY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2019

TR112: THỰC TRẠNG TỰ HỌC CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI NĂM HỌC 2018 - 2019 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN



Số: 4 (51) tháng 07+08/2019



HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

GS.TS. Lê Bách Quang (Chủ tịch)
GS.TS. Đỗ Tất Cường
GS.TS. Đào Văn Dũng
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
Phạm Văn Dũng
Trần Văn Hưởng
Nguyễn Văn Lành
Hoàng Cao Sạ
Đình Ngọc Sỹ
Văn Quang Tân
Võ Văn Thanh
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

Đông mang gen NDM-1 và Oxa ở vi khuẩn Acinetobacter đa kháng kháng sinh gây viêm phổi liên quan thở máy trẻ em **3**

Lê Xuân Ngọc, Trần Huy Hoàng

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và kết quả chọc hút tế bào bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm **9**

Trần Thị Như Quỳnh, Chu Thị Giang, Nguyễn Ngọc Trung, Phạm Hoàng Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Trung Nghĩa

Đối chiếu hình ảnh siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ với mô bệnh học bướu nhân tuyến giáp **15**

Nguyễn Ngọc Trung, Trần Thị Như Quỳnh, Chu Thị Giang, Phạm Hoàng Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Trung Nghĩa

Thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn và một số yếu tố ảnh hưởng của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2019 **21**

La Thanh Chí Hiếu, Phạm Hùng Lực, Bùi Thị Mỹ Anh

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và một số yếu tố liên quan đến tình trạng ú sắt ở bệnh nhi Thalassaemia tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Kon Tum năm 2018 **27**

Lê Vũ Thức, Nguyễn Thị Phương Mai, Lê Thị Đỗ Quyên, Nguyễn Thị Thu Thủy, Võ Thị Lệ Diễm

Mô hình bệnh tật và tử vong của bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2013 - 2017 **32**

Lê Xuân Ngọc, Nguyễn Thị Bích Liên

Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi của các bà mẹ tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hoá, tỉnh Thái Nguyên, năm 2018 **38**

Nguyễn Thu Hoài, Đàm Khải Hoàn, Phạm Phương Liên

Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 **43**

Phạm Phương Liên, Trần Công Trường

Kết quả ¹⁸F DG PET/CT chẩn đoán giai đoạn ở 55 bệnh nhân ung thư vú **48**

Nguyễn Trọng Sơn, Nguyễn Danh Thanh

Khảo sát thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 **53**

Nguyễn Thị Hà

Thực trạng và kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2018 **58**

Phạm Thị Luân, Ngô Thị Nhu, Phí Đức Long, Lưu Thị Trang Ngân

Một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện phòng ngừa chuẩn **63**

Bùi Thị Xuyên, Vũ Phong Túc, Nguyễn Xuân Bái

Kiến thức phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi của cán bộ y tế cơ sở, cán bộ chăm sóc người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi **70**

Đỗ Văn Diệu, Đoàn Vương Diễm Khánh, Trần Như Minh Hằng

Thực trạng phân biệt đối xử dựa trên khác biệt xu hướng tính dục tại nơi làm việc đối với người đồng tính, song tính và chuyển giới ở khu công nghiệp **77**

Nguyễn Thị Kim Ngân, An Thanh Ly

Sự hài lòng của người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại TTYT huyện Tân Hồng tỉnh Đồng Tháp năm 2019	83
Võ Thị Ngọc Quý, Trần Quốc Thắng	
Kiến thức về rửa tay thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La năm 2018	90
Đặng Thị Thúy, Nguyễn Quốc Tiến, Đặng Bích Thủy, Đặng Thanh Nhân	
Kiến thức về vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2019	96
Đặng Thị Ngọc Anh	
Kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh Trường Trung học phổ thông Đông Thụy Anh, huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình năm 2018	101
Vũ Thị Quyên, Nguyễn Đức Thanh	
Kiến thức về chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ của cán bộ y tế xã tại 2 huyện tỉnh Thanh Hóa năm 2017	106
Nguyễn Thị Nhung, Trần Thị Ngọc Hiệp, Trần Minh Hải, Ngô Văn Toàn, Cao Thị Hiền	
Thực trạng tự học của sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm học 2018 - 2019 và một số yếu tố liên quan	112
Hoàng Thị Minh Phương, Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Thúy Anh, Nguyễn Văn Độ, Nguyễn Thị Hòa	
Đánh giá thực trạng phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm y tế	117
Nguyễn Thị Thúy Nga, Bùi Thị Mỹ Anh	
Thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế tại tuyến xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình năm 2017	122
Đặng Thị Thu Nga, Ngô Thị Nhu, Nguyễn Thị Hiền, Đặng Thị Vân Quý	
Đánh giá kiến thức, thái độ về phân loại chất thải y tế của sinh viên cao đẳng điều dưỡng năm 2 và năm 3 Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông năm học 2018-2019	127
Nguyễn Thanh Huyền, Nguyễn Thị Lan Anh, Nguyễn Thị Tuyết Dương, Trương Quyết Tiến	
Yếu tố nguy cơ và các biện pháp phòng chống đuối nước cho trẻ em	132
Phan Thanh Hòa, Phạm Việt Cường, Nguyễn Công Cửu, Lê Thị Thanh Hương	

ĐỒNG MANG GEN NDM-1 VÀ OXA Ở VI KHUẨN ACINETOBACTER ĐA KHÁNG KHÁNG SINH GÂY VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TRẺ EM

Lê Xuân Ngọc¹, Trần Huy Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đồng mang gen NDM-1 và OXA và đặc điểm kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter* gây viêm phổi liên quan thở máy (VPTM) ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 53 chủng *Acinetobacter* (gồm 48 chủng *A.baumannii* và 5 chủng *Acinetobacter spp.*) phân lập từ dịch nội khí quản các bệnh nhân VPTM tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2014-2015 được sử dụng cho nghiên cứu. Các chủng *Acinetobacter* được định danh và làm kháng sinh đồ bằng máy VITEK 2 compact. Kỹ thuật PCR được sử dụng để phát hiện các gen OXA và NDM-1. **Kết quả:** Tất cả 48 chủng *A. baumannii* đều mang gen OXA-51, trong đó 44 chủng mang hai gen OXA-51 và OXA-23; 4 chủng mang gen OXA-51 và OXA-58. 5 chủng *Acinetobacter spp.* chỉ mang gen OXA-58. Nghiên cứu đã phát hiện 7 chủng *Acinetobacter* (13,2%) đồng mang gen OXA và NDM-1. Gen NDM-1 gặp ở cả các chủng *A. baumannii* và *Acinetobacter spp.*; cùng tồn tại với gen OXA-58 và OXA-23. *Acinetobacter* đề kháng kháng sinh ở mức độ rất cao: 75-100% số chủng kháng IPM và MEM; 100% kháng cephalosporin thế hệ 3 và 4. Các chủng mang gen OXA - 51+23 kháng cao quinolon (97%) và aminoglycosid (trên 90,9%). Tỷ lệ kháng tương ứng đối với các chủng OXA-51+58 là 50%; 66,7% và 25%. Tất cả các chủng *Acinetobacter* còn nhạy cảm với colistin. **Kết luận:** Sự nổi trội của gen NDM-1 và sự đồng mang gen với các gen OXA kháng carbapenem ở vi khuẩn *Acinetobacter* gây VPTM sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến điều trị loại nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến ở trẻ em thở máy.

Từ khóa: *Acinetobacter*, gen OXA, NDM-1, viêm phổi liên quan thở máy, trẻ em.

ABSTRACT:

COEXISTENCE OF NDM-1 GENE WITH OXA GENES IN PAN-DRUG RESISTANT ACINETOBACTER ISOLATED IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To detect the coexistence of NDM-1 gene with OXA genes encoded pan-drug resistant *Acinetobacter* isolated in ventilator-associated pneumonia (VAP) children. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. 53 *Acinetobacter* strains (including 48 *A.baumannii*; 5 *Acinetobacter spp.*) isolated from VAP patients at the Vietnam National Children's Hospital from 2014 to 2015 were used for this study. Biochemical testing (VITEK 2), susceptibility testing and PCR were used to detect the present of OXA genes and NDM-1 gene. **Results:** All of *A. baumannii* strain was positive with OXA-51 gene. Among of these strains, 44/48 were carried OXA-51 and OXA-23; and 4 were carried OXA-51 and OXA-58 genes. 5 *Acinetobacterspp.* strains were positive with OXA-58 gene. The coexistence of NDM-1 gene with OXA-58 and OXA-23 genes was detected in 7 *Acinetobacter spp.* *Acinetobacter* was resistant with tested antibiotics at high level: 75-100% was resistant to carbapenem; 100% to 3rd and 4th generation cephalosporin. *A. baumannii* carried OXA- 51 and OXA-23 genes was highly resistant to quinolon (97%) and amynoglycosid (>90%). Resistant percentages of *A. baumannii* carried OXA-51 and OXA-58 genes were 50%; 66.7% and 25%, corresponding. All of strains remained susceptible to colistin. **Conclusions:** The emergence of NDM-1 gene in *Acinetobacter* and its coexistence with OXA genes will seriously limit therapeutic options to VAP children.

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Điện thoại: 0903253238; Email: ngocdr@yahoo.com.vn

2. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Keywords: Acinetobacter, NDM-1 gene, OXA gene, ventilator-associated pneumonia, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Acinetobacter* là tác nhân quan trọng hàng đầu gây viêm phổi liên quan thở máy (VPTM) trên toàn thế giới. Nhiều phát hiện quan trọng về khả năng thích ứng của loại vi khuẩn này nhằm kháng lại các kháng sinh, đặc biệt là carbapenem đã được báo cáo trong những năm gần đây. *Acinetobacter* kháng carbapenem chủ yếu do vi khuẩn mang các enzyme thuộc nhóm D (OXA-type) và được chia làm 4 enzyme chính là: OXA-24 (phát hiện ở châu Âu, và Mỹ), OXA-23, OXA-51 và OXA-58 [10]. *Acinetobacter* kháng carbapenem còn do vi khuẩn này mang các enzyme có khả năng ly giải carbapenem thuộc nhóm B (Metallo-beta-lactamase). NDM-1 là enzyme thuộc nhóm B và được xem là gen siêu kháng thuốc. Đã có những báo cáo ghi nhận *Acinetobacter* đồng mang gen OXA và NDM-1 và cho thấy những chủng vi khuẩn này có sự đề kháng kháng sinh rất cao.

Nhằm tìm hiểu cơ chế kháng carbapenem của các chủng *Acinetobacter* tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu sinh học phân tử về gen OXA kháng Carbapenem ở vi khuẩn *Acinetobacter spp* [1], [5]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về đồng mang gen OXA và NDM-1 ở *Acinetobacter* gây VPTM ở trẻ em. *Nghiên cứu này nhằm mục tiêu:*

Phát hiện tỷ lệ đồng mang gen OXA và NDM-1 kháng Carbapenem trên các chủng *Acinetobacter* ở trẻ em mắc VPTM.

Liên quan giữa các gen kháng thuốc này với mức độ kháng kháng sinh của *Acinetobacter* gây VPTM ở trẻ em.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu: 53 chủng *Acinetobacter* phân lập trên các bệnh nhân VPTM tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương, từ 1/2014 - 12/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thông qua phân tích phòng thí nghiệm.

2.3. Các kỹ thuật xét nghiệm:

2.3.1. Xét nghiệm tính nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn: Các chủng *Acinetobacter* được định danh và làm kháng sinh đồ (MIC) bằng máy định danh tự động VITEK 2 compact tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả được tính toán dựa theo tiêu chuẩn của CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) 2012.

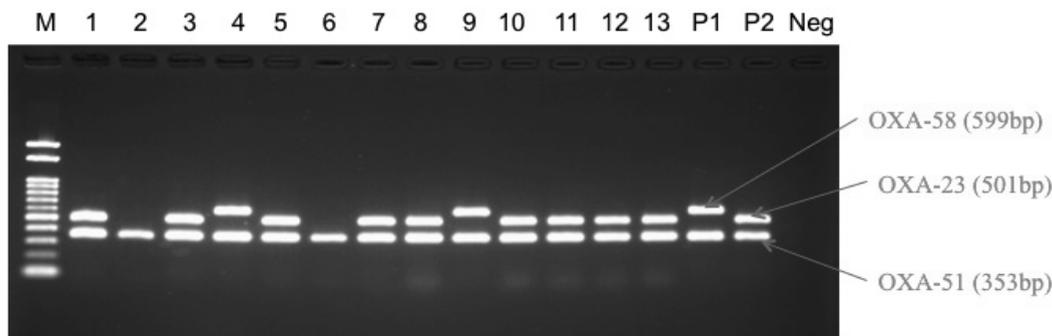
2.3.2. Kỹ thuật PCR phát hiện gen kháng thuốc: Kỹ thuật Multiplex PCR phát hiện gen OXA và kỹ thuật PCR phát hiện gen NDM-1 được thực hiện tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. Chứng dương cho gen OXA là ADN khuôn mẫu tách chiết từ các chủng vi khuẩn *Acinetobacter* mang các gen OXA do TS. Mari matsui cung cấp. Chứng dương cho gen NDM-1 là ADN khuôn mẫu tách chiết từ chủng *E. coli* mang gen NDM-1 phân lập tại Nhật Bản do TS. Shibayama cung cấp. Chứng âm: Nước siêu sạch.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các gen chứng dương được sử dụng để đánh giá mẫu thử nghiệm, số liệu được quản lý bằng phần mềm Excel. Kết quả được trình bày dưới dạng hình và bảng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Phân bố gen OXA

Trong tổng số 53 chủng *Acinetobacter* (gồm 48 chủng *A. baumannii*, 5 chủng *Acinetobacter spp.*) chúng tôi phát hiện có 48 chủng mang gen OXA-51, 9 chủng mang OXA-58, 44 chủng mang hai gen là OXA-51 và OXA-23; và 4 chủng gen OXA-51 và OXA-58 (hình 1, bảng 1).



Hình 1: Giếng 1-13 là kết quả đại diện phát hiện gen OXA-58, OXA-51 và OXA-23 kháng carbapenem của các chủng *Acinetobacter* phân lập trên các bệnh nhi VPTM. P1: Chứng

dương 1- DNA của *Acinetobacter* mang gen OXA-58, OXA-51; P2: Chứng dương 2- DNA của *Acinetobacter* mang gen OXA-51 và OXA-23; Neg: chứng âm; M: thang chuẩn 100bp.

Bảng 1: Phân bố tổ hợp gen OXA

Phân bố	OXA-51	OXA-23	OXA-58	OXA-51+23	OXA 51+ 58
<i>A. baumannii</i> (n = 48)					
n (%)	48 (100,0)	44 (91,7)	4/48	44 (91,7)	4/48
<i>Acinetobacter spp</i> (n = 5)					
n (%)	0	0	5 (100,0)	0	0

Nhận xét: Đối với *A. baumannii*: 91,7% chủng mang gen OXA-51 và OXA-23, 9,1% chủng mang 2 gen OXA-51 và OXA-58. Tất cả các chủng *Acinetobacter spp* đều chỉ mang một gen OXA-58.

Bảng 2. Số chủng *Acinetobacter spp.* đồng mang gen OXA và NDM-1

<i>Vị khuẩn</i> \ <i>Gen OXA</i>	OXA-58 + NDM-1	OXA-51+58 + NDM-1	OXA-51+23 + NDM-1
<i>A. baumannii</i>	0	2/4	2/44
<i>Acinetobacter spp.</i>	3/5	0	0

Kết quả bảng 2 cho thấy nghiên cứu đã phát hiện 7 chủng loài *Acinetobacter* đồng mang gen OXA và NDM-1. Gen NDM-1 gặp ở cả các chủng *A. baumannii* và *Acinetobacter spp.*; cùng tồn tại với gen OXA-58, OXA-51+58 và OXA-51+23.

Hình 3.2. Kết quả đại diện gen NDM-1 (P: Chứng dương tính, N: chứng âm tính)



3.2. Đặc tính kháng kháng sinh

Bảng 3a: Mức độ kháng kháng sinh của các gen OXA

KS /MIC (mg/l) Gen	CAZ	CTX	CRO	CPM	AN	GM	TM
	≥32	≥64	≥64	≥32	32-64	≥16	≥16
OXA-58 (n=9) (%)	9 100,0	9 100,0	9 100,0	9 100,0	2/7 -	8 88,9	2 -
OXA-51+23 (n=44) (%)	43 97,7	43/43 100,0	42/43 97,7	44 100,0	40 90,9	42 95,5	41 93,2
OXA-51+58 (n=4) (%)	4 -	4 -	4 -	4 -	2/3 -	3	1 -

ceftazidime (CAZ), cefepime (FEP), cefotaxime (CTX), ceftriaxone (CRO), amikacin (AN), tobramycin (TM), gentamycin (GM).

Nhận xét: 100% các chủng mang gen OXA-58 và các chủng mang 2 gen OXA-51+58 kháng các cephalosporine

thế hệ 3 và 4. Các chủng mang gen OXA-51+23 còn có một tỷ lệ nhỏ nhạy cảm với các kháng sinh này mà thôi. Ngược lại, trong khi trên 90% các chủng mang gen OXA-51+23 kháng các aminoglycosides; trên 70% các chủng OXA-58 và OXA-51+58 còn nhạy cảm với AN và TM.

Bảng 3b: Mức độ kháng kháng sinh của các gen OXA (tiếp)

KS/MIC(mg/l) Gen	IPM	MEM	CIP	LEV	TZP	TCC	AZT	CS
	≥16	≥16	≥4	≥8	≥128/4	≥128/2	≥64	
OXA-58 (n=9) (%)	8 88,9	9 100,0	4 -	3 -	9 100,0	8/8 100,0	5/6 83,3	0 -
OXA-51+23 (n=44) (%)	43 97,7	43 97,7	43 97,7	41/42 97,0	44 100,0	43 97,7	30/30 100,0	0 -
OXA-51+58 (n=4) (%)	4 -	3 -	2 -	2 -	4 -	3/3 -	2/2 -	0 -

imipenem (IPM), meropenem (MEM), ciprofloxacin (CIP), levofloxacin (LEV), piperacillin + tazobactam (TZP), ticarcillin + a.clavulanic (TCC), aztreonam (AZT) và colistin (CS)

Nhận xét; Tỷ lệ kháng IMP và MEM của tất cả các chủng từ 75 - 100%. Kết quả tương tự đối với TZP, TCC và AZT. Đối với kháng sinh nhóm Quinolon, khoảng 50% các chủng OXA-51 và OXA-51+58 còn nhạy cảm, nhưng gần 100% các chủng OXA-51+23 kháng lại kháng sinh này. 100% các chủng còn nhạy cảm với colistin.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu nhằm phát hiện ra sự có mặt của các

gen OXA kháng carbapenem của 53 chủng *Acinetobacter* phân lập từ các bệnh nhân VPTM này, kỹ thuật Multiplex-PCR được sử dụng nhằm phát hiện xem liệu các chủng vi khuẩn này có mang các gen OXA kháng carbapenem hay không. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Gen OXA-51 được phát hiện được trên tất cả các chủng *A.baumannii*. Kết quả này cũng phù hợp với các các nghiên cứu khác nhau ở trên thế giới [10], [12]. OXA-51 là gen chỉ nằm trên chromosome của *A.baumannii* và các nghiên cứu cũng chưa chứng minh được mối liên quan chặt chẽ giữa gen OXA-51 với mức độ kháng carbapenem. Tuy nhiên, có thể sử dụng gen này như là một gen đặc hiệu để xác định các chủng *A.baumannii* [10], [12]. 44/48 chủng *A.baumannii*

mang cả hai gen OXA-51 + OXA-23, chiếm 91,5%. Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thanh Hà nghiên cứu trên bệnh nhân nhiễm khuẩn máu do *A. baumannii* (47,1%) [1]. Đây là gen quan trọng kháng carbapenem, gây ra nhiều vụ dịch trong các bệnh viện trên thế giới. Điều này cho thấy cơ chế kháng carbapenem của các chủng *A. baumannii* phân lập trong nghiên cứu là do gen OXA-23 [6], [8]. Có 4 chủng *A. baumannii* mang cả hai gen OXA-51+ OXA-58, chiếm 9,1% và 5 chủng *Acinetobacter spp.* được phát hiện mang gen OXA-58. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu trên (20%) [1]. OXA-58 là gen được phát hiện lần đầu tại Pháp năm 2003 và ở Thổ Nhĩ Kỳ. Gen này nằm trên các plasmid của các chủng *Acinetobacter spp.* Hiện nay nhiều báo cáo đã ghi nhận OXA-58 ở nhiều quốc gia trên thế giới. Đây là báo cáo đầu tiên về sự có mặt của các gen OXA-51, OXA-58 và OXA-23 kháng carbapenem phân lập trên dịch nội khí quản của các bệnh nhi mắc VPTM tại Việt Nam.

Kết quả bảng 2 cho thấy nghiên cứu đã phát hiện 7 chủng *Acinetobacter spp.* đồng mang gen (coexistence) OXA và NDM-1, bao gồm 4 chủng *A. baumannii* (2 chủng vừa mang gen OXA-51 + 58 vừa mang gen NDM-1, 2 chủng có sự cùng tồn tại của gen OXA-51 + 23 và NDM-1); 3/5 chủng *Acinetobacter spp.* vừa mang gen OXA-58 vừa mang gen NDM-1.

NDM-1 là enzyme thuộc nhóm B (metallo-beta-lactamase) được công bố lần đầu tiên bởi Yong D & CS năm 2008. Enzyme này được phát hiện trên chủng *E. coli* và *K. pneumoniae* phân lập ở bệnh nhân người Thụy Điển bị nhiễm khuẩn tiết niệu có tiền sử chữa bệnh tại Ấn Độ. Sau đó, các chủng vi khuẩn mang enzyme này đã lây lan ra toàn thế giới. Sự xuất hiện vi khuẩn mang gen siêu kháng thuốc này đã mở đầu một giai đoạn mới về tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh trên thế giới, bởi kháng sinh kháng carbapenem mang gen NDM-1 không chỉ giới hạn trong phạm vi loài mà còn có thể lan truyền nhanh chóng thông qua plasmid sang các loại kháng sinh Gram âm khác sống bình thường trong đường tiêu hóa con người [2].

Ở Việt Nam, Trần Huy Hoàng & CS đã lần đầu phát hiện gen NDM-1 ở vi khuẩn *K. pneumoniae* phân lập từ bệnh phẩm và từ môi trường [2]. Tuy nhiên, báo cáo đầu tiên về *A. baumannii* dương tính với NDM-1 ở nước ta là của Nguyễn Thị Khanh Nhu & CS tại BV Các bệnh nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh [9]. Báo cáo của Zeliang Chen & CS phát hiện chủng *A. baumannii* đầu tiên ở Trung Quốc cùng dương tính với NDM-1, OXA-23 và IMP [13]. Các tác giả nhận xét rằng chủng *A. baumannii* này kháng

kháng sinh cao hơn các chủng chỉ mang gen OXA-23 và IMP, nhưng còn nhạy cảm với ciprofloxacin, levofloxacin và polymycin B. Năm 2010, Karthikeyan & CS thông báo phát hiện 3 chủng *A. baumannii* ở Ấn Độ dương tính với OXA-51 + 23 và NDM-1 [7]. Cả 3 chủng này đều kháng tất cả các kháng sinh họ β -lactams, aminoglycosides và quinolons. Chúng chỉ nhạy cảm với tigecycline và colistin. Năm 2014, Handal Regeen & CS công bố phát hiện 1 chủng *A. junii* đầu tiên dương tính với OXA-58 và NDM-1 [11]. Chủng kháng sinh này cũng kháng tất cả các kháng sinh họ β -lactams, carbapenem và aminoglycosides nhưng còn nhạy cảm với ciprofloxacin, levofloxacin, trimethoprim-sulfamethoxazole và tetracycline.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về sự cùng hiện diện gen kháng thuốc OXA-23, OXA-58 và NDM-1 trên vi khuẩn *Acinetobacter* phân lập từ dịch nội khí quản của bệnh nhân VPTM trẻ em cũng là phát hiện đầu tiên ở Việt Nam. Kết quả này không những góp phần vào ngân hàng gen kháng thuốc của *Acinetobacter* gây VPTM tại Việt Nam mà còn giúp giải thích về cơ chế đề kháng kháng sinh rất cao của vi khuẩn này.

Khi phân tích đặc tính kháng kháng sinh, chúng tôi nhận thấy *Acinetobacter* kháng lại carbapenem, kháng sinh nhóm cephalosporin và các kháng sinh kết hợp TZP, TCC ở mức độ rất cao (bảng 3a và 3b). Kết quả này cao hơn so với báo cáo về thực trạng kháng carbapenem của *Acinetobacter* phân lập tại 6 bệnh viện năm 2008 [5] và kết quả của Nguyễn Thị Thanh Hà [1], nhưng tương đương kết quả của Trương Anh Thư [3] và Văn Đình Tráng & cs [4]. Mặc dù, trên 90% số chủng mang gen OXA-51+23 đã đề kháng CIP, LEV, và nhóm aminoglycoside, nhưng còn khoảng trên 50% số chủng mang gen OXA-58 và OXA-51+58 vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm quinolon và khoảng 75% các chủng này còn nhạy cảm với AN và TM. Điều này cho thấy, các chủng *A. baumannii* mang gen OXA-51+23 không chỉ đề kháng cao với nhóm carbapenem mà còn với nhiều nhóm kháng sinh khác và khả năng kháng kháng sinh của chúng cao hơn các chủng mang gen OXA-58. Bên cạnh đó, mặc dù *Acinetobacter* đã kháng lại carbapenem nhưng vẫn có thể sử dụng kháng sinh khác như ciprofloxacin, levofloxacin, tobramycin và amikacin, là kháng sinh hiện đang được sử dụng rộng rãi để điều trị trong các bệnh viện của Việt Nam trong điều trị VPTM ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa phát hiện có bất cứ chủng *Acinetobacter* nào kháng colistin. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác ở Việt Nam [1], [3], [4].

V. KẾT LUẬN

Đây có lẽ là báo cáo đầu tiên về sự có mặt của các vi khuẩn *Acinetobacter* đồng mang gen OXA và NDM-1 kháng carbapenem phân lập trên các bệnh nhi

VPTM ở khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương. Phát hiện này giúp giải thích đặc tính kháng kháng sinh rất cao của vi khuẩn *Acinetobacter* gây VPTM ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Hà, Trần Huy Hoàng, Nguyễn Trọng Chinh, Phan Quốc Hoàn (2013). Phát hiện gen Oxacillinase kháng carbapenem của *Acinetobacter baumannii* phân lập trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Việt Nam. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, tập 8, số 4/2013:87-93
2. Trần Huy hoàng (2014), “Một số đặc điểm dịch tễ học của nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn kháng carbapenem mang gen NDM-1 tại Bệnh viện Việt Đức Hà Nội, 2010-2011” Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương.
3. Trương Anh Thư (2012), “**Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, 2008-2009**”, Luận án Tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
4. Văn Đình Tráng, Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Vũ Trung (2011), ”Nghiên cứu mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các chủng *A. baumannii* phân lập tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương năm 2009”, *Y học Thực hành*, 781: tr41-44.
5. Global Antibiotic Resistance Partnership (GARP) Working Group Vietnam (2010), “Situation Analysis on Antibiotic Use and Resistance in Vietnam” *GARP report Vietnam*,.
6. Jeon, B., S. H. Jeong, I. K. Bae, S. B. Kwon, K. Lee, D. Young, J. H. Lee, J. S. Song, and S. H. Lee. (2005) “Investigation of a nosocomial outbreak of imipenem-resistant *Acinetobacter baumannii* producing the OXA-23 beta-lactamase in Korea”, *J. Clin. Microbiol.* 43:2241–2245.
7. Karthikeyan K, Thirunarayan MA, Krishman P (2010), “Coexistence of bla_{oxa-23} with bla_{NDM-1} and armA in clinical isolates of *Acinetobacter baumannii* from India”, *J Antimicrob Chemother*, 65, pp. 2253 – 2270.
8. Naas, T., M. Levy, C. Hirschauer, H. Marchandin, and P. Nordmann. (2005). Outbreak of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* producing the carbapenemase OXA-23 in a tertiary care hospital of Papeete, French Polynesia. *J. Clin. Microbiol.* 43:4826–4829.
9. Nguyen Thi Khanh Nhu, Nguyen Thi Huong Lan, James L. Cambell, Christopher M. Parry, et al. (2014), “Emergence of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* as the major cause of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients at an infectious disease hospital in southern Vietnam”, *Journal of Medical Microbiology*, 63, pp. 1386-1394.
10. Poirel, L., and P. Nordmann (2006) “Carbapenem resistance in *Acinetobacter baumannii*: mechanisms and epidemiology”, *Clin. Microbiol. Infect.* 12:826–836.
11. Regeen H, Al-Sharafa-Kittaneh D, Kattan R, et al (2014), “First report of bla_{NDM} and bla_{OXA-58} coexistence in *Acinetobacter junii*”, *J Clin Microbiol*, pp. 3492 – 3493.
12. Vahaboglu, H., F. Budak, M. Kasap, G. Gacar, S. Torol, A. Karadenizli, F. Kolayli, and C. Eroglu. (2006) “High prevalence of OXA-51-type class D beta-lactamases among ceftazidime-resistant clinical isolates of *Acinetobacter spp.* co-existence with OXA-58 in multiple centers” *J. Antimicrob. Chemother.* 58:537–542.
13. Zelliang chen, Shaofu Qui, Yong Wang et al (2016), “Coexistence of bla_{NDM-1} with the prevalent bla_{oxa23} and bla_{imp} in pan-drug resistant *Acinetobacter baumannii* isolates in China”, *CID*, pp.692-693.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ CHỌC HÚT TẾ BÀO BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Trần Thị Như Quỳnh¹, Chu Thị Giang², Nguyễn Ngọc Trung¹,
Phạm Hoàng Bích Ngọc¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Nguyễn Trung Nghĩa¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình theo phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu trên 620 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp (BNTG). Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 51,5 + 13,1 (năm); bệnh nhân nữ là chủ yếu chiếm 92,6%. Trên lâm sàng triệu chứng thường gặp là tự phát hiện thấy khối u vùng cổ 80,9%, tức nặng vùng cổ 66%, nuốt vướng, nghẹn 17,7%. Vị trí nhân bướu giáp thùy phải là 40,6%, thùy trái là 38,4%, cả 2 thùy là 16,9% và eo 1,5%. Phần lớn bệnh nhân có nhân tuyến giáp mật độ mềm (95,9%).

Kết quả siêu âm cho thấy đa số bệnh nhân là bướu đơn nhân chiếm tỷ lệ 65,6%. BNTG của đối tượng trong nghiên cứu trên siêu âm có kích thước từ 1 – 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%, bướu < 1 cm và bướu > 4 cm chiếm tỷ lệ nhỏ. Bệnh nhân có tổn thương ở BNTG chủ yếu là nhân đặc (66,5%) và không có dấu hiệu vôi hóa nhân trên siêu âm (81,9%). Hầu hết các bướu giáp có ranh giới rõ (98,7%). Và 100% bệnh nhân có tổn thương nang trên siêu âm đều có bờ nang rõ. Trên siêu âm TIRADS 1,2,3 chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,5%, 26,3% và 26,1%; TIRADS 4,5 chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,8% và 2,3%. Không có bệnh nhân nào TIRADS 6.

Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm (US-GFNA) có tỷ lệ ác tính là 5,5%, nghi ngờ ác tính là 3,4%, tỷ lệ lành tính là 91,1%.

Từ khóa: Hình ảnh siêu âm bướu nhân tuyến giáp; chọc hút tế bào.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, ULTRASOUND IMAGES AND ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY RESULTS OF THYROID NODULES

The study was carried out in Ninh Binh General Hospital

according to the method of cross-sectional descriptive study on 620 thyroid tumor patients. Research results showed that:

The average age of patients in the study group was 51.5 + 13.1 (year); Female patients were mainly 92.6%. Clinically common symptoms were self-detection of neck tumors 80.9%, neck pain 66%, difficulty in swallowing and choking 17.7%. The position of the right lobe thyroid nodule was 40.6%, the left lobe was 38.4%, both lobes were 16.9% and 1.5% was waist. Most patients had a soft density of thyroid gland nodule (95.9%).

Ultrasound results showed that the majority of patients were mononuclear tumors accounting for 65.6%. BNTG of subjects in ultrasound studies with size from 1 - 4 cm accounted for the highest rate of 67.6%, tumors <1 cm and tumors > 4 cm accounted for a small percentage. Patients with lesions in BNTG had mainly solid nodule (66.5%) and no signs of calcification on ultrasound (81.9%). Most goiters had clear boundaries (98.7%). And 100% of patients with follicular lesions on ultrasound all had clear follicles. On TIRADS ultrasound 1,2,3 accounted for 34.5%, 26.3% and 26.1% respectively; TIRADS 4.5 accounted for 10.8% and 2.3% respectively. There are no patients TIRADS 6.

The results of cell aspiration with fine needles under ultrasound guidance (US-GFNA) had a malignant rate of 5.5%, suspected malignancy was 3.4% and benign rate was 91.1%.

Keywords: Ultrasound images of thyroid, cell aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là hiện tượng khi có sự xuất hiện của 1 hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp bao gồm cả tổn thương lành tính và ác tính. Đây là bệnh lý nội tiết tương đối phổ biến, chiếm khoảng 4-7% dân số, trong đó đa số là bướu nhân lành tính, chỉ khoảng 4-5% là bướu nhân ác tính.

Biểu hiện lâm sàng của BNTG thường nghèo nàn, thậm

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tác giả chính : Trần Thị Như Quỳnh; SĐT: 0975435905, Email: nhuquynhytb@gmail.com

chỉ hoàn toàn không có triệu chứng gì. Vì thể bệnh thường được phát hiện muộn khi bướu nhân đã biểu hiện rõ. Đáng chú ý là có khoảng 4% BNTG là ung thư và biểu hiện lâm sàng cũng không khác nhiều so với bệnh tuyến giáp lành tính.

Bướu nhân tuyến giáp có hình thái học khá đa dạng, trong những năm gần đây, với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học – kĩ thuật, nhiều phương pháp mới đã được áp dụng để chẩn đoán và điều trị BNTG. Siêu âm tuyến giáp đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán BNTG, ngay cả khi bướu nhân nhỏ kích thước dưới 1cm. Với việc áp dụng siêu âm vào chẩn đoán các bệnh lý tuyến giáp, tỉ lệ phát hiện BNTG bằng siêu âm tăng lên gấp khoảng 10 lần so với khám lâm sàng. Siêu âm giúp xác định bướu giáp đơn nhân hay đa nhân, kích thước các nhân, thể tích bướu giáp đồng thời siêu âm tuyến giáp còn giúp phân biệt các nang giáp đơn thuần có nguy cơ bị ung thư rất thấp với các nhân đặc, nhân hỗn hợp có nguy cơ bị ung thư tuyến giáp cao hơn. Siêu âm là phương tiện đáng tin cậy trong chẩn đoán BNTG và giúp phát hiện sự thay đổi cấu trúc tuyến từ rất sớm. Do vậy, nhiều tác giả như Lê Hồng Cúc, Breslin đã đề xuất nên sử dụng siêu âm như một phương tiện sàng lọc BNTG [6].

Chọc hút kim nhỏ là một kĩ thuật dễ thực hiện ít xâm lấn, có giá trị chẩn đoán cao vì có thể cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về một nhân tuyến giáp. Theo AACE thì đây là phương pháp “được tin tưởng là hiệu quả nhất trong phân biệt các nhân lành tính và ác tính” với độ chính xác lên tới 95% nếu người chọc hút có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm có tỉ lệ thành công cao hơn, đặc biệt là các nhân dưới 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp cần lấy tổn thương ở phần đặc. Trong trường hợp bướu đa nhân, siêu âm giúp xác định nhân nào cần chọc hút [6].

Trong thực tế lâm sàng đòi hỏi phải chẩn đoán chính xác BNTG là lành tính hay ác tính để xử trí phù hợp. Siêu âm có tác dụng hỗ trợ, hướng dẫn chọc hút tế bào, tránh tình trạng hoặc là bỏ sót tổn thương ác tính hoặc lạm dụng phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp khiến bệnh nhân phải điều trị bằng hormone tuyến giáp suốt đời.

Để góp phần hiểu rõ hơn về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tuyến giáp đặc biệt là kết quả chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm để phân biệt bướu nhân lành tính với bướu nhân ác tính. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu : “Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm tuyến giáp và kết quả chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết-Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2018.

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng cách chọn mẫu thuận tiện: chọn được 620 bệnh nhân BNTG có đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2018.

Xử lý số liệu:

Các số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ kết hợp với phiên giải, bàn luận.

Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện tuân theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu 620 bệnh nhân BNTG được chọc hút bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm thấy tuổi trung bình là $51,5 \pm 13,1$; tuổi nhỏ nhất là 7 tuổi, cao nhất là 95 tuổi trong đó nữ chiếm tỷ lệ 92,6%; nam là 7,4%; tỷ lệ nữ/nam = 12/1.

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp

Bảng 3.1. Tỷ lệ các triệu chứng thường gặp ở người có bướu nhân tuyến giáp

Triệu chứng cơ năng	n	%
Tự phát hiện khối u vùng cổ	502	80,9
Tức nặng vùng cổ	409	66
Nuốt vướng, nghẹn	110	17,7
Nói khàn	69	11,1
Hạch cổ	16	2,5
Đau	6	0,9
Không có triệu chứng	9	1,5

Đa số các bướu giáp nhân phát hiện qua triệu chứng tự phát hiện thấy khối u vùng cổ 80,9%, tức nặng vùng cổ 66%, nuốt vướng, nghẹn 17,7%. Tuy nhiên cũng có 1,5% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, tình cờ phát hiện được qua siêu âm kiểm tra sức khỏe định kỳ. Các triệu chứng lâm sàng khác của bướu giáp nhân rất nghèo nàn, chiếm tỷ lệ rất thấp như: nói khàn 11,1% , hạch cổ (2,5%), đau (0,9%),

khó thở (0,9%). Triệu chứng khàn tiếng mới xuất hiện có thể do khối u xâm lấn vào dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Khó nuốt hoặc đau vùng cổ cũng gợi ý một khối u ác tính, mặc dù những triệu chứng này cũng có thể gặp ở u lành tính. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến khám bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của các tác giả khác như Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Hoa Hồng [1], [2] .

Bảng 3.2. Đặc điểm, tính chất bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng

Đặc điểm, tính chất		n	%
Vị trí	Sờ thấy ở thùy phải	252	40,6
	Sờ thấy ở thùy trái	238	38,4
	Sờ thấy ở eo	16	2,6
	Sờ thấy ở cả 2 thùy	105	16,9
	Không sờ thấy	9	1,5
Tổng		620	100
Mật độ	Mềm	586	95,9
	Cứng	25	4,1
Tổng		611	100
Ranh giới	Rõ	601	98,4
	Không rõ	10	1,6
Tổng		611	100
Phân độ	IA	79	12,9
	IB	92	15,1
	II	212	34,7
	III	228	37,3
Tổng		611	100
Di động	Theo nhịp nuốt	619	99,8
	Cố định	1	1,2
Tổng		620	100
Thâm nhiễm da	Không thâm nhiễm	620	100
	Thâm nhiễm	0	0
Tổng		620	100

- Vị trí hay gặp nhất là thùy phải: 252 nhân (40,6%), thùy trái 238 nhân (38,4%), cả 2 thùy 105 nhân (16,9%). Eo gặp 9 nhân (1,5%).

- Bướu giáp trên lâm sàng chủ yếu độ II,III chiếm tỷ lệ 72%. Đa số bướu giáp trên lâm sàng có mật độ mềm (95.9%), ranh giới rõ (98,4%), di động theo nhịp nuốt

(99,8%). Không có trường hợp nào có biểu hiện thâm nhiễm da.

- Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác : nghiên cứu của tác giả Lâm Văn Hoàng, Vũ Thị Bích Nga cũng cho kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp giữa bên phải và bên trái [3], [4].

Bảng 3.3. Đặc điểm hạch vùng trên lâm sàng

Đặc điểm hạch cổ		n	%
Hạch cổ	Có	16	2,6
	Không	604	97,4
Tính chất	Cứng	2	12,5
	Mềm	14	87,5
Di động	Hạn chế di động	2	12,5
	Di động bình thường	14	87,5

Đa số bệnh nhân không có hạch cổ trên lâm sàng chiếm 97,4%. Có 16 bệnh nhân xuất hiện hạch cổ chiếm tỷ lệ 2,6%. Trong số các bệnh nhân xuất hiện hạch cổ trên lâm sàng, đa phần hạch có tính chất là mềm, di động (87,5%). Có 2 bệnh nhân hạch cổ có tính chất cứng, hạn chế di động

chiếm tỷ lệ 12,5%. Theo Nguyễn Thị Hoa Hồng tỷ lệ phát hiện hạch trên lâm sàng là 5,4% và tất cả những bệnh nhân này đều có kết quả sau mổ là ung thư tuyến giáp, có di căn hạch [2].

3.2. Kết quả siêu âm

Bảng 3.4. Đặc điểm, tính chất bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm

Đặc điểm, tính chất		n	%
Số lượng	Đơn nhân	407	65,6
	Đa nhân	213	34,4
Tổng		620	100
Kích thước	< 1 cm	180	29,0
	1- 4 cm	419	67,6
	> 4 cm	21	3,4
Tổng		620	100
Hình dạng	Dọc > Ngang	34	5,5
	Dọc ≤ Ngang	586	94,5
Tổng		620	100
Cấu trúc	Nhân đặc	412	66,5
	Nhân nang	59	9,5
	Nhân hỗn hợp	149	24
Tổng		620	100
Đặc điểm âm vang của nhân đặc	Nhân đặc giảm âm	286	46,1
	Nhân đặc đồng âm	111	26,9
	Nhân đặc tăng âm	15	3,6
Tổng		412	100
Vôi hóa	Vi vôi hóa	35	5,2
	Vôi hóa đại thể	77	12,4
	Không	508	81,9
Tổng		620	100
Ranh giới	Ranh giới không rõ	8	1,3
	Ranh giới rõ	612	98,7
Tổng		620	100
Sự xuất hiện hạch vùng	Không	604	97,4
	Có	16	2,6
Tổng		620	100

- Số lượng bướu giáp đơn nhân chiếm tỷ lệ 65,6%, bướu đa nhân chiếm tỷ lệ 34,4%. Kích thước bướu nhân thường từ 1 – 4 cm (67,6%). Hầu hết trên siêu âm bướu nhân giáp có hình dạng dọc \leq ngang (94,5%); ranh giới rõ (98,7%) và không vôi hóa (81,9%). Cấu trúc của bướu nhân chủ yếu là dạng nhân đặc (66,5%), trong đó nhân đặc giảm âm là 46,1%, nhân đặc đồng âm là

26,9%, nhân đặc tăng âm là 3,6%. Phần lớn bệnh nhân bướu giáp trong nghiên cứu không có hạch vùng trên siêu âm (97,4%).

- Kết quả của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu khác : nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Bình, Nguyễn Hoa Thu Hồng, Lâm Văn Hoàng, Trần Văn Tuấn, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Trịnh Văn Tuấn [1], [2], [3], [5].

Bảng 3.5. Phân độ TIRADS trên siêu âm

Phân độ TIRADS	n	%
TIRADS1	214	34,5
TIRADS2	163	26,3
TIRADS 3	162	26,1
TIRADS 4	67	10,8
TIRADS 5	14	2,3
Tổng	620	100

Trên siêu âm TIARDS (1),(2),(3) chiếm tỷ lệ 86,9%. TIRADS (4),(5) chiếm tỷ lệ 13,1%. Trong đó TIRADS 1,2,3 chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,5%, 26,3% và 26,1%; TIRADS 4,5 chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,8% và 2,3%. Không có bệnh nhân nào TIRADS 6.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả khác [7], [8].

3.3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm

Bảng 3.6. Kết quả tế bào học bằng US-FNA

Kết quả chọc hút tế bào	n	%
Ác tính	34	5,5
Nghi ngờ ác tính	21	3,4
Lành tính	565	91,1
Tổng	620	100

Tỷ lệ ác tính trên kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,5%, nghi ngờ ác tính là 3,4%, tỷ lệ lành tính là 91,1%. Kết quả tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa Hồng thấy chọc hút kim nhỏ có kết quả 60% lành tính, 5,5% ác tính, và 5,4% nghi ngờ ác tính [2]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga thực hiện trên 339 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm thấy tỷ lệ bướu giáp lành tính là 90,6%, tỷ lệ ung thư tuyến giáp là 9,4% [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 620 BN bướu nhân tuyến giáp được chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại BVĐK tỉnh Ninh Bình chúng tôi thấy triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn. Đa số trường hợp là do người bệnh tự phát hiện thấy khối u vùng cổ (80,9%) hoặc cảm giác tức nặng vùng cổ (66%). Các triệu chứng khác thường xuất hiện ít hơn như triệu chứng nuốt vướng, nghẹn (17,7%), nói khàn (11,1%) và 1,5% không có triệu chứng.

Siêu âm tuyến giáp là thăm dò hình ảnh giúp chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp chính xác, được chỉ định thường quy trên lâm sàng và giúp phát hiện các nhân không sờ thấy được trên lâm sàng. Đa số trường hợp



là bướu đơn nhân (65,6%); có kích thước từ 1 – 4 cm (67,6%); tổn thương ở BNTG chủ yếu là nhân đặc (66,5%) và không có dấu hiệu vôi hóa nhân trên siêu âm (81,9%); các bướu nhân tuyến giáp có ranh giới rõ (98,7%) và 100% bệnh nhân có tổn thương nang trên siêu âm đều có bờ nang rõ. Trên siêu âm chủ yếu là TIARDS (1),(2),(3) chiếm tỷ lệ 86,9%. TIRADS (4),(5) chiếm tỷ lệ 13,1%. Không có bệnh nhân nào TIRADS 6.

Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn

siêu âm (US-GFNA) giúp xác định bướu nhân lành tính hay ác tính và có tỷ lệ ác tính là 5,5%, nghi ngờ ác tính là 3,4%, tỷ lệ lành tính là 91,1%.

Như vậy, ngoài việc giúp xác định đặc điểm hình thái, tính chất của bướu nhân tuyến giáp thì siêu âm còn hỗ trợ bác sỹ trong quá trình chọc hút tế bào bằng kim nhỏ nhằm chẩn đoán sớm và chính xác, góp phần quyết định lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (1999)**, "Đặc điểm bướu giáp nhân đánh giá bằng siêu âm và điều trị một vài loại bướu giáp nhân bình giáp". Luận văn tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Hoa Hồng (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, tế bào học và kết quả mô bệnh học của bướu nhân tuyến giáp" Luận văn thạc sỹ Y học Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. **Lâm Văn Hoàng (2013)**, "Đánh giá giá trị tiên đoán ác tính của các triệu chứng lâm sàng, siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) tuyến giáp trên bệnh nhân có bướu giáp nhân". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(3), 55
4. **Vũ Thị Bích Nga (2014)**, "Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm", *Tạp chí y học thực hành số 6*, trang 427
5. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2015)**, "Vai trò của siêu âm và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư giáp". *Tạp chí nghiên cứu y học tập 5*, trang 115 – 122.
6. **Bozkurt H et al (2016)**, "Comparison of 1869 thyroid ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsies between general surgeons and interventional radiologists". *Annals of Medicine and Surgery*. 10:92 - 102
7. **Zhang, J. et al (2015)**, "Prospective validation of an ultrasound-based thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) on 3980 thyroid nodules". *Int. J Clin Exp Med* 8, 5911–5917.
8. **Zayadeen, A. R., Abu-Yousef (2016)**, "Retrospective evaluation of ultrasound features of thyroid nodules to assess malignancy risk: a step toward TI-RADS". *AJR* 207, 1–10.

ĐỐI CHIẾU HÌNH ẢNH SIÊU ÂM, CHỌC HÚT TẾ BÀO BẰNG KIM NHỎ VỚI MÔ BỆNH HỌC BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP

Nguyễn Ngọc Trung¹, Trần Thị Như Quỳnh¹, Chu Thị Giang², Phạm Hoàng Bích Ngọc¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Nguyễn Trung Nghĩa¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 620 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm (US-GFNA) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình có đối chiếu với kết quả mô bệnh học của 77 BN sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy:

Đối chiếu giữa hình ảnh siêu âm với kết quả mô bệnh học thấy rằng các dấu hiệu có giá trị trên siêu âm gợi ý nhân giáp ác tính bao gồm bướu đa nhân, chiều dọc > ngang, nhân đặc, giảm âm và có dấu hiệu vôi hóa. Đồng thời, sự khác biệt về phân độ TIRADS của nhân tuyến giáp trên siêu âm giữa hai nhóm bệnh nhân có kết quả tế bào học là lành tính và ác tính là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đối chiếu giữa siêu âm với tế bào học chúng tôi nhận thấy nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp tăng dần theo phân loại TIRADS.

Đối chiếu kết quả chọc hút tế bào với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật ở 77 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bướu nhân tuyến giáp chúng tôi thấy giá trị của phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy 89,47%, độ đặc hiệu 74,14%, giá trị tiên đoán dương 46,88%; giá trị tiên đoán âm 95,56% và độ chính xác 77,92%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng kích thước nhân càng lớn thì US-GFNA cho kết quả chính xác càng cao. Với những nhân có kích thước ≥ 3 cm, US-GFNA cho độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 100%; 90%; 90,5%. Ngược lại, với những nhân có đường kính < 1 cm, US-FNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 77,7%; 42,8%; 62,5%.

Đối chiếu kết quả siêu âm, chọc hút tế bào tuyến giáp dưới hướng dẫn của siêu âm với mô bệnh học cho thấy khi kết hợp phân độ TIRADS với chọc hút tế bào bằng kim nhỏ thì giá trị độ nhạy là 93,33%; độ đặc hiệu là

80,4%; giá trị tiên đoán dương là 60,8%; giá trị tiên đoán âm là 97,36% và độ chính xác là 83,6%. Khi so sánh với sự kết hợp phân độ TIRADS với kết quả tế bào học qua chọc hút kim nhỏ chúng tôi thấy các giá trị về độ nhạy, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm đều tăng.

Từ khóa: Hình ảnh siêu âm bướu nhân tuyến giáp; chọc hút tế bào

ABSTRACT

COMPARISON OF ULTRASOUND IMAGES, ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY RESULTS WITH HISTOPATHOLOGY RESULTS OF THYROID NODULES

The cross-sectional descriptive study on 620 patients with thyroid gland being aspirated by fine needles under the guidance of ultrasound (US-GFNA) at Ninh Binh General Hospital compared with the results of histopathology of 77 patients after surgery. The results show that:

The comparison between ultrasound images and histopathological results shows that ultrasound markers suggest malignant thyroid nodules includes polypeptic, vertical > horizontal, solid, hypoechoic nodule, with signs of calcification. At the same time, the difference in TIRADS classification of thyroid nodules on ultrasound between two groups of patients with benign and malignant cytological results was statistically significant ($p < 0.05$). Comparing the ultrasound with cytology, we found that the risk of malignancy of thyroid nodules increased with TIRADS classification.

Comparing results of cell aspiration with histopathological results after surgery in 77 patients undergoing surgery to treat thyroid nodules we found

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả chính: Nguyễn Ngọc Trung, 0912877762, drtrung82@gmail.com

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

the method of US-GFNA has the sensitivity of 89.47%, specificity of 74.14%, positive predictive value of 46.88%; negative predictive value of 95.56% and accuracy of 77.92%. Our study also showed that the larger the kernel was, the more accurate the US-GFNA results were. For kernel sizes of ≥ 3 cm, US-GFNA gave the sensitivity of 100%, specificity of 90% and the accuracy of 90.5%. In contrast, for kernels with a diameter <1 cm, US-GFNA had the sensitivity of 77.7%, specificity and accuracy of 42.8% and 62.5%.

The comparison of US-GFNA of thyroid cells with histopathology results shows that when combining TIRADS classification with aspiration with small needles, the sensitivity value was 93.33%; specificity 80.4%; positive predictive value 60.8%; the negative predictive value 97.36% and the accuracy 83.6%. When comparing the combination of TIRADS classification with the US-GFNA results, we found that the sensitivity, accuracy, positive predictive value and negative predictive value all increased.

Keywords: Ultrasound images of thyroid; cell aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là một bệnh thường gặp trong các bệnh lý tuyến giáp. Đa số bướu nhân tuyến giáp không có triệu chứng, mà được phát hiện tình cờ do khám bệnh khác hoặc kiểm tra sức khỏe định kỳ. Bệnh chiếm khoảng 4-7% dân số, trong đó đa số là bướu nhân lành tính, chỉ khoảng 4-5% là bướu nhân ác tính.

Hình thái học của bướu nhân tuyến giáp rất đa dạng nên thường không phát hiện được qua khám lâm sàng, đặc biệt việc chẩn đoán sớm ung thư tuyến giáp vẫn còn nhiều tranh cãi. Hiện nay, rất nhiều bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp không có chẩn đoán tế bào học trước phẫu thuật. Nên việc điều trị theo hướng ung thư chỉ được quyết định khi có kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến tinh thần, kinh tế của bệnh nhân cũng như hiệu quả điều trị. Do đó, việc chẩn đoán sớm ung thư tuyến giáp là một mục tiêu rất lớn được đặt ra.

Siêu âm là một kỹ thuật đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, nhất là với các bướu nhân có đường kính $< 1,0$ cm mà không thể phát hiện được qua khám lâm sàng. Kỹ thuật này giúp xác định bướu giáp đơn nhân hay đa nhân, kích thước các nhân, thể tích bướu giáp đồng thời siêu âm tuyến giáp còn giúp phân biệt các nang giáp

đơn thuần có nguy cơ bị ung thư rất thấp với các nhân đặc, nhân hỗn hợp có nguy cơ bị ung thư tuyến giáp cao hơn. Siêu âm là phương tiện đáng tin cậy trong chẩn đoán BNTG và giúp phát hiện sự thay đổi cấu trúc tuyến từ rất sớm. Do vậy, nhiều tác giả như Lê Hồng Cúc, Breslin đã đề xuất nên sử dụng siêu âm như một phương tiện sàng lọc BNTG [6]. Dưới hướng dẫn của siêu âm việc chọc hút kim nhỏ làm tế bào học cho kết quả tế bào học nhanh nhất, chính xác nhất giúp các nhà lâm sàng có lựa chọn tối ưu nhất trong việc điều trị. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm có tỉ lệ thành công cao hơn, đặc biệt là các nhân dưới 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp cần lấy tổn thương ở phần đặc. Trong trường hợp bướu đa nhân, siêu âm giúp xác định nhân nào cần chọc hút [6], [7].

Tuy nhiên để thấy giá trị của phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ chính xác, độ tin cậy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm như thế nào? Việc triển khai kỹ thuật chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm có nên trở thành thường quy trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp không? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Đổi chiều hình ảnh siêu âm, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ với mô bệnh học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết-Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp và được phẫu thuật trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2018.

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng cách chọn mẫu thuận tiện: Chọn được 620 bệnh nhân BNTG có đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2018 trong đó có 77 bệnh nhân phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học.

Xử lý số liệu:

Các số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ kết hợp với phiên giải, bàn luận.

Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình. Kiểm định χ^2 để

xác định mức độ khác nhau khi so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Xác định các chỉ số: Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính bằng phương pháp lập bảng.

Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện tuân theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chọc hút bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm của 620 BN tại BVĐK tỉnh Ninh Bình có đối chiếu với kết quả mô bệnh học của 77 BN sau phẫu thuật, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

3.1. Đối chiếu kết quả siêu âm với kết quả mô bệnh học

Bảng 3.1. Đối chiếu kết quả siêu âm với kết quả mô bệnh học(n=77)

Đặc điểm BNTG trên siêu âm		Kết quả mô bệnh học		χ^2 (p)
		Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	
Số lượng	Đơn nhân	27 (46,6)	4 (21,1)	3,9 (0,04)
	Đa nhân	31 (53,4)	15 (78,9)	
Kích thước	< 1 cm	11 (78,5)	3 (21,4)	0,1 (0,75)
	≥ 1 cm	47 (74,6)	16 (25,4)	
Hình dạng	Dọc ≤ Ngang	55 (94,8)	6 (31,6)	34,7 (< 0,0001)
	Dọc > Ngang	3 (5,2)	13 (68,4)	
Âm vang	Nhân đặc	28 (48,3)	16 (84,2)	7,8 (0,02)
	Nhân nang	5 (8,6)	0	
	Nhân hỗn hợp	25 (43,1)	3 (15,8)	
Cấu trúc âm	Tăng, đồng âm	12 (20,7)	0	8,3 (0,002)
	Giảm âm	46 (79,3)	19 (100)	
Tính chất vôi hóa	Không	47 (81)	8 (42,1)	16,9 (0,001)
	Có	11 (19)	11 (57,9)	

Nghiên cứu của chúng tôi thấy bướu giáp đa nhân có tỷ lệ ung thư hóa cao hơn có ý nghĩa so với bướu đơn nhân (78,9% so với 21,1%). Bướu có hình dạng dọc > ngang có tỷ lệ ung thư hóa cao hơn có ý nghĩa so với bướu có hình dạng dọc ≤ ngang (68,4% so với 31,6%). Hầu hết ung thư tuyến giáp có cấu trúc là đặc hoặc dạng hỗn hợp, giảm âm trên siêu âm, không gặp ung thư hóa ở nhân tuyến giáp có cấu trúc dạng nang, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Vôi hóa gặp trong 57,9% các bướu tuyến giáp và được chia thành nhiều loại: vôi vôi hóa, vôi hóa lớn và vôi hóa viên. Nhân ác tính gặp tỷ lệ vôi hóa nhiều hơn đặc biệt là vôi hóa là đặc điểm siêu âm có liên quan nhiều đến nhân ác tính, khi khảo sát nhân tuyến giáp cần chú ý đặc điểm này.

Kết quả này phù hợp với kết quả của một số tác giả khác: Nguyễn Thị Hoa Hồng [1], Trịnh Thị Thu Hồng [2], Trần Văn Tuấn [5].



Bảng 3.2. Đối chiếu kết quả siêu âm theo phân độ TIRADS với kết quả mô bệnh học (n=77)

Phân độ TIRADS	Kết quả mô bệnh học		c 2 (p)	Nguy cơ ác tính
	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)		
TIRADS 1	21 (100)	0	33,6 (0,0001)	0
TIRADS 2	12 (100)	0		0
TIRADS 3	6 (100)	0		0
TIRADS 4a	11 (91,7)	1 (8,3)		8,3
TIRADS 4b	5 (50)	5 (50)		50
TIRADS 4c	2 (22,2)	7 (77,8)		77,8
TIRADS 5	1 (14,3)	6 (85,7)		85,7
Tổng	58 (75,3)	19 (24,7)		

Sự khác biệt về phân độ TIRADS trên siêu âm của nhân tuyến giáp giữa hai nhóm lành tính và ác tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Nhân phân độ TIRADS càng cao nguy cơ ác tính càng cao. TIRADS 4a, 4b,

4c, 5 nguy cơ ác tính lần lượt là 8,3% ;50% ; 77,8% và 85,7%.

Kết quả này cũng tương đương kết quả của tác giả Trịnh Thị Thu Hồng [2].

Bảng 3.3. Đối chiếu kết quả chọc hút tế bào với mô bệnh học

Kết quả TBH	Kết quả MBH		Tổng
	Lành tính n(%)	Ác tính n(%)	
Ác tính	3 (19)	13 (81)	16
Nghi ngờ ác tính	12 (75)	4 (25)	16
Âm tính	43 (96)	2 (4)	45
Tổng	58 (75,3)	19 (24,7)	77
X ² (p)	35,5 (<0,00001)		

(*): Các trường hợp tế bào ác tính và nghi ngờ ác tính coi là dương tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 77 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân, các bệnh nhân này đều được xét nghiệm mô bệnh học nhân giáp sau phẫu thuật. Khi so sánh kết quả tế bào học qua chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật chúng tôi thấy giá trị của phương pháp chọc

hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm như sau: Độ nhạy 89,47%, độ đặc hiệu 74,14%, giá trị tiên đoán dương 46,88% ; giá trị tiên đoán âm 95,56%, độ chính xác 77,92%.

Kết quả này chưa tương đồng với kết quả của một số tác giả khác như Lâm Văn Hoàng [3],Trần Văn Tuấn [8]. Có thể do còn phụ thuộc vào việc thực hiện kỹ thuật và kinh nghiệm đọc tế bào.

Bảng 3.4. Kết quả chẩn đoán của US-FNA theo kích thước bướu giáp nhân

Kích thước	MBH ác tính		MBH lành tính		Se/Sp	Độ chính xác
	FNA(+)	FNA(-)	FNA(+)	FNA(-)		
< 1 cm	3	1	1	2	75,0/66,7	71,4
≥ 1 cm	10	1	2	41	90,9/95,2	94,3
< 2 cm	10	2	3	12	83,3/80,0	81,5
≥ 2 cm	3	0	0	31	100/100	100
< 3 cm	12	2	3	26	85,7/89,6	88,4
≥ 3 cm	1	0	0	17	100/100	100

Kích thước nhân càng lớn thì US-FNA cho kết quả chính xác càng cao, cụ thể như sau:

- Với những nhân có đường kính < 1 cm, US-FNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 75,0%; 66,7; 71,4%.

- Với những nhân có đường kính < 2 cm, US-FNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 83,3%; 80,0%; 81,5%.

- Với những nhân có đường kính < 3 cm, US-FNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 85,7%;

89,6%; 88,4%.

- Với những nhân có kích thước ≥ 2 cm, US-FNA cho độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác là 100%

Kết quả nghiên cứu của Yoon JH và cs [8] cũng thấy rằng độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của US-FNA tăng tỷ lệ thuận với kích thước BNTG, với những nhân có kích thước dưới và trên 2 cm thì độ nhạy lần lượt là 72.2% và 88.1%; những nhân có kích thước dưới và trên 3 cm thì độ nhạy lần lượt là 88.0% và 87.4%.

Bảng 3.5. Đối chiếu kết quả siêu âm + US-FNA với kết quả mô bệnh học

Siêu âm + US-FNA	Kết quả MBH		Tổng
	Lành tính n(%)	Ác tính n(%)	
Dương tính	9(39,1)	14(60,9)	23
Âm tính	37(97,4)	1(2,6)	38
Tổng	46(75,4)	15(24,6)	61
X ² (p)	22,6 (<0,00001)		

Trong nghiên cứu khi kết hợp phân độ TIRADS với chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chúng tôi thấy giá trị như sau: độ nhạy: 93,33% ; độ đặc hiệu: 80,4%; giá trị tiên đoán dương: 60,8%; giá trị tiên đoán âm: 97,36%; độ chính xác: 83,6%. Khi so sánh với sự kết hợp phân độ TIRADS với kết quả tế bào học qua chọc hút kim nhỏ chúng tôi thấy tăng độ nhạy từ 89,47% lên 93,33%; tăng độ chính xác từ 77,92% lên 83,6%, tăng các giá trị tiên đoán dương, tiên đoán âm. Siêu âm với chọc hút kim nhỏ (FNA): Với nhân tuyến giáp đơn độc siêu âm giúp xác định đúng vị trí cần

chọc hút nhất là đối với những nhân có cấu trúc hỗn hợp. Với tuyến giáp đa nhân siêu âm giúp chọn lọc nhân cần chọc hút dựa trên các đặc điểm siêu âm nghi ngờ. FNA dưới hướng dẫn của siêu âm làm giảm tỷ lệ mẫu không đủ tiêu chuẩn trong khi giữ nguyên hoặc tăng độ nhạy và độ đặc hiệu, giảm tỷ lệ âm tính giả do chọc kim sai vị trí.

III. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 620 BN bướu nhân tuyến giáp được chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại



BVĐK tỉnh Ninh Bình có đối chiếu với kết quả mô bệnh học của 77 BN sau phẫu thuật, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Dấu hiệu có giá trị trên siêu âm gợi ý nhân giáp ác tính bao gồm bướu đa nhân, chiều dọc > ngang, nhân đặc, giảm âm và có dấu hiệu vôi hóa.

- Nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp tăng dần theo phân loại TIRADS 4a, 4b, 4c, 5 lần lượt là 8,3%; 50%; 77,8%; 85,7%. Chẩn đoán chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 3 - 4 rất có ý nghĩa phân biệt tổn thương ác tính và lành tính.

- Giá trị chọc US-GFNA với kết quả mô bệnh học:

Độ nhạy 89,47%, độ đặc hiệu 74,14%, giá trị tiên đoán dương 46,88% ; giá trị tiên đoán âm 95,56%, độ

chính xác 77,92%.

Với những nhân có đường kính < 1 cm, US-GFNA có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 75,0%; 66,7 %; 71,4%.

- Giá trị chẩn đoán khi kết hợp kết quả siêu âm theo phân độ TIRADS với US-GFNA: độ nhạy 93,33%; độ đặc hiệu 80,4%; giá trị tiên đoán dương 60,6%; giá trị tiên đoán âm 97,36%; độ chính xác 83,6%.

IV. KIẾN NGHỊ

Kết hợp siêu âm và sinh thiết kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nên được tiến hành thường quy trong việc khám và khảo sát các thương tổn các bướu nhân tuyến giáp nghi ngờ ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoa Hồng (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, tế bào học và kết quả mô bệnh học của bướu nhân tuyến giáp” Luận văn thạc sỹ Y học Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. Trịnh Thị Thu Hồng, Vương Thừa Đức (2010), “Hình ảnh của siêu âm trong dự đoán ung thư bướu giáp đa nhân”. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), 55
3. Lâm Văn Hoàng (2013), “Đánh giá giá trị tiên đoán ác tính của các triệu chứng lâm sàng, siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) tuyến giáp trên bệnh nhân có bướu giáp nhân”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(3), 55
4. Trần Việt Thắng(2014), “Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bướu giáp nhân”. *Thời sự Y học*, số 8, trang: 19 – 22.
5. Trần Văn Tuấn, Nguyễn Đình Tùng (2010). Khảo sát hình ảnh siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm các khối bất thường tuyến giáp tại bệnh viện trung ương Huế, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(4), 518.
6. Bozkurt H et al (2016), “Comparison of 1869 thyroid ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsies between general surgeons and interventional radiologists”. *Annals of Medicine and Surgery*.10:92 - 102
7. Cesur M, Corapcioglu D, Bulut S, et al (2006), “Comparison of palpation-guided fine-needle aspiration biopsy to ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the evaluation of thyroid nodules”. *Thyroid*. 16:555–61.
8. Yoon JH, Kwak JY, et al (2011), “The diagnostic accuracy of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy and the sonographic differences between benign and malignant thyroid nodules”. *Thyroid*;21:993–1000.

THỰC HÀNH TIÊM TÍNH MẠCH AN TOÀN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2019

La Thanh Chí Hiếu¹, Phạm Hùng Lực², Bùi Thị Mỹ Anh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ với mục tiêu mô tả thực hành và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính, khảo sát trên tổng số 171 điều dưỡng tại 16 khoa lâm sàng và quan sát trực tiếp 342 mũi tiêm tĩnh mạch do điều dưỡng thực hiện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 61,4% thực hành đạt mũi tiêm tĩnh mạch an toàn. Kết quả phân tích các yếu tố ảnh hưởng cho thấy trình độ chuyên môn của điều dưỡng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng viên ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tiêm tĩnh mạch an toàn, điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

ABSTRACT:

SAFETY INJECTION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG NURSES IN CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2019

A cross sectional study aimed to describe the proportion of safety injection and its association factors among nurses was conducted in 2019 at Can Tho general hospital. The study design using the quantitative method that surveyed on a total of 171 nurses and 342 observed-injections. These study tools including the self-administered questionnaire and checklists were pilot tested and revised before officially being used for data collection. The results showed the proportions of properly practice of safety injection among nurses were 61.4%. The study has explored the statistically association between safety injection with nurse's specialized qualification levels ($p < 0.05$).

Keywords: Safety injection, nurses, Cantho general Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm kỹ thuật dùng kim đưa thuốc, dịch vào tĩnh mạch với góc tiêm 15- 30⁰ so với mặt da. Khi tiêm chọn tĩnh mạch nổi rõ, mềm, không di động, da vùng tiêm nguyên vẹn [4].

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tiêm là thủ thuật phổ biến nhất, đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị tại cơ sở y tế mà đặc biệt là trong trường hợp bệnh diễn tiến nặng, bệnh cấp cứu [2]. Hàng năm có 16 tỷ mũi tiêm, trên toàn thế giới trung bình một người tiêm 1,5 mũi tiêm/năm. Trong đó tiêm với mục đích điều trị là 90% - 95%, tiêm với mục đích tiêm chủng là 5% - 10%. Nhưng có khoảng 20-50% mũi tiêm ở các nước đang phát triển là chưa đạt tiêu chí mũi tiêm an toàn [4] [7]. Tiêm không an toàn còn làm lây truyền các bệnh: viêm gan B, viêm gan C và lây nhiễm HIV... Cụ thể, năm 2010, có tới 1,7 triệu người bị nhiễm siêu vi viêm gan loại B, lên đến 315.000 người mắc bệnh viêm gan siêu vi C và 33800 người nhiễm HIV qua tiêm không an toàn [1]. Tiêm không an toàn cũng có thể gây các biến chứng khác như áp-xe và phản ứng nhiễm độc, choáng phản vệ [4].

Tiêm là kỹ thuật phổ biến nhất trong công việc của điều dưỡng, vì vậy sự hiểu biết và kỹ năng thực hành của điều dưỡng là hết sức cần thiết và nên đánh giá để có cơ sở can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành cho đội ngũ điều dưỡng, vì vậy thực hành đúng kỹ thuật tiêm tĩnh mạch an toàn là bắt buộc đối với điều dưỡng viên nhằm đảm bảo an toàn người bệnh. Trong Thông tư 07/2011/TT-BYT năm 2011 của Bộ Y tế cũng bao gồm các nội dung liên quan đến tiêm an toàn trong công tác chăm sóc người bệnh [3]. Thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đã được hướng dẫn cụ thể thông qua Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế "Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh" nhằm nâng cao việc thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng, cũng như đạt được các

1. Trường Trung Cấp Mekong

Điện thoại: 0838181289, Email: hieultc@ydmekong.edu.vn

2. Trường ĐH Nam Cần Thơ

3. Trường ĐH Y tế Công cộng

chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam [4]. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi “mô tả thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn và một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Điều dưỡng tiếp xúc trực tiếp với người bệnh hiện tại đang công tác tại 16 khoa Lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa TP. Cần Thơ

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2 năm 2019 đến tháng 6 năm 2019 tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả để xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó

+ n: cỡ mẫu tối thiểu

+ $Z^2 \frac{1-\alpha}{2} = 1,96$ là giá trị tương ứng với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$

+ $p=0,201$ (tỷ lệ mũi tiêm an toàn theo nghiên cứu của Đỗ Mộng Thùy Linh tại khoa Lâm sàng Bệnh viện đa khoa Trà Vinh năm 2015 [5])

+ $d=0,05$ độ chính xác tuyệt đối mong muốn

Sau khi thay số vào công thức, cỡ mẫu của nghiên cứu là $n=246$ mũi tiêm tĩnh mạch, qua tham khảo một số nghiên cứu về tiêm an toàn tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu quan sát từ 1 đến 2 mũi tiêm. Trên thực tế, để thuận lợi cho việc tính số mũi tiêm tĩnh mạch/ 1 điều dưỡng, tôi chọn toàn bộ 171 điều dưỡng công tác tại 16 khoa lâm sàng, với số lần quan sát 02 mũi tiêm tĩnh mạch/ 01 điều dưỡng. Như vậy tổng số mũi tiêm thực hiện quan sát là 342 mũi tiêm tĩnh mạch.

5. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi phỏng vấn sâu và bảng kiểm kỹ thuật tiêm tĩnh mạch an toàn của người điều

dưỡng nhằm mô tả thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của người điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng.

6. Bộ công cụ và các biến số nghiên cứu

Các biến số về thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn được xây dựng theo quy định của Bộ Y tế về thực hiện mũi tiêm an toàn, gồm 20 tiêu chí.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn

Mỗi điều dưỡng được quan sát 2 mũi tiêm, được đánh giá là đạt khi thực hiện đúng cả 2 mũi tiêm

Tính điểm cho phần thực hành về tiêm tĩnh mạch an toàn phải thực hiện đạt 20 tiêu chí trong 1 quy trình. Nếu có 1 tiêu chí thực hành sai hoặc không thực hiện xem như không đạt về thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn.

Đánh giá thực hành đạt tiêu chuẩn tiêm tĩnh mạch an toàn: khi đạt 20/20 điểm.

Đánh giá thực hành không đạt tiêu chuẩn tiêm tĩnh mạch an toàn: khi đạt < 20/20 điểm.

7. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả và thống kê suy luận nhằm phân tích tìm những yếu tố ảnh hưởng giữa thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn với các yếu tố xã hội nhân khẩu, nghề nghiệp, các yếu tố tiếp cận thông tin về tiêm tĩnh mạch an toàn, kiến thức về tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng

8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ những quy định về đạo đức trong nghiên cứu và chỉ tiến hành khi được chấp thuận và phê duyệt của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng theo Quyết định số 201/2019/YTCC-HD3 ngày 22 tháng 4 năm 2019.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 171 điều dưỡng đang công tác ở 16 khoa Lâm sàng Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. Điều dưỡng tại bệnh viện chủ yếu là nữ giới với 118 điều dưỡng chiếm 69,0%; nam giới 53 chiếm 31,0%. Phần lớn thuộc nhóm dưới hoặc bằng 30 tuổi chiếm 74,3% và nhóm trên 30 tuổi chỉ chiếm 25,7%. Về trình độ học vấn, điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ 66,7% và nhóm có trình độ trung cấp chiếm 33,3%. Đa số điều dưỡng có thời gian công tác dưới 5 năm chiếm 62,0% và thấp nhất là trên 10 năm chiếm tỷ lệ 11,1%.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=171)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	53	31,0
Nữ	118	69,0
Tuổi trung bình		
≤ 30 tuổi	127	74,3
Trên 30 tuổi	44	25,7
Trình độ học vấn		
Trung cấp	57	33,3
Đại học và cao đẳng	114	66,7
Thời gian công tác trung bình		
< 5 năm	106	62,0
1-10 năm	46	26,9
>10 năm	19	11,1

2. Thực hành tiêu chuẩn mạch an toàn của điều dưỡng các khoa Lâm sàng BVĐK thành phố Cần Thơ

Bảng 2. Tỷ lệ mũi tiêm mạch an toàn của điều dưỡng các khoa Lâm sàng BVĐK thành phố Cần Thơ (n=342)

Thực hành	Đạt		Không đạt	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ B (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.	288	84,2	54	15,8
Thực hiện 5 đúng – Nhận định người bệnh, giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm.	296	86,5	46	13,5
Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc	270	78,9	72	21,1
Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	342	100	0	0
Rút thuốc vào bơm tiêm	342	100	0	0
Thay kim tiêm, đui khí, cho vào bao đựng bơm tiêm vô khuẩn	296	86,5	46	13,5
Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm	340	99,4	2	0,6
Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần), đặt dây ga rô/cao su phía trên vị trí tiêm khoảng 10 cm-15 cm	316	92,4	26	7,6



Mang găng tay sạch (<i>Chỉ sử dụng găng khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương</i>).	290	84,8	52	15,2
Buộc dây ga rô/cao su phía trên vị trí tiêm 10 cm-15 cm.	326	95,3	16	4,7
Sát khuẩn sạch vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc đường kính trên 10 cm, tối thiểu 2 lần	298	87,1	44	12,9
- Cầm bơm tiêm đuổi khí (nếu còn khí) - Căng da đâm kim chệch 30 ⁰ so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch	338	98,8	4	1,2
Kiểm tra có máu vào bơm tiêm, tháo dây cao su	328	95,9	14	4,1
Bơm thuốc từ từ vào tĩnh mạch đồng thời quan sát theo dõi người bệnh, theo dõi vị trí tiêm có phồng không	326	95,3	16	4,7
Hết thuốc rút kim nhanh, kéo chệch da nơi tiêm, cho bơm kim tiêm vào hộp an toàn	328	95,9	14	4,1
Dùng bông gòn khô đè lên vùng tiêm phòng chảy máu	334	97,7	8	2,3
Tháo găng bỏ vào vật đựng chất thải lây nhiễm	314	91,8	28	8,2
Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết	328	95,9	14	4,1
Thu dọn dụng cụ, rửa tay thường quy	310	90,6	32	9,4
Ghi hồ sơ	336	98,2	6	1,8

Khảo sát 342 mũi tiêm với tỷ lệ thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn như sau: Tỷ lệ thực hành đúng về tiêm tĩnh mạch an toàn cao nhất là xé vỏ bao bơm tiêm - thay kim lấy thuốc và rút thuốc vào bơm tiêm có 342 mũi tiêm thực hiện đúng chiếm tỷ lệ 100%; Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm có 340 mũi tiêm thực hiện đúng chiếm 99,4%; Đuổi khí, căng da đâm đúng góc độ 338 mũi tiêm chiếm 98,8%; Ghi hồ sơ sau khi tiêm thuốc đúng quy trình có 336 mũi tiêm chiếm 98,2%; Sau khi tiêm dùng bông gòn đè lên vùng tiêm phòng chảy máu có 334 mũi tiêm chiếm tỷ lệ 97,7%; vẫn còn nhiều mũi tiêm thực hành chưa đúng như kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc có 270 mũi tiêm chiếm 78,9%, tiếp đến là điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh có 288 mũi tiêm chiếm tỷ lệ 84,2%, chỉ sử dụng găng khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người

làm thủ thuật bị tổn thương có 290 mũi tiêm chiếm tỷ lệ 84,8% và vẫn còn rất nhiều tiêu chí thực hiện sai hoặc không thực hiện.

Qua kết quả nghiên cứu 342 mũi tiêm tĩnh mạch an toàn, cho thấy kết quả thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt chiếm 61,4%, nhưng vẫn còn 38,6% thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn chưa đạt.

Thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt cao nhất là các khoa ngoại thần kinh, nội tiết và các chuyên khoa lẻ chiếm tỷ lệ 100%. Riêng các khoa ngoại tổng hợp, ngoại lồng ngực và điều trị theo yêu cầu cũng đạt từ mức khá trở lên; tỷ lệ tiêm tĩnh mạch an toàn đạt mức thấp nhất là khoa nội tổng hợp chỉ có 23,1%.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng BVĐK thành phố Cần Thơ

Bảng 3. Yếu tố cá nhân ảnh hưởng đến thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng BVĐK thành phố Cần Thơ (n=342)

Yếu tố	Thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn không đạt		Thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt		OR	p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Nhóm tuổi						
≤ 30	106	41,7	148	58,3	1,708	0,152
>30	26	29,5	62	70,5		
Giới						
Nam	52	49,1	54	50,9	1,878	0,060
Nữ	80	33,9	156	66,1		
Trình độ học vấn						
Đại học và cao đẳng	60	26,3	168	73,7	0,208	0,000
Trung cấp	72	63,2	42	36,8		
Thâm niên công tác tại bệnh viện						
< 5 năm	98	45,3	116	54,7		
5-10 năm	28	30,4	64	69,6	1,892	0,89
>10 năm	8	21,1	30	78,9	3,103	0,57
Tham gia tập huấn tại bệnh viện						
Đã từng	112	37,1	190	62,9	0,589	0,265
Chưa từng	20	50,0	20	50,0		
Kiến thức về TAT						
Đạt	18	33,3	36	66,7	1,310	0,540
Không đạt	114	39,6	174	60,4		

Kết quả cho thấy có sự khác biệt về thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn giữa nhóm điều dưỡng có trình độ đại học và cao đẳng (73,7%) và nhóm trình độ trung cấp (36,8%). Nhóm điều dưỡng có trình độ đại học và cao đẳng thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt cao gấp 2 lần so với nhóm điều dưỡng có trình độ trung cấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Mô tả thực hành về tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng các khoa Lâm sàng BVĐK thành phố Cần Thơ

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành quan sát 171 điều dưỡng với số mũi tiêm là 342 mũi tiêm. Được đánh giá đạt khi điều dưỡng đó phải thực hành đạt cả 2 mũi tiêm. Và có tỷ lệ đạt là 61,4% với kết quả này cho thấy thấp hơn nghiên cứu của thấp hơn nghiên cứu của Triệu Quốc

Nhượng (2014) tỉ lệ đạt 22/22 TC là 68.9% [8], nhưng tỷ lệ đạt cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Mộng Thùy Linh (2015) tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh quan sát 390 mũi tiêm trên 130 điều dưỡng thực hành đạt chiếm tỷ lệ thấp chỉ 23,1% [5] và nghiên cứu của Quách Thị Hoa (2017) là 39,0% khi nghiên cứu 146 điều dưỡng [7].

Điều khác biệt ở nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác là chỉ đánh giá mũi tiêm tĩnh mạch do đó kết quả sẽ không tương đồng với những nơi khác. Tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ thực hiện công tác tiêm thuốc vẫn còn nhiều sai sót do các lý do khách quan trong đó tiêm tĩnh mạch là mũi tiêm có nhiều bước cần thực hiện nên điều dưỡng dễ bỏ qua các bước mà họ cảm thấy không cần thiết. Chính vì vậy tại các khoa cần có công tác đào tạo trực tiếp cho điều dưỡng dưới mọi hình thức cầm tay chỉ việc, cập nhật cho điều dưỡng đã làm việc

lâu năm, đào tạo cho điều dưỡng mới. Tại bệnh viện cũng cần mở thêm những lớp tiêm an toàn bao gồm cả lý thuyết lẫn thực hành cho toàn bộ điều dưỡng trong bệnh viện.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn

Nghiên cứu không tìm thấy những yếu tố ảnh hưởng giữa thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn với đặc điểm của đối tượng nghiên cứu như: Tuổi, giới tính, thâm niên công tác, tham gia tập huấn và kiến thức về tiêm tĩnh mạch an toàn.

Tuổi càng cao thì thâm niên công tác càng lâu, đây là nhóm điều dưỡng có nhiều kinh nghiệm thực hành hơn so với những điều dưỡng trẻ tuổi. Nhưng kết quả cho thấy kỹ năng tiêm thuốc của họ là như nhau, người có nhiều kinh nghiệm thì chủ quan hay bỏ qua các bước, thiếu cập nhật kiến thức mới,... các điều dưỡng trẻ thì thường học theo anh chị nên mặc dù nắm vững các bước nhưng vẫn bỏ qua giống anh chị.

Không có sự khác biệt về thực hành giữa nam nữ, mặc dù theo chúng ta nhận thấy thường nữ cẩn thận, tỉ mỉ hơn nam nhưng vì được đào tạo cùng trường nên kỹ năng của

học là như nhau.

Việc tham gia tập huấn tại bệnh viện của đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với thực hành quy trình tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng khi $p > 0,05$.

Khi tìm hiểu yếu tố ảnh hưởng giữa trình độ học vấn và thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn chúng tôi cũng tìm thấy có ý nghĩa thống kê, điều dưỡng cao đẳng, đại học thực hành tiêm tĩnh mạch đạt cao nhất là 73,7% cao gấp 2 lần so với trình độ trung cấp 36,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Thị Kim Phượng tại 3 bệnh viện trực thuộc sở Y tế Hà Nội năm 2014, điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học có chất lượng mũi tiêm tốt hơn điều dưỡng có trình độ trung cấp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [6].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ điều dưỡng thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn đạt 61,4%. Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy trình độ chuyên môn có ảnh hưởng và có ý nghĩa thống kê tới việc thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, số 07/2011/TT-BYT.
2. Bộ Y tế (2011), Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, số 18/2009/TT-BYT.
3. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm Quyết định số 3671/QĐ- BYT ngày 27/9/ 2012 về việc hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. Đỗ Mộng Thùy Linh (2015), “Kiến thức, thực hành về tiêm an toàn và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng khoa Lâm sàng Bệnh viện đa khoa Trà Vinh”, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Hà Thị Kim Phượng (2014), “Kiến thức, kỹ năng thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên và các yếu tố liên quan tại 3 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2014”, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
6. Quách Thị Hoa (2017), “Thực trạng tiêm tĩnh mạch an toàn và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2017”, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
7. Triệu Quốc Nhượng (2015) “Đánh giá thực trạng tiêm an toàn của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Sản Nhi từ 01 tháng 05 năm 2014 đến 30 tháng 12 năm 2014”, tại Cà Mau.
8. Khan, A. J., Luby, S. P., Fikree, F., Karim, A., Obaid, S., Dellawala, S., Mirza, S., Malik, T., Fisher-Hoch, S. & McCormick, J. B. (2000), “Unsafe injections and the transmission of hepatitis B and C in a periurban community in Pakistan”, Bulletin of the World Health Organization, 78(8), pp. 956-963.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG Ứ SẮT Ở BỆNH NHI THALASSEMIA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KON TUM NĂM 2018

Lê Vũ Thức¹, Nguyễn Thị Phương Mai¹, Lê Thị Đỗ Quyên¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Thị Lệ Diễm¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 22 bệnh nhi thalassemia tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum năm 2018 nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng ứ sắt. Kết quả cho thấy, triệu chứng thiếu máu (100%), lách lớn (86,4%), vàng da, kết mạc mắt (77,3%), suy dinh dưỡng thể thấp còi (72,7%), vè mặt thalassemia (63,6%), gan lớn (59,1%), xạm da (45,5%) và suy tim (27,3%). Nồng độ hemoglobin trung bình khi vào viện là $47,5 \pm 16,0$ g/L, khi xuất viện là $75,2 \pm 14,6$ g/L. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình: $403,1 \pm 232,9$ μ g/L. Có 68,2% bệnh nhi trong tình trạng ứ sắt mức độ nhẹ. Tất cả bệnh nhi nhập viện đều phải truyền máu. Lượng máu trung bình truyền cho một đợt điều trị là $14,2 \pm 5,5$ ml/kg cân nặng. Thời gian lưu trữ túi máu trung bình $8,1 \pm 6,4$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $4,7 \pm 1,8$ ngày. Số lần truyền máu trung bình trong năm là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tình trạng ứ sắt của bệnh nhi thalassemia.

Từ khóa: Thalassemia, ứ sắt, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum.

ABSTRACT

CLINICAL, PARACLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS TO THE RATIO OF IRON OVERLOAD WITH THALASSEMIA IN CHILDREN AT KON TUM GENERAL HOSPITAL IN 2018.

This is a cross-sectional study of = 22 thalassemia cases treated at the pediatric department of Kon Tum general hospital in 2018 to describe clinical, paraclinical and treatment characteristics of thalassemia disease in children and to determine some related factors affecting

status of iron overload in thalassemia patients. The results showed that: Common clinical features were anemia (100%), splenomegaly (86.4%), jaundice (77.3%), stunting malnutrition (72.7%), thalassemia facies (63.6%), hepatomegaly (59.1%), gray skin (45.5%) and cardiac failure (27.3%); Paraclinical features: the average of Hb at the hospital admission time and at the hospital discharge time was 47.5 ± 16.0 g/L and 75.2 ± 14.6 g/L, respectively; the average of serum ferritin: $403,1 \pm 232,9$ ng/mL; 59.1% of thalassemia cases had mild iron overload. Characteristics of treatment: blood transfusion rate was 100%; the average of blood volume for a course of treatment was 14.2 ± 5.5 ml / kg of body weight; the average of blood bag storage duration was 8.1 ± 6.4 days; the mean duration of treatment was 4.7 ± 1.8 days. The times of transfusion per year was a significant independent predictor of iron overload in thalassemia patients.

Key words: Thalassemia, iron overload, Kon Tum General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là nhóm bệnh dị hợp tử của rối loạn hemoglobin với hai hội chứng thiếu máu mạn và tán huyết. Bệnh tiến triển với nhiều biến chứng, do hậu quả của tình trạng thiếu máu mạn và tình trạng ứ sắt gây nên.

Hiện nay, điều trị bệnh thalassemia chủ yếu là truyền máu kéo dài thời gian sống, điều trị ứ sắt và cắt lách khi có cường lách [1-3]. Ngoài ra còn có phương pháp ghép tế bào gốc, tuy nhiên chỉ thực hiện được ở những cơ sở điều trị chuyên sâu nhưng hiệu quả không cao, nhiều biến chứng và rất tốn kém [4]. Trước khi có các thuốc thải sắt, những bệnh nhân thalassemia phải truyền máu nhiều lần

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum

Tác giả chính Lê Vũ Thức, SĐT: 0914033415, email: levuthuc@yahoo.com.vn.

thường không sống quá giai đoạn thành niên vì biến chứng tim do tình trạng ứ đọng sắt. Ngày nay, nhờ các thuốc này đã giúp tăng đáng kể tuổi thọ của người bệnh.

Để xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, đánh giá tình trạng ứ sắt và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhi thalassemia, chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng ứ sắt ở bệnh nhi thalassemia tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum năm 2018. Qua đó, giúp Bệnh viện định hướng trong việc triển khai điều trị thải sắt cũng như trong vấn đề quản lý bệnh nhi thalassemia.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán thalassemia điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018.

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thalassemie của Bộ Y tế [5, 6].

* Đối tượng loại trừ: Bệnh nhi mắc các bệnh ác tính, hội chứng thận hư, nhiễm trùng cấp và mạn tính.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân thalassemia vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum được khai thác tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu, xét nghiệm định lượng sắt huyết thanh, transferin huyết thanh, ferritin huyết thanh, T3, Free T4, TSH, SGOT, SGPT, Glucose máu, HBsAg, HCV; thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh: chụp X quang ngực thẳng, siêu âm doppler màu tim, đo ECG.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn), kiểm tra xem phân bố chuẩn hay không chuẩn bằng Shapiro-Wilk test. Mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến được áp dụng để xem xét mối quan hệ tuyến tính giữa biến phụ thuộc và biến độc lập. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 22 trẻ được chẩn đoán thalassemia điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum từ ngày 01/02/2018 đến ngày 30/11/2018.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		N	%
Lòng bàn tay	Nhợt	9	40,9
	Rất nhợt	13	59,1
Vẻ mặt thalassemia	Có	14	63,6
	Không	8	36,4
Vàng da, kết mạc mắt	Có	17	77,3
	Không	5	22,7
Da xạm	Có	10	45,5
	Không	12	54,5
Gan lớn	Có	13	59,1
	Không	9	40,9
Lách lớn	Có	19	86,4
	Không	3	13,6
Suy tim	Có	6	27,3
	Không	16	72,7
Suy dinh dưỡng	Thể thấp còi	16	72,7
	Thể gầy còm	4	18,1

Triệu chứng thiếu máu 100%, lách lớn 86,4%, vàng da, kết mạc mắt 77,3%, suy dinh dưỡng thể thấp còi 72,7%, về mặt thalassemia 63,6%, gan lớn 59,1%, xạm da 45,5% và suy tim 27,3%.

Bảng 2. Đặc điểm huyết học

Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn
RBC ($\times 10^{12}/L$)	2,7	1,0
Hb (g/L)	47,5	16,0
Hct (%)	17,1	5,9
MCV (fL)	64,9	9,5
MCH (pg)	18,2	3,3
MCHC (g/L)	280,0	25,0
RDW (fL)	76,5	19,0

Thời điểm vào viện số lượng hồng cầu trung bình là $2,7 \pm 1,0 \times 10^{12}/L$, nồng độ hemoglobin trung bình là 47,5 $\pm 16,0$ g/L, hematocrite trung bình $17,1 \pm 5,9\%$. Các chỉ số MCV, MCH, MCHC đều thấp hơn giá trị bình thường: MCV: $64,9 \pm 9,5$ fL; MCH: $18,2 \pm 3,3$ pg; MCHC: 280 ± 25 g/l; chỉ số RDW tăng: $76,5 \pm 19,0$ fL.

Bảng 3. Đặc điểm hóa sinh

Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	N	%
Nồng độ sắt huyết thanh ($\mu\text{mol}/L$)	25,4	14,7		
Nồng độ ferritin huyết thanh (ng/mL)	403,1	232,9		
Ferritin huyết thanh <300 ng/mL			7	31,8
Ferritin huyết thanh 300 – 1000 ng/mL			15	68,2
Ferritin huyết thanh 1000 – 2500 ng/mL			0	0,0
Ferritin huyết thanh >2500 ng/mL			0	0,0
Nồng độ transferin huyết thanh (ng/L)	1,7	0,7		

Nồng độ sắt huyết thanh trung bình: $25,4 \pm 14,7$ $\mu\text{mol}/L$; Ferritin huyết thanh trung bình: $403,1 \pm 232,9$ ng/mL; nồng độ ferritin huyết thanh tăng chủ yếu ở mức độ nhẹ với nồng độ từ 300 – 1.000 ng/L (68,2%).
Nồng độ transferin huyết thanh trung bình: $1,7 \pm 0,7$ ng/L.

Bảng 4. Đặc điểm về điều trị

Chỉ số	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Lượng hồng cầu khối được truyền (ml/kg cân nặng)	8,5	26,9	14,2	5,5
Thời gian lưu trữ túi máu trước khi truyền (ngày)	1	27	8,1	6,4
Nồng độ Hb trung bình ở thời điểm xuất viện (g/L)	62	105	75,2	14,6
Thời gian nằm viện (ngày)	2	8	4,7	1,8
			N	%
Số lần truyền máu trong một đợt điều trị	1 lần		18	81,8
	2 lần		4	18,2

Lượng hồng cầu khối trung bình được truyền cho một đợt điều trị là $14,2 \pm 5,5$ ml/kg cân nặng. Phần lớn bệnh nhi được truyền máu 1 lần trong một đợt điều trị 81,8%, chỉ có 18,2% được truyền 2 lần. Nồng độ Hb trung bình khi bệnh nhi xuất viện $75,2 \pm 14,6$ g/L. Thời gian lưu trữ túi máu trung bình $8,1 \pm 6,4$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 27 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $4,7 \pm 1,8$ ngày.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng ứ sắt

Phương trình hồi quy tuyến tính đa biến: $y = 332,005 - 31,325 \cdot x_1 + 33,081 \cdot x_2$ (x_1 : tuổi phát hiện bệnh, x_2 : số lần truyền máu trong năm gần đây), $p_1 = 0,057$, $p_2 = 0,000$.

Hệ số tương quan chung $R = 0,936$ và tất cả 2 yếu tố này giải thích được gần 87,6% ($R^2 = 0,876$) trường hợp tăng ferritin huyết thanh ở bệnh nhi thalassemia. Tuy nhiên, chỉ có số lần truyền máu trong năm gần đây là có ý nghĩa độc lập giải thích sự tăng ferritin huyết thanh ở bệnh nhi thalassemia.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng thiếu máu chiếm 100%, suy dinh dưỡng thể thấp còi gặp trong 72,7%, 63,6% bệnh nhi có vẻ mặt thalassemia, da xạm chiếm 45,5%, vàng da, kết mạc mắt và đau xương chiếm tỷ lệ 77,3% và 13,6%, 59,1% khám thấy gan lớn, 86,4% có lách lớn, 27,3% bệnh nhi có tình trạng suy tim. Nghiên cứu của Lâm Thị Mỹ trên 84 trường hợp thalassemia tại Bệnh viện Nhi đồng 1 cho thấy các đặc điểm lâm sàng nổi bật là thiếu máu huyết tán 100%, gan to 86,9%, lách to 81% và biến dạng xương mặt 37,8% [7]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Việt Nga tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, đặc điểm lâm sàng thường gặp là: thiếu máu 97,3%, lách to 97,3%, gan to 78,4% [8] và cũng tương tự nghiên cứu của Đỗ Thị Quỳnh Mai [9]. Như vậy, các đặc điểm lâm sàng trong nhóm nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác và các triệu chứng trở nên rõ nét và nặng nề hơn ở những bệnh nhi thalassemia có tình trạng ứ sắt.

Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm về huyết học cho thấy số lượng hồng cầu trung bình trung bình lúc vào viện là $2,7 \pm 1,0 \times 10^{12}/L$, nồng độ hemoglobin trung bình là $47,5 \pm 16,0$ g/L, hematocrite trung bình $17,1 \pm 5,9\%$. Nồng độ hemoglobin trung bình <70 g/L (91,5%) và từ 70 – 99g/L (4,5%). Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhi nhập viện trong tình trạng thiếu máu nặng, phải truyền máu cấp cứu. Các chỉ số MCV, MCH, MCHC đều thấp hơn giá trị bình thường:

MCV: $64,9 \pm 9,5$ fL, MCH: $18,2 \pm 3,3$ pg, MCHC: 280 ± 25 g/L; đặc biệt chỉ số RDW tăng: $76,5 \pm 19,0$ fL, chỉ số này rất có giá trị trong gợi ý chẩn đoán thalassemia ở những cơ sở chưa làm được điện di hemoglobin. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Việt Nga tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ ghi nhận Hb trung bình: 58 ± 15 g/L, MCV trung bình: $66,1 \pm 8,6$ fL, MCH trung bình: $20,2 \pm 4,0$ pg [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả nồng độ sắt huyết thanh trung bình: $25,4 \pm 14,7$ μ mol/L, ferritin huyết thanh trung bình: $403,1 \pm 232,9$ ng/mL, nồng độ transferin huyết thanh trung bình: $1,7 \pm 0,7$ g/L. Nồng độ ferritin huyết thanh tăng chủ yếu ở mức độ nhẹ với nồng độ từ 300 – 1.000 ng/L chiếm 68,2% trường hợp. Trong nghiên cứu của Lâm Thị Mỹ nồng độ ferritin huyết thanh <150 ng/mL chiếm 73,9% và tất cả đều <450 ng/mL [7]. Còn trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Việt Nga, nồng độ ferritin huyết thanh trung bình: $967,7 \pm 728,5$ ng/mL. Tỷ lệ ferritin >450 ng/mL là 67,5%, trong đó ferritin >1000 ng/mL chiếm 43,2% [8]. Nồng độ ferritin huyết thanh phù hợp với nhận định bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu chủ yếu ở mức độ trung bình theo đánh giá mức độ nặng của bệnh thalassemie. Mặt khác, một số bệnh nhi có tình trạng ứ sắt được chuyển đi tuyến trên để điều trị thải sắt nên trong nhóm nghiên cứu không có trẻ ứ sắt mức độ nặng

Đặc điểm về điều trị

Tất cả bệnh nhi nhập viện đều phải truyền máu, phần lớn được truyền 1 lần trong một đợt điều trị 81,8%, chỉ có 18,2% được truyền 2 lần. Lượng máu trung bình truyền cho một đợt điều trị là $14,2 \pm 5,5$ ml/kg cân nặng, tối thiểu là 8,5 ml/kg cân nặng và tối đa 26,9 ml/kg cân nặng. Nồng độ hemoglobin trung bình khi bệnh nhi xuất viện $75,2 \pm 14,6$ g/L. Điều này cho thấy bệnh nhi nhập viện đều cần phải truyền máu ngay nhưng nồng độ Hb của trẻ khi xuất viện vẫn chưa đáp ứng được ngưỡng yêu cầu. Thời gian lưu trữ túi máu trung bình $8,1 \pm 6,4$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 27 ngày. Như vậy, phần lớn bệnh nhi được truyền loại máu không phải lưu trữ quá dài. Thời gian nằm viện trung bình là $4,7 \pm 1,8$ ngày, phần lớn bệnh nhi thalassemia vào viện chỉ để truyền máu, chỉ một số trẻ nằm viện dài hơn là do mắc các bệnh cấp tính kèm theo hoặc trẻ đã đến giai đoạn nặng có các biến chứng của tình trạng ứ sắt như suy tim.

Theo Lâm Thị Mỹ có 83,4% bệnh nhi nhập viện cần được truyền máu; lượng máu truyền cho một đợt nhập viện <125 ml (48,5%), <250 ml (37,1%), hematocrite đạt $>30\%$ lúc xuất viện 60,7%, có 2,4% được thải sắt, cắt lách 10,7% và thời gian nằm viện trung bình là $8,73 \pm 8,4$ ngày [7].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng ứ sắt

Trong phân tích đa biến cho thấy chỉ còn số lần truyền máu trong năm gần đây là có ý nghĩa độc lập giải thích sự tăng ferritin huyết thanh ở bệnh nhi thalassemia. Điều này được lý giải là vì tuổi phát hiện bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố: triệu chứng lâm sàng, khả năng nhận biết của bố mẹ, mức độ quan tâm đến bệnh tật của bố mẹ đối với trẻ, điều kiện kinh tế của gia đình,... Còn số lần truyền máu có liên quan trực tiếp đến lượng máu mà bệnh nhi được truyền trong năm. Theo chế độ truyền máu được khuyến cáo cho những bệnh nhân thalassemia thể nặng, 100 – 200 ml hồng cầu lắng truyền cho mỗi kg cân nặng trong 1 năm tương đương với 116 – 232 mg sắt/kg cân nặng nhập vào trong một năm (hay 0,32 – 0,64 mg/kg/ngày) [10].

Như vậy, số lần truyền máu trung bình trong năm là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tình trạng ứ sắt của bệnh nhi thalassemia.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng chính là thiếu máu, lách lớn, vàng da, kết mạc mắt, suy dinh dưỡng thể thấp còi, vè mặt thalassemia, gan lớn, xạm da và suy tim. Đặc điểm cận lâm sàng có số lượng hồng cầu, nồng độ Hb, Hct, các chỉ số MCV, MCH, MCHC giảm; RDW và ferritin huyết thanh tăng. Tất cả bệnh nhi nhập viện đều phải truyền máu. Số lần truyền máu trung bình trong năm là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán tình trạng ứ sắt của bệnh nhi thalassemia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Trí. Thalassemia. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012: 6 – 19.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hemophilia và bệnh thalassemia, Hà Nội, 2014. <http://www.kcb.vn>.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Hà Nội, 2015. <http://www.kcb.vn>.
4. Lâm Thị Mỹ, Lê Bích Liên và cs. Tình hình chẩn đoán và điều trị bệnh thalassemia tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2003; 7(1): 38 – 43.
5. Nguyễn Ngọc Việt Nga. Đặc điểm bệnh thalassemia tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 10/2010 đến tháng 6/2011. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2012; 16(1): 51 – 56.
6. Đỗ Thị Quỳnh Mai, Bùi Văn Viên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, huyết học và nhận xét điều trị thalassemia thể nặng và trung gian ở Bệnh viện trẻ em Hải Phòng [Luận văn thạc sĩ Y học]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2009.
7. Liên đoàn Thalassemia quốc tế/Bệnh viện Nhi đồng 1 biên dịch. Hướng dẫn quản lý bệnh thalassemia, Nhà xuất bản Y học, xuất bản lần thứ hai, Hà Nội, 2008.
8. Ho PJ, Tay L. Australian Guidelines for assesment of iron overload and iron chelation in transfusion-dependent thalassemia major, sickle cell disease and other congenital anaemias, 2011.
9. Quirolo K., Vichinsky E. Thalassaemia Syndrome. Nelson textbook of Pediatric, Volume 2: 1630 – 1634, 17th Edition, edited by Saunders; 2004.
10. Raja J.V., Rachchh M.A., Gokani R.H. Recent advances in gene therapy for thalassemia. J Pharm Bioallied Sci, 2012; 4(3): 194 – 201.



MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG CỦA BỆNH NHI NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2013 – 2017

Lê Xuân Ngọc¹, Nguyễn Thị Bích Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mô hình bệnh tật và nguyên nhân tử vong chính của bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Nhi trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2013 đến 2017. **Kết quả:** 398.148 bệnh nhi dưới 18 tuổi được đưa vào nghiên cứu với 82,4% là trẻ từ 1 tháng – dưới 5 tuổi ($p < 0,01$); trẻ trai (64,1%) nhiều hơn trẻ gái ($p < 0,05$). Gần một nửa (48,7%) bệnh nhi đến từ Hà Nội. 19,8% bệnh nhi vào viện cấp cứu. Những bệnh lý hay gặp nhất là hô hấp (33,8%), nhiễm trùng (11,8%), tiêu hóa (11,5%), dị tật bẩm sinh (10,5%) và chấn thương, ngộ độc (5,17%). Thời gian nằm viện trung bình là 7,69 ngày, cao nhất ở trẻ tuổi sơ sinh (9,86 ngày) và thấp nhất ở trẻ 1 - < 5 tuổi (6,44 Ngày) ($p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong và nặng xin về chiếm 2,08%, trong đó 5 nguyên nhân tử vong hàng đầu là bệnh chu sinh (41,18%), dị tật bẩm sinh (15,38%), hô hấp (12,38%), nhiễm trùng (8,08%) và tuần hoàn (5,35%). **Kết luận:** Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Trung ương ít thay đổi trong vòng 20 năm qua. Tỷ lệ tử vong vẫn còn cao và chủ yếu do các bệnh lý chu sinh.

Từ khóa: Mô hình, bệnh tật, tử vong, trẻ em.

ABSTRACT:

PATTERN OF IN-PATIENT MORBIDITY AND MORTALITY AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN THE PERIOD FROM 2013 TO 2017

OBJECTIVES: To determine the pattern of disease and the main causes of death at the Vietnam National Hospital of Pediatrics. **Methods:** Descriptive study retrospectively. All in-patients treated at the National Pediatric Hospital from 2013 to 2017 were enrolled. **Results:** 398 148 under-18 patients were included in the study with 82.4% children from 1 month to under 5 years old ($p < 0.01$); boys (64.1%) were more than girls ($p < 0.05$).

Nearly half (48.7%) of patients came from Hanoi. 19.8% of patients were admitted to the hospital in emergency situation. The most common diseases was respiratory (33.8%), followed by infection (11.8%), gastrointestinal (11.5%), congenital malformation (10.5%) and injury, poisoning (5.17%). The average length of hospital stay was 7.69 days [the highest in the newborns (9.86 days) and the lowest in children aged 1 - < 5 years (6.44 days) ($p > 0.05$)]. Mortality/withdrawal rate accounted for 2.08%, of which the five leading mortality cause were perinatal diseases (41.18%), birth defects (15.38%), respiratory (12.38%), infection (8.08%) and circulatory system (5.35%). **Conclusion:** Pattern of morbidity and mortality at the Vietnam National Hospital of Pediatrics has changed little over the past 20 years. Mortality rate was still high and mainly due to perinatal diseases.

Keywords: Pattern, morbidity, mortality, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số liệu về mô hình bệnh tật và tử vong trong bệnh viện là rất quan trọng, cho phép đánh giá gánh nặng bệnh tật, nguyên nhân tử vong, từ đó cung cấp bằng chứng khoa học định hướng cho việc ra quyết định phân bổ cơ sở vật chất và nguồn lực hợp lý.

Bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến cuối cùng chuyên ngành Nhi. Những năm gần đây, nước ta đã thoát khỏi nhóm những nước thu nhập thấp. Cùng với tăng trưởng kinh tế của cả nước, đời sống của nhân dân được nâng cao, giao thông ngày càng phát triển nên việc đi lại ngày càng thuận tiện. Chính vì vậy, số lượng bệnh nhân đến bệnh viện không ngừng tăng lên, nhiều người bệnh ở những vùng sâu, vùng xa cũng có cơ hội được tiếp cận các dịch vụ khám và chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Trước năm 2000, đã có 2 nghiên cứu về mô hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương [1], [2]. Kết quả nghiên cứu mô hình bệnh tật trong 2 năm cuối của thế kỷ

1. Bệnh viện Nhi Trung ương

Tác giả chính: Lê Xuân Ngọc; **Điện thoại:** 0903253238; **Email:** ngocdr@yahoo.com.vn

» Ngày nhận bài: 03/05/2019 | » Ngày phản biện: 15/05/2019 | Ngày duyệt đăng: 27/05/2019

XX đã cho thấy xu hướng thay đổi so với 2 thập kỷ trước đó [11]. Từ đó đến nay, chưa có được các số liệu dịch tễ học có hàm lượng khoa học cao và được cập nhật liên tục về mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Liệu mô hình đó có thay đổi? Nghiên cứu “Mô hình bệnh tật và tử vong của bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2013 – 2017” nhằm mục tiêu:

- Xác định mô hình bệnh tật của bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương,.
- Mô tả một số nguyên nhân tử vong chính của bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2018 đến tháng 12/2018 tại Phòng Lưu trữ hồ sơ, Bệnh viện Nhi trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/01/2013 đến 31/12/2017, có đủ thông tin nghiên cứu.

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

2.4. Quá trình tuyển chọn và thu thập mẫu: Trích

xuất số liệu liên quan đến nội dung nghiên cứu bằng sử dụng phần mềm quản lý bệnh viện đã và đang sử dụng tại Bệnh viện Nhi Trung ương là Medisoft và eHosp. Những bệnh nhân không đủ thông tin hoặc thông tin không rõ ràng thì phải trích xuất hồ sơ giấy đang được lưu trữ tại Phòng Lưu trữ hồ sơ để xác định và bổ sung thông tin.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Mô hình bệnh tật và tử vong dựa theo bảng phân loại bệnh tật quốc tế ICD 10 [3]. Số liệu nghiên cứu được làm sạch, nhập liệu trên phần mềm Epidata version 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 16.0.0.0. Kết quả được trình bày dưới dạng hình và bảng.

2.6. Khía cạnh đạo đức: Nghiên cứu của chúng tôi không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh nhi. Các kết quả nghiên cứu là trung thực và chưa được ai công bố.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập được thông tin của 368.418 bệnh nhi vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2013-2017 và đưa vào phân tích.

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố theo tuổi và giới

Chỉ số	Tuổi					Tổng	P
	<1 tháng	1tháng-<1tuổi	1-<5 tuổi	5-<11 tuổi	≥11 tuổi		
Trẻ trai (n; %)	19 837	82 175	108 558	37 043	7610	255 223	<0,01
	63,2	64,9	63,9	64,0	62,3	64,1	
Trẻ gái (n; %)	11 560	44 467	61 435	20 857	4 606	142 925	
	36,8	35,1	36,1	36,0	37,7	35,9	
Tổng (n; %)	31397	126 642	169 993	57 900	12 216	398 148	
	7,9	31,8	42,7	14,5	3,1	100,0	

Tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái ở tất cả các nhóm tuổi (64,1/35,9 = 1,8) (p<0,01). Trẻ 1 tháng - <5 tuổi chiếm đại đa số (74,5%).



Bảng 2. Phân bố theo địa dư

Tỉnh/thành	Tỉnh		Vùng			
	n	%	Thành thị	%	Nông thôn	%
Hà Nội	193 910	48,7	120 282	62,03	73 628	37,97
Hung Yên	19 883	4,99	1 326	6,67	18 557	93,33
Nam Định	167 89	4,22	2 597	15,47	14 192	84,53
Bắc Ninh	160 96	4,04	2 700	16,77	13 396	83,23
Hải Dương	14 133	3,55	2 788	19,73	11 345	80,27
Vĩnh Phúc	12 915	3,24	1 561	12,09	11 354	87,91
Phú Thọ	12 677	3,18	3 209	25,31	9 468	74,69
Nghệ An	12 022	3,02	3 627	30,17	8 395	69,83
Thanh Hóa	10 022	2,52	2 075	20,70	7 947	79,30
Bắc Giang	9 765	2,45	1 314	13,46	8 451	86,54
Khác	79 936	20,08	21 675	27,12	58 261	72,88
Tổng	398 148	100,0	163 154	40,98	234 994	59,02

Bệnh nhi chủ yếu đến từ Hà Nội (48,7%) và các tỉnh vùng thành thị, trong khi bệnh nhi của các tỉnh còn lại chủ yếu sống ở vùng nông thôn. 62,03% số bệnh nhi Hà Nội sống ở vùng thành thị, trong khi bệnh nhi của các tỉnh còn lại chủ yếu sống ở vùng nông thôn.

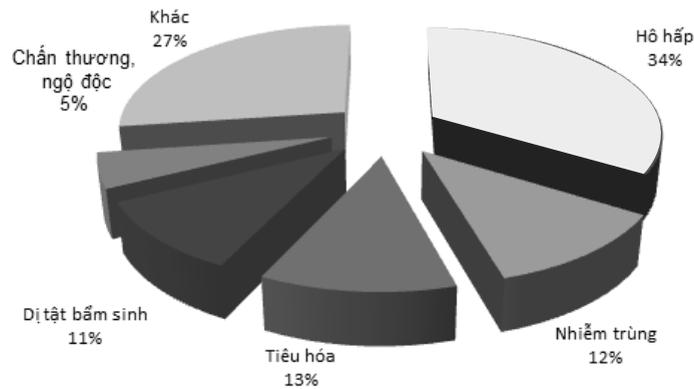
Bảng 3. Phân bố theo tình trạng nhập viện

Chỉ số	Vùng		Tổng (n;%)	P
	Thành thị	Nông thôn		
Cấp cứu (n;%)	43 478 (26,6%)	35 191 (15,0%)	78 669 (19,8%)	> 0,05
Không cấp cứu (n;%)	119 676 (73,4%)	199 803 (85,0%)	319 479 (80,2%)	
Tổng (n;%)	163 154 (100,0%)	234 994 (100,0%)	398 148 (100,0%)	

Khoảng 1/5 số bệnh nhi nhập viện cấp cứu và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhi ở thành thị hay nông thôn.

3.2. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi trung ương, năm 2013 - 2017

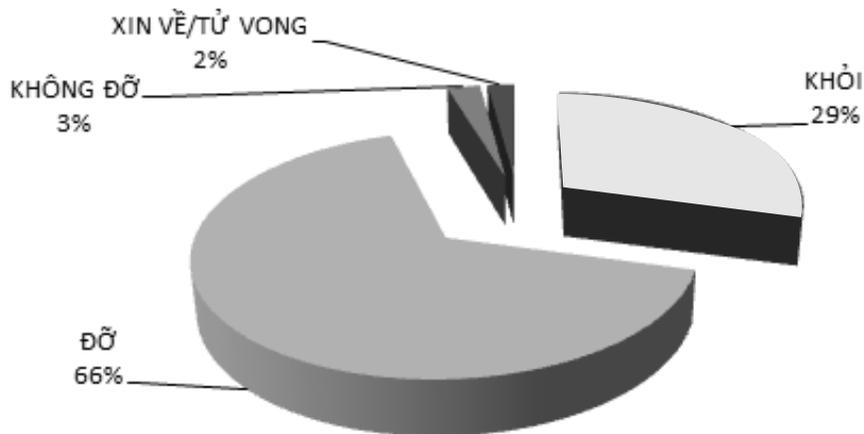
Hình 1: Tỷ lệ phân bố 5 chương bệnh hay gặp nhất



Một phần ba số bệnh nhi nội trú mắc các bệnh thuộc chương hô hấp. Ba bệnh hay gặp kế tiếp theo là bệnh tiêu hóa, nhiễm trùng và dị tật bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc

thể. Chấn thương, ngộ độc và tai nạn là chương bệnh hay gặp thứ năm với tỷ lệ 5,0%.

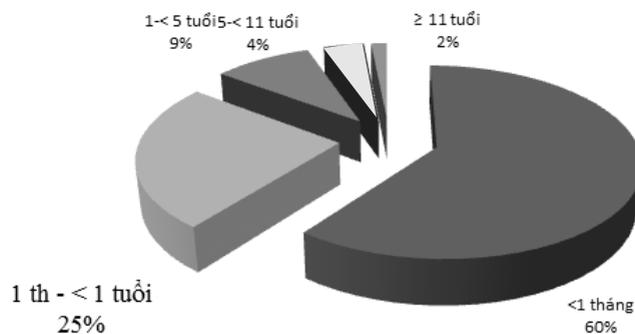
Biểu đồ 2: Kết quả điều trị



Biểu đồ 2 cho thấy khoảng 2,0% trẻ tử vong/nặng xin về trong 5 năm.

3.3. Mô hình tử vong tại Bệnh viện Nhi trung ương, năm 2013 – 2017

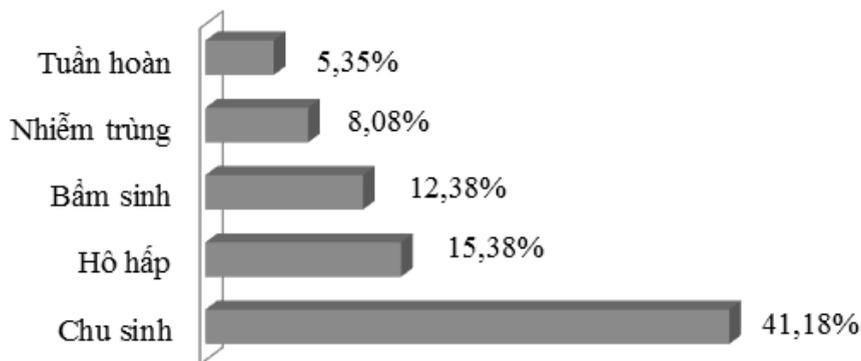
Biểu đồ 3. Phân bố tử vong theo tuổi (n= 2972)



Biểu đồ 3 cho thấy 60% số trẻ tử vong là trẻ sơ sinh, kể đến là trẻ dưới 1 tuổi (25%). Trẻ càng nhỏ tuổi thì tỷ lệ tử vong càng cao.



Biểu đồ 4. Năm nguyên nhân tử vong hàng đầu (n= 2972)



Trên 40% số trẻ tử vong do các bệnh lý thời kỳ chu sinh. Các nguyên nhân tiếp theo là bệnh lý hô hấp, dị tật bẩm sinh, nhiễm trùng và tuần hoàn.

IV. BÀN LUẬN

Trong 5 năm từ 2013 – 2017, chúng tôi đã chọn lọc được 398.148 bệnh nhi đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái ở tất cả các nhóm tuổi ($64,1/35,9 = 1,8$) ($p < 0,01$). Trẻ 1 tháng - <5 tuổi chiếm đa số (74,5%) (bảng 1). Kết quả của chúng tôi phù hợp với những nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Nhi trung ương [2], tại Bệnh viện Trung ương Huế [4] và tại 10 tỉnh/thành trong cả nước [1]. Mặc dù các nghiên cứu tại những thời điểm cách xa nhau hàng chục năm, khác biệt về vùng miền, đều cho thấy nhóm trẻ em dưới 5 tuổi là nhóm có tỷ lệ mắc bệnh cần điều trị nội trú cao nhất. Kết quả này cũng tương tự kết quả một số nghiên cứu tại các nước đang phát triển như Nigeria [5], [6], [7], Ghana [8].

Bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cuối cùng của chuyên ngành Nhi khoa. Bệnh viện tiếp nhận bệnh nhi đến khám và điều trị từ 60 trên 68 tỉnh thành trong cả nước, mỗi năm bệnh viện tiếp nhận điều trị khoảng 10000 bệnh nhi chuyên tuyến từ 400 bệnh viện tuyến dưới. Trong nghiên cứu này, bệnh nhi chủ yếu đến từ Hà Nội (48,7%) và các tỉnh vùng đồng bằng Bắc Bộ. Trong khi 62,03% số bệnh nhi Hà Nội sống vùng thành thị, bệnh nhi của các tỉnh còn lại chủ yếu sống ở vùng nông thôn (bảng 2). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Thiêng và CS năm 1993 là số bệnh nhi của Hà Nội và 5 tỉnh quanh Hà Nội chiếm 81,36% tổng số bệnh nhi [2]. Có lẽ do thuận lợi về mặt địa lý và giao thông thuận lợi giúp người bệnh dễ dàng đến khám và chữa trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương hơn là do tính chất nặng của bệnh cần điều trị ở tuyến trên, bởi vì chỉ có khoảng 20% bệnh nhi vào viện trong tình trạng cấp cứu mà thôi (bảng 3).

Hình 1 cho thấy 1/3 số bệnh nhi nội trú mắc các bệnh thuộc chương hô hấp. Ba bệnh hay gặp kế tiếp theo là bệnh tiêu hóa, nhiễm trùng và dị tật bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể. Chấn thương, ngộ độc và tai nạn là chương bệnh hay gặp thứ năm với tỷ lệ 5,0%. Kết quả này tương tự với mô hình bệnh tật của nhiều tác giả trong nước khác là nhóm bệnh hô hấp, tiêu hóa và nhiễm trùng chiếm tỷ lệ hàng đầu [1], [9], [10]. Nhóm bệnh phổ biến thứ 4 là dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác [2], [9]. Trong khi một số nghiên cứu khác có tỷ lệ các bệnh chu sinh khá cao [2], [4], [10] thì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đứng vị trí thứ 8 với 3,51%. Điểm khác biệt lớn nhất trong kết quả nghiên cứu này là Chấn thương, ngộ độc và tai nạn là chương bệnh hay gặp thứ năm với tỷ lệ 5,0%. Điều này cho thấy xu hướng tai nạn, ngộ độc, chấn thương ngày càng tăng lên như trong Niên giám thống kê y tế năm 2015 [11].

Tỷ lệ tử vong trong số 398 148 bệnh nhi điều trị nội trú từ 2013 – 2017 là 2,08%. Kết quả này tương đương kết quả của Nguyễn Thu Nhận năm 2000 tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 2,3% [1], nhưng cao hơn kết quả của Phạm Hoàng Hưng ở Huế là 1,1% []. Có lẽ do chúng tôi coi số bệnh nhi nặng xin về (5297 bệnh nhi) là tử vong nên nâng số trẻ tử vong lên 8 269 (2,08%). Đây là tỷ lệ tử vong thực vì số trẻ nặng xin về trên thực tế chỉ sống thêm thời gian ngắn sau khi rời khoa hồi sức – cấp cứu mà thôi. Ngược lại, nếu chỉ tính số bệnh nhi tử vong tại viện là 2972 thì tỷ lệ tử vong là 0,75%.

Biểu đồ 3 cho thấy 60% số trẻ tử vong là trẻ sơ sinh, kể đến là trẻ dưới 1 tuổi (25%). Trẻ càng nhỏ tuổi thì tỷ lệ tử vong càng cao. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác [thiêng], [hưng], [nhan]. Biểu đồ 4 cũng cho thấy trong 5 nguyên nhân tử vong hàng đầu thì trên 40% số trẻ tử vong do các bệnh lý thời kỳ chu sinh, các nguyên nhân

tếp theo là bệnh lý hô hấp, dị tật bẩm sinh, nhiễm trùng và tuần hoàn. Như vậy trẻ sơ sinh tử vong cao chủ yếu bệnh lý chu sinh. Chi thị 01 của Bộ Y tế đã chỉ rõ “Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng trên là do việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước, trong và sau khi sinh của người dân cũng như chất lượng dịch vụ vẫn còn nhiều hạn chế. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến huyện chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc điều trị cấp cứu sản khoa và sơ sinh. Nhân lực chuyên ngành sản phụ khoa và nhi khoa còn rất thiếu, nhất là tại tuyến huyện, tỷ lệ bác sĩ đa khoa làm công tác sản khoa và nhi khoa khá lớn. Năng

lực chuyên môn của cán bộ y tế, đặc biệt là y tế cơ sở còn nhiều hạn chế trong việc phân loại, phát hiện nguy cơ, theo dõi, tiên lượng, xử trí cấp cứu và hồi sức sản khoa, sơ sinh...”[12]. Điều này đặt ra nhiều thách thức trong cập nhật kiến thức, huấn luyện, chuyên giao kỹ thuật cho tuyến dưới và đảm bảo vận chuyển an toàn.

V. KẾT LUẬN

Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Trung ương ít thay đổi trong vòng 20 năm qua. Tỷ lệ tử vong vẫn còn cao và chủ yếu do các bệnh lý chu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Nhạn và C.S (2001), *Nghiên cứu thực trạng sức khỏe và mô hình bệnh tật trẻ em Việt Nam, đề xuất các biện pháp khắc phục*, Báo cáo kết quả đề tài cấp nhà nước KHCN 11-13, 1997 – 200.
2. Lê Văn Thiêng, Đinh Thị Hiền (1994), “Mô hình bệnh tật và tử vong tại Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em trong 3 năm từ 1991 – 1993” *Nhi khoa*, 3 & 4, tr. 151 – 156.
3. Bộ Y tế (2001), *Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10)*, nhà xuất bản Y học.
4. Phạm Hoàng Hưng (2016), *Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ em tại Trung tâm Nhi Khoa- Bệnh viện Trung ương Huế giai đoạn 2009- 2013*, <http://documents.tips/documents/ts-pham-hoang-hung-trung-tam-nhi-benh-vien-tw-hue.html>.
5. Võ Phương Khanh*, Trịnh Hữu Tùng*, Thái Thanh Tùng (2010) “Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2005 – 2007)”, *website Bệnh viện Nhi Đồng 2*.
6. Huỳnh Thuận & CS (2014) “Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Quảng Nam trong 5 năm (2009-2013), Đề tài cấp cơ sở.
7. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê Y tế 2015*, tr. 125 – 127.
8. Bộ Y tế (2015), “*Chỉ thị về việc tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh*” Chỉ thị số 01/CT-BYT ngày 09/01/2015.
9. Garba I. Bilkisu, Muhammand S. Aminu, Onazi O. Sunday et al (jan-june 2014), “Pattern of medical childhood morbidity and mortality in a new specialist hospital in Gusau, Nigeria”, *Annals of Nigerian Medicine*, vol 8, Issue 1, pp. 15 – 19.
10. Okoronkwo NC, Chappjumo AU (2015), “Pattern of morbidity and mortality of childhood illnesses at the children emergency room of Abia State University teaching hospital, Aba, Nigeria”, *East and Central Africa Medical Journal*, 2, pp. 70 -73.
11. BU Ezeonwu, OU Chima, T. Oguonu et al. (2014 Sep-Oct) “Morbidity and Mortality pattern of childhood illnesses seen at the children emergency unit of federal medical center, Asaba, Nigeria”, *Ann Med Health Sci Res. (Suppl 3)*; S239-S244.
12. Edem M.A. Tette, Margaret Neiser, Maame Yaa Nyarko et al. (2016), “Changing patterns of disease and mortality at th children’s hospital, Accra: are infections rising?”, *Plos one*, pp. 1 – 12.



Kiến thức, thực hành về sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi của các bà mẹ tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên, năm 2018

Nguyễn Thu Hoài¹, Đàm Khải Hoàn¹, Phạm Phương Liên²

TÓM TẮT

1) Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành sử dụng kháng sinh cho trẻ của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên, năm 2018.

2) Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Phỏng vấn 192 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Quy Kỳ.

3) Kết quả: Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức tốt về sử dụng kháng sinh (KS) cho trẻ còn thấp (44,3%). Chỉ có 20,8% các bà mẹ trả lời cần sử dụng KS đúng đường dùng và 20,5% các bà mẹ trả lời cần sử dụng KS đủ số ngày được chỉ định. Tỷ lệ các bà mẹ sử dụng KS theo đơn của bác sỹ tương đối cao (68,2%). Hầu hết các bà mẹ đã cho trẻ uống KS đúng cách với nước đun sôi để nguội (98,4%) và kiểm tra hạn dùng của thuốc trước khi dùng (94,6%). Tỷ lệ các bà mẹ đưa con đi khám lại sau 3 ngày dùng thuốc không đỡ tương đối cao (83,7%). Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhỏ các bà mẹ tự ý tăng liều KS (1,6%) hoặc đổi thuốc (2,3%) trong quá trình dùng thuốc cho trẻ.

4) Kết luận: Nhìn chung, kiến thức của các bà mẹ về sử dụng KS còn hạn chế (*chỉ có 44,3% các bà mẹ có kiến thức tốt về sử dụng KS*). Thực hành dùng thuốc theo đơn của các bà mẹ ở mức khá (68,2% các bà mẹ đã dùng KS cho con theo đơn). Gần như toàn bộ các bà mẹ đã cho trẻ uống thuốc đúng cách với nước đun sôi để nguội và kiểm tra hạn dùng của thuốc trước khi dùng.

Từ khóa: Kiến thức; thực hành; sử dụng kháng sinh; bà mẹ

SUMMARY:

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF USING ANTIBIOTIC FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD OF MOTHERS IN QUY KY COMMUNE, DINH HOA DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE IN 2018

1) Objectives: To describe the knowledge and practice of using antibiotic for children under 5 years old of the mothers in Quy Ky commune, Dinh Hoa district, Thai Nguyen province in 2018.

2) Research method: The study applied “cross-sectional descriptive design”; the data was collected by interviewing 192 mothers who are having children under 5 years old.

3) Results: The percentage of mothers who have good knowledge of using antibiotic is relatively low (44,3%). Only 20.8% of mothers said that “antibiotic need to be used in the right route”; 20.5% of mothers answered that antibiotic need to be used during the period of enough number days that were noted in the prescription. The percentage of mothers comply with doctor’s prescriptions when using antibiotic is relatively high (68,2%). Most of the mothers let their children using the antibiotic in the right way with cooled boiled water (98.4%) and check the expiry date of the drug before using (94,6%). The rate of mothers taking their children to the doctor for re-examination if the children’s disease symptoms do not decline after 3 days of using drug is relatively high (83.7%). However, there is a small proportion of mothers who arbitrarily increase the dose of antibiotic (1.6%) or change drug (2.3%) during the course of using drug for children.

4) Conclusion: In general, mothers’ knowledge about using antibiotic is limited (*only 44.3% of mothers have good knowledge about antibiotic use*). Practicing of compliance with prescription when using antibiotic of the mothers is quite good (*68.2% of mothers let their children use antibiotic according to doctors’ prescription*). Most of the mothers let their children using the antibiotic in the right way with cooled boiled water and check the expiry date of the drug before using.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tác giả chính: Nguyễn Thu Hoài, SĐT: 0973497543, Email: hoaint.dp2@gmail.com

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 15/05/2019 | » Ngày phản biện: 23/05/2019 | » Ngày duyệt đăng: 31/05/2019

Keywords: Knowledge; practice; using antibiotic; mothers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực tế hiện nay, sử dụng kháng sinh (KS) không hợp lý đang là thách thức lớn đối với toàn xã hội. Tổ chức Y tế thế giới đã cảnh báo việc sử dụng KS không đúng là nguy cơ dẫn đến gia tăng tình trạng kháng KS [5]. Do đó, nâng cao kiến thức, thực hành của người dân về sử dụng KS hợp lý là việc làm cấp thiết. Đặc biệt, trẻ em dưới 5 tuổi là đối tượng hay ốm đau và thường được các bà mẹ cho sử dụng KS một cách phổ biến.

Xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên là một xã miền núi, trình độ dân trí còn hạn chế. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi đến khám và có sử dụng KS tại xã Quy Kỳ cao nhất trong huyện. Đại diện CBYT xã Quy Kỳ cho biết có rất nhiều trường hợp trẻ đã được tự điều trị bằng KS tại nhà trước khi đến khám tại TYT [4]. Đây là một dấu hiệu đáng báo động đối với tình hình sử dụng thuốc KS không hợp lý trên địa bàn xã Quy Kỳ.

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: “Mô tả kiến thức, thực hành về sử dụng KS cho trẻ của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên, năm 2018”. Kết quả nghiên cứu là cơ sở cho việc đề xuất các biện pháp nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng KS cho trẻ.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ, chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 192 bà mẹ.

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn

các bà mẹ dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thực hành sử dụng KS của các bà mẹ được xây dựng dựa trên việc tham khảo tài liệu “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh” do Bộ Y tế ban hành và một số nghiên cứu có chủ đề tương tự [1]; [2]; [3].

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức – Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua.

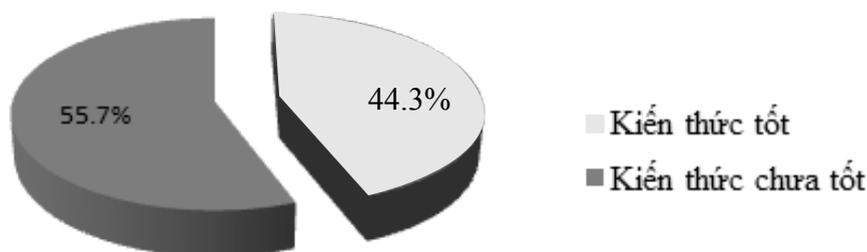
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã tiến hành tìm hiểu thực trạng kiến thức, thực hành sử dụng KS cho trẻ của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Quy Kỳ, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên bằng cách phỏng vấn 192 bà mẹ. Trong số đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là các bà mẹ trong độ tuổi 25-35 (62,5%); có 19,8% các bà mẹ trên 35 tuổi và 17,7% các bà mẹ dưới 25 tuổi. Nhóm các bà mẹ có trình độ học vấn THPT chiếm tỷ lệ cao nhất (44,8%); 38,0% các bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp THCS trở xuống và chỉ có 17,2% các bà mẹ có trình độ từ trung cấp trở lên. 60,9% các bà mẹ là người dân tộc Tày và chủ yếu là nông dân (63,5%).

3.1. Kiến thức về sử dụng kháng sinh cho trẻ của các bà mẹ

Trên cơ sở tham khảo tài liệu “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh” do BYT ban hành và một số đề tài nghiên cứu có chủ đề tương tự, chúng tôi đã xây dựng bộ câu hỏi đánh giá kiến thức của các bà mẹ gồm 13 câu hỏi. Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm. Các bà mẹ có mức điểm từ 9 điểm trở lên được đánh giá là có kiến thức tốt. Các bà mẹ đạt từ 9 điểm trở xuống được đánh giá là có kiến thức chưa tốt. Kết quả đánh giá kiến thức của các bà mẹ được thể hiện trong biểu đồ sau:

Kiến thức của bà mẹ về sử dụng kháng sinh



Biểu đồ 1: Thực trạng kiến thức của các bà mẹ về sử dụng kháng sinh

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức tốt về sử dụng KS cho trẻ còn thấp (44,3%).

Khi phân tích thực trạng kiến thức của các bà mẹ về các nội dung cụ thể, chúng tôi nhận thấy có một số nội dung

kiến thức có tỷ lệ các bà mẹ trả lời đúng còn thấp bao gồm: Kháng sinh có tác dụng diệt vi khuẩn (35,9% bà mẹ trả lời đúng); cần sử dụng KS đúng liều lượng ghi trong đơn (49,5% bà mẹ trả lời đúng); cần sử dụng KS đúng đường dùng của thuốc (20,8% bà mẹ trả lời đúng); cần sử dụng KS đủ số ngày được chỉ định (25,0% bà mẹ trả lời đúng).

3.2. Thực hành sử dụng kháng sinh của các bà mẹ
Trong số 192 bà mẹ trả lời phỏng vấn, có 129 bà mẹ có sử dụng KS cho con trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra. Vì vậy, chúng tôi đã phỏng vấn 129 bà mẹ nhằm mô tả các hành vi sử dụng KS cho trẻ của họ. Kết quả được trình bày trong các bảng sau đây:

Bảng 1: Lý do các bà mẹ mua kháng sinh dùng cho trẻ

Lý do mua KS	Số lượng	Tỷ lệ %
Tự bản thân quyết định	9	7,0
Do người quen giới thiệu	4	3,1
Theo lời khuyên của người bán thuốc	15	11,6
Theo đơn thuốc cũ	13	10,1
Theo đơn của bác sĩ	88	68,2
Tổng	129	100

Kết quả bảng trên cho thấy, có 68,2% các bà mẹ đã sử dụng KS cho trẻ theo chỉ định của bác sĩ. Tuy nhiên, vẫn còn 11,6% các bà mẹ mua KS theo lời khuyên của người bán thuốc và 10,1% mua KS theo đơn thuốc cũ.

Bảng 2. Loại nước bà mẹ sử dụng cho trẻ uống kháng sinh

Loại nước bà mẹ cho trẻ uống KS	Số lượng	Tỷ lệ %
Sữa	1	0,8
Nước đường	2	1,6
Nước trà xanh	2	1,6
Nước đun sôi để nguội	124	96,0
Tổng	129	100

Kết quả bảng trên cho thấy, hầu hết các bà mẹ (96%) đã có hành vi tốt khi cho trẻ uống KS cùng với nước đun sôi để nguội.

Bảng 3. Thực hành kiểm tra hạn dùng thuốc trước khi dùng

Kiểm tra hạn dùng của thuốc	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	7	5,4
Có	122	94,6
Tổng	129	100,0

Bảng 3 cho thấy 94,6% các bà mẹ đã thực hiện tốt việc kiểm tra hạn dùng của thuốc KS trước khi cho con sử dụng.

Bảng 4. Xử trí của bà mẹ khi trẻ uống kháng sinh 3 ngày không đỡ

Cách xử trí của bà mẹ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng liều kháng sinh	2	1,6
Đổi thuốc đắt tiền hơn	3	2,3
Tiếp tục uống theo đơn	11	8,5
Cho con đi khám lại	108	83,7
Khác	5	3,9
Tổng	129	100

Kết quả bảng trên cho thấy, có tới trên 80% số bà mẹ đã có xử trí đúng khi đưa con đi khám lại sau 3 ngày điều trị không đỡ.

IV. BÀN LUẬN

Với mục tiêu tìm hiểu kiến thức, thực hành về sử dụng KS cho trẻ của các bà mẹ, nghiên cứu đã áp dụng phương pháp và công cụ nghiên cứu có giá trị khoa học, quá trình thu thập và xử lý số liệu được kiểm soát chặt chẽ và thu được một số kết quả có giá trị sau:

Nhìn chung kiến thức của các bà mẹ về sử dụng KS cho trẻ còn hạn chế, tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức tốt là 44,3%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Quỳnh Anh tại quận Tây Hồ, Hà Nội năm 2017 (72,6%) [2] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2013 (58,6%) [1]. Sự khác biệt này có thể được giải thích một phần do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là một xã vùng núi, điều kiện kinh tế khó khăn và trình độ học vấn của các bà mẹ còn hạn chế. Tỷ lệ các bà mẹ thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo chiếm gần 40%, tỷ lệ các bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên chỉ đạt 17,2% và có đến 63% các bà mẹ là nông dân. Do đó, các bà mẹ ít có điều kiện tiếp cận với các phương tiện truyền thông GDSK để nâng cao kiến thức về sử dụng KS. Để khắc phục tình trạng này, ngành y tế địa phương cần đẩy mạnh công tác truyền thông GDSK nhằm nâng cao kiến thức về sử dụng KS hợp lý cho bà mẹ.

Với mục đích tìm hiểu thực hành sử dụng KS cho trẻ của các bà mẹ, chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 129 bà mẹ có sử dụng KS cho con trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra. Việc chọn lọc các đối tượng này nhằm hạn chế sai số nhớ lại khi thu thập số liệu, giúp tăng cường độ tin cậy của kết quả nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khoảng 2/3 số bà mẹ (68,2%) tại địa bàn nghiên cứu đã sử dụng KS

cho trẻ theo đơn của bác sỹ. Tỷ lệ này thấp hơn một chút so với kết quả nghiên cứu của Phạm Quỳnh Anh tại quận Tây Hồ, Hà Nội (73,8%) [2]. Sử dụng KS theo đơn của bác sỹ là một yêu cầu rất quan trọng để đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và đặc biệt là hạn chế được tình trạng kháng KS. Trong nghiên cứu này, vẫn còn khoảng 1/3 số bà mẹ chưa dùng KS theo chỉ định của bác sỹ. Trong số đó, 11,6% các bà mẹ dùng thuốc KS theo lời khuyên của người bán thuốc; 10,1% các bà mẹ mua KS theo đơn thuốc cũ và đặc biệt có 7% các bà mẹ tự mua thuốc KS điều trị cho con. Các hành vi nêu trên là các hành vi chưa đúng khi sử dụng KS và là nguy cơ dẫn đến việc giảm hiệu quả điều trị và tăng cường kháng KS.

Bên cạnh việc đánh giá tỷ lệ sử dụng KS theo chỉ định của bác sỹ, nghiên cứu của chúng tôi còn tìm hiểu các hành vi dùng thuốc cho trẻ của các bà mẹ. Kết quả cho thấy, có đến 98,4% bà mẹ cho con uống KS với nước đun sôi để nguội. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Phạm Quỳnh Anh (99,5%) [2]. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ các bà mẹ cho con uống thuốc với nước đường, sữa, nước chè xanh. Việc dùng các loại nước này cùng với KS là không đúng theo hướng dẫn sử dụng KS do có thể xảy ra tương tác thuốc, gây chuyển hóa các thành phần của thuốc dẫn đến giảm hiệu quả điều trị hoặc tăng tác dụng không mong muốn của thuốc.

Hạn dùng là một trong các yếu tố quan trọng quyết định chất lượng của thuốc. Vì vậy, một trong các nguyên tắc cần tuân thủ là kiểm tra hạn dùng của thuốc trước khi dùng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 94,6% bà mẹ đã kiểm tra hạn dùng trước khi cho trẻ uống thuốc. Tỷ lệ này tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Quỳnh Anh (94,1%) và của Trịnh Ngọc Quang (88,1%) [3]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang (39,2% bà mẹ kiểm tra hạn sử dụng của thuốc trước khi dùng) [1]. Điều này cho

thấy bà mẹ tại xã Quy Kỳ đã khá cẩn thận trong việc dùng thuốc cho con.

Trong quá trình sử dụng KS, thông thường nếu trẻ đáp ứng thuốc tốt, các triệu chứng bệnh sẽ thuyên giảm sau 3 ngày dùng thuốc. Vì vậy, nếu tình trạng bệnh của trẻ không giảm sau 3 ngày điều trị, các bà mẹ nên cho trẻ đi khám lại và tham vấn bác sĩ để nhận được lời khuyên phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các bà mẹ cho con đi khám lại nếu sau 3 ngày dùng thuốc không thuyên giảm triệu chứng khá cao (83,7%). Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ các bà mẹ tự ý đổi thuốc hoặc tăng liều KS. Hành vi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ không có lợi cho sức khỏe của trẻ, có thể làm tăng tác dụng không mong muốn của thuốc và gia tăng tình trạng kháng KS.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã áp dụng phương pháp nghiên cứu có giá trị khoa học và đáng tin cậy. Tuy nhiên, khi đánh giá thực hành của bà mẹ bằng phương pháp phỏng vấn không tránh khỏi sai sót nhớ lại. Để hạn chế sai sót, chúng tôi đã hỏi các bà mẹ thông tin về việc sử dụng KS cho trẻ trong lần gần nhất trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra. Bộ câu hỏi được thử nghiệm và chỉnh sửa kỹ lưỡng trước khi tiến hành thu thập số liệu chính thức. Đồng thời, các điều tra viên là những người có kiến thức tốt và có kinh nghiệm điều tra cộng đồng, quá trình

điều tra được giám sát chặt chẽ bởi nghiên cứu viên. Bằng các biện pháp trên, chúng tôi đã hạn chế được sai sót và đảm bảo thu được các thông tin có ý nghĩa nhất trong điều kiện cho phép.

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình thực hiện nghiên cứu một cách nghiêm túc chúng tôi rút ra một số kết luận chính như sau:

Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức tốt về sử dụng KS tương đối thấp (44,3%). Chỉ có 20,8% các bà mẹ trẻ lời đúng việc cần sử dụng KS đúng đường dùng và 25,0% các bà cho rằng cần sử dụng KS đủ số ngày được chỉ định.

Tỷ lệ các bà mẹ dùng KS cho con theo đơn của bác sĩ là 68,2%. Hầu như toàn bộ các bà mẹ đã cho con dùng KS đúng cách với nước đun sôi để nguội (98,4%) và kiểm tra hạn dùng của thuốc trước khi dùng (94,6%). Tỷ lệ các bà mẹ đưa con đi khám lại sau 3 ngày dùng thuốc không đỡ tương đối cao (83,7%). Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhỏ các bà mẹ tự ý tăng liều KS (1,6%) hoặc đổi thuốc (2,3%) trong quá trình dùng thuốc cho trẻ.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn lãnh đạo xã Quy Kỳ, trạm y tế xã cùng bà con nhân dân trong xã đã tạo điều kiện cho chúng tôi thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Quỳnh Trang (2013), *Thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại xã Đông Kết, huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2013*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.
2. Phạm Quỳnh Anh (2017), *Thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi của bà mẹ và một số yếu tố liên quan tại phường Quảng An, quận Tây Hồ, Hà Nội năm 2017*, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng.
3. Trịnh Ngọc Quang (2006), *Kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng thuốc kháng sinh tại các hộ gia đình xã Việt Đoàn - huyện Tiên Du - tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội
4. Trung tâm Y tế huyện Định Hoá (2017), *Báo cáo công tác y tế năm 2017*.
5. WHO (2001), *World Health Organization Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*, accessed 11/5-2018, from http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/EGlobal_Strat.pdf.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 2, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2018

Phạm Phương Liên¹, Trần Công Trường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu *“Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018”*. Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang, phỏng vấn 199 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách bệnh nhân THA đang được quản lý tại Bệnh viện Quận 2. Thang đo “Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8” đã được áp dụng trong nghiên cứu để đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân. **Các kết quả chính của nghiên cứu:** Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân THA là 41,2%; Có tới trên 50% bệnh nhân không dùng thuốc trong vòng 2 tuần trước ngày điều tra (58,3%); Khoảng 1/3 số bệnh nhân đã từng quên uống thuốc trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra (39,7%); gần một nửa số bệnh nhân tự ý giảm liều hoặc ngưng thuốc (46,7%); chỉ có 23,6% bệnh nhân tái khám định kỳ đúng lịch hẹn.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị; tăng huyết áp

SUMMARY:

REAL SITUATION OF TREATMENT COMPLIANCE OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN DISTRICT 2 HOSPITAL, HO CHI MINH CITY IN 2018

The study was conducted with the goal *“Describe the current status of treatment compliance of hypertensive patients in District 2 Hospital, Ho Chi Minh City in 2018”*. The study applied cross-sectional descriptive design, interviewing 199 patients who were randomly selected from the list of hypertensive patients being managed at the hospital. The questionnaire “Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8” was used in this study in order to assess the patient’s adherence to medication. **The main results of the study:** The rate of hypertensive patients who have complied with the medication is 41.2%; more than 50% of patients did not take the drug within 2 weeks

before the survey date (58.3%); Approximately one third of patients who have forgotten to take their medication within 6 months before the survey date (39.7%); Nearly half of patients arbitrarily reduced the dose or discontinued the drug (46.7%); Only 23.6% of patients re-examined periodically according to schedule.

Keywords: Adherence to Medication; hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trong cộng đồng, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Số liệu thống kê cho thấy, tỷ lệ mắc THA ở người lớn khoảng 25-35%. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 9 triệu người tử vong do các biến chứng của THA [1]. Tại Việt Nam, số người hiện mắc THA khoảng 12 triệu người. Đồng thời, cùng với quá trình già hóa dân số, THA có xu hướng gây ra gánh nặng tàn tật và tử vong ngày càng nghiêm trọng [2]. THA là một bệnh mạn tính, vì vậy, để kiểm soát được bệnh, bệnh nhân cần được điều trị lâu dài và tuân thủ việc dùng thuốc cũng như thực hiện chế độ dinh dưỡng và vận động thể lực hợp lý. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị của các bệnh nhân THA trên thế giới chỉ khoảng 30% [3]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị THA trong khoảng 30-45% [4] [5]. Vì vậy, việc đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA và đề xuất các can thiệp kịp thời là việc làm cần thiết. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018”**. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp các bằng chứng khoa học cho việc đề xuất các kế hoạch can thiệp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị THA cho bệnh nhân.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên hệ: Phạm Phương Liên, Điện thoại: 0904646695, Email: ppl1@huph.edu.vn

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang, thu thập số liệu định lượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2, TP. Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ (**chỉ số chính của nghiên cứu là tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị**), chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 179. Trên thực tế, chúng tôi đã lựa chọn 199 bệnh nhân bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn từ danh sách 2800 bệnh nhân THA đang được quản lý điều trị tại Bệnh viện Quận 2.

Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp các bệnh nhân THA đã được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Nghiên cứu sử dụng thang đo **“Morisky Medication Adherence Scale - MMAS -8”** để đánh giá thực trạng tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân [6]. Ngoài ra, nghiên cứu còn thu thập thêm các thông tin về hành vi, lối sống của bệnh nhân như thói quen ăn uống, vận động thể lực...

Xử lý số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 13.

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được “Hội đồng Đạo đức - Trường Đại học Y tế Công cộng” phê duyệt trước khi tiến hành nghiên cứu.

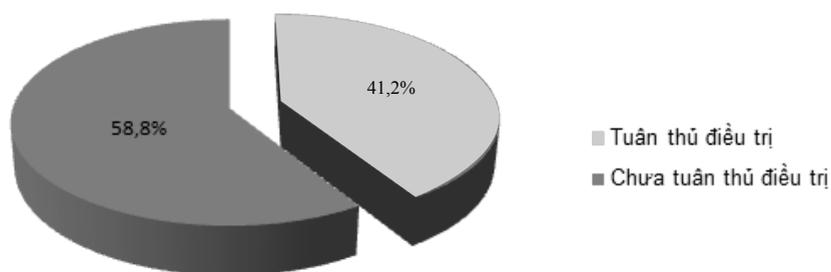
Các đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, tình nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền từ chối cung cấp thông tin bất cứ lúc nào.

Các thông tin cá nhân được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, không nhằm bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn trực tiếp 199 bệnh nhân THA đang được quản lý điều trị tại Bệnh viện Quận 2, TP.HCM. Việc tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân được đánh giá bằng thang đo MMAS -8 [6]. Bệnh nhân trả lời 8 câu hỏi về quá trình dùng thuốc. Trong đó, các câu hỏi từ 1-7 là loại câu hỏi “có/không”; ví dụ *“Có quên uống thuốc không?”*; *“Có uống đủ thuốc không?”*; *“Có quên mang thuốc theo khi đi du lịch, đi chơi không?”*... Riêng câu hỏi số 8 có 5 lựa chọn theo thang Likert đánh giá về *“mức độ thường xuyên cảm thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả các loại thuốc”*. Người bệnh trả lời **“không”** đối với 5 trong số các câu hỏi từ 1-7; và **“không bao giờ/hiếm khi”** đối với câu hỏi số 8 được đánh giá là **“tuân thủ điều trị”**. Kết quả nghiên cứu được thể hiện trong các bảng, biểu đồ sau đây:

Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA



Biểu đồ 1. Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp

Biểu đồ 1 cho thấy: có 41,2% số bệnh nhân THA đã tuân thủ việc dùng thuốc trong điều trị; có tới trên một nửa (58,8%) chưa tuân thủ tốt việc dùng thuốc trong quá trình điều trị.

Bảng 1. Thực trạng dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp

Thực trạng dùng thuốc	Số trường hợp (N=199)	Tỷ lệ (%)
Đã từng quên uống thuốc trong 6 tháng qua	79	39,7
Không uống thuốc trong 2 tuần qua	116	58,3
Từng giảm hoặc ngừng uống thuốc mà không thông báo cho bác sĩ	93	46,7
Đã từng quên thuốc khi đi xa nhà (du lịch)	130	65,3
Không uống thuốc ngày hôm qua	96	48,2
Ngừng uống thuốc khi huyết áp đã kiểm soát	90	45,2
Thấy phiền khi uống thuốc hàng ngày	157	78,9
Khó khăn khi nhớ lịch uống thuốc	95	47,7

Kết quả bảng 1 cho thấy có tới 78,9% bệnh nhân còn có tâm lý cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hàng ngày. Trên 50% bệnh nhân đã không uống thuốc trong vòng 2 tuần trước ngày điều tra (58,3%). Khoảng 2/3 số bệnh nhân đã từng quên thuốc khi đi du lịch (65,3%). Khoảng 40% bệnh nhân đã từng quên uống thuốc trong 6 tháng qua (39,7%) hoặc ngừng thuốc

khi thấy huyết áp đã được kiểm soát (45,2%).

Bên cạnh việc tìm hiểu thông tin tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi còn tiến hành tìm hiểu thực trạng tuân thủ tái khám và các thông tin về thói quen ăn uống và vận động thể lực của bệnh nhân. Kết quả được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân tái khám định kỳ đúng hẹn

Tái khám đúng hẹn	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Có	47	23,6
Không	152	76,4
Tổng số	199	100

Kết quả bảng trên cho thấy chỉ có 23,6% bệnh nhân tái khám định kỳ theo đúng lịch hẹn của bác sĩ. Tỷ lệ bệnh

nhân không tuân thủ tái khám định kỳ theo đúng lịch hẹn là khá cao (76,4%).

Bảng 3. Lý do bệnh nhân không tuân thủ tái khám định kỳ đúng hẹn

Lý do không đi tái khám đúng hẹn	Số trường hợp (N=152)	Tỷ lệ (%)
Ngại, không quan tâm	1	0,6
Bận việc	101	66,5
Thấy bình thường nên không cần đi khám	59	38,8
Không có BHYT hoặc BHYT hết hạn	72	47,3
Không có đủ tiền	44	28,9

(Ghi chú: Tổng số bệnh nhân không đi tái khám định kỳ đúng hẹn là 152)

Số liệu trên bảng 3 cho thấy, khoảng 2/3 số bệnh nhân (66,5%) trả lời không đi tái khám định kỳ đúng hẹn do bận việc; khoảng 1/3 số bệnh nhân (38,8%) không đi tái khám do cảm thấy sức khỏe bình thường; gần một nửa số bệnh

nhân (47,3%) không đi tái khám do không có BHYT hoặc BHYT hết hạn. Đặc biệt, có 28,9% bệnh nhân không đi tái khám do không có đủ tiền.

Bảng 4. Thói quen ăn, uống và vận động thể lực của bệnh nhân

Thói quen	Số trường hợp (N=199)	Tỷ lệ (%)
Uống rượu, bia thường xuyên	41	20,6
Hút thuốc lá	44	22,1
Vận động thể lực thường xuyên	83	41,7
Ăn mặn	140	70,3

Bảng trên cho thấy phần lớn bệnh nhân có thói quen ăn mặn (70,3%); 22,1% bệnh nhân có hút thuốc lá và 20,6% bệnh nhân vẫn sử dụng rượu bia thường xuyên; 41,7% bệnh nhân vận động thể lực thường xuyên.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã được tiến hành nhằm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của các bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận 2, TP. HCM. Nghiên cứu đã sử dụng thang đo **“Morisky Medication Adherence Scales - MMAS - 8”** để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân THA. Thang đo MMAS- 8 là bộ công cụ đã được chuẩn hóa, đảm bảo độ tin cậy và được sử dụng tại nhiều nước trên thế giới để đánh giá mức độ tuân thủ thuốc của bệnh nhân nói chung và bệnh nhân THA nói riêng [6]. Trong nghiên cứu này, ngoài việc sử dụng thang đo có độ tin cậy cao, chúng tôi đã sử dụng thiết kế nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, qui trình thu thập số liệu được kiểm soát chặt chẽ để thu được một số kết quả có ý nghĩa như sau:

Tỷ lệ bệnh nhân THA tại Bệnh viện Quận 2, TP.HCM tuân thủ dùng thuốc theo chỉ định là 42,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của một số nghiên cứu khác tại Việt Nam, ví dụ như: nghiên cứu của Bùi Thị Nhi tại Long An đưa ra tỷ lệ tuân thủ điều trị là 28,4% [7]; nghiên cứu của Bùi Thị Mai Trinh tại TP.HCM cho kết quả bệnh nhân tuân thủ điều trị là 25% [8]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của Bùi Thị Nhi lựa chọn đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng, vì vậy, kiến thức về bệnh THA của họ có thể không tốt bằng các bệnh nhân đang được quản lý điều trị tại bệnh viện dẫn đến tuân thủ điều trị

kém hơn. Tương tự như vậy, nghiên cứu của Bùi Thị Mai Trinh chỉ nghiên cứu trên các bệnh nhân cao tuổi, vì vậy khả năng nhớ và tuân thủ dùng thuốc có thể kém hơn bệnh nhân ở các nhóm tuổi khác. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Vũ Xuân Phú, có đối tượng gần giống với nghiên cứu của chúng tôi (*các bệnh nhân trong độ tuổi 25-60, sống tại khu vực thành thị*) thì kết quả của chúng tôi tương đối tương đồng. Nghiên cứu của Vũ Xuân Phú đưa ra tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA là 44,8%.

Ngoài việc đánh giá tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc điều trị THA nói chung, nghiên cứu đã tìm hiểu việc thực hành dùng thuốc của bệnh nhân đối với một số nội dung cụ thể. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân không uống thuốc trong vòng 2 tuần trước ngày điều tra khá cao (58,3%). Tỷ lệ bệnh nhân trả lời thỉnh thoảng có quên uống thuốc trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra là 39,7%; Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức (23,5%) [9] và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyên tại Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một (21%) [10].

Trong quá trình sử dụng thuốc điều trị THA, bệnh nhân có thể gặp một số tác dụng không mong muốn của thuốc gây khó chịu. Vì vậy, bệnh nhân thường có xu hướng giảm liều hoặc ngừng thuốc khi thấy chỉ số huyết áp đã được kiểm soát. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân tự ý giảm hoặc ngưng thuốc khá cao (46,7%). Chỉ số này cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyên (8%) [10].

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 23,6% bệnh nhân THA tại Bệnh viện Quận 2 tái khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ. Chỉ số này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Mai Trinh (34,0%) [8] và thấp hơn nhiều so với

nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyên (71,0%) [10].

Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra, một trong các lý do chính khiến bệnh nhân không tuân thủ dùng thuốc là do họ thiếu kiến thức về bệnh và lo ngại về các tác dụng không mong muốn có thể gặp phải khi dùng thuốc. Vì vậy, để tăng cường việc tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, các bác sĩ cần cung cấp thông tin chi tiết cho bệnh nhân về bệnh THA, tác dụng điều trị cũng như tác dụng không mong muốn của thuốc. Đồng thời bệnh nhân cần được giải thích rõ tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị và các biến chứng có thể gặp phải nếu không dùng thuốc đúng cách. Bên cạnh đó, người nhà của bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân cao tuổi cần quan tâm giúp đỡ, nhắc nhở và động viên bệnh nhân dùng thuốc đều đặn để tăng hiệu quả điều trị THA cho người bệnh [11, 12].

Nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng thang đo MMAS-8 để đo lường mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân THA. Thang đo này là một bộ công cụ đã được chuẩn hóa, có độ tin cậy cao và sử dụng tại nhiều nước trên thế giới để đo lường mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân. Tuy nhiên, đây là một thang đo gián tiếp, sử dụng các câu hỏi về lịch sử dùng thuốc của bệnh nhân trong vòng 6 tháng

nên không tránh khỏi sai số nhớ lại. Để giảm thiểu sai số, chúng tôi đã sử dụng các điều tra viên có kinh nghiệm, tập huấn kỹ lưỡng điều tra viên và giám sát chặt chẽ qui trình thu thập và xử lý số liệu. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra được kết quả tương đối tin cậy về mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh THA tại địa bàn nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình triển khai nghiên cứu một cách nghiêm túc, chúng tôi rút ra một số kết luận chính như sau:

Nhìn chung, bệnh nhân THA tại Bệnh viện Quận 2 – TP.HCM chưa tuân thủ điều trị tốt: Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân THA là 41,2%; Có tới trên 50% bệnh nhân không dùng thuốc trong vòng 2 tuần trước ngày điều tra (58,3%); Khoảng 1/3 số bệnh nhân đã từng quên uống thuốc trong vòng 6 tháng trước ngày điều tra (39,7%); gần một nửa số bệnh nhân tự ý giảm liều hoặc ngưng thuốc (46,7%); chỉ có 23,6% bệnh nhân tái khám định kỳ đúng lịch hẹn.

Lời cảm ơn:

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Quận 2 – TP.HCM đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, *Tiếp cận đa ngành với tăng huyết áp*, Hội nghị tăng huyết áp Việt Nam, 2016.
2. Nguyễn Minh Nguyên, *Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một năm 2013*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Vũ Xuân Phú và cộng sự, *Thực trạng kiến thức về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường, thành phố Hà Nội năm 2011*. Tạp chí Y học Thực hành 2012. 817(4): tr. 10-15.
4. Bùi Thị Nhi, *Tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phước Lợi, huyện Bến Lức, tỉnh Long An năm 2015*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Bùi Thị Mai Trinh, *Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp*. Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 2011.
6. Nguyễn Minh Đức, Bùi Thị Mai Trinh, Nguyễn Đỗ Nguyên, *Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp*. Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 2012. 16(4).
7. Nguyễn Minh Nguyên, *Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thành phố Thủ Dầu Một năm 2013*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. Hashmi, S.K., et al., *Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan*. PLoS One, 2007. 2(3): p. 280.
9. Osamor, P.E. and B.E. Owumi, *Factors associated with treatment compliance in hypertension in southwest Nigeria*. J Health Popul Nutr, 2011. 29(6): p. 619-628.
10. World Health Organization, *International Society of Hypertension statement and management of hypertension*. Journal of Hypertension, 2012. (21).
11. CDC, *Medication Adherence Primary Care Educators may use the following slides for their own teaching purposes*, CDC's Noon Conference, 2013.
12. Moon, S.J., et al., *Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8*. PLoS One, 2017. 12(11).

KẾT QUẢ ¹⁸FDG PET/CT CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN Ở 55 BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ

Nguyễn Trọng Sơn¹, Nguyễn Danh Thanh²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá vai trò của ¹⁸FDG-PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư vú trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** 55 bệnh nhân ung thư vú chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học được chụp ¹⁸FDG-PET/CT để đánh giá giai đoạn. **Kết quả:** Chẩn đoán giai đoạn theo T thay đổi tăng ở 5/55 bệnh nhân (9,1%), theo N thay đổi ở 18/55 bệnh nhân (32,7%), phát hiện di căn xa ở 9/55 bệnh nhân (16,4%). Kết quả chung theo TNM có 21/55 (38,2%) bệnh nhân thay đổi tăng giai đoạn, trong đó 15/40 (37,5%) bệnh nhân ở giai đoạn II và 6/11 (54,5%) bệnh nhân ở giai đoạn III. Kết quả chụp ¹⁸FDG PET/CT không làm thay đổi chẩn đoán ở các bệnh nhân UTV giai đoạn I. **Kết luận:** ¹⁸FDG PET/CT phát hiện hạch, di căn xa đầy đủ hơn, rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn bệnh nhân ung thư vú.

Từ khóa: ¹⁸FDG-PET/CT, chẩn đoán giai đoạn.

SUMMARY:

¹⁸FDG-PET/CT FOR STAGE DIAGNOSIS OF 55 BREAST CANCER PATIENTS

Objective: Determining the value of ¹⁸FDG PET/CT in stage diagnosis in breast cancer patients. **Subjects and methods:** 55 breast cancer patients were performed ¹⁸FDG PET/CT for initial staging diagnosis before the treatment. **Results:** The ¹⁸FDG PET/CT changed in 5/55 (9,1%) patients by T stage, in 18/55 (32,7%) patients by N stage, detected metastases in 9/55 patients (16,4%). After ¹⁸FDG PET/CT, 21/55 (38,2%) patients upstaged diagnosis which included 15/40 (37,5%) patients of stage II and 6/11 (54,5%) patients of stage III. The ¹⁸FDG PET/CT did not change stage diagnosis in patients with clinical stage I. **Conclusion:** ¹⁸FDG PET/CT scan effectively detected axillary and extraaxillary nodes, distant metastases, had great value in stage diagnosis in breast cancer.

Key words: ¹⁸FDG-PET/CT, staging diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh ung thư ở phụ nữ trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nhờ có tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán, sàng lọc phát hiện sớm và những thành tựu đạt được trong điều trị, đặc biệt là điều trị hệ thống: hoá chất, nội tiết, miễn dịch... nên mặc dù tỷ lệ mắc UTV tăng nhanh nhưng tỷ lệ tử vong do UTV không tăng trong những năm gần đây.

Chẩn đoán UTV dựa vào lâm sàng, xét nghiệm mô bệnh học và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp vú (mammography), siêu âm, cắt lớp vi tính cộng hưởng từ... Hình ảnh ghi hình cắt lớp phóng xạ bằng bức xạ photon đơn (Single Photon Emission Computed Tomography: SPECT) và ghi hình cắt lớp phóng xạ bằng bức xạ positron (Positron Emission Tomography: PET) đang khẳng định vai trò trong lâm sàng nói chung và đối với UTV nói riêng.

Phương pháp ghi hình phóng xạ ¹⁸FDG PET/CT cho phép phát hiện sớm các thay đổi về chuyển hóa của quá trình bệnh lý trước khi có các biến đổi về sinh lý hay giải phẫu, cung cấp các thông tin quan trọng nhằm phát hiện, chẩn đoán, đánh giá giai đoạn chính xác hơn, giúp lựa chọn phương pháp điều trị đầu tiên hợp lý. ¹⁸FDG PET/CT rất có giá trị trong phân giai đoạn UTV đoạn tiến triển tại chỗ, đánh giá hạch nách và ngoài nách (hạch thượng đòn, hạ đòn, hạch vú trong) giúp ích cho phẫu thuật, lập kế hoạch xạ trị... đánh giá tình trạng di căn ở ngực-bụng, di căn xương đồng thời.

¹⁸FDG PET/CT được lựa chọn để đánh giá tiến triển căn xa ở bệnh nhân UTV, có thể phát hiện được các di căn “thâm lặng” mà các phương pháp khác, cả CT đều không phát hiện được, giúp lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Kết quả sau chụp ¹⁸FDG PET/CT làm thay đổi chẩn đoán giai đoạn ở khoảng 1/3 số bệnh nhân và thay đổi phương pháp điều trị đầu tiên ở khoảng 1/6 số bệnh nhân UTV [6].

Hiện nay, các thiết bị PET/CT của các cơ sở y học hạt nhân đang được ứng dụng khá hiệu quả, góp phần nâng

1. Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. Bộ môn Y học hạt nhân, Học viện Quân Y 103.

» Ngày nhận bài: 05/06/2019 | » Ngày phản biện: 10/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 17/06/2019

cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân ung thư. Đã có một số đề tài nghiên cứu về ^{18}F FDG PET/CT đối với bệnh nhân UTV. Tuy nhiên chưa có đề tài nào nghiên cứu một cách tương đối hệ thống, đầy đủ, chỉ rõ giá trị chẩn đoán của ^{18}F FDG PET/CT, nên chỉ định chụp ^{18}F FDG PET/CT cho bệnh nhân UTV giai đoạn nào là tốt nhất... Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá vai trò của ^{18}F FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn UTV trước điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

55 bệnh nhân ung thư vú có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học được chụp ^{18}F FDG PET/CT để phân giai đoạn trước điều trị. Thời gian từ 2013 đến tháng 3/2019, tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Bạch Mai.

Đánh giá xếp giai đoạn bệnh nhân ung thư vú trước chụp ^{18}F FDG PET/CT theo phân loại TNM của Hiệp hội Ung thư Hoa kỳ AJCC-2010 (American Joint Committee on Cancer). Dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng, CT và MRI.

Chụp ^{18}F FDG PET/CT toàn thân. Máy PET/CT Biograph6 của hãng Siemens. Dược chất phóng xạ ^{18}F FDG, liều sử dụng: 0,15mCi/kg thể trọng.

Kết quả được phân tích, đánh giá và nhận định bởi bác sĩ chuyên ngành y học hạt nhân và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Hình ảnh ^{18}F FDG PET/CT trước hết được phân tích định tính, xác định vị trí, cơ quan tổn thương. Sau đó, đo kích thước tổn thương, xác định mức hấp thu ^{18}F FDG bằng chỉ số bán định lượng hấp thu phóng xạ chuẩn SUV_{max} cho các tổn thương u nguyên phát, tổn thương di căn, hạch... SUV_{max} được đo ở vùng quan tâm (ROI). Nhận định kết quả dựa vào cả thông tin về chức năng chuyển hóa và hình thái/cấu trúc. Đánh giá giai đoạn trên ^{18}F FDG PET/CT, đối chiếu so sánh với giai đoạn trước chụp ^{18}F FDG PET/CT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trước chụp ^{18}F FDG PET/CT bệnh nhân UTV được phân giai đoạn dựa vào kết quả khám lâm sàng, chụp mammography và siêu âm tuyến vú. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn T₁, T₂ (85,5%) tương đương kích thước u < 5cm, chưa xâm lấn da và thành ngực, biểu hiện lâm sàng chưa thật sự rõ ràng. Giai đoạn u vú xâm lấn rộng tới da, thành ngực chiếm 14,5%.

56,4% bệnh nhân chưa phát hiện hạch trước chụp ^{18}F FDG PET/CT. Kết quả chung theo TNM, trước chụp ^{18}F FDG PET/CT: 7,3% giai đoạn I; 43,6% giai đoạn IIa; 29,1% gisi đoạn IIb; 14,5% giai đoạn IIIb và 5,5% giai đoạn IIIc. Không có bệnh nhân nào giai đoạn IV.

Trên hình ảnh ^{18}F FDG PET/CT phát hiện được u nguyên phát ở 55/55 bệnh nhân (100%), kích thước u vú từ 1,1 - 7,6cm, 89,1% có kích thước <5cm, trung bình $2,87 \pm 1,46\text{cm}$. 36/55 bệnh nhân (65,5%) phát hiện có hạch (hạch nách cùng bên, đối bên, hạch vú trong, hạch thượng đòn...) với số lượng là 70 hạch, kích thước từ 0,5-2,4cm, trung bình $1,15 \pm 0,40\text{cm}$. 32,8% hạch với kích thước < 1cm, 62,9% kích thước từ 1-2cm, chỉ 4,3% hạch có kích thước >2cm. Di căn xa do UTV gặp ở 9 bệnh nhân (17,5%), gồm di căn phổi, xương và vú đối bên.

Sau chụp ^{18}F FDG PET/CT đã phát hiện 9 bệnh nhân (16,7%) có tổn thương di căn xa mà trước ^{18}F FDG PET/CT chưa phát hiện được: 2 bệnh nhân di căn phổi, 2 bệnh nhân di căn xương, 3 bệnh nhân di căn phổi và xương, 2 bệnh nhân di căn vú đối bên.

Kết quả trên ^{18}F FDG PET/CT đã thay đổi chẩn đoán xâm lấn T, hạch N, và di căn xa M so với trước khi có ^{18}F FDG PET/CT, do vậy đã làm thay đổi chẩn đoán giai đoạn ở nhiều bệnh nhân UTV.

Bảng 1. Thay đổi chẩn đoán u xâm lấn (T) sau chụp ^{18}F FDG PET/CT

Trước ^{18}F FDG PET/CT		Sau chụp ^{18}F FDG PET/CT			
T	Số BN	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
T ₁	5	5	-	-	
T ₂	42	3	34	-	5
T ₃	-	-	-	-	-
T ₄	8	-	-	-	8
Tổng	55	8	34	-	13

Sau chụp ^{18}F FDG PET/CT, kết quả chẩn đoán theo T (xâm lấn) thay đổi ở 8 bệnh nhân: 3 bệnh nhân trước ^{18}F FDG PET/CT xếp T_2 , sau ^{18}F FDG PET/CT xếp T_1 do xác định kích thước u có thay đổi và 5 bệnh nhân từ T_2 sau ^{18}F FDG PET/CT xếp T_4 do có xâm lấn da và/hoặc thành ngực.

Bảng 2. Thay đổi kết quả chẩn đoán hạch (N) sau ^{18}F FDG PET/CT

Trước ^{18}F FDG PET/CT		Sau chụp ^{18}F FDG PET/CT			
N	Số BN	N_0	N_1	N_2	N_3
N_0	31	18	9	2	2
N_1	19	1	16	-	2
N_2	2	-	-	1	1
N_3	3	-	-	1	2
Tổng	55	19	25	4	7

Kết quả ^{18}F FDG PET/CT đã thay đổi chẩn đoán hạch ở 18/55 bệnh nhân (32,7%), bao gồm:

- 13 bệnh nhân chẩn đoán hạch âm tính trước ^{18}F FDG PET/CT thì trên hình ảnh ^{18}F FDG PET/CT đã phát hiện và chẩn đoán 9 bệnh nhân N_1 , 2 bệnh nhân N_2 và 2 bệnh nhân N_3 .

- 2 bệnh nhân chẩn đoán N_1 trước ^{18}F FDG PET/CT hạch nách cùng bên, trên ^{18}F FDG PET/CT phát hiện thêm

hạch nách đối bên, hạch trung thất nên giai đoạn theo N từ N_1 đã chuyển thành N_3 .

- 1 bệnh nhân chẩn đoán N_2 trước ^{18}F FDG PET/CT, trên ^{18}F FDG PET/CT phát hiện 2 hạch nách phải, 2 hạch nách trái và hạch trung thất, giai đoạn N chuyển thành N_3 .

- 1 bệnh nhân từ N_1 chuyển N_0 và 1 bệnh nhân từ N_3 chuyển N_2 sau chụp ^{18}F FDG PET/CT.

Bảng 3. Thay đổi phân giai đoạn sau chụp ^{18}F FDG PET/CT

Trước PET/CT		Giai đoạn sau chụp ^{18}F FDG PET/CT						
Giai đoạn	Số BN	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IIIc	IV
I	4	4	-	-	-	-	-	-
IIa	24	1	13	6	-	1	1	2
IIb	16	-	1	10	-	2	1	2
IIIa	0	-	-	-	0	-	-	-
IIIb	8	-	-	-	-	4	1	3
IIIc	3	-	-	-	-	-	1	2
IV	0	-	-	-	-	-	-	0
Tổng	55	5	14	16	-	7	4	9

- 4 bệnh nhân giai đoạn I không thay đổi chẩn đoán sau PET/CT.

- 24 bệnh nhân giai đoạn IIa trước ^{18}F FDG PET/CT, sau ^{18}F FDG PET/CT có thay đổi giai đoạn ở 11/24 bệnh

nhân (45,8%), trong đó 1 bệnh nhân từ T_2 xuống T_1 (kích thước u = 1,4cm) chuyển từ IIa xuống Ia và 10 bệnh nhân (41,7%) tăng giai đoạn, gồm:

+ 2 bệnh nhân chuyển giai đoạn IV: 1 bệnh nhân có di

căn phổi và 1 bệnh nhân di căn vú đối bên.

+ 6 bệnh nhân phát hiện có hạch nách chuyển giai đoạn IIb

+ 1 bệnh nhân có hạch trước carina chuyển IIIc.

+ 1 bệnh nhân chuyển giai đoạn có xâm lấn thành ngực chuyển IIIb.

- 16 bệnh nhân giai đoạn IIb trước ^{18}F FDG PET/CT. Sau ^{18}F FDG PET/CT thay đổi giai đoạn ở 6/16 bệnh nhân (37,5%) gồm 1 bệnh nhân do xác định kích thước u có khác nhau nên từ T_2 xuống T_{1c} và giai đoạn từ IIb chuyển IIa. Và 5 bệnh nhân (31,2%) tăng giai đoạn, bao gồm:

+ 2 bệnh nhân chuyển giai đoạn IV: 1 bệnh nhân di căn vú đối bên và 1 bệnh nhân di căn xương đa ổ.

+ 2 bệnh nhân có xâm lấn da + thành ngực, xếp từ T_2 lên T_4 , giai đoạn chuyển IIIb.

+ 1 bệnh nhân phát hiện hạch cạnh cung động mạch chủ và hạch trên carina chuyển giai đoạn IIIc.

- 8 bệnh nhân giai đoạn IIIb trước ^{18}F FDG PET/CT, sau ^{18}F FDG PET/CT có 4/8 bệnh nhân (50%) thay đổi giai đoạn:

+ 3 bệnh nhân chuyển giai đoạn IV: 1 bệnh nhân di căn phổi ($\text{SUV}_{\text{max}} = 3,1$); 2 bệnh nhân di căn phổi và xương.

+ 1 bệnh nhân phát hiện thêm hạch hạ đòn chuyển từ N_2 sang N_3 và giai đoạn từ IIIb sang IIIc.

- 2 bệnh nhân giai đoạn IIIc trước ^{18}F FDG PET/CT, sau ^{18}F FDG PET/CT phát hiện 1 bệnh nhân có di căn phổi và di căn xương; 1 bệnh nhân có di căn xương đa ổ. Cả 2 trường hợp này đều xếp giai đoạn IV sau ^{18}F FDG-PET/CT.

Tổng cộng có 21/55 bệnh nhân UTV (38,2%) thay đổi tăng giai đoạn sau chụp ^{18}F FDG PET/CT.

Bảng 4. Thay đổi phân giai đoạn sau ^{18}F FDG PET/CT theo giai đoạn trước chụp ^{18}F FDG PET/CT

Giai đoạn trước ^{18}F FDG PET/CT	Số BN	Thay đổi giai đoạn sau ^{18}F FDG PET/CT			
		Không đổi	Giảm giai đoạn	Tăng giai đoạn	
				Số BN	Tỷ lệ %
I	4	4	-	-	-
II	40	23	2	15	37,5
III	11	5	-	6	54,5
IV	0	-	-	-	-

Sau chụp ^{18}F FDG PET/CT có 21/55 bệnh nhân (38,2%) tăng giai đoạn, 2/55 bệnh nhân (3,6%) giảm giai đoạn. Tỷ lệ tăng giai đoạn ở bệnh nhân giai đoạn II trước PET/CT là 37,5% và ở giai đoạn III trước PET/CT là 54,5%. 4 bệnh nhân từ giai đoạn II và 5 bệnh nhân từ giai đoạn III do phát hiện di căn đã chuyển giai đoạn IV, thay đổi cả phương pháp điều trị ban đầu (16,4%).

IV. BÀN LUẬN

^{18}F FDG PET/CT trong ung thư nói chung và UTV nói riêng có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn T (xâm lấn), N (hạch), M (di căn xa) và giai đoạn chung của bệnh. Xác định chính xác giai đoạn bệnh có ý nghĩa rất quan trọng. Trong lâm sàng, tùy thuộc từng giai đoạn bệnh để lựa chọn các phương pháp điều trị ban đầu thích hợp cho bệnh nhân UTV. Một số nghiên cứu cho thấy ý kiến chưa hoàn toàn thống nhất về vai trò của ^{18}F FDG PET/CT trong phân giai đoạn đối với bệnh nhân UTV giai đoạn sớm, khi kích

thước u nhỏ hơn 2cm, hạch chưa sờ thấy trên lâm sàng. Độ nhạy của ^{18}F FDG PET/CT trong phát hiện hạch nách thấp hơn kỹ thuật chẩn đoán hạch gác... Ngược lại, với những bệnh nhân có nguy cơ cao như UTV thể viêm (T_{4d}) hay UTV giai đoạn tiến triển tại chỗ thì ^{18}F FDG PET/CT rất quan trọng để phát hiện di căn xa, nhất là với UTV giai đoạn IIb (T_2N_1/T_3N_0) [2].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân UTV giai đoạn I không thay đổi kết quả chẩn đoán sau ^{18}F FDG PET/CT. Kết quả này khá phù hợp với khuyến cáo là đối với bệnh nhân UTV thì chỉ định chụp ^{18}F FDG PET/CT có ý nghĩa ở bệnh nhân giai đoạn II, III.

Các tác giả Garami Z, Hascsi Z. [1] ghi hình phóng xạ ^{18}F FDG PET/CT cho 115 bệnh nhân UTV mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác đã không phát hiện di căn xa cũng như tổn thương hạch vùng và hạch lympho, kích thước u nguyên phát <4cm. Kết quả: độ nhạy phát hiện u nguyên phát của ^{18}F FDG PET/CT là 93%. Siêu âm hạch đạt



độ nhạy 30% và đặc hiệu 95%; còn ¹⁸FDG PET/CT là 72% và 96%. ¹⁸FDG PET/CT còn phát hiện di căn xa ở 8 bệnh nhân. Thay đổi phân giai đoạn ở 54 bệnh nhân (47%), làm thay đổi kế hoạch điều trị ở 18 bệnh nhân (15,6%). ¹⁸FDG PET/CT có thể phát hiện di căn xa ở 7-8% bệnh nhân mà các chẩn đoán khác không phát hiện được.

Giai đoạn lâm sàng nào của UTV thì ¹⁸FDG PET/CT có chỉ định hiệu quả? Giữa UTV giai đoạn tiến triển và giai đoạn sớm (u <2-3cm; hạch N₀) là giai đoạn trung gian hạch N₁ (giai đoạn IIa, IIb và T₃N₁ ứng với giai đoạn IIIa). Đa số ý kiến đều thấy ¹⁸FDG PET/CT có giá trị với giai đoạn trung gian này, nhằm phát hiện thêm hạch ngoài hạch nách và các tổn thương di căn xa tiềm ẩn. Groheux và cs. [2] báo cáo kết quả đánh giá trên 254 bệnh nhân UTV kích thước trên 2cm. ¹⁸FDG PET/CT kiểm tra với các trường hợp giai đoạn lâm sàng IIa, IIb, IIIa, IIIb và IIIc (dựa trên kết quả khám lâm sàng, mamography, MRI, siêu âm). ¹⁸FDG PET/CT đã thay đổi chẩn đoán giai đoạn ở 77 bệnh nhân (30,3%). Phát hiện thêm hạch N₃ (thượng đòn, hạ đòn hoặc hạch vú trong) ở 40 bệnh nhân và di căn xa ở 53 bệnh nhân.

Suleman [6] nghiên cứu vai trò của ¹⁸FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn UTV. Tác giả cho biết ¹⁸FDG PET/CT có độ nhạy hạn chế khi kích thước u nhỏ: độ nhạy PET <48% khi pT1 (<2cm), <9% khi u nhỏ hơn 1cm (pT1a và pT1b). PET/CT ít có ý nghĩa với UTV giai đoạn I (hạch N₀ và kích thước u <2cm). Những trường hợp này

thường được phẫu thuật và sinh thiết hạch gác.

Riedl C.C, Slobod E. Et al (2014) [4] chụp PET/CT cho 134 bệnh nhân UTV có chẩn đoán lâm sàng giai đoạn I-IIIc. Kết quả tăng lên giai đoạn IV ở 5% bệnh nhân giai đoạn I+IIa, 17% ở giai đoạn IIb, 31% ở giai đoạn IIIa và 50% ở giai đoạn IIIbc.

Krammer (2015) [3] chụp PET/CT cho 101 bệnh nhân UTV từ T₂ trở lên hoặc có hạch dương tính. PET/CT tăng giai đoạn hạch hoặc di căn ở 19% bệnh nhân, thay đổi phương pháp điều trị ở 11% bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

¹⁸FDG PET/CT phát hiện u nguyên phát ở 55 bệnh nhân ung thư vú (100%), kích thước u từ 1,1-7,6cm. Phát hiện hạch ở 36/55 bệnh nhân (65,5%) với số lượng 70 hạch, kích thước 0,5-2,4cm. Phát hiện di căn xa ở 9/55 bệnh nhân (16,7%) bao gồm: 2 bệnh nhân di căn phổi, 3 bệnh nhân di căn phổi và xương, 2 bệnh nhân di căn xương và 2 bệnh nhân di căn vú đối bên.

Sau chụp ¹⁸FDG PET/CT, kết quả chẩn đoán tăng giai đoạn theo T ở 5/55 bệnh nhân (9,1%), thay đổi kết quả chẩn đoán hạch ở 18/55 bệnh nhân (32,7%), trong đó 16/55 trường hợp (29,1%) tăng giai đoạn N, phát hiện di căn xa ở 9/55 bệnh nhân (16,4%). Kết quả chung theo TNM có 21/55 (38,2%) bệnh nhân thay đổi chẩn đoán, tăng giai đoạn (15/40 (37,5%) bệnh nhân ở giai đoạn II trước PET/CT; 6/11 bệnh nhân ở giai đoạn III (54,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Garami Z, Hascsi Z., Varga J. (2012), The value of ¹⁸FDG PET/CT in early stage breast cancer compared to traditional diagnostic modalities with an emphasis on changes in disease stage designation and treatment plan. *The Journal of Cancer surgery, EJSO*, 38, pp.31-37.
- Groheux D., Alexandre Cochet A., Olivier Humbert...(2016), “¹⁸F-FDG PET/CT for staging and restaging of breast cancer”, *J Nucl Med.*, 57; pp 17-26.
- Krammer J., Schnitzer A., Kaiser C.G., (2015), FDG PET/CT for initial staging in breast cancer patients is there a relevant impact on treatment planning compared to conventional staging modalities? *Eu Radiol.* 25: pp.2460-2469.
- Riedl C.C, Slobod E. Et al (2014), Retrospective analysis of FDG PET/CT for staging asymptomatic breast cancer patients younger than 40 years. *J. Nucl. Med.*, 55, pp.1578-1583.
- Smyczek-Gargya B, Fersis N. (2004), PET with ¹⁸F-fluorothymidine for imaging of primary breast cancer: a pilot study. *Eur J Nucl Med Mole Imaging* 31, pp. 720-724.
- Suleman Surti (2013), Radionuclide methods and instrumentation for breast cancer detection and diagnosis, *Semin Nucl Med* 43: pp.271-280.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG KỸ NĂNG THUYẾT PHỤC NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Hà¹

TÓM TẮT

Thực tế cho thấy, để thuyết phục người bệnh lắng nghe, thấu hiểu, tin tưởng và hành động theo nhân viên y tế trong các cơ sở y tế hiện nay là một việc làm không dễ dàng, đòi hỏi các nhân viên y tế phải có đạo đức, năng lực, uy tín và kỹ năng thuyết phục. Thuyết phục người bệnh là một kỹ năng mềm rất quan trọng cần được các điều dưỡng viên khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 sử dụng thành thạo, hiệu quả trong quá trình tương tác với người bệnh - đối tượng khách hàng của Bệnh viện.

Từ khóa: Điều dưỡng viên, kỹ năng thuyết phục, Bệnh viện 108.

SUMMARY

SURVEY ON THE SITUATION OF DRIVER SKILLS THE DISEASE OF THE NURSING NURSING DISEASE, CENTRA MILITARY HOSPITAL 108

In fact, to persuade patients to listen, understand, trust and act according to health workers in medical facilities is an easy task, requiring medical staff. It must have moral, competence, prestige and persuasive skills; convincing patients is a very important soft skill that needs to be used proficiently and effectively by nurses and nurses in centra military hospital 108, the process of interacting with patients - the customers of the hospital.

Keywords: Nursing staff, persuasive skills, Hospital 108.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 25/10/2017, tại Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương 6 khóa XII, Đảng ta đã ban hành Nghị quyết số 20-NQ/TU “Về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng

cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”. Bên cạnh kết quả đạt được sau 25 năm thực hiện Nghị quyết Trung ương 4 khóa VII và các chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật Nhà nước, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã đạt được những kết quả to lớn, góp phần quan trọng vào sức nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, Đảng ta đã chỉ ra một số hạn chế cần khắc phục: Hệ thống tổ chức y tế còn thiếu ổn định; chưa chủ động ứng dụng khoa học tiến bộ vào khám chữa bệnh; chất lượng nguồn nhân lực còn hạn chế, nhất là kỹ năng làm việc của nhân viên y tế thiếu tính chuyên nghiệp, trong đó có kỹ năng thuyết phục đối với người bệnh của điều dưỡng.

Thuyết phục hiệu quả người bệnh là khi điều dưỡng đưa ra các lý luận, sự kiện, giải thích hoặc chứng cứ phù hợp với nhu cầu, nhận thức, tâm lý người bệnh. Từ đó làm cho người bệnh lắng nghe, tin tưởng và thực hiện các hành động theo chỉ dẫn của điều dưỡng; mục đích giúp cho người bệnh sớm phục hồi sức khỏe, ổn định tâm lý. Hay nói một cách khác, thuyết phục là việc làm cho khách hàng thay đổi hành vi theo định hướng mà điều dưỡng mong muốn.

Theo kết quả nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội (2018), để thuyết phục hiệu quả người bệnh, nhân viên y tế cần tuân thủ và thực hiện tốt các nguyên tắc sau: Nguyên tắc đàm phán, thuyết phục chủ yếu dựa trên nguyên tắc là cuộc đàm phán. Trong đó ưu thế lệch về một bên, bên còn lại có sự nhún nhường phục tùng nhiều hơn; Nguyên tắc bình đẳng, trong mỗi tình huống tương tác giữa điều dưỡng và người bệnh phải hướng đích hai bên cùng có lợi, hoặc ít nhất bên còn lại cũng thấy bình đẳng hoặc mình có lợi; cần phân biệt rõ giữa thuyết phục và áp đặt. Theo đó, trong thuyết phục cần tuyệt đối tránh sự áp đặt của bên nào; Nguyên tắc tìm thấy mục tiêu chung,

1. Khoa Khám bệnh, Bệnh viện TW Quân đội 108

SĐT: 0988.488.802

thuyết phục là làm giảm ý kiến chủ quan của đôi phương, đưa về mức cân bằng và chấp nhận được của cả hai bên. Mục tiêu của thuyết phục là phân tích đúng, sai, lợi, hại, của vấn đề mà cả hai phía (nhân viên y tế và khách hàng) cùng quan tâm từ đó dẫn dắt đôi phương đi đến một quyết định mới khác với dự định hoặc ý kiến ban đầu của họ.

II. MỤC TIÊU, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu nghiên cứu

Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, là nơi tiếp đón người bệnh ban đầu, mỗi ngày có hàng chục nghìn lượt bệnh nhân đến khám bệnh, Hiện nay, khoa được biên chế hơn 200 cán bộ, nhân viên; trong đó có 37,15% là sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp còn lại là viên chức Quốc phòng và đối tượng lao động hợp đồng. Thời gian qua, Khoa Khám bệnh luôn là một đơn vị dẫn đầu trong thực hiện các phong trào thi đua Quyết thắng của Bệnh viện, tạo được uy tín, thương hiệu và chiếm được nhiều cảm tình tốt đẹp của khách hàng khi họ đến với Bệnh viện. Tuy nhiên, trước yêu cầu cao hiện nay, thực hiện chủ trương hội nhập và tự chủ về tài chính nên Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện rất chú trọng nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu, nguyện vọng khách hàng. Bên cạnh nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, Bệnh viện còn tập trung đầu tư phát triển trang thiết bị hiện đại, ứng dụng thành tựu khoa học trong khám điều trị; xây dựng cảnh quan môi trường làm việc “xanh, sạch, đẹp”.

Nội dung bài viết tác giả nhằm thực hiện hai mục tiêu: (1), Tạo niềm tin cho người bệnh và người nhà về chất lượng dịch vụ y tế của khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; (2) Giúp quá trình tư vấn, khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe người bệnh đạt được quả tốt nhất.

2. Phương pháp nghiên cứu

Để đánh giá đúng thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện 108 hiện nay, tác giả đã sử dụng tổng hợp các phương pháp nghiên cứu: kết hợp nghiên cứu lý thuyết về “kỹ năng thuyết phục” với quan sát, khảo sát xã hội học về sự tương tác giữa điều dưỡng và người bệnh + người nhà; phương pháp trao đổi phỏng vấn trực tiếp điều dưỡng và người bệnh+ người nhà; phương pháp xử lý số liệu bằng thống kê toán học.

- *Đối tượng khảo sát:* (50 điều dưỡng +100 người bệnh và 30 người nhà người bệnh).

- *Nội dung điều tra khảo sát:* Thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng khoa Khám bệnh, Bệnh viện 108.

- *Thời gian điều tra khảo sát:* 10 đến 25 tháng 5 năm 2019.

- *Cách thức tiến hành:* Xây dựng hai loại mẫu phiếu khảo sát cho hai nhóm khách thể nghiên cứu (50 điều dưỡng và 130 người bệnh + người nhà).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Để có cơ sở đánh giá khách quan, chính xác thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tác giả xây dựng mẫu phiếu khảo sát cho hai nhóm đối tượng nghiên cứu đó là: điều dưỡng và người bệnh, với các tiêu chí biểu hiện cụ thể như sau:

- *Thái độ, cử chỉ đón tiếp, hướng dẫn người bệnh của điều dưỡng*

- *Năng lực tư vấn, khám, chẩn đoán bệnh của điều dưỡng*

- *Thái độ hợp tác với điều dưỡng của người bệnh và người nhà*

- *Môi trường làm việc, phương tiện kỹ thuật chuyên môn của khoa Khám bệnh và Bệnh viện.*

Chia sự đánh giá 4 tiêu chí thành 3 mức độ với quy ước điểm như sau:

Tốt (3 điểm), Khá (2 điểm), Trung bình (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 $L = 0,67$.

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 ở ba mức độ như sau:

- Tốt (từ $\geq 2.34 \div 3$ điểm).

- Khá (từ $\geq 1.67 \div \geq 2.34$ điểm).

- Trung bình (từ $1 < 1.67$ điểm).

Sau khi có được (\bar{X}) của từng tiêu chí, chúng tôi sẽ có kết luận về thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 hiện nay.

Sau khi thực hiện quy trình phát phiếu khảo sát, chúng tôi thu phiếu, phân tích cho ra kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1: Kết quả khảo sát thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng theo tự đánh giá của 50 điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TT	Nội dung tiêu chí	Mức độ biểu hiện			ĐTB	Thứ bậc
		Tốt	Khá	Trung bình		
1	Thái độ, cử chỉ đón tiếp, hướng dẫn người bệnh của điều dưỡng	22	27	01	2.42	2
2	Năng lực tư vấn, khám, chẩn đoán bệnh của điều dưỡng	21	24	05	2.32	3
3	Thái độ hợp tác với điều dưỡng của người bệnh và người nhà	19	26	05	2.28	4
4	Môi trường làm việc, phương tiện kỹ thuật chuyên môn của khoa khám bệnh và bệnh viện	26	21	03	2.46	1
Điểm trung bình chung					2.37	

Bảng 2: Kết quả khảo sát thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng theo tự đánh giá của 130 người bệnh và người nhà người bệnh

TT	Nội dung tiêu chí	Mức độ biểu hiện			ĐTB	Thứ bậc
		Tốt	Khá	Trung bình		
1	Thái độ, cử chỉ đón tiếp, hướng dẫn người bệnh ban đầu của điều dưỡng	68	42	20	2.36	3
2	Năng lực tư vấn, khám, chẩn đoán bệnh của điều dưỡng	67	53	10	2.43	2
3	Thái độ hợp tác với điều dưỡng của người bệnh và người nhà	58	56	16	2.32	4
4	Môi trường làm việc, phương tiện kỹ thuật chuyên môn của khoa Khám bệnh và Bệnh viện	69	56	05	2.49	1
Điểm trung bình chung					2.40	

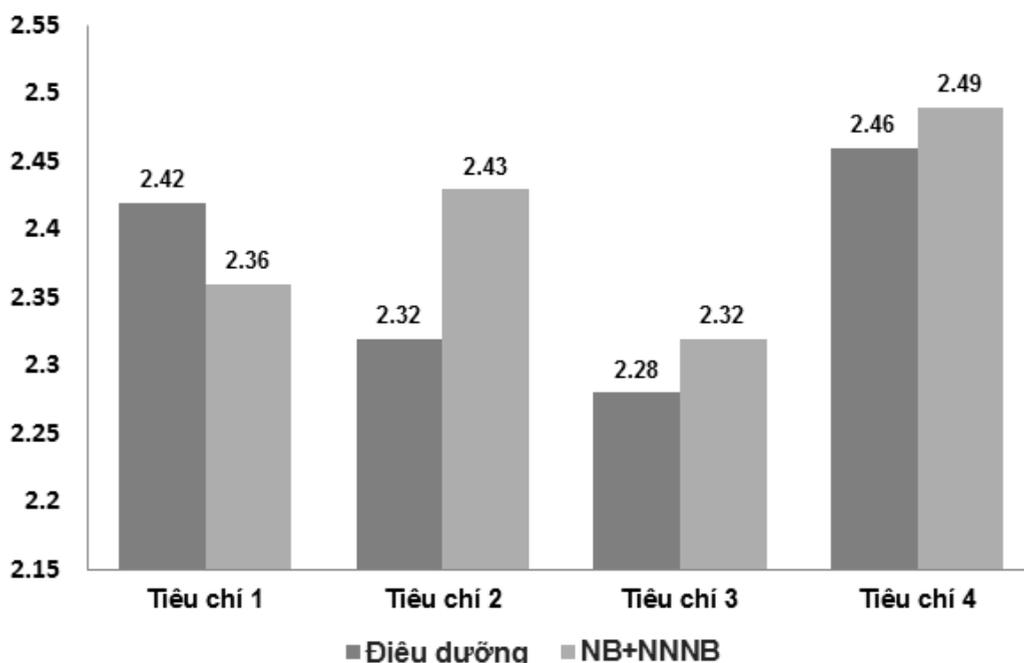
Để tăng tính thuyết phục về thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tác giả tiến hành nội dung phỏng vấn 5 điều dưỡng và 5 người bệnh + 3 người nhà người bệnh. Nội dung về các tiêu chí đã khảo sát ở trên.

Kết quả trao đổi 5 điều dưỡng đều cho rằng: Xây dựng bộ tiêu chí trên là phù hợp với nội dung nghiên cứu và thể hiện rõ ý được hỏi, làm cho người được hỏi dễ trả lời; để thuyết phục tốt người bệnh đang là yêu cầu của Khoa và Bệnh viện đòi hỏi điều dưỡng thực hiện tốt hơn kỹ năng này.

Kết quả trao đổi 5 người bệnh và 3 người nhà cũng đều cho rằng: Việc được đến khám chữa bệnh tại một cơ sở lớn và có uy tín như Bệnh viện 108 là nhu cầu, mong muốn của nhiều bệnh nhân. Tuy nhiên, cần có sự phối kết hợp hài hòa giữa các nhân viên y tế và người bệnh, người nhà người bệnh, làm cho quy trình khám chữa bệnh được diễn ra nhanh chóng, hiệu quả.

Từ số liệu khảo sát thu được ở Bảng 1,2, tác giả tiến hành xây dựng biểu đồ biểu thị thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 như sau:

Biểu đồ 1: Thực trạng kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



IV. KẾT LUẬN

1. Căn cứ kết quả khảo sát 50 điều dưỡng ở Bảng 1 cho thấy: 100% điều dưỡng đều đồng tình đánh giá cao bộ tiêu chí khảo sát kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng; nội dung phù hợp với đối tượng, nhiệm vụ nghiên cứu. Nhận xét cả 4 tiêu chí đều được đánh giá mức độ khá. Trong đó khá hơn cả là tiêu chí 4 “Môi trường làm việc, phương tiện kỹ thuật chuyên môn của Khoa Khám bệnh và Bệnh viện” (ĐTB = 2.46); thấp nhất là Tiêu chí 3 “Thái độ hợp tác với điều dưỡng của người bệnh và người nhà” (ĐTB = 2.28).

2. Căn cứ kết quả khảo sát 130 người bệnh và người nhà ở Bảng 2 cho thấy: 100% người bệnh và người nhà đều đồng tình đánh giá cao bộ tiêu chí khảo sát kỹ năng thuyết phục người bệnh của điều dưỡng; nội dung phù hợp với đối tượng, nhiệm vụ nghiên cứu. Nhận xét, cả 4 tiêu chí đều được đánh giá mức độ khá. Trong đó khá hơn cả là Tiêu chí 4 “Môi trường làm việc, phương tiện kỹ thuật chuyên môn của Khoa Khám bệnh và Bệnh viện” (ĐTB = 2.49); thấp nhất là Tiêu chí 3 “Thái độ hợp tác với điều dưỡng của người bệnh và người nhà” (ĐTB = 2.32)

Độ lệch chuẩn trung bình của hai nhóm khách thể được khảo sát là 003; xác suất P = 99.97%, điều đó cho thấy kết quả khảo sát hai nhóm khách thể trên có mối liên hệ tuyến tính với nhau, đảm bảo độ tin cậy khoa học.

V. NỘI DUNG KHUYẾN KHỊ

Để thuyết phục hiệu quả người bệnh, mỗi điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 không chỉ thực hành trong ngày một ngày hai là có thể thuần thục, mà cần phải có sự kiên nhẫn, chân thành, kết hợp với khả năng giao tiếp, ứng xử tốt với người bệnh, người nhà người bệnh. Nhưng dù thế nào đi chăng nữa, điều dưỡng cũng phải chắc chắn rằng, điều mình đang thuyết phục người bệnh nghe theo không phải những điều gây bất lợi cho họ. Theo Chủ tịch Hồ Chí Minh “khi gặp một số anh em quân nhân không được trấn tĩnh, người thầy thuốc nên lấy lòng nhân loại và tình thân ái mà cảm động, cảm hóa họ”. Theo đó, để góp phần nâng cao kỹ năng này với người bệnh nhằm tăng sự tin tưởng, yên tâm gửi gắm sức khỏe của người bệnh cho bệnh viện, với các điều dưỡng, lãnh đạo chỉ huy khoa khám bệnh cần tham khảo một số nội dung sau:

1. Cấp ủy, lãnh đạo chỉ huy Khoa Khám bệnh thường xuyên mở lớp bồi dưỡng nâng cao kỹ năng mềm- kỹ năng thuyết phục cho điều dưỡng viên. Thực hiện tốt nội dung này góp phần nâng cao chất lượng đội ngũ, tạo sự thân thiện mến khách và phát triển mối quan hệ tích cực với khách hàng; nội dung, phương pháp bồi dưỡng sát đối tượng, phù hợp yêu cầu nhiệm vụ của Khoa.

2. Khoa và Bệnh viện cần định kỳ làm tốt nội dung khảo sát mức độ hài lòng của khách hàng về các dịch vụ

của Bệnh viện và thái độ phục vụ của nhân viên y tế với khách hàng. Duy trì tốt nội dung này giúp cho lãnh đạo chỉ huy Khoa và Ban Giám đốc Bệnh viện chủ động nắm chắc thái độ phản ánh của khách hàng về chất lượng dịch vụ của Khoa, Bệnh viện từ đó có biện pháp khắc phục kịp thời nhằm đem lại hiệu quả tốt nhất cho các đối tượng khách hàng.

3. Xây dựng môi trường khám bệnh mẫu mực, đáp ứng tốt nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng phong phú của cán bộ, chiến sĩ và nhân dân. Làm tốt việc này sẽ tạo ấn tượng tốt đẹp ban đầu cho khách hàng khi họ đến Bệnh viện. Một cơ sở y tế có môi trường làm việc “xanh, sạch, đẹp” sẽ nói lên chất lượng của dịch vụ, tạo niềm tin, sự yên tâm cho quá trình điều trị bệnh của khách hàng./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tác phẩm “Sửa đổi lỗi làm việc” (1947), Hồ Chí Minh, Toàn tập, Tập 5. Nxb CTQG, Hà Nội 2009, tr 258.
2. Khoa Khám bệnh, Bệnh viện TƯQĐ 108, Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh sáu tháng đầu năm 2019. (trang 5-8).
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.
4. ĐCSVN, Nghị quyết số 20- NQ/TU (25/10/2017) “Về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân nhân trong tình hình mới”.



THỰC TRẠNG VÀ KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ TIÊM AN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN VŨ THUR NĂM 2018

Phạm Thị Luân¹, Ngô Thị Nhu², Phí Đức Long², Lưu Thị Trang Ngân²

TÓM TẮT

Từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2018 chúng tôi tiến hành khảo sát thực trạng và kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư chúng tôi thu được kết quả: Trong số các điều dưỡng được điều tra có 95,7% điều dưỡng viên có kiến thức đạt về tiêm an toàn; 97,1% điều dưỡng viên hiểu thế nào là mũi tiêm an toàn; 100% điều dưỡng viên biết về việc tuân thủ nguyên tắc hai nhanh – một chậm khi tiêm thuốc. Có 67,1% điều dưỡng viên cho biết mũi tiêm không gây hại cho người tiêm. Có 85,7% điều dưỡng viên cho rằng thiếu ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn của cán bộ y tế nguyên nhân cơ bản nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm.

Từ khóa: Tiêm an toàn, điều dưỡng.

ABSTRACT:

CURRENT SITUATION AND KNOWLEDGE OF NURSES ON SAFE INJECTION AT GENERAL HOSPITAL OF VU THU DISTRICT IN 2018

We conducted a survey of the current situation and knowledge of nurses on safe injection at general hospital of Vu Thu District from June 2018 to December 2018. We attained results: 95,7% of nurses have the right knowledge about safe injection, 97,1 % of nurses know what is safe injection, 100 of nurses know the principle “two fast – one slow” when injecting. 67,1% of nurses know the injection is not harmful to the person injected. 85,7% of nurses believe that a lack of awareness about compliance with health worker’s injection procedures is the most fundamental cause of unsafe behavior when injected

Key words: Safe injection, nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm là một thủ thuật phổ biến và có vai trò rất quan trọng trong lĩnh vực phòng bệnh và chữa bệnh. Tuy nhiên

tiêm cũng gây ra hậu quả nghiêm trọng cho cả người nhận mũi tiêm, người thực hiện tiêm và cộng đồng nếu như không có những giải pháp nhằm bảo đảm thực hiện mũi tiêm an toàn. Vì vậy tiêm an toàn là một trong những vấn đề quan tâm ở nhiều nước đang phát triển. Theo WHO tiêm an toàn là một quy trình tiêm không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm, không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm, không tạo chất thải nguy hại cho người khác và cộng đồng chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

Mô tả thực trạng và kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2018.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Điều dưỡng viên hiện đang làm việc tại các khoa Lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư
- Các loại mũi tiêm bắp, tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch được thực hiện tại thời gian quan sát.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 06/2018 đến tháng 12/2018

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang có kết hợp phân tích nhằm:

+ Xác định thực trạng và kiến thức về tiêm an toàn của điều dưỡng viên Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư.

+ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư.

- Cỡ mẫu điều dưỡng viên: Chọn toàn bộ điều dưỡng viên đang làm việc tại 7 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư gồm 75 người.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

1. Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố khoa công tác của điều dưỡng viên

Khoa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nội	15	21,4
Ngoại	13	18,6
Sản	11	15,7
Nhi	9	12,9
YHCT	10	14,3
Hồi sức cấp cứu	8	11,4
Khoa nhiệt đới	4	5,7
Tổng	70	100

Qua bảng 3.1 ta thấy số lượng điều dưỡng viên tại các khoa phòng được phân bố như sau: Khoa hồi sức cấp cứu, nhi, YHCT, sản có từ 8-11 điều dưỡng viên; khoa nội,

ngoại có nhiều điều dưỡng viên nhất (lần lượt là 15 và 13 người), khoa nhiệt đới chỉ có 4 điều dưỡng viên.

Bảng 3.2. Cơ sở vật chất, trang thiết bị tiêu an toàn của các khoa

STT	Cơ sở vật chất, trang thiết bị	Số lượng	Tỷ lệ
1	Buồng hành chính, buồng thủ thuật có bồn rửa tay	7	7/7
2	Khăn lau tay	7	7/7
3	Xà phòng rửa tay	7	7/7
4	Dụng dịch sát khuẩn nhanh	7	7/7
5	Dụng cụ dùng cho tiêm được hấp sấy hàng ngày	0	0/7
6	Xe tiêm an toàn	7	7/7
7	Hộp an toàn	7	7/7
8	Hộp cấp cứu chống sóc phản vệ	7	7/7
9	Găng tay	7	7/7
10	Bơm, kim tiêm vô khuẩn, kích cỡ phù hợp cho mỗi mũi tiêm	7	7/7
11	Kim lấy thuốc vô khuẩn	7	7/7
12	Bông cotton sát khuẩn da	7	7/7
13	Dây ga rô	7	7/7
14	Máy đo huyết áp	7	7/7
15	Hộp, túi chứa chất thải	7	7/7

Hầu hết tất cả các khoa trong cuộc điều tra đều có đầy đủ vật chất, trang thiết bị phục vụ cho tiêm an toàn. Duy chỉ có dụng cụ hấp sấy hàng ngày cho dụng cụ tiêm thì không khoa nào có.

Bảng 3.3. Kiến thức chung của điều dưỡng viên về tiêm an toàn

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
Sử dụng bơm kim tiêm vô khuẩn, dùng 1 lần	70	100
Quy định bắt buộc phải mang theo hộp thuốc chống sốc	70	100
Trước khi tiến hành tiêm thuốc, ĐD phải rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh trước khi tiêm	70	100
Bơm tiêm thuốc vô khuẩn chỉ sử dụng một lần	69	98,6
Tiêm thuốc là một kỹ thuật chỉ cần áp dụng phương pháp sạch, không cần tuân thủ nguyên tắc vô trùng tuyệt đối	21	30,0
Pha thuốc không chạm ngón tay vào nòng bơm tiêm	63	90,0
Không bắt buộc mang găng tay mỗi khi tiêm thuốc	54	77,1
Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc	67	95,7
Rút pít tông kiểm tra trước khi tiêm bắp, tĩnh mạch	69	98,6
Khi tiêm thuốc đảm bảo hai nhanh, một chậm	70	100
Không dùng hai tay đẩy nắp kim sau khi tiêm	65	92,9
Phải cô lập ngay bơm tiêm, kim tiêm vào hộp cứng, an toàn	62	88,6
Biện pháp quan trọng để phòng ngừa tổn thương do kim tiêm đâm là: luôn dùng tay đóng lại nắp kim tiêm cẩn thận bỏ vào thùng đựng vật sắc nhọn	13	18,6
Xử lý khi bị kim tiêm hoặc vật sắc nhọn đâm là rửa ngay vùng da bị tổn thương bằng xà phòng và vòi nước, dưới vòi nước chảy, để máu ở vết thương tự chảy, không nặn bóp vết thương	65	92,9
Một trong những mục đích chính của việc sử dụng găng tay là hạn chế vật sắc nhọn xuyên vào tay	36	51,4

Đạt 100% điều dưỡng có kiến thức về: Sử dụng bơm kim tiêm vô khuẩn, dùng 1 lần là cần thiết cho tiêm; Quy định bắt buộc phải mang theo hộp thuốc chống sốc mỗi khi đi tiêm thuốc; Trước khi tiến hành tiêm thuốc, điều dưỡng phải rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh trước khi tiêm; Khi tiêm thuốc đảm bảo hai nhanh, một chậm. Vẫn có 18,6% điều dưỡng cho rằng biện pháp quan trọng để phòng ngừa tổn thương do kim tiêm đâm là luôn dùng tay đóng lại nắp kim tiêm cẩn thận rồi bỏ vào thùng đựng vật sắc nhọn; có

30,0% điều dưỡng cho rằng tiêm thuốc là một kỹ thuật chỉ cần áp dụng phương pháp sạch, không cần tuân thủ nguyên tắc vô trùng tuyệt đối; có 51,4 điều dưỡng cho rằng một trong những mục đích chính của việc sử dụng găng tay là hạn chế vật sắc nhọn xuyên vào tay; 77,1% đồng ý với nội dung không bắt buộc phải mang găng tay mỗi khi tiêm thuốc. Còn những kiến thức khác về tiêm an toàn của điều dưỡng viên đạt trên 88%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ điều dưỡng viên biết về mũi tiêm an toàn (n=70)

Tiêm an toàn	SL	Tỷ lệ (%)
An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên	0	-
An toàn cho người nhà - An toàn cho người bệnh	0	-
An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên- An toàn cho nhân viên thu gom rác thải	2	2,9
An toàn cho người nhà - An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên - An toàn cho nhân viên thu gom rác thải	68	97,1

Hầu hết (97,1%) điều dưỡng viên hiểu mũi tiêm an toàn là mũi tiêm: An toàn cho người nhà - An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên - An toàn cho nhân viên thu gom rác thải. Chỉ có 2,9% điều dưỡng viên cho

rằng mũi tiêm an toàn là mũi tiêm: An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên- An toàn cho nhân viên thu gom rác thải.

Bảng 3.5. Tỷ lệ điều dưỡng viên biết nhiệm vụ quan trọng nhất của người tiêm (n=70)

Nhiệm vụ của người tiêm	SL	Tỷ lệ (%)
Tham gia đầy đủ các chương trình đào tạo về tiêm an toàn	5	7,1
Thực hiện đúng quy trình tiêm an toàn	37	52,9
Thực hiện phân loại, thu gom chất thải sắc nhọn đúng quy định	0	-
Tuân thủ đúng quy trình tiêm, xử trí đúng và báo cáo khi xảy ra phơi nhiễm	28	40,0

Qua bảng 3.5 ta thấy nhiệm vụ quan trọng nhất của người tiêm: 52,9% điều dưỡng viên cho rằng cần thực hiện đúng quy trình tiêm an toàn; có 40,0% điều dưỡng viên cho rằng cần tuân thủ đúng quy trình tiêm, xử trí đúng và

báo cáo khi xảy ra phơi nhiễm; còn lại 7,1% điều dưỡng viên cho rằng cần tham gia đầy đủ các chương trình đào tạo về tiêm an toàn.

Bảng 3.6. Tỷ lệ điều dưỡng viên biết nguyên nhân cơ bản nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm (n=70)

Nguyên nhân	SL	%
Thiếu phương tiện rửa tay/sát khuẩn tay	4	5,7
Thiếu ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn của cán bộ y tế	60	85,7
Tình trạng quá tải người bệnh, quá tải công việc	6	8,6
Thiếu dụng cụ tiêm phù hợp với yêu cầu sử dụng	0	-

Nguyên nhân cơ bản nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm được nhiều điều dưỡng viên biết đến nhất là thiếu ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn của cán bộ y tế chiếm 85,7%; sau đó đến tình trạng quá tải người bệnh, quá tải công việc chiếm 8,6%; thiếu phương tiện rửa tay/sát khuẩn tay chiếm 5,7%. Không có điều dưỡng viên nào

cho rằng nguyên nhân cơ bản nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm là thiếu dụng cụ tiêm phù hợp với yêu cầu sử dụng.

IV. BÀN LUẬN

Mũi tiêm an toàn là mũi tiêm không gây nguy hại cho



người được tiêm, không gây phơi nhiễm cho người tiêm đối với các nguy cơ có khả năng tránh được và không để lại chất thải nguy hại cho cộng đồng. Qua kết quả nghiên cứu về thực trạng nguồn lực và kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2018 chúng tôi nhận thấy có một số vấn đề cần bàn luận sau: Mũi tiêm an toàn là mũi tiêm đạt cả 3 tiêu chí: an toàn cho người bệnh, an toàn cho cán bộ y tế và an toàn cho cộng đồng. Kết quả phỏng vấn cho thấy có 97,1% điều dưỡng viên hiểu thế nào là mũi tiêm an toàn: An toàn cho người nhà - An toàn cho người bệnh - An toàn cho nhân viên - An toàn cho nhân viên thu gom rác thải (bảng 3.4). Kết quả này cao hơn kết quả của các nghiên cứu trước: nghiên cứu của Lê Thị Thúy Nhân có 88,1% NVYT hiểu đúng về khái niệm tiêm an toàn, kết quả của Chu Thị Hồng Huế chỉ có 51,1% NVYT trả lời đúng cả 3 tiêu chí về khái niệm tiêm an toàn. Nguyên nhân quan trọng nhất được điều dưỡng đưa ra dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm là do cán bộ y tế thiếu ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn (chiếm 85,7%); tiếp đến là nguyên nhân do tình

trạng quá tải người bệnh, quá tải công việc (chiếm 8,6%). Có 5,7% điều dưỡng viên cho rằng do nguyên nhân thiếu phương tiện rửa tay/sát khuẩn tay. Vậy nguyên nhân quan trọng nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm được điều dưỡng đưa ra là do ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn của điều dưỡng viên. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Chu Thị Hồng Huế khi có 76,1% NVYT cho rằng nguyên nhân là do ý thức của NVYT.

V. KẾT LUẬN

- Trong số các điều dưỡng được điều tra có 95,7% điều dưỡng viên có kiến thức đạt về tiêm an toàn; 97,1% điều dưỡng viên hiểu thế nào là mũi tiêm an toàn; 100% điều dưỡng viên biết về việc tuân thủ nguyên tắc hai nhanh – một chậm khi tiêm thuốc.

- Có 67,1% điều dưỡng viên cho biết mũi tiêm không gây hại cho người tiêm.

- Có 85,7% điều dưỡng viên cho rằng thiếu ý thức tuân thủ quy trình tiêm an toàn của cán bộ y tế nguyên nhân quan trọng nhất dẫn đến hành vi thiếu an toàn trong tiêm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hiền, Hà Thị Hương Bưởi và Đoàn Thị Thanh (2017), Đánh giá thực trạng tiêm an toàn của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2017, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.
2. Chu Thị Hồng Huế (2017), *Thực trạng nguồn lực và kiến thức, thực hành của cán bộ y tế về tiêm an toàn tại trạm y tế xã/phường thành phố Phú Lý tỉnh Hà Nam năm 2016*, Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
3. Lê Thị Thúy Nhân (2012), *Thực trạng nguồn lực, kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2012*. Luận văn thạc sỹ y học Trường Đại học Y Dược Thái Bình
4. Đào Thành (2005), Đánh giá thực hiện TAT tại 8 tỉnh đại diện, năm 2005 (Vol. 3), Hội Điều dưỡng Việt Nam
5. Nguyễn Thị Hoài Thu (2018), “Thực trạng thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 112(3), tr. 101-109

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG THỰC HIỆN PHÒNG NGỪA CHUẨN

Bùi Thị Xuyên¹, Vũ Phong Túc², Nguyễn Xuân Bái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đối với kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT đối với một số quy định phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả nghiên cứu: Kiến thức đạt về vệ sinh tay của NVYT có liên quan đến yếu tố chuyên môn điều dưỡng; hệ nội và đã được tập huấn tương ứng với OR (95%CI) 2,04(1,2-3,4); 1,8 (1,1-2,9) và 4,1(1,1-15,6) đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kiến thức đạt về phòng hộ cá nhân của NVYT có liên quan đến giới tính nữ; hệ nội tương ứng với OR (95%CI) là 2,1 (1,2-3,7) và 1,6 (1,04-2,63) đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thái độ đạt về phòng ngừa chuẩn của NVYT có liên quan đến nhóm tuổi, hệ nội tương ứng với OR (95%CI) lần lượt là 20,4 (0,2-0,6) và 3,1(1,9-5,2) đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng, có thâm niên công tác từ 5 năm trở lên, làm việc tại hệ nội và đối tượng được đào tạo tập huấn có tỷ lệ đạt thực hành đối với PNC cao hơn nhóm đối tượng là bác sĩ và đối tượng có thâm niên công tác dưới 5 năm, đối tượng hệ ngoại và đối tượng không được đào tạo tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Kết luận: Yếu tố chuyên môn, hệ nội, đã được đào tạo tập huấn có liên quan với kiến thức vệ sinh tay của NVYT. Yếu tố giới tính, hệ nội có liên quan với kiến thức phòng hộ cá nhân của NVYT. Yếu tố nhóm tuổi, hệ nội có liên quan với thái độ PNC, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Về thực hành, các yếu tố của NVYT trong nghiên cứu chưa thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ khóa: Vệ sinh tay, phòng ngừa chuẩn.

SUMMARY:

SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF MEDICAL EMPLOYEES FOR PREVENTION STANDARD

Objective: Learn some relevant factors for knowledge, attitudes and practices of health workers for some standard preventive regulations at Thai Binh Provincial Hospital in 2018.

Method: A descriptive study through a cross-sectional investigation.

Results: Knowledge about hand hygiene of health workers related to nursing expertise; internal system and was trained corresponding to OR (95% CI) 2.04 (1,2-3,4); 1.8 (1.1-2.9) and 4.1 (1.1-15.6) are statistically significant with $p < 0.05$. Knowledge of gaining personal protection of health workers is related to female gender; The internal system corresponding to OR (95% CI) is 2.1 (1,2-3,7) and 1,6 (1,04-2,63) are statistically significant with $p < 0.05$.

The attainment of standard prevention of medical staff is related to age group, internal system corresponding to OR (95% CI), respectively 20.4 (0.2-0.6) and 3.1 (1.9-5.2) were statistically significant with $p < 0.05$.

The object of research is nursing; Having a seniority of 5 years or more, working in the internal system and training subjects have a higher rate of practice for standard prevention than the group of doctors and subjects with lower working years. For 5 years, the foreign objects and subjects were not trained, but the difference did not make sense with $p > 0.05$.

Conclude: Professional, internal, and trained factors are relevant to hand hygiene knowledge of health workers. Sex and internal factors are related to personal protection knowledge of health workers. The factor of age group, internal system is related with standard prevention attitude,

1. Bệnh viện ĐK tỉnh Thái Bình

2. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 01/06/2019 |

» Ngày phản biện: 07/06/2019 |

» Ngày duyệt đăng: 13/06/2019

significant with $p < 0.05$. Regarding the practice, the factors of health workers in the study have not seen that cosmohisliien has statistical significance with $p > 0.05$.

Keywords: Hand hygiene, standard prevention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa chuẩn (PNC) được định nghĩa là tập hợp các biện pháp phòng ngừa áp dụng cho mọi người bệnh tại bệnh viện không tùy thuộc vào chẩn đoán và tình trạng nhiễm trùng của người bệnh. Mục tiêu của phòng ngừa chuẩn là nhằm phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm chéo qua máu, dịch tiết cơ thể, chất tiết cho dù chúng được nhìn thấy có chứa máu hay không, da không lành lặn và niêm mạc. Đây là biện pháp phòng ngừa quan trọng nhất, nhằm hạn chế sự lây truyền từ người sang người và từ người sang môi trường [1].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, có ít nhất 1 trong 4 bệnh nhân chăm sóc đặc biệt bị nhiễm trùng trong thời gian ở bệnh viện, ở các nước đang phát triển, ước tính này có thể được tăng lên gấp đôi [8]. Báo cáo bùng nổ NKBV tại châu Âu, các bệnh nhiễm trùng gây ra do chăm sóc sức khỏe làm tăng thêm 16 triệu ngày điều trị và 37 nghìn trường hợp tử vong. Ở nước ta, công tác PNC vẫn còn đối đầu rất nhiều trở ngại như nguồn ngân sách còn hạn chế, cơ sở vật chất thiếu thốn, phần lớn NVYT và các nhà quản lý chưa nhận thức tầm quan trọng của công tác này. Nguyên nhân gây NKBV có rất nhiều [4], tuy nhiên, một trong những nguyên nhân quan trọng là kiến thức, thái độ của NVYT phòng ngừa chuẩn chưa cao.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình là bệnh viện hạng I, với quy mô 1000 giường bệnh, mỗi ngày có khoảng 700 bác sĩ và điều dưỡng bệnh viện trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân, với khoảng 1300 lượt người bệnh đến khám và điều trị mỗi ngày, bên cạnh đó bệnh viện là cơ sở thực hiện nhiều chuyên khoa sâu nên vấn đề phòng ngừa chuẩn đang ngày càng trở lên cấp thiết đối với bệnh viện. Các nghiên cứu trước đây phần lớn chỉ tìm hiểu về kiến thức, thái độ tuân thủ một số quy định về PNC, chưa khai thác đầy đủ các yếu tố liên quan tác động đến tuân thủ PNC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đối với kiến thức và thực hành của NVYT đối với một số quy định phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: NVYT bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng đang trực tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng có thực hành các biện pháp phòng ngừa chuẩn; làm việc liên tục tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình ≥ 12 tháng; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2018 - 5/2019

Thiết kế nghiên cứu: Là một nghiên cứu mô tả qua một cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu xác định tỷ lệ:

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

Cỡ mẫu tính toán tối thiểu là 256 đối tượng, thực tế điều tra 295 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu chùm được áp dụng trong nghiên cứu này. Trong sổ danh sách 24 khoa lâm sàng, chọn chùm bậc 1 là các khoa hệ nội và các khoa hệ ngoại được chọn vào nghiên cứu. Đơn vị mẫu của chùm bậc 2 là NVYT được lựa chọn ngẫu nhiên tại mỗi khoa lâm sàng. Căn cứ danh sách có 25 đến 30 NVYT tại mỗi khoa. Vì vậy để đảm bảo cỡ mẫu nghiên cứu và tính đại diện của mỗi chùm bậc 2, chúng tôi chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn với ước lượng 12 NVYT/khoa.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Mối liên quan giữa kiến thức về vệ sinh tay với chuyên môn, thâm niên công tác, hệ làm việc và được đào tạo, tập huấn.
- Mối liên quan giữa kiến thức về phòng hộ cá nhân với nhóm tuổi, giới tính, chuyên môn, thâm niên công tác, hệ làm việc và được đào tạo, tập huấn.
- Mối liên quan giữa thực hành phòng ngừa chuẩn với chuyên môn, thâm niên công tác, hệ làm việc và được đào tạo, tập huấn.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

* Công cụ thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các biến số nghiên cứu và dựa trên “Hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh” của Bộ Y tế, năm 2017 và Thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh.

* Phương pháp thu thập số liệu

+ Phương pháp tiến hành phát phiếu tự điền

* Đo lường kiến thức, thái độ, thực hành

- Về kiến thức của NVYT: Đánh giá theo thang điểm nhị giá, 1 điểm cho câu trả lời đúng và 0 điểm cho câu trả lời sai. Số câu trả lời đúng sẽ bằng tổng số điểm đạt được. Kiến thức được đánh giá là Đạt khi điểm số $\geq 2/3$ số điểm tuyệt đối.

- Về thái độ của NVYT: Nghiên cứu sử dụng thang đo Likert 3 mức “Không đồng ý”, “Không ý kiến” và “Đồng ý” để NVYT lựa chọn. Điểm tối đa của phần đánh giá thái độ là 7 điểm. NVYT được đánh giá là có thái độ được đánh giá là tích cực khi số điểm ≥ 5 điểm ($>70\%$). Không tích cực khi số điểm < 5 điểm.

- Về thực hành của NVYT: Đánh giá theo thang điểm 4: luôn luôn (4 điểm), thường xuyên (3 điểm), đôi khi (2 điểm), hiếm khi (1 điểm), không thực hiện (0 điểm). NVYT có thực hành đúng khi thực hiện ở mức luôn luôn hoặc thường xuyên và đạt điểm >50%.

Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS phân tích.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa kiến thức về VST với một số yếu tố của NVYT

Các yếu tố liên quan		n	Đạt kiến thức đối với VST			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Chuyên môn	Bác sĩ	82	36	43,9	1	<0,05
	Điều dưỡng	213	131	61,5	2,04(1,2-3,4)	
Thâm niên	< 5 năm	95	55	57,9	1	>0,05
	≥ 5 năm	200	112	56,0	0,93 (0,56-1,52)	
Hệ	Ngoại	139	68	48,9	1	<0,05
	Nội	156	99	63,5	1,8 (1,1-2,9)	
Đào tạo, tập huấn	Không	12	3	25,0	1	<0,05
	Có	283	164	58,0	4,1(1,1-15,6)	

Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng nghiên cứu có chuyên môn là điều dưỡng có kiến thức đạt đối với VST chiếm 61,5% cao hơn gấp 2,04 lần so với đối tượng có chuyên môn là bác sĩ, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Đối tượng

nghiên cứu thuộc hệ nội và có được đào tạo tập huấn có kiến thức đạt đối với VST cao hơn gấp 1,8 lần và 4,1 lần so với đối tượng thuộc hệ ngoại và không được đào tạo tập huấn, có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa kiến thức về PHCN với một số yếu tố của NVYT

Các yếu tố liên quan		n	Đạt kiến thức đối với PHCN			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	136	68	50,0	1	>0,05
	≥ 30 tuổi	159	66	41,5	0,7(0,45-1,12)	
Giới	Nam	66	21	31,8	1	<0,05
	Nữ	229	113	49,3	2,1 (1,2-3,7)	
Chuyên môn	Bác sĩ	82	35	42,7	1	>0,05
	Điều dưỡng	213	99	46,5	1,2(0,7-1,9)	
Thâm niên	< 5 năm	95	48	50,5	1	>0,05
	≥ 5 năm	200	86	43,0	0,7 (0,4-1,2)	
Hệ	Ngoại	139	54	38,8	1	<0,05
	Nội	156	80	51,3	1,6 (1,04-2,63)	
Đào tạo, tập huấn	Không	12	4	33,3	1	>0,05
	Có	283	130	45,9	1,7 (0,5-5,8)	

Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng là nữ giới có kiến thức về phòng hộ cá nhân là 49,3%; cao hơn so với nam gấp 2,1 lần, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Đối tượng nghiên cứu có chuyên môn là điều dưỡng có kiến thức đạt đối với VST là 46,5%; đối tượng nghiên cứu có chuyên môn là bác sĩ đạt

42,7%; sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Đối tượng nghiên cứu thuộc hệ nội có kiến thức đạt đối với VST cao hơn gấp 1,6 lần so với đối tượng thuộc hệ ngoại, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nhóm được đào tạo, tập huấn và nhóm không được đào tạo, tập huấn, với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa thái độ về PNC với một số yếu tố của NVYT

Các yếu tố liên quan		n	Đạt thái độ đối với PNC			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	136	105	77,2	1	<0,05
	≥ 30 tuổi	159	91	57,2	0,4 (0,2-0,6)	
Giới	Nam	66	39	59,1	1	>0,05
	Nữ	229	157	68,6	1,5 (0,8-2,6)	
Hệ	Ngoại	139	74	53,2	1	<0,05
	Nội	156	122	78,2	3,1(1,9-5,2)	
Đào tạo, tập huấn	Không	12	6	50,0	1	>0,05
	Có	283	190	67,1	2,0(0,6-6,5)	

Kết quả bảng trên cho thấy đối tượng nghiên cứu trẻ hơn (<30 tuổi) đạt thái độ đối với PNC với 77,2% cao hơn nhóm có độ tuổi từ 30 trở lên, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ, với $p > 0,05$. Các NVYT ở

hệ nội có thái độ đạt về PNC chiếm 78,2% cao hơn gấp 3,1 lần so với các NVYT ở hệ ngoại, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nhóm được đào tạo, tập huấn và nhóm không được đào tạo, tập huấn, với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa thực hành về PNC với một số yếu tố của NVYT

Các yếu tố liên quan		n	Đạt thực hành đối với PNC			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Chuyên môn	Bác sĩ	82	30	36,6	1	>0,05
	Điều dưỡng	213	96	45,1	1,4 (0,8-2,4)	
Thâm niên	< 5 năm	95	35	36,8	1	>0,05
	≥ 5 năm	200	91	45,5	1,4(0,8-2,4)	
Hệ	Ngoại	139	53	38,1	1	>0,05
	Nội	156	73	46,8	1,4 (0,8-2,3)	
Đào tạo, tập huấn	Không	12	5	41,7	1	>0,05
	Có	283	121	42,8	1,04 (0,3-3,4)	

Kết quả bảng trên cho thấy các NVYT là điều dưỡng và NVYT có thâm niên công tác từ 5 năm trở lên có tỷ lệ đạt thực hành đối với PNC cao hơn nhóm NVYT là bác sĩ và NVYT có thâm niên công tác dưới 5 năm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các

NVYT làm việc tại hệ nội và NVYT được đào tạo tập huấn có tỷ lệ đạt thực hành đối với PNC là 46,8% và 42,8%; cao hơn nhóm NVYT hệ ngoại và NVYT không được đào tạo tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kiến thức về PNC với thái độ về PNC của NVYT

Kiến thức		n	Đạt thái độ đối với PNC			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Kiến thức VST	Không đạt	128	43	33,6	1	<0,05
	Đạt	167	153	91,6	21,6 (11,2-41,7)	
Kiến thức PHCN	Không đạt	161	99	61,5	1	<0,05
	Đạt	134	97	72,4	1,6 (1,002-2,7)	

Kết quả bảng trên cho thấy nhân viên y tế đạt về kiến thức vệ sinh tay và kiến thức về phòng hộ cá nhân thì có tỷ lệ đạt về thái độ đối với phòng ngừa chuẩn cao (91,6%

và 72,4%), gấp 21,6 và 1,6 lần so với nhóm không đạt kiến thức, có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kiến thức về VST, PHCN với thực hành về PNC của NVYT

Kiến thức		n	Đạt thực hành đối với PNC			
			SL	%	OR (95% CI)	p
Kiến thức VST	Không đạt	128	47	36,7	1	>0,05
	Đạt	167	79	47,3	1,5 (0,96-2,5)	
Kiến thức PHCN	Không đạt	161	67	41,6	1	>0,05
	Đạt	134	59	44,0	1,1 (0,7-1,7)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy các NVYT đạt về kiến thức VST và kiến thức về phòng hộ cá nhân thì có tỷ lệ đạt về thực hành đối với PNC cao hơn so với nhóm không đạt kiến thức, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Khi tìm hiểu về mối liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức rửa tay của NVYT với VST trong PNC. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đối tượng nghiên cứu có chuyên môn là điều dưỡng có kiến thức đạt đối với VST chiếm 61,5% cao hơn gấp 2,04 lần so với đối tượng có chuyên môn là bác sĩ, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Theo chúng tôi thì kết quả này là khá phù hợp bởi vì điều dưỡng thường xuyên thực hiện các thao tác VST khi chăm sóc NB nhiều hơn so với bác sĩ. Vì vậy, họ sẽ có kiến thức về VST cao hơn so với bác sĩ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Nhi Na năm 2016 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, điều dưỡng/(nữ hộ sinh), hộ lý có kiến thức rửa tay

cao gấp 3,85 lần so với bác sĩ và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu khác của tác giả Nair cùng các cộng sự năm 2014 ở Ấn Độ [7], khi cho thấy sinh viên y khoa đạt tỷ lệ VST thấp hơn so với sinh viên điều dưỡng chiếm tỷ lệ tương ứng (74,2% so 95,4%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí công việc và đào tạo tập huấn có mối liên quan đến kiến thức VST của NVYT trong PNC. Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu thuộc hệ nội và có được đào tạo tập huấn có kiến thức đạt đối với VST cao hơn gấp 1,8 lần và 4,1 lần so với đối tượng thuộc hệ ngoại và không được đào tạo tập huấn, có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Việc đào tạo, tập huấn có sự khác biệt về kiến thức rửa tay của NVYT trong PNC. Kết quả nghiên cứu này theo chúng tôi là khá phù hợp, điều này có thể giải thích là để có kiến thức sâu rộng về tuân thủ VST thì ngoài việc đọc sách, kiến thức từ nhà trường, học tập từ bạn bè đồng nghiệp việc đào tạo liên tục và tập huấn thường xuyên cho NVYT, đặc biệt là cán bộ mới là đặc biệt quan trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lee cùng các cộng sự năm 2014 [6] cho

thấy hiệu quả của tiếp cận truyền thông giúp NVYT nâng cao kiến thức tuân thủ VST. Trong các nguồn truyền thông đó thì tập huấn là nguồn truyền thông mà NVYT được tiếp cận thường xuyên nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng và các cộng sự [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng là nữ giới có kiến thức về phòng hộ cá nhân là 49,3%; cao hơn so với nam gấp 2,1 lần, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ergin năm 2011 [5], nghiên cứu cũng cho kết quả khi so sánh sự khác biệt về kiến thức giữa nữ giới và nam giới khi nữ giới có kết quả cao hơn so với nam giới.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng nghiên cứu trẻ hơn (<30 tuổi) đạt thái độ đối với PNC với 77,2% cao hơn nhóm có độ tuổi từ 30 trở lên, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ, với $p > 0,05$. Điều này khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là những người < 30 tuổi chiếm 46,1%. Hơn nữa những người trẻ tuổi họ dễ dàng tiếp cận nhiều nguồn kiến thức khác nhau, đó là lý do vì sao những người trẻ tuổi sẽ có kiến thức tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các NVYT ở hệ nội có thái độ đạt về PNC chiếm 78,2% cao hơn gấp 3,1 lần so với các NVYT ở hệ ngoại, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, vì NVYT hệ nội có kiến thức tốt hơn NVYT hệ ngoại về PNC. Như vậy theo nghiên cứu kiến thức về PNC tốt hơn thì sẽ có thái độ tích cực hơn trong PNC.

Nghiên cứu cho thấy các NVYT là điều dưỡng và NVYT có thâm niên công tác từ 5 năm trở lên có tỷ lệ đạt thực hành đối với PNC cao hơn nhóm NVYT là bác sĩ và NVYT có thâm niên công tác dưới 5 năm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy nhóm nhân viên có thời gian công tác lâu năm hơn, có nhiều kinh nghiệm lâm sàng hơn thì có thực hành cao hơn nhóm có thâm niên công tác ít hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức và thái độ của NVYT trong PNC, khi NVYT đạt

về kiến thức VST và kiến thức về phòng hộ cá nhân thì có tỷ lệ đạt về thái độ đối với PNC cao (91,6% và 72,4%), gấp 21,6 và 1,6 lần so với nhóm không đạt kiến thức, có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Kiến thức tác động hành vi và là yếu tố tiên quyết thúc đẩy hành vi. Kết quả bảng trên cho thấy các NVYT đạt về kiến thức VST và kiến thức về phòng hộ cá nhân thì có tỷ lệ đạt về thực hành đối với PNC cao hơn so với nhóm không đạt kiến thức, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thái độ là yếu tố quan trọng để thay đổi hành vi. Kết quả nghiên cứu cho thấy các NVYT đạt thái độ về PNC thì có tỷ lệ đạt về thực hành đối với PNC là 48,5% cao gấp 2,1 lần so với nhóm không đạt thái độ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng năm 2010 về đánh giá thực trạng và xác định mối liên quan về kiến thức, thái độ, thực hành PNC và phòng ngừa cách ly của NVYT một số bệnh viện miền Bắc [2].

Nắm được thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành sẽ cung cấp dữ liệu cần thiết cho đào tạo để đạt được hiệu quả phòng ngừa NKBV tốt hơn. Các khóa đào tạo PNC luôn được coi là biện pháp ít tốn kém trong cải thiện tuân thủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn và tránh lặp lại thói quen không đúng đang tồn tại. Nhằm đảm bảo thực hành KSNK được thực thi trong các cơ sở khám chữa bệnh, nội dung tập huấn cần nhấn mạnh tới khả năng, điều kiện thực tế và các yếu tố tác động đến tuân thủ của NVYT như: bệnh nhân cấp cứu, tình trạng quá tải, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị.

V. KẾT LUẬN

Yếu tố chuyên môn, hệ nội, đã được đào tạo tập huấn có liên quan với kiến thức vệ sinh tay của NVYT. Yếu tố giới tính, hệ nội có liên quan với kiến thức phòng hộ cá nhân của NVYT. Yếu tố nhóm tuổi, hệ nội có liên quan với thái độ PNC, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Về thực hành, các yếu tố của NVYT trong nghiên cứu chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Tài liệu đào tạo liên tục kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở. Hội Kiểm soát nhiễm khuẩn Huế, tr. 30-39.
2. Nguyễn Việt Hùng, Lê Bá Nguyên (2010), “Đánh giá thực trạng và xác định mối liên quan kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của nhân viên y tế một số bệnh viện miền Bắc”, Tạp chí Y học Thực hành, số 5, tr. 36- 40.
3. Hồ Thị Nhi Na (2016), Kiến thức và thái độ đối với một số quy định phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế tại một số khoa của Bệnh viện đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2015, Luận văn thạc sỹ y học Trường đại học Y Hà Nội.
4. Trần Hữu Nghĩa (2013), Kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên Đại học tại chức khóa 9 - Đại học Y Hà Nội về phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Ergin A. (2011), “Evaluation of students’ social hand washing knowledge, practices, and skills in a university setting”, *Cent Eur J Public Health*. 19(4), pp. 222-226.
6. Lee S. (2014), “Improved Hand Hygiene Compliance is Associated with the Change of Perception toward Hand Hygiene among Medical Personnel”, *Infect Chemother*. 46(3), pp. 165-171.
7. Sreejith Sasidharan Nair (2014), “Knowledge, Attitude, and Practice of Hand Hygiene among Medical and Nursing Students at a Tertiary Health Care Centre in Raichur, India”, *Hindawi Publishing Corporation*.
8. Truong Anh Thu, Ngo Quy Chau and Nguyen Viet Hung (2012), Knowledge, Attitude and Practices Regarding Standard and Isolation Precautions Among



Kiến thức phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi của cán bộ y tế cơ sở, cán bộ chăm sóc người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

Đỗ Văn Diệu¹, Đoàn Vương Diễm Khánh¹, Trần Như Minh Hằng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Trầm cảm thường gặp ở người cao tuổi, phòng chống bệnh trầm cảm là vô cùng quan trọng. **Mục tiêu:** (1). Đặc điểm đối tượng nghiên cứu; (2). Đánh giá hiểu biết phòng chống trầm cảm. **Phương pháp:** Điều tra ngang 23 bác sĩ trưởng trạm y tế xã và 31 nhân viên y tế thôn và thảo luận nhóm. Lượng giá đúng, sai, chưa rõ và xếp loại tốt, khá, trung bình, kém. **Kết quả:** Hiểu đúng trầm cảm 35%, về biểu hiện bệnh 15%, về việc gia đình cần phải làm 45%, về việc cộng đồng cần phải làm 74%, về cán bộ y tế cần phải làm 87%. Hiểu biết về tuyên truyền tốt 54%, khá 13%, trung bình 22% và kém là 11%. Hiểu biết những việc nên làm khi mắc bệnh mạn tính tốt 91%, khá 3%, trung bình 2% và kém 4%. Sự hiểu biết này hầu hết là tự phát. **Kết luận:** Học vấn của nhân viên y tế thôn còn thấp, hiểu biết đúng còn ở mức trung bình và sự hiểu biết này hầu hết là tự phát. **Kiến nghị:** Nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế thôn, phổ biến các mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm.

Từ khóa: Kiến thức, phòng chống trầm cảm, thành phố Quảng Ngãi.

ABSTRACT

KNOWLEDGE OF SURFACE PREVENTION IN THE OLD PEOPLE OF HEALTH CAREERS, HUMAN RESOURCES TO CARE THE OLDER PEOPLE IN QUANG NGAI CITY

Introduction: Depression is common in the elderly, preventing depression is extremely important. **Objectives** (1). Characteristics of research subjects; (2). Evaluate understanding of depression prevention. **Research Methods:** Horizontal survey of 23 chief doctors in the commune health station and 31 village health workers and group discussions. Evaluation is true, false, unclear and good, fair, average, poor. **Results:** Understand the depression of 35%, about 15% of the illness, about the

family needing to do 45%, about the community needing to do 74%, about the work of the Ministry of Health need to do 87%. Knowledge about propaganda is good 54%, quite 13%, average 22% and poor 11%. Understanding what to do when chronic disease is 91% good, 3% fairly, average 2% and 4% less. This understanding is mostly spontaneous. **Conclusion:** The education of village health workers is still low, right understanding is moderate and this knowledge is mostly spontaneous. **request:** Improve knowledge for village health workers, Disseminate models of community prevention for depression prevention.

Keywords: Knowledge, prevention of depression, Quang Ngai city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trầm cảm (depression) là một rối loạn về cảm xúc, điểm chung là bệnh nhân thấy buồn chán, mất sự hứng thú đối với tất cả những thứ trước đây mình thích, kèm theo không có khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày, cảm thấy tội lỗi hoặc giảm giá trị bản thân, khó ngủ hoặc sự ngon miệng và khó tập trung và có thể dẫn tới tự sát. Hầu hết trầm cảm có thể điều trị bằng thuốc hoặc liệu pháp tâm lý [1], [7]. Trầm cảm là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 gây suy giảm chức năng nghề nghiệp và đến năm 2030 được dự đoán là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu [3]. Trầm cảm có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng tỷ lệ này thường cao hơn ở NCT. Tỷ lệ trầm cảm trong dân số theo Tổ chức Y tế Thế giới là 5%, tuy nhiên tỷ lệ này ở NCT cao hơn rất nhiều. Theo Bhamani M.A và cộng sự (2013) tại thành phố Karachi Cộng hòa Hồi giáo Pakistan tỷ lệ trầm cảm ở NCT là 40,6% [9], tại TP Huế (2013) là 28,4% [4], tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi (2015) 37,1% [5]. Trên thực tế hơn 90% NCT có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng [2], [8]. Trầm cảm nếu không được phát hiện và điều trị sớm sẽ tăng nguy cơ tự sát, giảm chất lượng sống của

1. Trường Đại học Y Dược Huế

» Ngày nhận bài: 02/05/2019 | » Ngày phản biện: 11/05/2019 | » Ngày duyệt đăng: 30/05/2019

bệnh nhân, làm nặng thêm bệnh lý cơ thể vốn thường hay gặp ở NCT và tăng nguy cơ tử vong.

Kiến thức hiểu biết về phòng chống, quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh trầm cảm nhất là trầm cảm ở người cao tuổi ở cán bộ y tế cơ sở, nhân viên y tế thôn/tổ dân phố và cộng đồng có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong giai đoạn hiện nay. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu;
2. Đánh giá hiểu biết phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại cộng đồng trầm cảm ở NCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng

Tiêu chuẩn chọn: Chọn 23 Bác sĩ trưởng trạm y tế xã/phường và toàn bộ nhân viên y tế thôn/tổ dân phố của 4 xã chọn mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Cán bộ y tế cơ sở không chấp nhận hợp tác nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính

Tiêu chuẩn chọn: Toàn bộ nhân viên y tế thôn/tổ dân phố và toàn bộ các chi hội trưởng các chi hội NCT ở 4 xã nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng chọn mẫu không chấp nhận hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng: Chọn cỡ mẫu toàn bộ.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: Chọn cỡ mẫu toàn bộ như chọn cỡ mẫu điều tra ngang, nhưng không chọn 23 bác sĩ là trưởng trạm của 23 trạm y tế xã vì mục tiêu của chuyên đề này là tìm hiểu kiến thức phòng chống trầm cảm tại cộng đồng, hơn nữa các trưởng trạm là thành viên của nhóm nghiên cứu này nên việc thảo luận sẽ làm mất tính khách quan của buổi thảo luận.

Chọn mẫu và xác định cỡ mẫu tương ứng

Toàn bộ đối tượng nghiên cứu được chọn vào mẫu là 105 đối tượng, trong đó: 41 NVYT thôn/tổ dân phố; 23 bác sĩ trưởng trạm y tế của 23 xã/phường; 41 chi hội trưởng chi hội người cao tuổi. Tuy nhiên chúng tôi không chọn 23 bác sĩ là trưởng của 23 trạm y tế xã thị trấn vào nhóm nghiên cứu định tính.

Nội dung, biến số nghiên cứu và cách lượng hóa

Nội dung nghiên cứu: Dựa theo nội dung phòng chống trầm cảm của Bộ Y tế (2008) thuộc chương trình

phòng chống bệnh không lây nhiễm, thuộc tiểu dự án phòng chống động kinh-trầm cảm. trong đó:

- *Nghiên cứu định lượng:* Được phân hóa thành 3 dạng trả lời “Đúng”, “Sai”, “Chưa rõ” và chia thành 5 nhóm:

Nhóm 1. Các chỉ số về tỷ lệ đánh giá sự hiểu biết bệnh trầm cảm

Bao gồm 4 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích chia làm 3 nhóm: Hiểu biết đúng: khi trả lời đúng ở các câu 1, câu 2, câu 4 và trả lời sai hoặc trả lời chưa rõ ở câu 3; *Hiểu biết sai:* khi trả lời sai một trong các câu 1,2,4 và trả lời đúng ở câu 3; *Chưa hiểu (chưa rõ):* trả lời chưa rõ ở tất cả các câu.

Nhóm 2. Các chỉ số về tỷ lệ hiểu biết biểu hiện của bệnh trầm cảm

Bao gồm 6 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích chia làm 3 nhóm: Hiểu biết đúng: khi trả lời đúng ở các câu 1, 2,3,4,5 và trả lời sai hoặc trả lời chưa rõ ở câu 6; *Hiểu biết sai:* khi trả lời sai một trong các câu 1,2,3,4,5 và trả lời đúng ở câu 6; *Chưa hiểu (chưa rõ):* trả lời chưa rõ ở tất cả các câu.

Nhóm 3. Các chỉ số về tỷ lệ hiểu biết tuyên truyền về phòng chống bệnh trầm cảm

Bao gồm 10 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích bằng cách cho điểm và tính giá trị trung bình của tổng số điểm: cho câu đúng=10 điểm; câu sai=0 điểm; câu chưa rõ=5 điểm. Sau đó phân chia theo thang điểm 100 như sau: tốt từ 80-100 điểm; khá 65-80 điểm; trung bình từ 50-65 điểm; kém dưới 50 điểm.

Nhóm 4. Các chỉ số về tỷ lệ hiểu biết của gia đình về phòng chống trầm cảm

Bao gồm 03 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích chia làm 3 nhóm: Hiểu biết đúng: khi trả lời đúng cả 3 câu 1,2,3; *Hiểu biết sai:* khi trả lời sai một trong 3 câu 1,2,3; *Chưa hiểu (chưa rõ):* trả lời chưa rõ ở tất cả các câu.

Nhóm 5. Các chỉ số về tỷ lệ hiểu biết của cộng đồng về phòng chống trầm cảm

Bao gồm 02 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích chia làm 3 nhóm: Hiểu biết đúng: khi trả lời đúng cả 2 câu 1,2; *Hiểu biết sai:* khi trả lời sai một trong 2 câu 1,2; *Chưa hiểu (chưa rõ):* trả lời chưa rõ ở tất cả các câu.

Nhóm 6. Các chỉ số về tỷ lệ hiểu biết của cán bộ y tế về phòng chống trầm cảm

Bao gồm 02 câu hỏi (phụ lục 1).

Khi đưa vào phân tích chia làm 3 nhóm: Hiểu biết đúng: khi trả lời đúng cả 2 câu 1,2; *Hiểu biết sai:* khi trả lời sai một trong 2 câu 1,2; *Chưa hiểu (chưa rõ):* trả lời chưa rõ ở tất cả các câu.

Nhóm 7. Các chỉ số về tỷ lệ mức độ hiểu biết những việc nên làm khi mắc bệnh trầm cảm mà đồng thời mắc bệnh mạn tính.

Bao gồm 10 câu hỏi.

Khi đưa vào phân tích bằng cách cho điểm và tính giá trị trung bình của tổng số điểm: cho câu đúng=10 điểm; câu sai=0 điểm; câu chưa rõ=5 điểm. Sau đó phân chia theo thang điểm 100 như sau: tốt từ 80-100 điểm; khá 65-80 điểm; trung bình từ 50-65 điểm; kém dưới 50 điểm.

- Nghiên cứu định tính

Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đánh giá “hiểu biết bệnh trầm cảm, vai trò của cán bộ y tế cơ sở trong việc phát hiện, điều trị, chăm sóc và quản lý bệnh trầm cảm” theo nội dung câu hỏi hướng dẫn.

Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm chi hội trưởng chi hội người cao tuổi đánh giá “hiểu biết bệnh trầm cảm và những đề xuất và phòng chống TC tại cộng đồng” theo nội dung câu hỏi hướng dẫn thảo luận ở.

Đo lường bằng cách: Ghi âm thành từng hộp ghi âm, sau đó trích dẫn bằng văn bản trong từng hộp của từng đối tượng trả lời.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Nghiên cứu định tính

Sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu và thảo luận.

- Nghiên cứu định lượng

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu qua bộ câu hỏi in sẵn

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

- Nghiên cứu định lượng

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phần mềm SPSS 20.0 [6].

- Nghiên cứu định tính

Các thông tin thu được đều được ghi bằng, sau đó sẽ gõ bằng để lấy thông tin. Các ghi chép trong quá trình phỏng vấn cũng được sử dụng trong quá trình phân tích số liệu định tính. Các thông tin thu được xử lý theo phương pháp “mã hóa mờ” theo từng nhóm chủ đề nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và thông tin tìm hiểu trầm cảm của cán bộ y tế cơ sở

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của của mẫu nghiên cứu

Biến số		Sơ lượng NVYT Thôn/TDP	Tỷ lệ (%)	Sơ lượng Chi hội trưởng NCT	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	00	0	06	7
	THCS	21	69	25	83
	THPT	10	31	00	00
	≥ Đại học	00	0	00	0
Trình độ chuyên môn đã có	Nghề y, dược	2	8	00	0
	Ngành khác	29	92	31	100
Nghề nghiệp	Cán bộ về hưu	05	15	17	55
	Công nhân	00	0	12	39
	Nông dân	17	54	02	6
	Nghề tự do	9	31	00	0

3.1.2. Đặc điểm tìm hiểu thông tin về trầm cảm của cán bộ y tế cơ sở

Bảng 3.2. Tìm hiểu thông tin về trầm cảm trạm y tế và nhân viên y tế thôn/TDP

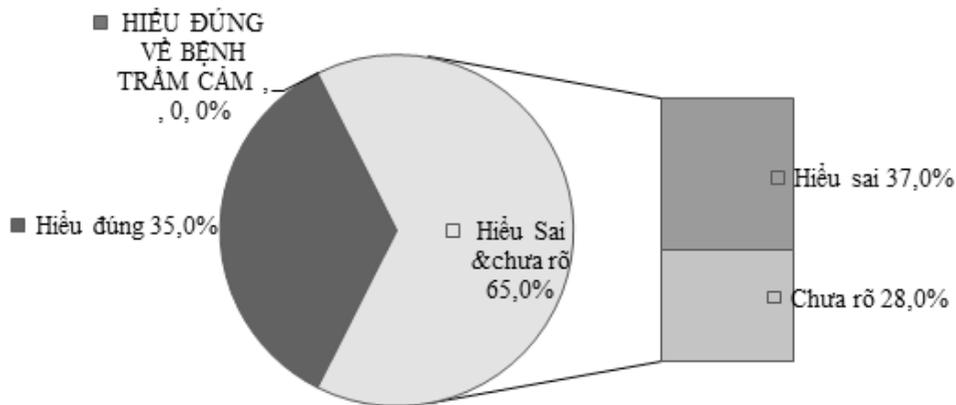
	NVT tế thôn		Trạm y tế xã		Tỉ lệ chung	
	Số lượng (n1)	Tỷ lệ %	Số lượng (n2)	Tỷ lệ	Số lượng(N)	Tỷ lệ
Có	19	61,3 %	20	87,0%	39	72,2
Không	12	38,7 %	03	13,0%	15	27,8
Tổng cộng	31	100,0 %	23	100,0%	54	100,0

Nhận xét: Tìm hiểu thông tin về bệnh trầm cảm của cán bộ y tế cơ sở chiếm tỉ lệ 72,2%, cán bộ trạm y tế xã 87,0% và nhân viên y tế thôn 61,3%.

3.2. Kiến thức phòng chống trầm cảm

3.2.1. Hiểu biết về trầm cảm (tỉ lệ chung)

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hiểu biết chung về bệnh trầm cảm



Nhận xét: Tìm hiểu đúng về bệnh trầm cảm chỉ đạt là 35%, trả lời sai đến 37,0% và trả lời chưa rõ 28,0%.

3.2.2. Hiểu biết biểu hiện đặc trưng của trầm cảm

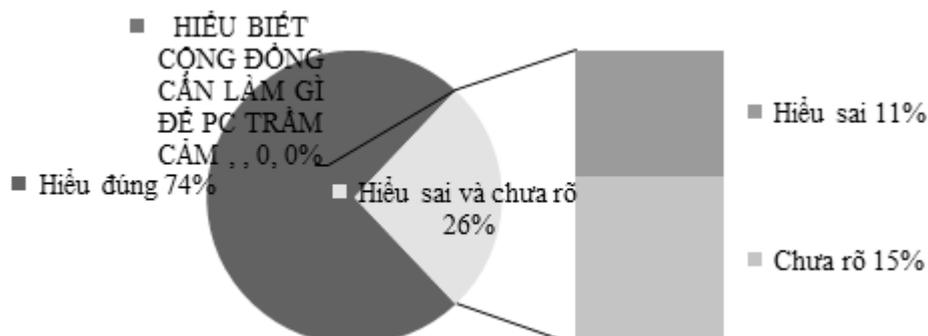
Bảng 3.3. Hiểu biết về biểu hiện bệnh trầm cảm

	NVT tế thôn		Trạm y tế xã		Tỉ lệ chung	
	Số lượng (n1)	Tỷ lệ %	Số lượng (n2)	Tỷ lệ	Số lượng (N)	Tỷ lệ
Đúng	3	9,7	5	21,7	8	14,8
Sai	14	45,2	10	43,5	24	44,5
Chưa rõ	14	45,2	8	34,8	22	40,7
Tổng cộng	31	100,0	23	100,0	54	100,0

Nhận xét: Hiểu đúng về biểu hiện của trầm cảm 15,0%, hiểu sai 44,0%, chưa rõ biểu hiện này 41,0%.

3.2.3. Hiểu về cộng đồng cần làm gì để phòng chống trầm cảm

Biểu đồ 3.2. Hiểu biết cộng đồng cần làm gì để phòng chống trầm cảm



Nhận xét: Hiểu biết đúng về cộng đồng cần phải làm để phòng chống trầm cảm 74,0 %, hiểu sai 11,0 % và chưa rõ 15,0 %.

3.2.4. Hiểu biết gia đình cần làm gì để phòng chống trầm cảm

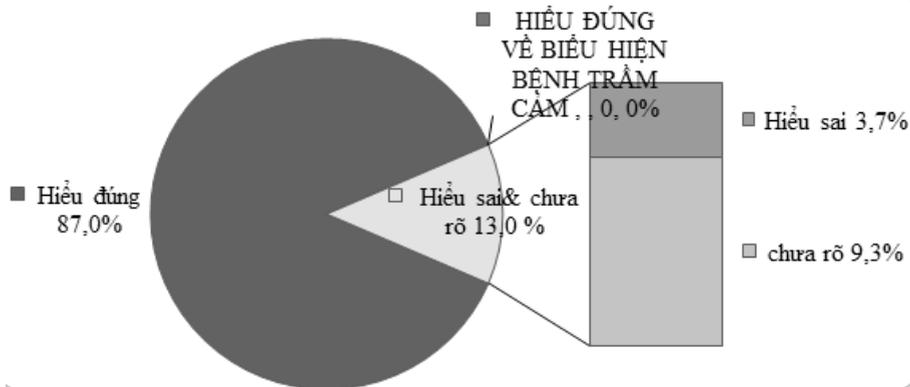
Bảng 3.4. Hiểu biết về gia đình cần làm gì để phòng chống trầm cảm

	NVT tế thôn		Trạm y tế xã		Tỉ lệ chung	
	Số lượng (n1)	Tỷ lệ %	Số lượng (n2)	Tỷ lệ	Số lượng (N)	Tỷ lệ
Đúng	18	58,1	6	26,1	24	44,4
Sai	9	29,0	16	69,6	25	46,3
Chưa rõ	4	12,9	1	4,3	5	9,3
Tổng cộng	31	100,0	23	100,0	54	100,0

Nhận xét: Hiểu biết gia đình cần phải làm những gì để phòng chống trầm cảm 45,0%, hiểu sai 46,0% và chưa rõ 9,0%.

3.2.5. Hiểu biết cán bộ y tế cần làm gì để phòng chống trầm cảm (tỉ lệ chung)

Biểu đồ 3.3. Hiểu biết cán bộ y tế cần làm gì để phòng chống trầm cảm



Nhận xét: Hiểu đúng cán bộ y tế cần phải làm gì để phòng chống trầm cảm 87,0 %, hiểu sai 4,0 % và chưa rõ 9,0 %.

3.2.6. Hiểu biết về truyền thông phòng chống trầm cảm

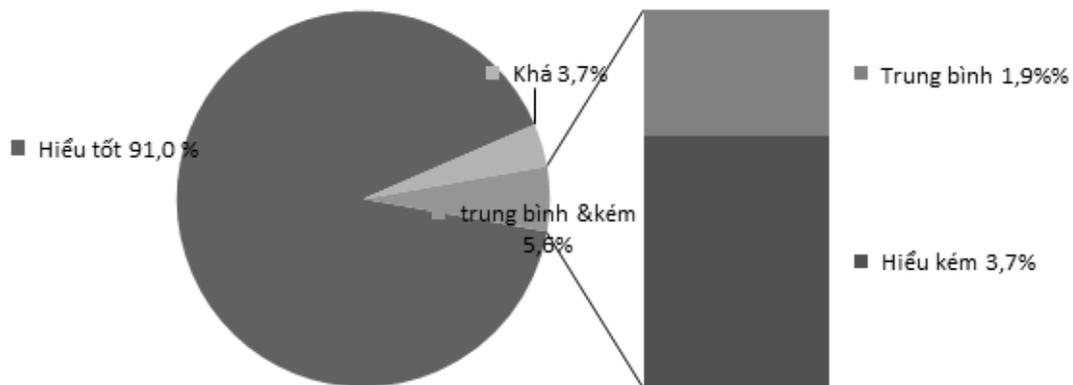
Bảng 3.5. Hiểu biết về hướng dẫn tuyên truyền phòng chống trầm cảm

Mức độ hiểu biết	NVT tế thôn		Trạm y tế xã		Tỉ lệ chung	
	Số lượng (n1)	Tỷ lệ %	Số lượng (n2)	Tỷ lệ	Số lượng (N)	Tỷ lệ
Tốt	17	54,8	12	52,2	29	53,7
Khá	4	12,9	3	13,0	7	13,0
Trung bình	8	25,8	4	17,4	12	22,2
Kém	2	6,5	4	17,4	6	11,1
Tổng cộng	31	100,0	23	100,0	54	100,0

Nhận xét: Hiểu biết tốt 54,0%, khá 13,0%, trung bình 22,0% và kém là 11,0%

3.2.7. Hiểu biết những việc nên làm để phòng chống trầm cảm khi mắc bệnh mạn tính

Biểu đồ 3.4. Hiểu biết những việc nên làm để phòng chống trầm cảm khi mắc bệnh mạn tính



Nhận xét: Hiểu biết khi bị bệnh mạn tính và mắc trầm cảm phải nên làm gì? Hiểu tốt 91,0%, khá 3,0%, trung bình 2,0% và kém 4,0%.

3.2.8. Kết quả thảo luận nhóm (nghiên cứu định tính)

Câu hỏi 1. Anh/chị cho biết triệu chứng của bệnh nhân trầm cảm là như thế nào?

Hộp 1. Nhân viên y tế thôn phường Lê Hồng Phong trả lời:

“là người luôn thấy mình luôn mắc nhiều bệnh tật, hay đòi hỏi người thân đưa đi khám bệnh mọi nơi, luôn hay suy nghĩ và lo lắng”

Câu hỏi 2. Anh/chị cho biết nguyên nhân của bệnh trầm cảm?

Hộp 2. Nhân viên y tế thôn phường Trương Quang Trọng trả lời:

“Bị ức chế tâm lý, trong cuộc sống xảy ra sự kiện bất ngờ mà không tìm được sự giải quyết, chịu áp lực từ người nhà, cộng đồng và xã hội”

Hộp 3. Chi hội trưởng chi hội người cao tuổi phường Lê Hồng Phong trả lời:

“Do thua buồn vì con cái hay do ngược đãi vì con cái trong nhà, hay bức xúc về xã hội”

Câu hỏi 3. Gia đình phải làm như thế nào để phòng quản lý, chăm sóc và phòng chống bệnh trầm cảm?

Hộp 4. Nhân viên y tế thôn xã Tịnh Thiện trả lời:

“Gia đình cần quan tâm thường xuyên thành viên có biểu hiện ăn ít, ngủ ít, buồn rầu, ít nói theo dõi không cho đi xa một mình”

Câu hỏi 4. Cho biết nguyên tắc phòng chống trầm cảm dựa vào cộng đồng?

Hộp 5. Nhân viên y tế thôn xã Nghĩa Dũng trả lời:

“Quan tâm đến người bệnh và tạo điều kiện để người bệnh tiếp xúc nói chuyện với nhiều thành viên trong gia đình, tiếp xúc với nhiều người xung quanh, quan tâm chế độ ăn uống”

Câu hỏi 5. Vai trò của cán bộ y tế cơ sở trong phòng chống trầm cảm?

Hộp 6. Chi hội trưởng chi hội người cao tuổi phường Trương Quang Trọng trả lời:

“Thường xuyên thăm hỏi chăm sóc tận tình động viên người cao tuổi tập thể dục, không nên dùng bia rượu, tuyên truyền người nhà chăm sóc người bệnh”-

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và tìm hiểu thông tin trầm cảm của cán bộ y tế cơ sở

Qua bảng 3.1, cho thấy nhóm nhân viên y tế thôn học vấn cao nhất là THCS (69,0%); không có đại học và tiểu học; nghề y rất ít (8,0%); nghề nông và nghề tự do chiếm tỉ lệ cao. Chi hội trưởng chi hội NCT trình độ học vấn thấp 83,0% THCS và tiểu học 7,0%. Ở đây cho thấy trình độ học vấn mẫu nghiên cứu là rất thấp. Bảng 3.2 cho thấy tìm hiểu thông tin về bệnh trầm cảm của cán bộ y tế cơ sở chiếm tỉ lệ 72,2% là khá cao.

4.2. Kiến thức phòng chống trầm cảm

4.2.1. Ở nhóm đánh giá hiểu đúng, hiểu sai và chưa rõ

Hiểu đúng về định nghĩa bệnh trầm cảm chỉ đạt là 35,0% là rất thấp, nhất là trả lời sai đến 37,0% và trả lời chưa rõ 28,0%; Hiểu đúng về biểu hiện của bệnh trầm cảm chỉ đạt 15,0% là rất thấp, hiểu biết sai chiếm tỉ lệ cao nhất 44,0%, chữa rõ biểu hiện này cũng khá cao (41,0%); Hiểu



biết đúng gia đình cần phải làm những gì để phòng chống trầm cảm chiếm tỉ lệ thấp (45,0%), hiểu sai đến 46,0% và chưa nắm được vấn đề (chưa rõ) 9,0%; Hiểu biết đúng về cộng đồng cần phải làm để phòng chống trầm cảm là rất cao 74,0%, trong khi đó hiểu sai 11,0% và chưa rõ 15,0%; Hiểu biết đúng cán bộ y tế cần phải làm gì để phòng chống trầm cảm là rất cao chiếm tỉ lệ 87,0%, trong khi đó hiểu sai chỉ có 4,0% và chưa rõ 9,0%;

4.2.2. Ở nhóm đánh giá hiểu tốt, khá, trung bình, kém

Hiểu biết về hướng dẫn tuyên truyền phòng chống trầm cảm ở bảng 3.5 cho thấy: hiểu biết tốt 54%, khá 13%, trung bình 22,0% và kém là 11,0%. Như vậy hiểu biết vấn đề này là đạt yêu cầu.

Hiểu biết những việc nên làm để phòng chống trầm cảm khi mắc bệnh mạn tính ở biểu đồ 3.4 thấy rằng: hiểu biết tốt 91,0%, khá 3,0%, trong khi đó trung bình 2,0% và kém 4,0%. ở đây nhận thấy hiểu biết về vấn đề này là rất tốt trong cán bộ y tế cơ sở và người cao tuổi ở cộng đồng.

4.2.3. Ở kết quả thảo luận nhóm (nghiên cứu định tính)

Qua nghiên cứu định tính bằng thảo luận nhóm thì hầu hết các nhân viên y tế thôn nắm khá tốt về các chủ đề phòng chống, quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh trầm cảm. Tuy nhiên hầu hết là tự phát, chưa có một tổ chức nào có

hệ thống cho vấn đề này

V. KẾT LUẬN

Bệnh trầm cảm nói chung và trầm cảm ở người cao tuổi nói riêng hiện nay là phổ biến trong cộng đồng, ảnh hưởng rất nhiều đến kinh tế, chính trị và xã hội.

Trình độ học vấn của nhân viên y tế thôn, cán bộ chi hội người cao tuổi là rất thấp và hầu hết không có trình độ về y tế.

Mức độ hiểu biết về trầm cảm còn ở mức dưới trung bình, còn có nhiều trường hợp chưa rõ về bệnh này.

Hầu hết các nhân viên y tế thôn nắm khá tốt về các chủ đề phòng chống, quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh trầm cảm. Tuy nhiên hầu hết là tự phát, chưa có một tổ chức nào có hệ thống cho vấn đề này

VI. KIẾN NGHỊ

Cơ cấu chọn nhân viên y tế thôn có học vấn cao hơn, tập trung huấn luyện cho đội ngũ y tế thôn kiến thức y tế nhất là kiến thức về chăm sóc bệnh trầm cảm tại cộng đồng.

Phổ biến mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm nhằm nâng cao kiến thức hiểu biết về phòng chống, quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh trầm cảm nhất là trầm cảm ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn tâm thần và tâm lý y học (2005), “Rối loạn cảm xúc”, *Bệnh học tâm thần*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 215-252.
2. Nguyễn Văn Dũng (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và điều trị các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai*, luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
3. George N. Christodoulou (2012), *Trầm cảm là hậu quả của khủng hoảng kinh tế* trầm cảm: căn bệnh toàn cầu, Liên đoàn sức khỏe tâm thần thế giới, Ngày sức khỏe tâm thần thế giới 10/10/2012
4. Tôn Thất Hưng và cộng sự (2012), “Nghiên cứu tình hình và các yếu tố tâm lý xã hội liên quan đến rối loạn trầm cảm tại phường Xuân Phú - thành phố Huế “, *Tạp chí Y học thực hành*. 805, tr. 241-248.
5. Đoàn Vương Diễm Khánh và Đỗ Văn Diệu (2015), *khảo sát tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh, tỉnh Quảng Ngãi năm 2015*, *Tạp chí Y tế công cộng*, tr. 13-14.
6. Khoa Y tế công cộng(2004), “Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng”, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học tr. 18-22, 58-94.
7. Tổ chức Y tế thế giới (1992), “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi”, Geneva, tr. 91-100.
8. Phạm Văn Trụ (2009), *Trầm cảm thường bị chẩn đoán sai trong chăm sóc ban đầu*, chuyên đề tâm thần-trầm cảm, Bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh
9. Bhamani M. A, Karim MS và Khan MM. (2013), “Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study”, *BMC Psychiatry*, pp.13-181.

THỰC TRẠNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ DỰA TRÊN KHÁC BIỆT XU HƯỚNG TÍNH DỤC TẠI NƠI LÀM VIỆC ĐỐI VỚI NGƯỜI ĐỒNG TÍNH, SONG TÍNH VÀ CHUYỂN GIỚI Ở KHU CÔNG NGHIỆP

Nguyễn Thị Kim Ngân¹, An Thanh Ly²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả thực trạng phân biệt đối xử dựa trên khác biệt về xu hướng tính dục tại nơi làm việc đối với những người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) tại khu công nghiệp và tìm hiểu những trải nghiệm của họ. Nghiên cứu kết hợp thu thập thông tin định lượng qua mạng và phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm các đối tượng đã từng hoặc đang là công nhân tại các khu công nghiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 1220 LGBT trả lời online, nhóm đồng tính chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 70%). Có 65,6% các đối tượng hiện đang là công nhân và 90% các đối tượng đã công khai về xu hướng tính dục của mình. Về phân biệt đối xử tại nơi làm việc, 78% đối tượng đã từng bị PBDX, trong đó có 32,5% thường xuyên bị PBDX. Các trải nghiệm PBDX mà đối tượng trải qua chủ yếu là mặc đồng phục, có nhận xét tiêu cực từ khách hàng. Có khoảng 50% đối tượng từng bị đuổi việc, không giải quyết bảo hiểm do xu hướng tính dục của mình. Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng người LGBT thường bị PBDX và họ cần được quan tâm và bảo vệ để phòng chống PBDX.

Từ khoá: LGBT, phân biệt đối xử, nơi làm việc, khu công nghiệp

ABSTRACT:

LGBT DISCRIMINATION INSIDE THE WORKPLACE

The study was conducted to describe the situation of discrimination in the workplace based on differences of sexual orientation for homosexual, bisexual and transgender (LGBT) people in the industrial zone. This study collected data from an online quantitative questionnaire as well as in-depth interviews and group discussions. The research results show that among 1220

LGBT respondents, gay groups account for the highest percentage (about 70%). There was 65.6% of the subjects who was currently workers. Regarding discrimination in the workplace, 78% of the respondents have ever suffered from discrimination, of which 32.5% suffer frequently. LGBT has discriminated against in wearing uniform, negative comments from customers due to their sexual orientation. About 50% of those who have ever been fired, do not have insurance due to their sexual orientation. Research results show that LGBT people often suffer from discrimination in workplace and this issue is needed to be concerned.

Keywords: LGBT, discrimination, workplace, industrial zones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) ở Việt Nam bao gồm những người đồng tính luyến ái, song tính luyến ái và người chuyển giới ở Việt Nam. LGBT là cụm từ viết tắt các chữ cái đầu gồm Lesbian, Gay, Bisexual và Transgender hoặc Transsexual people. Hiện vẫn chưa có điều tra nào cho một con số ước lượng chính xác về số lượng người LGBT ở Việt Nam. Theo số liệu của Viện Nghiên cứu xã hội, kinh tế và môi trường (iSEE), Việt Nam hiện đang có khoảng 1,6 triệu người đồng tính, song tính và chuyển giới ở độ tuổi 15-59 [1]. Kết quả từ báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới thì khoảng 3% dân số có thiên hướng tình dục đồng tính, nếu lấy tỷ lệ này áp dụng cho Việt Nam thì hiện nay cả nước có khoảng gần 3 triệu người đồng tính [2]. Trong điều tra quốc gia của 2.340 MSM thực hiện bởi iSEE, 63,4% nhận mình là người đồng tính; 17,7% nhận mình là người song tính, 11% nhận mình là “không xác định” và 3,8% nhận mình là người dị tính.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chính: Nguyễn Thị Kim Ngân, Điện thoại: 0979012606, Email: ntkn@huph.edu.vn

» Ngày nhận bài: 23/05/2019 | » Ngày phản biện: 01/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 07/06/2019

Mặc dù trong những năm gần đây, xã hội Việt Nam đã có cái nhìn thoáng hơn về cộng đồng người đồng tính và chuyển giới. Tuy nhiên xuất phát từ những quan điểm sai lầm cho rằng đồng tính luyến ái là bệnh tâm thần, là những biểu hiện lệch lạc về tâm lý, lối sống tha hóa mà xã hội đã dành cho người đồng tính và chuyển giới sự kỳ thị, biểu hiện ở những hành động như chế giễu, phân biệt đối xử, xa lánh thậm chí cô lập [3]. Phân biệt đối xử người đồng giới, song tính, chuyển giới (LGBT) được thể hiện ở nhiều khía cạnh và mức độ khác nhau[4]. Điều này dẫn đến những tổn thương tâm lý, tổn thương lớn nhất là sự từ chối của gia đình và công việc không ổn định. Các nghiên cứu đã cho thấy định kiến và sự phân biệt đối xử là nguyên nhân duy trì nghèo đói trong cộng đồng LGBT, sự ruồng bỏ của gia đình, sự chối bỏ của trường học và nơi làm việc là những nguyên nhân chính khiến họ nghèo đói và đẩy họ đến việc mại dâm, dẫn đến việc họ sẽ bị lạm dụng, bóc lột và gạt ra ngoài lề xã hội [5-7]. Theo kết quả điều tra của Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) thì gần 30% người từng bị từ chối việc làm vì là người LGBT. Người LGBT cũng gặp phải những nhận xét, hành động tiêu cực từ phía đồng nghiệp, lãnh đạo, khách hàng và cả đối tác[8]. Trong nhóm đối tượng làm việc tại các khu công nghiệp, tại Việt Nam hiện chưa có điều tra nào về phân biệt đối xử trong nhóm LGBT.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu thực trạng và các trải nghiệm về phân biệt đối xử dựa trên khác biệt về xu hướng tính dục tại nơi làm việc đối với LGBT đã hoặc đang làm việc tại các khu công nghiệp để xây dựng chương trình can thiệp, vận động chính sách phù hợp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thu thập thông

tin từ những người đồng tính, song tính hoặc chuyển giới từ 18 tuổi trở lên tại Việt Nam và đã hoặc đang làm việc tại các khu công nghiệp.

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và định lượng

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành từ 8/2017 đến 6/2018. Số liệu định tính được thu thập tại Nam Định, Vĩnh Phúc, Hà Nội, Thái Nguyên và Bắc Ninh. Thông tin định lượng được thu thập trên toàn quốc.

Cỡ mẫu: Tổng số có 1220 đối tượng đã trả lời phiếu định lượng và 23 cuộc phỏng vấn sâu và 6 cuộc thảo luận nhóm được tiến hành.

Công cụ thu thập số liệu: Cấu phần định lượng thu thập thông tin từ phiếu điều tra trực tuyến. Cấu phần định tính thực hiện thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm sử dụng các bản hướng dẫn thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng được tổng hợp dạng Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu định tính được phân tích bằng phần mềm Nvivo.

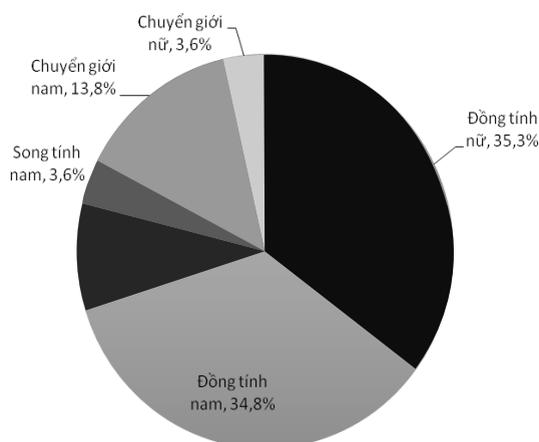
Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua. Trước khi điền phiếu định lượng và tham gia phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm, các đối tượng được cung cấp các thông tin về mục đích nghiên cứu. Với phiếu định lượng, đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu bằng cách chọn (tích) vào ô “Có đồng ý tham gia nghiên cứu”.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Trong 1220 LGBT tham gia trả lời bộ câu hỏi online, nhóm đồng tính nam và đồng tính nữ chiếm tỷ lệ cao nhất (35%), mỗi nhóm khoảng 35%.

Biểu đồ 1. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo xu hướng tính dục



Bảng 1. Thông tin chung về các đối tượng tham gia khảo sát trực tuyến

	Tần số (n= 1220)	Tỷ lệ %
Cấp học cao nhất		
<i>Tiểu học và dưới tiểu học</i>	25	2,0
<i>THCS</i>	130	10,7
<i>THPT</i>	614	50,3
<i>Trung cấp trở lên</i>	396	32,5
<i>Không có thông tin</i>	55	4,5
Dân tộc		
<i>Kinh</i>	1029	84,3
<i>Khác</i>	191	15,7
Công việc hiện tại		
<i>Công nhân</i>	800	65,6
<i>Buôn bán/kinh doanh</i>	59	4,8
<i>Cơ quan nhà nước</i>	102	8,3
<i>Tự do</i>	166	13,6
<i>Học sinh/sinh viên</i>	65	5,3
<i>Khác</i>	28	2,3
Vị trí công tác		
<i>Nhân viên</i>	852	69,8
<i>Lãnh đạo/trưởng nhóm</i>	163	13,4
<i>Ko có thông tin</i>	205	16,8
Thu nhập		
<i>< 5 triệu</i>	421	34,5
<i>5-10 triệu</i>	670	54,9
<i>> 10 triệu</i>	72	5,9
<i>Ko có thông tin</i>	57	4,7

Trình độ học vấn của các đối tượng chủ yếu là cấp 3 (chiếm 50%); sau đó đến nhóm từ trung cấp/cao đẳng/đại học trở lên chiếm 32,5%. Thu nhập của các nhóm đối tượng chủ yếu là khoảng 5-10 triệu (55%) và mức dưới 5 triệu (34,5%). Các đối tượng của nghiên cứu là những người đã từng hoặc hiện là công nhân. Có 65,6% các đối tượng tham gia nghiên cứu hiện đang là công nhân. Khi được hỏi về việc công khai về xu hướng tính dục tại nơi

làm việc, tỷ lệ công khai với đồng nghiệp bao gồm hay không bao gồm người quản lý khoảng 20%.

2. Thực trạng phân biệt đối xử

Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu cho biết họ đã từng bị PBDX bằng một trong các hình thức là 75,6%. Trong nhóm đã từng bị PBDX, có đến 30% đối tượng cho biết họ thường xuyên bị PBDX bằng tất cả các hình thức tại nơi làm việc.

Bảng 2. Mức độ trải nghiệm các tình huống PBDX tại nơi làm việc

	Thường xuyên (%)	Thỉnh thoảng (%)	Hiếm khi (%)	Không bao giờ (%)
Buộc phải mặc đồng phục (n=1193)	12,7	13,4	11,2	62,6
Nghe, nhìn thấy những nhận xét tiêu cực từ khách hàng (n=1192)	9,9	28,8	21,9	39,4
Nhìn, nghe thấy nhận xét tiêu cực từ đồng nghiệp (n=1196)	9,9	28,8	21,9	39,4
Bị từ chối vào làm (n=1207)	6,9	20,8	17,6	54,7
Nhìn, nghe thấy nhận xét tiêu cực từ người quản lý (n=1194)	6,0	22,9	20,9	50,3
Bị hạn chế thăng tiến (n=1198)	5,9	15,3	15,3	63,4
Hành động tiêu cực từ đồng nghiệp khác (n=1194)	5,5	20,5	18,3	55,6
Hành động tiêu cực từ khách hàng, đối tác (n=1189)	5,5	20,5	18,3	55,6
Bị buộc chuyển công việc khác (n=1197)	4,9	17,2	15,3	62,6
Hành động tiêu cực từ người quản lý (n=1197)	4,1	17,3	17,0	61,6
Bị giảm mức thưởng so với người cùng vị trí, năng lực (n=1201)	3,3	12,7	12,7	71,2
Không được giải quyết BHXH, BHYT (n=1200)	2,2	10,9	9,8	77,1
Bị đuổi việc (n=1204)	2,1	13,2	12,8	71,9

Trong các trải nghiệm về PBDX, phổ biến nhất là việc buộc phải mặc đồng phục (12,7%) và có những nhận xét tiêu cực từ khách hàng (10%). Việc bị từ chối vào làm, hạn chế trong công việc như thăng tiến, mức thưởng hay buộc chuyển sang vị trí công việc khác do xu hướng tính dục xảy ra với khoảng 40-50% các đối tượng. Các mức độ nghiêm trọng như đuổi việc, không giải quyết BHXH, BHYT thì có 70% các đối tượng cho biết họ chưa bao giờ gặp phải.

3. Trải nghiệm bị phân biệt đối xử

Bị cán bộ tuyển dụng phân biệt đối xử

Tất cả người tham gia (NTG) phỏng vấn định tính khẳng định rằng người chuyển giới nam/nữ, đồng tính có thể hiện giới khác biệt sẽ gặp khó khăn trong quá trình xin việc tại KCN.

“Có bạn cùng quê với em là chuyển giới nam. Bạn có cắt tóc ngắn, đi xin việc thì người ta bảo là người không ra người, ngợm không ra ngợm, đàn ông không ra đàn ông, đàn bà không ra đàn bà nên người ta từ chối, không nhận vào công ty luôn. Còn một số bạn chuyển giới nữ như bạn em mà tóc dài, hoặc mặc như con gái đi làm, em thấy cũng rất là khó [...] khó xin việc” (TLN, chuyển giới nữ, công khai)

Bị đồng nghiệp phân biệt đối xử

Đa số NTG phỏng vấn định tính chia sẻ đã từng bị đồng nghiệp phân biệt đối xử và 100% đã từng chứng kiến

hoặc nghe những trường hợp LGBT làm việc tại KCN bị đồng nghiệp phân biệt đối xử do xu hướng tính dục khác biệt. Hình thức phân biệt đối xử phổ biến nhất là nghe/nhìn thấy nhận xét/hành động tiêu cực từ đồng nghiệp, và sau đó là bị đồng nghiệp xa lánh.

“Họ soi mói. Đi làm thì người này bàn tán, người kia bàn tán là pê-đê thế nọ thế kia, là bệnh hoạn, không biết là bố mẹ nó trước ăn ở thế nào mà giờ lại sinh ra nó như thế” (TLN, chuyển giới nữ, công khai)

Trong trường hợp các bạn giấu kín nhưng bị đồng nghiệp phát hiện thì nhiều người bị đồng nghiệp chủ động xa lánh, cô lập.

“Có những người người ta phản ứng gay gắt lắm, người ta không muốn cho những người ấy chơi cùng với mình luôn... thui mà đừng nhìn đến nó nhờ nó hiếp, nói thẳng luôn thế, nhờ nó hiếp” (TLN, đồng tính nữ, không công khai)

Bị quản lý phân biệt đối xử

Trong quá trình phỏng vấn sâu, có 9/23 NTG chia sẻ trải nghiệm bị tổ trưởng hoặc cán bộ văn phòng phân biệt đối xử. Chủ đề này cũng được nhắc đến trong 3/6 cuộc thảo luận nhóm.

Đa số NTG từng bị quản lý phân biệt đối xử đều từng nghe thấy quản lý nhận xét tiêu cực về bản thân nói riêng hoặc về LGBT nói chung.

“Như tổ trưởng trước của em, anh ấy cũng có biết 1 chút thông tin về người đồng tính nhưng mà anh ấy có thái độ khó chịu lắm. Mình cũng làm việc, cũng chăm chỉ như mọi người, nhưng mà hề có cái gì đó thì anh ấy chỉ lôi mình ra thôi” (TLN, đồng tính nữ, không công khai)

Một số khác chia sẻ rằng đã từng bị quản lý gây sức ép, lên công việc, gây khó khăn trong quá trình giải quyết quyền lợi của người lao động như: không cho đổi ca, không nhận đơn xin nghỉ phép. Một số NTG cũng chia sẻ đã từng bị hạn chế thăng chức do sự phân biệt đối xử của quản lý hoặc không đồng cảm của mọi người.

Người ta sẽ không đề bạt những người như bọn em lên đâu. Ví dụ như bọn em thăng tiến lên làm tổ trưởng, chắc chắn là sẽ không được mọi người ủng hộ” (TLN, đồng tính nữ, chưa công khai)

IV. BÀN LUẬN

Môi trường làm việc chung vẫn rất khắc nghiệt với người LGBT. Trong Luật Lao động chưa có điều khoản nào quy định về việc chống phân biệt đối xử, kỳ thị dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới. Về phía các nhà tuyển dụng lao động, lãnh đạo đơn vị, những tư tưởng bảo thủ, định kiến với nhóm LGBT vẫn còn phổ biến [9]. Kết quả nghiên cứu trên thế giới cũng tương tự với kết quả nghiên cứu khác, khoảng 42 đến 68% từng bị phân biệt đối xử tại nơi làm việc [10, 11].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 75,6% các đối tượng đã từng bị PBDX, trong đó có 30% thường xuyên bị PBDX. Cụ thể, gần 50% các đối tượng đã từng bị từ chối khi vào làm; tỷ lệ này cao hơn so với điều tra của iSSE là 30% [8]. Gần 30% các đối tượng đã từng bị đuổi việc, bị giảm mức thưởng hay không giải quyết được BHXH, BHYT. Vấn đề đồng phục cũng giống như kết quả ở một số nghiên cứu trước đây là một vấn đề nổi bật [8]. Trong nghiên cứu này, 12,7% cho biết họ thường xuyên bị bắt mặc đồng phục không phù hợp.

Cho đến nay, quan điểm của cộng đồng với người

đồng tính, song tính và chuyển giới rất đa dạng. Từ năm 1973, đồng tính được đưa ra khỏi danh sách bệnh vì vậy xã hội cần có sự tôn trọng với đa dạng của các cá nhân trong xã hội. Quyền và sự tôn trọng dành cho người LGBT cần được đảm bảo với sự hỗ trợ về luật. Một nguyên nhân của thực trạng PBDX ở Việt Nam được cho là do hiện nay chưa có khung pháp lý rõ ràng. Trong một số Luật, Nghị định của Việt Nam có các điều khoản về chống kỳ thị và phân biệt đối xử như Luật Phòng chống HIV/AIDS năm 2006, Luật Người khuyết tật năm 2010, Nghị định số 05/2011/NĐ-CP nhưng không có hướng dẫn cụ thể cũng như quy định về việc khiếu kiện khi bị PBDX. Trong Hiến pháp năm 2013 có nhiều điều khẳng định bảo vệ quyền bình đẳng và chống phân biệt đối xử. Tuy nhiên trong tất cả các Luật hiện nay đều chưa đề cập cụ thể đến PBDX dựa trên tính dục. Từ 11/2013, Việt Nam đã hợp pháp hóa việc tổ chức đám cưới giữa hai người cùng giới và trao quyền cho những cặp cùng giới chung sống cùng nhau thông qua Nghị định số 110/2013-NĐ-CP ngày 24/9/2013. Đây được coi là một bước chuyển biến trong việc vận động chính sách liên quan đến nhóm LGBT. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra nguyên nhân dẫn đến sự nghèo đói của người LGBT chính là từ định kiến và sự PBDX khi người LGBT bị từ chối của trường học và nơi làm việc [9].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,2% các đối tượng cho biết họ đã từng bị PBDX tại nơi làm việc, trong đó có hơn 30% thường xuyên bị PBDX. Trong các trải nghiệm về PBDX, phổ biến nhất là việc buộc phải mặc đồng phục và có những nhận xét tiêu cực từ khách hàng. Nhóm LGBT cần được quan tâm trong thực hiện phòng chống PBDX tại nơi làm việc.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin cảm ơn tổ chức Trung tâm Nghiên cứu và Ứng dụng khoa học về Giới- Gia đình- Phụ nữ và Vị thành niên (CSAGA) đã tài trợ cũng như hỗ trợ trong quá trình triển khai nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Việt Nam có khoảng 1,6 triệu người đồng tính. 2013 [cited 2013; Available from: <http://vov.vn/doi-song/viet-nam-co-khoang-16-trieu-nguoi-dong-tinh-261382.vov>.
2. (CCIH), T.t.s.k.v.s.k.d.s., *Kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người đồng tính, song tính và chuyển giới ở Việt Nam*. 2008.
3. Phạm Thu Hoa, Đ.T.Y., *Định kiến, kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người đồng tính và chuyển giới ở Việt Nam*. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, 2015. 31(5): p. 70-79.

4. Lương Thế Huy, P.Q.P., “*Có phải bởi vì tôi là LGBT?*”. 2015, Viện nghiên cứu Xã hội Kinh tế và Môi trường iSEE.
5. UNAIDS and UNDP, *Là người đồng tính, song tính và chuyển giới (LGBT) ở châu Á: Báo cáo quốc gia Việt Nam*. 2014.
6. Grant, J.M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M, *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. 2011, Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
7. Nadal, K.L., K.C. Davidoff, and W. Fujii-Doe, *Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination*. J Trauma Dissociation, 2014. **15**(2): p. 169-83.
8. Saleh el, S., et al., *Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women*. Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2013. **9**: p. 15-24.
9. Rebecca Elias, H.L., *Underlying Causes of Poverty and Vulnerability Workshop Report – Male Sex Workers*. 2012, CARE Viet Nam.
10. Rebecca Elias, H.L., *Underlying Causes of Poverty and Vulnerability Workshop Report – Sexual Minorities: Transgender*. 2012, CARE Viet Nam.
11. Rebecca Elias, H.L., *Underlying Causes of Poverty and Vulnerability Workshop Report – Sexual Minorities: Homosexual Men and Women*. 2012, CARE Viet Nam.



SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TTYT HUYỆN TÂN HỒNG TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2019

Võ Thị Ngọc Quý ¹, Trần Quốc Thắng ²

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, năm 2019. Phương pháp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, đánh giá tại Trung tâm Y tế Tân Hồng trên 345 người bệnh nội trú có chỉ định ra viện tại 5 khoa lâm sàng. Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung là 82,9%, hài lòng kết quả cung ứng dịch vụ điều trị 86,6%, về khả năng tiếp cận DVYT 85,5%, về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT 85,2%, về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh 4,3%. Về minh bạch thông tin là 83,8%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đạt hài lòng ở các khoa theo thứ tự: Khoa Nội Tổng hợp 98,2%, điểm trung bình là 4,63 điểm, khoa Nhi 93,1%, điểm trung bình là 4,6, khoa Ngoại Tổng hợp 91,4%, điểm trung bình 4,46, khoa YHCT - PHCN 91,2%, điểm trung bình 4,27 điểm và hài lòng thấp nhất là khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản chỉ đạt 25,9% và điểm trung bình 3,54 điểm.

Từ khóa: Sự hài lòng, chờ đợi, tiếp đón.

ABSTRACT:

DESCRIBE THE SATISFACTION OF PATIENTS WHO ARE TREATED INPATIENT AT TAN HONG DISTRICT HEALTH CENTER, 2019.

Methods: Research using cross-sectional descriptive methods, quantitative research on qualitative combination, At Tan Hong Medical Center, more than 345 inpatient patients were appointed to be hospitalized in 5 clinical departments. Results: Overall satisfaction rate was 82.9%, satisfied the results of providing treatment services 86.6%, about access to health services 85.5%, about the behavior and professional capacity of health workers 85.2%, about facilities and facilities to serve patients 4.3%, information

transparency is 83.8%.

The research results show that the satisfaction rate in the departments is in order, the Department of Internal medicine synthesizes 98.2%, the average score is 4.63 points, Pediatrics 93.1%, average score is 4.6, General surgery 91.4%, average score 4.46, Department of Traditional medicine - Rehabilitation 91.2%, average score of 4.27 points and lowest satisfaction was only 25.9% for Department of Reproductive health and 3.54 average.

Keywords: Satisfaction, waiting, welcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ y tế được cung cấp tại các cơ sở khám chữa bệnh là mối quan tâm hàng đầu của các nhà quản lý y tế, nó ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị và sự lựa chọn ưu tiên của người bệnh tại cơ sở y tế đó.

Hàng năm Trung tâm Y tế Tân Hồng tiến hành khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú theo quy định của BHYT, tuy nhiên số lượng người bệnh được đánh giá hài lòng tại Trung tâm không nhiều nên kết quả chưa thể hiện đúng thực tế của hài lòng người bệnh. Hiện nay Trung tâm chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hài lòng người bệnh nội trú cũng như đi sâu vào phân tích cụ thể tỉ lệ hài lòng khoa nội trú nào, chưa tìm hiểu về yếu tố nào gây ảnh hưởng đến hài lòng người bệnh hay không. Để xác định tỉ lệ hài lòng và yếu tố ảnh hưởng của người bệnh cụ thể ở 5 khoa lâm sàng gồm (Khoa Nội TH, Khoa Ngoại TH, Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Khoa Nhi và Khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng) tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài “**Sự hài lòng người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp, năm 2019**”.

1. Trung tâm Y tế huyện Tân Hồng

ĐT 0979153949, email 1731018@studenthuph.edu.vn

2. Viện Sức khỏe Cộng đồng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại 05 khoa lâm sàng TTYT Tân Hồng từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2019.

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

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu định lượng: Người bệnh điều trị nội trú và đã làm thủ tục xuất viện tại 5 khoa lâm sàng trên 345 người.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB là người thân của nhân viên trong TTYT, người bệnh nằm viện dưới 3 ngày.

Nghiên cứu định tính: Phỏng vấn sâu 13 đối tượng gồm 04 người bệnh, 08 nhân viên y tế gồm 4 BS, 4 ĐD và 01 lãnh đạo của TTYT để tìm hiểu mức độ hài lòng và những yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của NB cũng như tìm hiểu những thuận lợi và khó khăn trong việc thực hiện các kế hoạch chiến lược nhằm nâng cao sự hài lòng của NB.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể cho cỡ mẫu tối thiểu cộng thêm 10%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 345.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống.

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

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng. Đồng thời đề nghiên cứu cũng được thông qua và chấp thuận của lãnh đạo TTYT huyện Tân Hồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 345 người bệnh nội trú có chỉ định ra viện tại 5 khoa lâm sàng đã thu được một số kết quả chính sau:

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (345)	Tỉ lệ (100%)
Tuổi	Từ 18 - 50	196	56,8
	Trên 50	149	43,2
Giới tính	Nam	114	33
	Nữ	231	67
Trình độ học vấn	Cấp 1, cấp 2	288	83,5
	Cấp 3 trở lên	57	16,5
Nghề nghiệp	Làm nông	212	61,4
	Nghề nghiệp khác	133	38,6
Kinh tế	Hộ nghèo	59	17,1
	Không hộ nghèo	286	82,9

Từ bảng trên ta thấy: Lứa tuổi thuộc đối tượng nghiên cứu từ 18 – 50 tuổi là 196 chiếm 56,8%, trên 50 tuổi là 149 chiếm 43,2% về giới tính có 231 nữ chiếm 67%, 114 nam chiếm 33%.

Học vấn cấp 1, cấp 2 là 288 chiếm 83,5%, trình độ cấp 3 trở lên là 57 chiếm 16,5%.

Nghề nghiệp, làm ruộng là 212 người chiếm 61,4%, ngành nghề khác (cán bộ công chức viên chức, nội trợ, buôn bán, già trên 60 tuổi, công nhân...) 133 đối tượng chiếm 38,6%.

Về kinh tế không thuộc diện hộ nghèo là 286 chiếm 82,9%, thuộc diện hộ nghèo là 59 chiếm 17,1%.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của ĐTNC

Đặc điểm điều trị		Tần số (345)	Tỉ lệ (%)
BHYT	Có	326	94,5
	Không	19	5,5
Đối tượng	Người bệnh	288	83,5
	Thân nhân bệnh nhi	57	16,5
Số ngày điều trị	3 - 5 ngày	177	51,3
	Trên 5 ngày	168	48,7
Khoa điều trị	Khoa Nội TH	114	33
	Ngoại TH	58	16,8
	Khoa CSSKSS	58	16,8
	Khoa Nhi	57	16,5
	Khoa YHCT – PHCN	58	16,8

Nhận xét: Qua bảng 2 ta thấy

Đối tượng nghiên cứu có sử dụng BHYT trong đợt điều trị là 326 chiếm 94,5%, không có BHYT là 19 chiếm 5,5%.

Người bệnh tham gia trả lời nghiên cứu là 288 người chiếm 83,5%, thân nhân bệnh nhi là 57 người chiếm 16,5%.

Ngày điều trị của người bệnh từ 3 đến 5 ngày là 177 đối tượng chiếm 51,3%, nằm viện trên 5 ngày của đối tượng là 168 chiếm 48,7%. Ngày nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là 6,23 +/- 3,2 ngày trong đó (ngày điều trị thấp

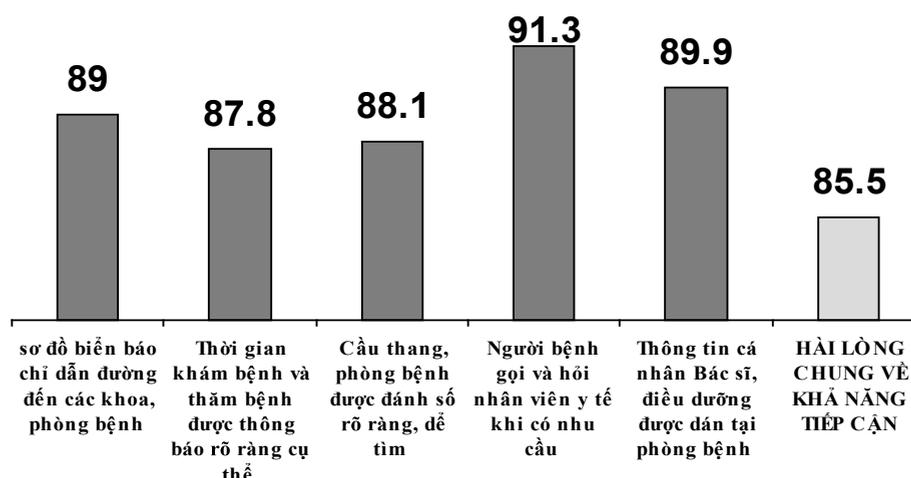
nhất là 03 ngày, ngày điều trị cao nhất là 17 ngày).

Số lượng mẫu chọn ở các khoa không tương đồng nhau do lượng bệnh khoa Nội thường cao gấp đôi, gấp 3 so với các khoa còn lại nên nhóm nghiên cứu lấy mẫu tại khoa Nội là 114 mẫu chiếm 33%, lấy mẫu tại khoa Ngoại là 58 mẫu chiếm tỉ lệ 16,8%, khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản là 58 mẫu chiếm tỉ lệ 16,8%. Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng là 58 mẫu chiếm tỉ lệ 16,8% và khoa Nhi là 57 mẫu chiếm 16,5%.

3.2. Mô tả sự hài lòng của người bệnh

3.2.1. Sự hài lòng của NB với khả năng tiếp cận

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ NB hài lòng với khả năng tiếp cận

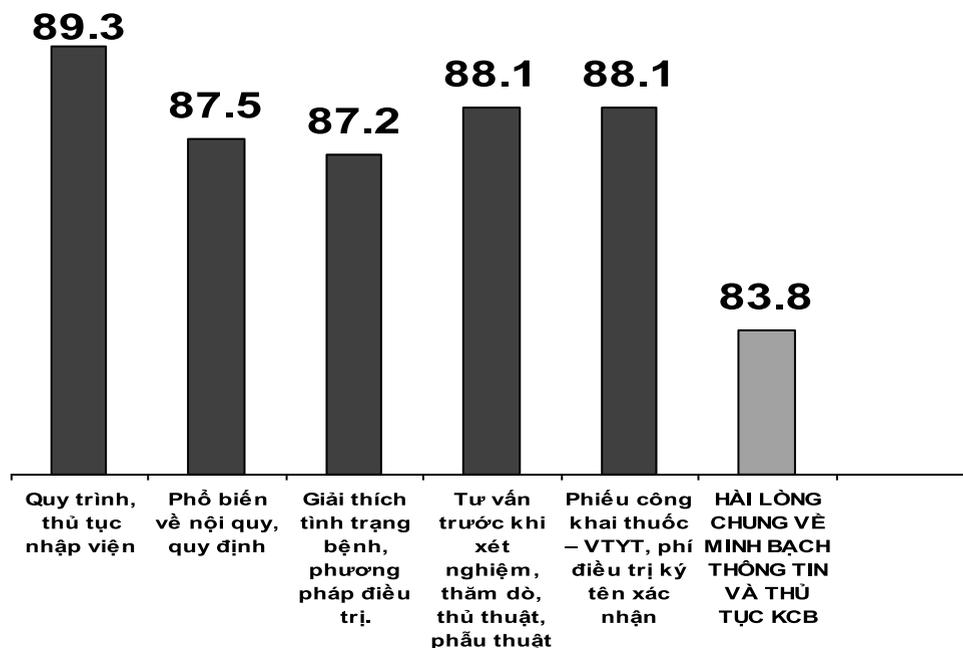


Về khả năng tiếp cận kết quả đạt được như sau: Người bệnh hài lòng về gọi, hỏi nhân viên y tế khi có nhu cầu đáp ứng 91,3%. Thông tin cá nhân bác sĩ, điều dưỡng được dán tại phòng bệnh để tiện liên hệ khi có nhu cầu người bệnh hài lòng 89,9%. Sơ đồ biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa phòng bệnh trong TTYT rõ ràng dễ hiểu để tìm người bệnh hài lòng 89%. Khối cầu thang phòng bệnh được đánh

số rõ ràng, dễ tìm người bệnh hài lòng 88,1%. Thời gian khám bệnh và thăm bệnh được thông báo rõ ràng cụ thể người bệnh hài lòng 87,8%. Tỷ lệ hài lòng chung với khả năng tiếp cận là 85,5%.

3.2.2 Sự hài lòng của người bệnh đối với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

Biểu đồ 3.2 Tỷ lệ NB hài lòng với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị



Hài lòng quy trình thủ tục nhập viện nhanh gọn 89,3%, hài lòng tư vấn trước khi làm các dịch vụ ngoài danh mục BHYT, và minh bạch thông tin 88,1%. Hài lòng về phổ biến nội quy khoa phòng, quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong thời gian nằm viện là 87,5%, người bệnh được bác sĩ - điều dưỡng giải thích tình trạng bệnh cũng như phương pháp và thời gian điều trị chiếm tỷ lệ 87,2%. Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung với minh bạch thông tin và thủ tục KCB là 83,8%.

3.2.3. Sự hài lòng của người bệnh với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

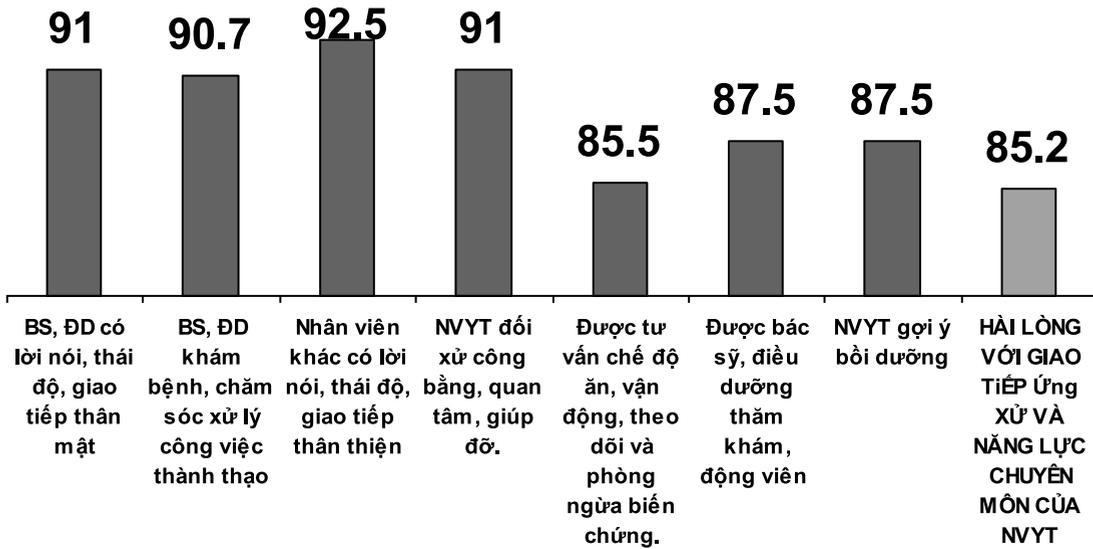
Nghiên cứu cho thấy người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất và môi trường trong khuôn viên Trung tâm Y tế là mục đạt tỷ lệ hài lòng cao nhất 91,6%, đảm bảo an toàn trong thời gian nằm viện đạt 90,1%, phòng bệnh khang trang sạch sẽ - cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ phù hợp kích cỡ đạt tỷ lệ hài lòng là 89%, có bố trí phòng ăn bàn

ghế quạt phục vụ người bệnh, khi làm thủ thuật hay thay quần áo cho người bệnh luôn đảm bảo sự kín đáo đạt tỷ lệ 88,7%. Người bệnh hài lòng về cung cấp giường bệnh đạt 87,5%, hài lòng về nhà vệ sinh 87,5% do giường bệnh cho người bệnh nằm không có song chắn chống té ngã, nhiều giường bệnh có nệm xẹp, rách bao da không thể nằm được vì rất đau lưng. Cảm tin phục vụ nhu cầu ăn uống của người bệnh được đánh giá hài lòng thấp nhất với 86,4% do món ăn không đa dạng, nấu không ngon, về cung cấp nhu yếu phẩm không đầy đủ mặt hàng cần thiết, giá đắt hơn nhiều so với bên ngoài. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất và thiết bị phục vụ người bệnh là 84,3%.

3.2.4. Sự hài lòng của người bệnh đối với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT

Tỷ lệ NB hài lòng với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT được thể hiện dưới biểu đồ sau:

Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ NB hài lòng với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT



Người bệnh hài lòng về thái độ giao tiếp của nhân viên vệ sinh, nhân viên thu viện phí, nhân viên bảo vệ đạt 92,5%. Bác sĩ điều dưỡng có lời nói thân thiện nhỏ nhẹ 91%, về chuyên môn bác sĩ điều dưỡng với khám bệnh chăm sóc thành thạo chuyên nghiệp kịp thời đạt 90,7%, được bác sĩ thăm khám động viên và không có nhân viên y tế nào gợi ý tiền quà 87,5%. Người bệnh không hài lòng nhất là chưa được bác sĩ, điều dưỡng tư vấn chế độ dinh dưỡng phù hợp, hướng dẫn vận động, theo dõi dấu hiệu bất thường đến 85,5%. Trung tâm y tế có Khoa Dinh dưỡng

nhưng chưa tổ chức việc nấu và cung cấp khẩu phần ăn theo bệnh lý cho người bệnh. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn là 85,2%.

3.2.5. Sự hài lòng của người bệnh đối với kết quả cung cấp dịch vụ

Kết quả cho thấy người bệnh hài lòng về chi phí điều trị đạt 90,1%, về cấp phát và hướng dẫn sử dụng thuốc là 89,9%, mức độ tin tưởng vào chất lượng dịch vụ là 89,3%. Kết quả điều trị đáp ứng nguyện vọng là 89%. Người bệnh hài lòng thấp nhất ở phần cung ứng dịch vụ trang thiết bị 88,4%.

Bảng 3. Sự hài lòng của người bệnh hài lòng theo khoa nội trú

STT	Khoa nội trú	Tỷ lệ hài lòng (%)	Điểm TB	Độ lệch chuẩn
1	Khoa Nội tổng hợp	98,2	4,63	0,33
2	Khoa Nhi	93,1	4,6	0,58
3	Khoa Ngoại tổng hợp	91,4	4,46	0,49
4	Khoa YHCT - PHCN	91,2	4,27	0,3
5	Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản	25,9	3,54	0,43

Theo bảng 3 cho thấy khoa Nội Tổng hợp đạt tỷ lệ hài lòng cao nhất với 98,2%, điểm hài lòng trung bình là 4,63 điểm. Tiếp đến là khoa Nhi 93,1%, điểm trung bình là 4,6 điểm. Thứ ba là khoa Ngoại Tổng hợp tỷ lệ hài lòng đạt 91,4%, điểm trung bình là 4,46 điểm. Thứ tư khoa YHCT - PHCN 91,2%, điểm trung bình 4,27 thấp nhất là Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản chỉ đạt 25,9% và điểm trung bình 3,54 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh đối với khả năng tiếp cận: Đạt 89%, không hài lòng 11%. Thời gian khám bệnh và thăm bệnh 87,8%, không hài lòng 12,2%; sơ đồ chỉ dẫn trong BV hài lòng 88,1%, không hài lòng 11,9%; người bệnh gọi và hỏi nhân viên y tế khi có nhu cầu 91,3%, không hài lòng 8,7%. Thông tin cá nhân NVYT hài lòng

89.9%, không 10.1%; khả năng tiếp cận tại TTYT huyện Tân Hồng là 91.3% mục gọi và hỏi NVYT 87.8%; hài lòng chung với khả năng tiếp cận là 85.5%, không hài lòng 14.5%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hà năm 2018 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, tỉ lệ hài lòng với khả năng tiếp cận là 86.21%, cao hơn tác giả Lê Minh Điều năm 2016 với tỉ lệ hài lòng với khả năng tiếp cận là 83%.

Sự hài lòng của người bệnh đối với minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh: Đạt 89.3%. Người bệnh hài lòng thấp nhất ở hai mục là phổ biến nội quy khoa phòng, quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong thời gian nằm viện 12.5%, người bệnh chưa được bác sĩ - điều dưỡng giải thích tình trạng bệnh cũng như phương pháp và thời gian điều trị chiếm tỉ lệ 12.8%. Tỉ lệ người bệnh hài lòng chung với minh bạch thông tin và thủ tục KCB là 83.8%, không hài lòng với minh bạch thông tin và thủ tục KCB 16.2% thấp hơn tác giả Nguyễn Văn Hà năm 2018 với tỉ lệ hài lòng với minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh là 88.79%.

Sự hài lòng của người bệnh đối với cơ sở vật chất và thiết bị phục vụ người bệnh: Đạt 91.6%. Tỉ lệ người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất và thiết bị phục vụ người bệnh là 84.3%. Tỉ lệ người bệnh không hài lòng về cơ sở vật chất và thiết bị phục vụ người bệnh là 15.7%, cao hơn tác giả Nguyễn Văn Hà năm 2018 với tỉ lệ hài lòng với khả năng tiếp cận là 83.2%.

Sự hài lòng của người bệnh đối với giao tiếp ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT: Đạt 92.5%, tiếp đến là năng lực chuyên môn khám bệnh, chăm sóc thành thạo, kịp thời đạt 90.7%. Người bệnh không hài lòng nhất là chưa được bác sĩ, điều dưỡng tư vấn chế độ dinh dưỡng phù hợp, hướng dẫn vận động, theo dõi dấu hiệu bất thường đến 14.5%. Trung tâm y tế có khoa Dinh dưỡng nhưng chưa tổ chức việc nấu và cung cấp khẩu phần ăn theo bệnh lý cho người bệnh chiếm 12.5%. Tỉ lệ người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn là 85.2%. Tỉ lệ người bệnh không hài lòng về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn là 14.8%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Minh Điều năm 2016 tỉ lệ hài lòng là 93.2%, tác giả Nguyễn Văn Hà năm 2018 tỉ lệ hài lòng là 88.6%.

Sự hài lòng của người bệnh đối với kết quả cung ứng dịch vụ: Đạt 90.1%, không hài lòng 11.6%. Tỉ lệ hài lòng người bệnh về kết quả cung ứng dịch vụ là 86.6%. Tỉ lệ hài lòng người bệnh về kết quả cung ứng dịch vụ là 14.8%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Minh Điều năm 2016 tỉ lệ hài lòng là 89.8%, tác giả Nguyễn Văn Hà năm 2018 tỉ lệ hài lòng là 87.9%.

*** Một số yếu tố ảnh hưởng đến hài lòng người bệnh:**

- **Yếu tố ảnh hưởng từ người sử dụng dịch vụ** cho thấy có mối liên quan giữa người bệnh có thời gian nằm viện lâu trên 5 ngày có sự hài lòng cao hơn 9.6 lần so với người bệnh nằm viện dưới 5 ngày ($p=0.000$). Khoa Điều trị thì người bệnh hài lòng > 90% tại 4 khoa gồm: khoa Nội TH, khoa Ngoại TH, khoa Nhi, khoa YHCT – PHCN, riêng khoa CSSKSS tỉ lệ người bệnh hài lòng rất thấp chỉ 25.9% và sự hài lòng này có ý nghĩa thống kê do ($p=0.000$).

- Có mối tương quan giữa hài lòng chung và giới tính của đối tượng nghiên cứu cụ thể nam giới hài lòng chung với tỉ lệ 93% còn nữ giới hài lòng chung với tỉ lệ 77.9% ($p=0.000$). Người bệnh tuổi cao thường ít hài lòng hơn so với người bệnh trẻ tuổi ($p=0.000$). Người bệnh có nghề nghiệp làm ruộng hài lòng cao gấp 6.6 lần so với ngành nghề khác ($p=0.01$). Người bệnh thu nhập thấp hài lòng hơn 7.2 lần so với người có kinh tế khá sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê do $P=0.007$.

- **Yếu tố ảnh hưởng từ người cung cấp dịch vụ**

Nhân lực: Thiếu BS chuyên khoa: chỉ có 01 BS CKI Ngoại khoa, 02 BSCKI Sản khoa nên BS sản phải trực luôn bệnh ngoại khoa, BS ngoại phải trực luôn sản khoa

95% ĐD có trình độ chuyên môn là trung cấp, TTYT còn sử dụng nhiều y sĩ để làm công tác điều dưỡng vì vậy kỹ năng chăm sóc người bệnh của họ chưa được tốt.

Đội ngũ phục vụ khác: Người bệnh đánh giá là không chuyên nghiệp

- Tài chính, thu nhập nhân viên thấp chủ yếu là lương và phụ cấp độc hại theo khoa phòng.

- Quản lý điều hành: Tập huấn nâng cao năng lực quản lý cho cán bộ các khoa phòng

- Công nghệ thông tin (CNTT): Chưa sử dụng phần mềm quản lý thuốc tại khoa Khám bệnh và Khoa nội trú

- Sự phối hợp giữa các bộ phận trong khoa- phòng, trong TTYT: Giữa BS điều trị và BS trưởng khoa chưa cao, phối hợp giữa các phòng ban chưa phát huy hết

Một số tồn tại trong nghiên cứu: Lượng mẫu ít chưa đại diện được hết ý kiến của người bệnh nội trú tại TTYT thời gian ngắn nên nhóm nghiên cứu chưa thể loại bỏ tất cả các yếu tố nhiễu do đó chưa thể nêu được hết tất cả các yếu tố ảnh hưởng từ công tác khám chữa bệnh ảnh hưởng đến hài lòng người bệnh. Tuy nhiên qua kết quả nghiên cứu cũng cho ta thấy được sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện, đi sâu hơn là biết được sự hài lòng người bệnh khoa nào là thấp nhất từ đó tìm ra nguyên nhân gốc rễ giúp lãnh đạo TTYT có những định hướng, đưa ra các giải pháp phù hợp để cải tiến lấy lại niềm tin của người bệnh đối với dịch vụ KCB tại TTYT.

V. KẾT LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ KCB, hài lòng chung tỉ lệ là 82.9%. Hài lòng về minh bạch thông tin chiếm tỉ lệ là 83.8%, về cơ sở vật chất tỉ lệ 84.3%, về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT đạt tỉ lệ 85.2%, về khả năng tiếp cận DVYT đạt tỉ lệ 85.5%, hài lòng kết quả cung ứng dịch vụ điều trị đạt tỉ lệ 86.6%.

Sự hài lòng của người bệnh so với khoa điều trị: Hài lòng cao nhất là khoa Nội tổng hợp đạt 4.63/5 điểm, khoa Nhi đạt 4.6/5 điểm, khoa Ngoại tổng hợp đạt 4.46/5 điểm, khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng đạt 4.27 điểm và người bệnh hài lòng thấp nhất là khoa chăm sóc sức khỏe sinh sản với 3.54/5 điểm.

Một số yếu tố ảnh hưởng

Yếu tố ảnh hưởng từ người sử dụng dịch vụ: Có mối liên quan giữa người bệnh có thời gian nằm viện lâu trên 5 ngày có sự hài lòng cao hơn 9.6 lần so với người bệnh nằm viện dưới 5 ngày. Khoa điều trị khác nhau thì sự hài lòng của người bệnh cũng khác nhau, nam giới hài lòng cao hơn so với nữ giới. Người bệnh lớn tuổi hài lòng ít hơn so với người bệnh trẻ tuổi. Người bệnh có nghề nghiệp làm ruộng hài lòng cao gấp 6.6 lần so với ngành nghề khác. Người bệnh có thu nhập thấp hài lòng hơn so với người bệnh có kinh tế khá.

Yếu tố ảnh hưởng từ người cung ứng dịch vụ: Thiếu BS chuyên khoa như: chỉ có 01 BS CKI Ngoại khoa, 01 BS chuyên khoa Truyền nhiễm, 02 BSCKI Sản khoa nên BS sản phải trực luôn bệnh Ngoại khoa, BS Ngoại phải trực luôn Sản, BS chuyên khoa Nhiễm đi học chuyên khoa II phải đóng cửa khoa Nhiễm, theo quy định trung tâm phải nhập khoa Nhiễm vào khoa Nội TH gây khó khăn khi có bệnh truyền nhiễm cần cách ly thì rất khó vì không

đủ phòng cách ly từng loại bệnh truyền nhiễm. 95% điều dưỡng có trình độ chuyên môn là trung cấp nên công tác tư vấn - giáo dục sức khỏe cho người bệnh còn thấp. Chưa tổ chức bố trí nhân viên khâu tiếp đón hướng dẫn người bệnh mới vào cũng như hướng dẫn những vấn đề khác khi cần, lực lượng bảo vệ chưa được tập huấn chuyên môn, nghiệp vụ vì vậy trong quá trình thực hiện nhiệm vụ thì người bệnh đánh giá là không chuyên nghiệp.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đối với nhân viên y tế: BS dành nhiều thời gian hơn để tiếp xúc, tư vấn hướng cho người bệnh về tình trạng bệnh hướng điều trị, quá trình tiếp xúc chăm sóc người bệnh thăm hỏi ân cần, giáo dục sức khỏe, tư vấn dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi sinh hoạt phù hợp.

Đối với trung tâm y tế: Về ngắn hạn, sửa chữa ngay các phòng bệnh xuống cấp; mở các lớp tập huấn và cuộc thi về kỹ năng giao tiếp - qui tắc ứng xử theo Thông tư 07/2014 TT/BYT cho tất cả các đối tượng tham gia, luân chuyển điều dưỡng làm công tác phù hợp với qui định chuyên môn; đào tạo lại nhân viên bảo vệ có tính chuyên nghiệp hơn.

Về lâu dài: Xây dựng hoàn thiện cơ sở hạ tầng, đào tạo cán bộ để hoạt động lại phòng Phẫu thuật và khoa Truyền nhiễm nhằm thu hút người bệnh, kiện toàn khoa Dinh dưỡng, bố trí thêm đội ngũ nhân viên tiếp đón nhất là tại khoa Khám bệnh và khoa Cấp cứu.

Nâng cao năng lực đầu tư trang thiết bị cần dùng như máy X Quang kỹ thuật số, máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học vì hiện tại các máy xét nghiệm đã gần hết tuổi.

Xây dựng quy chế để thu hút nhân tài nhất là nhân lực bác sĩ vì với chính sách hiện tại không có động lực để họ về làm tại cơ sở mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Điều (2016), Đánh giá hài lòng người bệnh nội trú và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện huyện An Phú, An Giang năm 2016, Luận văn Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
2. Trần Văn Đức (2018), thực trạng triển khai bệnh án điện tử tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM năm 2018, luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội
3. Nguyễn Văn Hà (2018), Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2018, Ninh Thuận. Luận văn chuyên khoa II Quản lý y tế, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
4. Abera RG, et. al.,(2017)" Patient satisfaction with clinical laboratory services at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia". Patient Prefer Adherence, 11, pp.1181-1188
5. Baummer-Carr A and Nicolau DP(2017)" influencing factors and the patient - provider relationship in the United States", Expert Rev Anti Infect Ther, 15(10), pp. 955-962.
6. Dragana Mitulinovic(2012), "Patient satisfaction with Nursing care quality: The psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire", Scandinavian Journal of caring sciences, 26(3), pp. 598-606.
7. Ehsan Zarei, et al., (2014), "An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran", *Global Journal of Health science*, 7: pp. 135-143

Kiến thức về rửa tay thường quy của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La năm 2018

Đặng Thị Thúy¹, Nguyễn Quốc Tiến², Đặng Bích Thủy², Đặng Thanh Nhân²

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức về rửa tay thường quy của nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La, năm 2018. Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 285 nhân viên y tế, kết quả cho thấy:

Tỷ lệ nhân viên y tế biết rửa tay thường quy gồm có 6 bước là 79,6%; 61,0% biết đúng thời gian tối thiểu cho 1 lần rửa tay thường quy; biết về hóa chất rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là cồn/dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn chiếm 61,1%,

Có 73,0% số bác sĩ trả lời đúng về 5 thời điểm rửa tay thường quy theo khuyến cáo của WHO, cao hơn so với điều dưỡng (69,4%), $p > 0,05$.

Kiến thức chung về rửa tay thường quy của nhân viên y tế ở mức đạt yêu cầu là 72,6%, không có sự khác biệt đáng kể giữa bác sĩ và điều dưỡng, tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp ($p > 0,05$).

Bàn tay nhân viên y tế là phương tiện quan trọng làm lan truyền nhiễm khuẩn bệnh viện, do đó cần thực hiện các biện pháp tuyên truyền, tập huấn nhằm nâng cao kiến thức và thực hành về rửa tay thường quy cho nhân viên y tế tại bệnh viện này.

Từ khóa: Nhân viên y tế, kiến thức, rửa tay thường quy.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE OF ROUTINE HANDWASHING OF HEALTHCARE WORKERS AT GENERAL HOSPITALS IN SON LA PROVINCE IN 2018

The study was to assess the knowledge of routine handwashing of healthcare workers at general hospitals in Son La province in 2018. The study included interviews with 285 healthcare workers, the results showed that:

The rate of routine handwashing of healthcare workers include 6 steps (79.6%); 61.0% know the minimum time

for 1 routine handwashing; know about the best hand sanitizer to kill bacteria is alcohol / antiseptic alcohol containing 61.1%,

73.0% of doctors correctly answered about 5 times of routine handwashing recommended by WHO, higher than nursing (69.4%), $p > 0.05$.

The general knowledge of routine handwashing by healthcare workers at the required level is 72.6%, there is no significant difference between doctors and nurses, gradually increasing with professional seniority ($p > 0,05$)

Healthcare workers' hands are an important means of spreading hospital infections. Consequently, communication and training measures should be implemented to improve the understanding and practice of routine handwashing among healthcare workers in this hospitals.

Keywords: Healthcare workers, knowledge, routine handwashing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế đang là vấn đề y tế toàn cầu do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, kéo dài ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị [1],[7].

Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) là việc áp dụng đồng bộ các biện pháp nhằm ngăn ngừa sự lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh, là nội dung quan trọng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Trong các biện pháp KSNK, vệ sinh tay (VST) từ lâu luôn được coi là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất, không chỉ trong chăm sóc người bệnh mà ngay cả ở cộng đồng khi đang phải đối mặt với nhiều bệnh dịch nguy hiểm xảy ra trên diện rộng như dịch tả, tay chân miệng, ... [1],[3].

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng viên có kiến thức chung

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

đúng về KSNK là 61,76% [2].

Trong quá trình chăm sóc người bệnh, bàn tay nhân viên y tế thường xuyên bị ô nhiễm vi sinh vật có ở trên da người bệnh cũng như ở bề mặt môi trường bệnh viện [6], do vậy vệ sinh tay là việc cần thiết, đơn giản và hiệu quả để giảm nhiễm khuẩn bệnh viện, tuy nhiên việc làm này nhiều khi còn chưa được thực hiện một cách nghiêm túc. Nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang và cộng sự [5], trên đối tượng là nhân viên y tế bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và các nhân viên y tế khác nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ rửa tay trong tất cả cơ hội tiếp xúc với bệnh nhân mà bắt buộc phải rửa tay theo khuyến cáo của WHO, kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ rửa tay trung bình là khá thấp (25,7%).

Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La luôn đối mặt với vấn đề thách thức về nhiễm khuẩn bệnh viện. Để tìm hiểu về công tác vệ sinh tay của nhân viên y tế, làm cơ sở cho việc đưa ra các giải pháp cụ thể nhằm phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện có hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

Mục tiêu: Mô tả kiến thức về rửa tay thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La, năm 2018

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La, đối tượng nghiên cứu là các nhân viên y tế (bác sĩ và điều dưỡng viên) trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2018

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

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

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $\alpha/2$: Độ tin cậy lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; p: tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức chung đúng về rửa tay thường quy, được lấy bằng 0,58% [4]; d: Sai số cho phép, chọn $d=0,06$. Kết quả tính được $n = 270$ người, thực tế điều tra được 285 người.

Cách chọn đối tượng: Từ các khoa/phòng của bệnh viện, tiến hành chọn toàn bộ nhân viên y tế tham gia công tác khám chữa bệnh, có mặt tại thời điểm nghiên cứu, sao cho đủ cỡ mẫu tính toán.

2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Phòng vấn trực tiếp nhân viên y tế theo mẫu phiếu đã được chuẩn bị trước, các câu hỏi phần kiến thức chung về rửa tay thường quy gồm có 20 câu, khi trả lời đúng từ 70% số câu trở lên được đánh giá đạt yêu cầu.

Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất về cách hỏi, giải thích và ghi chép thông tin.

2.5. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 21.0. Tính các tỷ lệ %; sử dụng test Khi bình phương để so sánh 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: 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. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Bác sĩ (n= 89)		Điều dưỡng (n= 196)		Chung (n=285)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Giới	Nam	45	50,6	36	18,4	81	28,4
	Nữ	44	49,4	160	81,6	204	71,6
Nhóm tuổi	<30	46	51,7	77	39,3	123	43,2
	31-40	25	28,1	64	32,7	89	31,2
	41-50	8	9,0	36	18,4	44	15,4
	51-60	10	11,2	19	9,7	29	10,2

Qua kết quả bảng 1 cho thấy: Trong tổng số 285 nhân viên y tế được điều tra, trong đó 89 bác sĩ (31,2%) và 196 điều dưỡng (68,8%). Tỷ lệ nhân viên y tế là nữ giới chiếm 71,6%, cao hơn so với nam (28,4%).

Qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,2%), tiếp đến là nhóm 31-40 tuổi (31,2%), nhóm 41-50 tuổi chiếm 15,4% và thấp nhất là nhóm 51-60 tuổi (10,2%).

Bảng 2. Kiến thức của nhân viên y tế về mục đích của rửa tay thường quy

Kiến thức	Bác sĩ (n= 89)		Điều dưỡng (n= 196)		Chung (n=285)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1. Bàn tay NVYT là tác nhân quan trọng trong NKBV	86	96,6	174	88,8	260	91,2
2. Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân nhân viên y tế	88	98,9	196	100,0	284	99,6
3. Phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện	76	85,4	170	86,7	246	86,3
4. Loại bỏ hầu hết vi sinh vật thường trú trên da tay	58	65,2	158	80,6	216	75,8

Qua kết quả bảng 2 cho thấy: Có 91,2% nhân viên y tế biết bàn tay là tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn bệnh viện. Kiến thức về mục đích của rửa tay thường quy cũng chiếm tỷ lệ rất cao: Giảm nguy cơ

nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân nhân viên y tế (99,6%), phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện (86,3%); loại bỏ hầu hết vi sinh vật thường trú trên da tay chiếm 75,6%.

Bảng 3. Tỷ lệ nhân viên y tế biết 5 thời điểm rửa tay thường quy theo khuyến cáo của WHO

Đặc điểm		Số điều tra	Tần suất	%	P
Chức danh	Bác sĩ	89	65	73,0	>0,05
	Điều dưỡng	196	136	69,4	
	<i>Cộng</i>	285	201	70,5	
Thâm niên nghề	≤ 5 năm	78	51	65,4	>0,05
	6-9 năm	73	52	71,2	
	≥10 năm	134	98	73,1	
	<i>Cộng</i>	285	201	70,5	

Qua kết quả bảng 3 cho thấy: Có 73,0% số bác sĩ trả lời đúng về 5 thời điểm rửa tay thường quy theo khuyến cáo của WHO, cao hơn so với điều dưỡng (69,4%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Đồng thời, kết quả bảng cũng cho thấy, tỷ lệ nhân viên y tế biết 5 thời điểm rửa tay thường quy tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp, ở nhóm dưới 5 năm chiếm thấp nhất (65,4%), nhóm 6-9 năm chiếm 71,2%, nhóm từ 10 năm trở lên chiếm 73,1% ($p>0,05$).

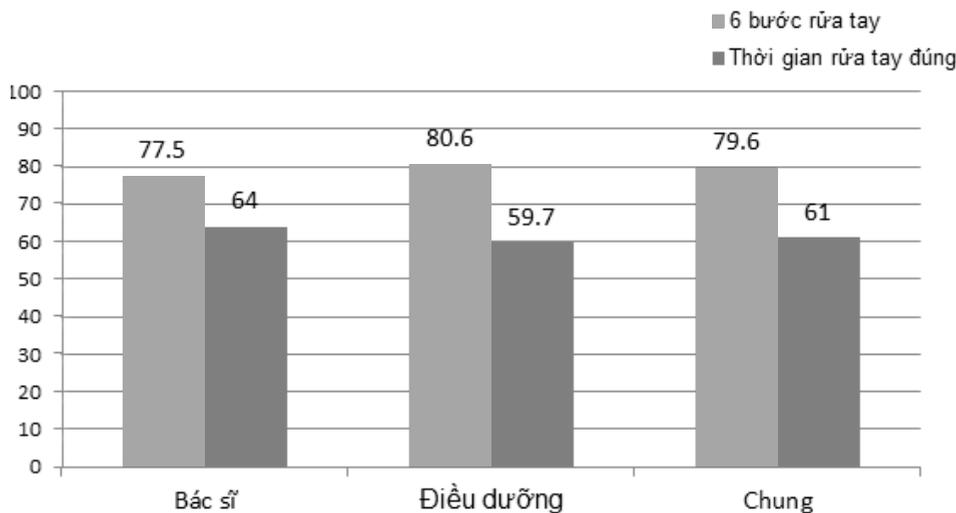
Bảng 4. Kiến thức của nhân viên y tế về hóa chất rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất

Hóa chất rửa tay	Bác sĩ (n= 89)		Điều dưỡng (n= 196)		Chung (n=285)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Xà phòng + Nước	24	27,0	85	43,4	109	38,2
Cồn/dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn	65	73,0	109	55,6	174	61,1
Không biết	0	0	2	1,0	2	0,7

Qua kết quả bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ nhân viên y tế biết về hóa chất rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là cồn/dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn chiếm 61,1%, trong

đó bác sĩ là 73,0%, cao hơn so với điều dưỡng (55,6%). Bên cạnh đó, còn có 0,7% số người trả lời không biết.

Biểu đồ 1. Kiến thức của nhân viên y tế về các bước và thời gian rửa tay đúng trong rửa tay thường quy (n=285)



Qua kết quả biểu đồ 1 cho thấy, có 79,6% nhân viên y tế biết rửa tay thường quy gồm có 6 bước, trong đó bác sĩ chiếm 77,5%, thấp hơn không đáng kể so với điều dưỡng (80,6%).

Đồng thời qua biểu đồ cũng cho thấy, có 61,0% nhân viên y tế biết thời gian tối thiểu cho 1 lần rửa tay thường quy là từ 20-30 giây (với dung dịch rửa tay có cồn), trong đó bác sĩ chiếm 64,0% và điều dưỡng là 59,7%.

Bảng 5. Đánh giá kiến thức chung của nhân viên y tế về rửa tay thường quy

Mức độ kiến thức	Bác sĩ (n= 89)		Điều dưỡng (n= 196)		Chung (n=285)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đạt	70	78,7	137	69,9	207	72,6	>0,05
Chưa đạt	19	21,3	59	30,1	78	27,4	>0,05

Qua kết quả bảng 5 cho thấy, tỷ lệ nhân viên đạt yêu cầu về kiến thức chung trong rửa tay thường quy là 72,6%, trong đó bác sĩ chiếm 78,7% cao hơn so với điều dưỡng là

69,9% (p>0,05). Bên cạnh đó còn có 27,4% chưa đạt yêu cầu về kiến thức chung trong rửa tay thường quy.

Bảng 6. Kiến thức chung của nhân viên y tế về rửa tay thường quy ở mức đạt yêu cầu theo thâm niên nghề nghiệp

Thâm niên	Số điều tra	Tần suất đạt	%	P
≤ 5 năm	78	51	65,4	>0,05
6-9 năm	73	56	76,7	
≥10 năm	134	100	74,6	
<i>Cộng</i>	<i>285</i>	<i>207</i>	<i>72,6</i>	

Qua kết quả bảng 6 cho thấy, tỷ lệ kiến thức chung ở mức đạt yêu cầu tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp, nhân viên y tế có thâm niên nghề nghiệp dưới 5 năm chiếm 65,4%; từ 6-9 năm chiếm 76,7% và từ 10 năm trở lên chiếm 74,6%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn bệnh viện là mối quan tâm hàng đầu của ngành Y tế vì làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng chi phí điều trị và kéo dài thời gian nằm viện. Không vệ sinh tay trước khi chăm sóc người bệnh là nguyên nhân quan trọng làm lan truyền NKBV. Các vi sinh vật có ở bàn tay ô nhiễm lan truyền trực tiếp sang người bệnh thông qua các thực hành chăm sóc hoặc gián tiếp do bàn tay làm ô nhiễm các dụng cụ chăm sóc. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, thực hiện tốt vệ sinh tay làm giảm 30% - 50% NKBV [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy kiến thức của nhân viên y tế về bàn tay là tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ rất cao (91,2%). Kiến thức về mục đích của rửa tay thường quy cũng chiếm tỷ lệ rất cao: Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân nhân viên y tế (99,6%), phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện (86,3%); loại bỏ hầu hết vi sinh vật thường trú trên da tay chiếm 75,6%

Theo khuyến cáo của WHO, có 5 thời điểm cần phải rửa tay đó là: Trước khi tiếp xúc với bệnh nhân; trước khi thực hiện các thủ thuật vô trùng; sau khi phơi nhiễm với dịch tiết; sau khi tiếp xúc với bệnh nhân; sau khi tiếp xúc với các vật dụng xung quanh bệnh nhân [1],[7]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 73,0% số bác sĩ trả lời đúng về 5 thời điểm rửa tay thường quy theo khuyến cáo của WHO, cao hơn so với điều dưỡng (69,4%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ nhân viên y tế biết 5 thời điểm rửa tay thường quy tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp, ở nhóm dưới 5 năm chiếm thấp nhất (65,4%), nhóm 6-9 năm chiếm 71,2%, nhóm từ 10 năm trở lên chiếm 73,1% ($p > 0,05$).

Để thực hiện vệ sinh tay, thì hóa chất rửa tay có vai trò quan trọng. Hiện nay có nhiều loại hóa chất vệ sinh tay có hiệu lực diệt khuẩn tốt đang được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế. Xét về mức độ loại bỏ vi sinh vật ở bàn tay, xà phòng thường là một hóa chất tốt; xà phòng khử

khuẩn tốt hơn xà phòng thường và tốt nhất là chế phẩm vệ sinh aty chứa cồn [1],[3]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nhân viên y tế biết về hóa chất rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là cồn/dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn chiếm 61,1%, trong đó bác sĩ là 73,0%, cao hơn so với điều dưỡng (55,6%). Bên cạnh đó, còn có 0,7% số người trả lời không biết.

Về quy trình rửa tay thường quy đúng gồm có 6 bước [1],[3], trong nghiên cứu này tỷ lệ nhân viên trả lời đúng là 79,6%; 61,0% nhân viên y tế biết thời gian tối thiểu cho 1 lần rửa tay thường quy là từ 20-30 giây (với dung dịch rửa tay có cồn).

Khi đánh giá chung về kiến thức rửa tay thường quy, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ nhân viên đạt yêu cầu là 72,6%, trong đó bác sĩ chiếm 78,7% cao hơn so với điều dưỡng là 69,9% ($p > 0,05$). Bên cạnh đó còn có 27,4% chưa đạt yêu cầu về kiến thức chung trong rửa tay thường quy. Đồng thời kết quả cũng cho thấy tỷ lệ kiến thức chung ở mức đạt yêu cầu tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp ($p > 0,05$). Như vậy, kết quả này có cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Nam Thắng và cộng sự [4], tuy nhiên vẫn nằm trong tình hình chung trong cả nước [3],[6].

Tóm lại, bàn tay là phương tiện quan trọng làm lan truyền NKBV. Vệ sinh tay giúp loại bỏ hầu hết vi sinh vật có ở bàn tay, do đó, có tác dụng ngăn ngừa lan truyền tác nhân nhiễm khuẩn từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh sang dụng cụ và nhân viên y tế, từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một người bệnh và từ nhân viên y tế sang người bệnh. Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, đồng thời cũng là biện pháp bảo đảm an toàn cho nhân viên y tế trong thực hành chăm sóc và điều trị người bệnh. Do đó cần thực hiện các biện pháp tuyên truyền, tập huấn nhằm nâng cao kiến thức và thực hành về rửa tay thường quy cho nhân viên y tế tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhân viên y tế biết rửa tay thường quy gồm có 6 bước là 79,6%; 61,0% biết thời gian tối thiểu cho 1 lần rửa tay thường quy là từ 20-30 giây; biết về hóa chất rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là cồn/dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn chiếm 61,1%,

- Có 73,0% số bác sĩ trả lời đúng về 5 thời điểm rửa

tay thường quy theo khuyến cáo của WHO, cao hơn so với điều dưỡng (69,4%), $p > 0,05$.

- Kiến thức chung về rửa tay thường quy của nhân viên y tế ở mức đạt yêu cầu là 72,6%, không có sự khác biệt đáng kể giữa bác sĩ và điều dưỡng, tăng dần theo thâm niên nghề nghiệp ($p > 0,05$)

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục tăng cường truyền thông cho nhân viên y tế tại bệnh viện với đa dạng các hình thức nhằm nâng cao kiến thức về rửa tay thường quy, bên cạnh đó cần tăng cường kiểm tra, giám sát việc thực hiện rửa tay thường quy để hạn chế nhiễm khuẩn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong cơ sở khám chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
2. Nguyễn Thị Thu Hà, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Văn Thành, Trần Trung Hiếu (2016), Thực trạng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng viên hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXVI, số 15 (188), tr56-59.
3. Nguyễn Việt Hùng (2010), Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Nam Thắng, Lê Đức Cường (2017), Kiến thức về rửa tay thường quy của điều dưỡng viên tại hai Bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải Thái Bình năm 2017, Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, số 6 2017, tr 223-226.
5. Đặng Thị Vân Trang, Lê Thị Anh Thư (2010), “Tỉ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế theo năm thời điểm của Tổ chức Y tế thế giới”, Tạp chí Y học thành Phố Hồ Chí Minh, Tập 14, trang 423 - 426.
6. Sharon Salmon, Trương Anh Thu, Nguyen Viet Hung, Didier Pittet, MaryLouise McLaws (2014), Healthcare workers' hand contamination levels and antimicrobial efficacy of different hand hygiene methods used in a Vietnamese hospital. AJIC, No 42, pp 178-81.
7. World Health Organization (WHO) (2009), “WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care”. Geneva, Switzerland, pp. 6. 98-115.



Kiến thức về vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2019

Đặng Thị Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả dựa vào cuộc điều tra cắt ngang được tiến hành nhằm đánh giá và so sánh kiến thức về vệ sinh tay giữa các nhóm nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2019. Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 125 nhân viên y tế (NVYT) với bộ phiếu điều tra gồm 30 câu hỏi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận được mức độ nhận thức ở cả 3 nhóm đối tượng nghiên cứu (bác sỹ, điều dưỡng viên/ nữ hộ sinh, hộ lý) còn thấp ở nhiều nội dung phỏng vấn như: đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh tại cơ sở y tế, nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất, thời gian tối thiểu để chà tay bằng dung dịch chứa cồn (<30%), và phương pháp VST phù hợp cho một số trường hợp cụ thể như “sau khi trải giường cho bệnh nhân” (<40%), “trước khi đeo găng tay sạch” (<50%). Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt tại bệnh viện đa khoa Kiến Xương chỉ chiếm 47,2%. ĐDV/NHS là nhóm có kiến thức tốt hơn so với bác sỹ, hộ lý nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Từ khoá: Vệ sinh tay, NVYT, kiến thức, bệnh viện tuyến huyện.

SUMMARY

KNOWLEDGE ON HANDHYGIENE OF HEALTH CARE WORKERS IN KIEN XUONG GENERAL HOSPITAL, THAI BINH PROVINCE IN 2019

The descriptive, cross-sectional study was implemented to evaluate and compare the knowledge on hand hygiene among healthcare workers in Kien Xuong district hospital in Thai Binh province in 2019. The study included interviews with 125 healthcare workers with a questionnaire consisting of 30 questions. In this study, we documented a poor knowledge level with regard to the sources and transmission of germs, the minimum time required for effective alcohol-based hand rub (<30%), and type of hand hygiene methods required to be used in

certain situations such as “after making a patients bed” (<40%), “before wearing clean gloves” (<50%) in all the three groups. The proportion of qualified health workers was quite low (only 47.2%). Hand hygiene knowledge of nurses/midwives was higher than that of doctors and care assistants however the difference was no statistical significant ($p>0.05$).

Keywords: Hand hygiene, healthcare workers, knowledge, district hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) đang là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu hiện nay. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh NKBV làm gia tăng tỷ lệ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện, gây ra gánh nặng về kinh tế và tăng tỷ lệ tử vong [7], [8]. Tình trạng NKBV cũng như những gánh nặng trên ở các quốc gia đang phát triển thậm chí còn phổ biến hơn trong đó có Việt Nam [8].

Vệ sinh tay (VST) là biện pháp đơn giản và hiệu quả giúp giảm tỷ lệ NKBV và tình trạng kháng kháng sinh ở các cơ sở y tế. Tuy nhiên, việc thực hiện VST của NVYT còn chưa được tuân thủ một cách nghiêm ngặt. Tại Việt Nam, tỷ lệ NVYT tuân thủ VST còn thấp [6]. Bên cạnh đó những nghiên cứu đánh giá về kiến thức, thực hành VST tại các bệnh viện tuyến huyện còn hạn chế và không đầy đủ.

Vi vậy nhằm góp phần vào nâng cao nhận thức, thực hành của NVYT về tuân thủ vệ sinh tay trong các hoạt động chăm sóc người bệnh, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá và so sánh kiến thức của nhân viên y tế về vệ sinh tay tại Bệnh viện đa khoa Kiến Xương tỉnh Thái Bình năm 2019”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa Kiến Xương,

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Email: dangthingocanhytb@gmail.com, SĐT:0369696014

» Ngày nhận bài: 28/05/2019 | » Ngày phản biện: 06/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 20/06/2019

tỉnh Thái Bình.

Đối tượng nghiên cứu: NVYT trực tiếp chăm sóc người bệnh tại các khoa Lâm sàng của Bệnh viện.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2 năm 2019 đến tháng 6 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả dựa vào cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu: Toàn bộ NVYT trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh tại các khoa lâm sàng của bệnh viện được điều tra cụ thể chức danh NVYT là: Bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh và hộ lý. Tổng số NVYT được phỏng vấn là 125 mẫu.

Chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ bao gồm tất cả toàn bộ NVYT với chức danh là: Bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh và hộ lý đang công tác tại các khoa Lâm sàng của Bệnh viện được chọn vào nghiên cứu.

2.3. Phân tích số liệu

Số liệu của đề tài nghiên cứu được nhập trên phần mềm EpiData Entry 3.1. Phân tích kết quả trên phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 125 nhân viên y tế tham gia nghiên cứu, có 23 **bác sĩ** (18,4%); 91 điều dưỡng viên/nữ hộ sinh (72,8%) và 11 hộ lý (8,8%), trong đó có 22 nam (17,6%) và 103 nữ (82,4%). Đa số nhân viên y tế ở độ tuổi 30 – 40 tuổi (52.0%), thâm niên công tác từ 5 – 10 năm (38,4%). Về nơi công tác, số nhân viên y tế công tác tại khối nội đồng nhất chiếm 71,2%. Tỷ lệ **ĐDV/NHS được** tập huấn về NKBV/VST đạt 91,2% (83/91), trong khi tỷ lệ này ở bác sĩ, hộ lý là 65,2% và 72,7%.

2. Kiến thức

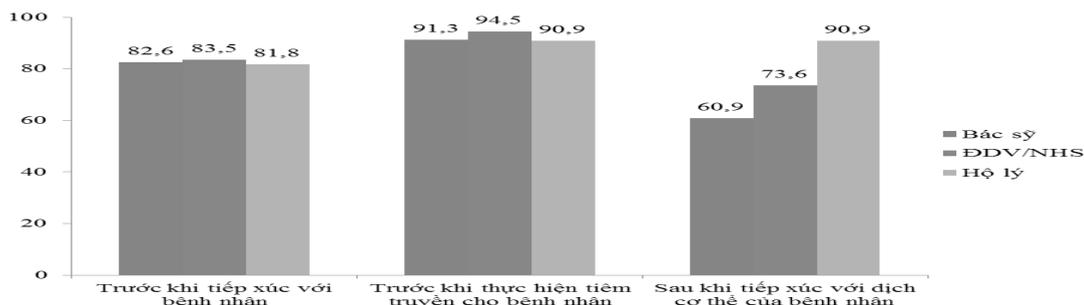
Bảng 1. Kiến thức của NVYT về nhiễm khuẩn bệnh viện

Nội dung	Bác sĩ (n = 23)		ĐDV/NHS (n = 91)		Hộ lý (n = 11)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh giữa các bệnh nhân tại cơ sở y tế	10	43,5	51	56,0	1	9,1
Nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất	8	34,8	28	30,8	6	54,5
Tuân thủ đúng quy trình vệ sinh tay sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân mình	23	100	91	100	11	100

Kết quả bảng 1 cho thấy 56% ĐDV/NHS biết bàn tay nhiễm bẩn của NVYT là đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh tại cơ sở y tế trong khi 43,5% bác sĩ và 9,1% hộ lý nhận thức đúng điều này. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p < 0.05). Tỷ lệ NVYT biết nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất của bác sĩ,

ĐDV/NHS, hộ lý lần lượt là 34,8%; 30,8% và 54,5%. Tuy nhiên, so sánh giữa 3 nhóm NVYT, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tất cả NVYT (100%) nhận thức được tuân thủ đúng quy trình vệ sinh tay sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân mình.

Biểu đồ 1. Kiến thức về thời điểm cần vệ sinh tay để ngăn ngừa lan truyền mầm bệnh giữa các người bệnh



Đa số NVYT nhận thức được cần phải vệ sinh tay tại thời điểm trước khi tiếp xúc với bệnh nhân và trước khi thực hiện tiêm truyền cho bệnh nhân. Chỉ 60,9% bác sỹ và 73,6% ĐDV/NHS biết vệ sinh tay sau khi tiếp xúc

với dịch cơ thể của bệnh nhân là biện pháp ngăn ngừa lan truyền mầm bệnh giữa các người bệnh trong khi tỷ lệ này của hộ lý là 90,9%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Kiến thức đúng của NVYT về quy trình vệ sinh tay

Nội dung	Bác sỹ (n = 23)		ĐDV/NHS (n = 91)		Hộ lý (n = 11)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Số bước trong quy trình VST thường quy	16	69,6	62	68,1	11	100
Thời gian tối thiểu cần thiết để chà tay bằng dung dịch chứa cồn	3	13,0	25	27,5	1	9,1

Đa số NVYT nhận thức được trong quy trình vệ sinh tay thường quy bao gồm 6 bước trong đó nhóm hộ lý có tỷ lệ trả lời đúng là 100%. Tỷ lệ NVYT biết về thời gian tối thiểu cần thiết để phương pháp chà tay bằng dung dịch

chứa cồn có tác dụng còn thấp (bác sỹ :13,0%; ĐDV/NHS: 27,5%; hộ lý: 9,1%). Tuy nhiên, so sánh giữa 3 nhóm NVYT, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Kiến thức của NVYT về lựa chọn phương pháp vệ sinh tay thích hợp

Nội dung	Bác sỹ (n = 23)		ĐDV/NHS (n = 91)		Hộ lý (n = 11)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Sau khi trải giường cho bệnh nhân	7	30,4	32	35,2	0	0
Trước khi khám bụng	12	52,2	59	64,8	3	27,3
Khi tay không nhìn thấy vết bẩn	10	43,5	46	50,5	6	54,5
Trước khi đeo găng tay sạch	4	17,4	32	35,2	5	45,5
Sau khi bàn tay bị rủi ro do vật sắc nhọn	15	65,2	78	85,7	10	90,9
Khi chuyển từ chăm sóc bẩn sang chăm sóc sạch trên cùng người bệnh	10	43,5	49	53,8	5	45,5

Bảng 3 cho thấy hầu hết NVYT lựa chọn đúng phương pháp VST thích hợp tại thời điểm “Sau khi bàn tay bị rủi ro do vật sắc nhọn” với 65,2% bác sỹ; 85,7% ĐDV/NHS và 90,9% hộ lý). Với thời điểm “khi tay không nhìn thấy vết bẩn”, “Khi chuyển từ chăm sóc bẩn sang chăm sóc sạch trên cùng người bệnh”, tỷ lệ NVYT

lựa chọn đúng phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn dưới 55%. Ngoài ra, NVYT chưa nhận thức được những trường hợp phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn có thể thay thế phương pháp rửa tay bằng xà phòng và nước như “sau khi trải giường cho bệnh nhân”, “trước khi đeo găng tay sạch”.

Bảng 4. Kết quả đánh giá kiến thức của nhân viên y tế về vệ sinh tay

Mức độ kiến thức	Tổng (n=125)		Bác sỹ (n = 23)		ĐDV/NHS (n = 91)		Hộ lý (n = 11)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Không đạt	66	52,8	34	56,5	44	48,4	9	81,8
Đạt	59	47,2	53	43,5	47	51,6	2	18,2

Kiến thức chung về vệ sinh tay của NVYT tại Bệnh viện đa khoa Kiến Xương đạt 47,2% (59/125). ĐDV/NHS

là nhóm đối tượng có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%) trong khi tỷ lệ này ở hộ lý chỉ đạt 18,2%.

Bảng 5. So sánh điểm kiến thức giữa các nhóm đối tượng

Điểm kiến thức	Bác sỹ (n = 23)	ĐDV/NHS (n = 91)	Hộ lý (n = 11)	p
$\bar{X} \pm SD$	18.57 ± 2.86	19.45 ± 2.53	19 ± 0.89	0,303>0,05

Qua số liệu bảng 5 cho thấy điểm trung bình về kiến thức của bác sỹ, ĐDV/NHS và hộ lý lần lượt là 18.57 ± 2.86, 19.45 ± 2.53, 19 ± 0.89. Tuy nhiên sự khác biệt giữa điểm trung bình của 3 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 125 cán bộ y tế đang công tác tại các khoa Lâm sàng của Bệnh viện đa khoa Kiến Xương, tỉnh Thái Bình. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33.14 ± 7.4, trong đó chủ yếu là nhóm tuổi 30 – 40 với 65 cán bộ chiếm 52,0%; kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền và Phùng Văn Thủy [2], [5]. Đa phần các NVYT là nữ giới (chiếm 82,4%). Số NVYT là điều dưỡng viên/nữ hộ sinh chiếm tỷ lệ cao (72,8%).

100% NVYT tại bệnh viện nhận thức được tuân thủ đúng quy trình VST sẽ làm giảm nguy cơ mắc nhiễm khuẩn ở người bệnh và chính bản thân mình. Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền và Nguyễn Việt Hùng (96,6% và 97,6%) [2], [3].

Đa số NVYT nhận thức được cần phải VST tại thời điểm trước khi tiếp xúc với bệnh nhân và trước khi thực hiện tiêm truyền cho bệnh nhân. Chỉ 60,9% bác sỹ và 73,6% ĐDV/NHS biết vệ sinh tay sau khi tiếp xúc với dịch cơ thể của bệnh nhân là biện pháp ngăn ngừa lan truyền mầm bệnh giữa các người bệnh trong khi tỷ lệ này của hộ lý là 90,9%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về số bước trong quy trình VST thường quy (6 bước) đạt tỷ lệ cao từ 68,1% đến 100%. Tuy nhiên, nhận thức của NVYT về thời gian tối thiểu của phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn khá cao. Tỷ lệ bác sỹ, ĐDV/NHS, hộ lý cho rằng thời gian tối thiểu của phương pháp này cần trên 20s lần lượt là 87%; 72,5% và 90,9%. Điều này cho thấy NVYT vẫn chưa có kiến thức đầy đủ về phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn, mặc dù đây cũng là một phương pháp VST có hiệu quả và nhanh. Tuân thủ VST bằng nước và

xà phòng rất khó đạt tỷ lệ cao vì đòi hỏi nhiều phương tiện và yêu cầu thời gian dài hơn. Trên thực tế, khi thực hành chăm sóc người bệnh, lavabo nước và xà phòng có thể không sẵn có để thực hiện việc VST. Ngay cả khi có đầy đủ trang thiết bị thì việc đến lavabo vệ sinh tay sau mỗi lần cử khám hoặc tiêm truyền xong một người bệnh đem lại bất tiện cho NVYT và có thể là một trong những nguyên nhân khiến NVYT bỏ qua việc VST.

Khi được hỏi về phương pháp VST thích hợp với tính chất công việc và hoạt động thăm khám, điều trị, phục vụ người bệnh, kết quả cho thấy: hầu hết NVYT lựa chọn đúng phương pháp VST thích hợp tại thời điểm “Sau khi bàn tay bị rũi ro do vật sắc nhọn” với 65,2% bác sỹ; 85,7% ĐDV/NHS và 90,9% hộ lý. Với thời điểm “khi tay không nhìn thấy vết bẩn”, “Khi chuyển từ chăm sóc bản sang chăm sóc sạch trên cùng người bệnh”, tỷ lệ NVYT lựa chọn đúng phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn dưới 55%. Ngoài ra, NVYT chưa nhận thức được những trường hợp phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn có thể thay thế phương pháp rửa tay bằng xà phòng và nước như “sau khi trải giường cho bệnh nhân”, “trước khi đeo găng tay sạch”. Kết quả này cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền [2].

Do vậy, nội dung tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như tập huấn tuân thủ VST của bệnh viện thời gian tới cần nhấn mạnh và dành nhiều thời lượng hơn nhằm nâng cao nhận thức của NVYT về phương pháp chà tay bằng dung dịch chứa cồn, lựa chọn hóa chất VST phù hợp cho từng thời điểm nhằm đạt tỷ lệ cao theo quy định việc vệ sinh tay trong thực hành lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức chung về vệ sinh tay của NVYT tại Bệnh viện đa khoa Kiến Xương đạt 47,2% (59/125). ĐDV/NHS là nhóm đối tượng có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%) trong khi tỷ lệ này ở hộ lý chỉ đạt 18,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng năm 2005 tại 10 bệnh viện khu vực phía Bắc (43,5%) [3] và nghiên cứu của Nguyễn Nam Thắng và Lê Đức Cường ở Bệnh viện đa khoa Nam Tiền

Hải (50,5%) [4]. So với các nghiên cứu của Phùng Văn Thủy [5], kết quả này thấp hơn nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hà tại một số bệnh viện thuộc tỉnh Hưng Yên (36,7%) [1]. Tuy nhiên, sự so sánh này chỉ mang tính chất tương đối vì mỗi nghiên cứu sử dụng một bộ phiếu phỏng vấn khác nhau và có tiêu chuẩn đạt về kiến thức khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức chung đạt yêu cầu của NVYT về vệ sinh tay còn chưa cao (47,2%). ĐDV/NHS là nhóm đối tượng

có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%) trong khi tỷ lệ này ở hộ lý chỉ đạt 18,2%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận được mức độ nhận thức ở cả 3 nhóm đối tượng nghiên cứu (bác sỹ, điều dưỡng viên/ nữ hộ sinh, hộ lý) còn thấp ở nhiều nội dung phòng vấn như: đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh tại cơ sở y tế, nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất, thời gian tối thiểu để chà tay bằng dung dịch chứa cồn (<30%), và phương pháp VST phù hợp cho một số trường hợp cụ thể như “sau khi trải giường cho bệnh nhân” (<40%), “trước khi đeo găng tay sạch”(<50%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hà (2012), “Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả tăng cường vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số bệnh viện thuộc tỉnh Hưng Yên, 2009 - 2011, 2012”, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
2. Hoàng Thị Hiền và cs (2016), “Kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh tay thường quy và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Hòa Nhài năm 2015”. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 40, 109-116.
3. Nguyễn Việt Hùng (2005), “Thực trạng phương tiện vệ sinh bàn tay, nhận thức và thực hành vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc, 2005”. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, 6/2008, 136-141.
4. Nguyễn Nam Thắng, Lê Đức Cường (2017), “Kiến thức về rửa tay thường quy của điều dưỡng viên tại hai Bệnh viện đa khoa huyện Tiên Hải Thái Bình năm 2017». *Tạp chí Y học Dự phòng*, 6(27):223 - 229.
5. Phùng Văn Thủy (2014), “Đánh giá thực trạng tuân thủ rửa tay thường quy và các yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014”, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. Cam Dung Le et al (2019), “Hand Hygiene Compliance Study at a Large Central Hospital in Vietnam”. *Int J Environ Res Public Health*, 16(4).
7. E. I. Kritsotakis et al (2017), “Prevalence, incidence burden, and clinical impact of healthcare-associated infections and antimicrobial resistance: a national prevalent cohort study in acute care hospitals in Greece”. *Infect Drug Resist*, 10: 317-328.
8. M. L. Ling et al(2015), “The Burden of Healthcare-Associated Infections in Southeast Asia: A Systematic Literature Review and Meta-analysis”. *Clin Infect Dis*, 60(11): 1690-9.

KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG ĐÔNG THỤY ANH, HUYỆN THÁI THỤY, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2018

Vũ Thị Quyên¹, Nguyễn Đức Thanh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên (VTN) của 408 học sinh Trường Trung học phổ thông Đông Thụy Anh, huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình. Kết quả: Còn tỷ lệ khá cao học sinh không biết về dấu hiệu có thai ở phụ nữ. Hậu quả khi làm mẹ ở tuổi VTN được các học sinh biết đến chưa đầy đủ. Đa số các học sinh chọn cơ sở y tế nhà nước là cơ sở nạo phá thai an toàn (94,1%). Các biện pháp tránh thai được học sinh biết đến nhiều nhất là bao cao su (96,3%) và có 88,7% học sinh cho rằng đây là biện pháp hợp nhất ở VTN. Tỷ lệ học sinh biết đến bệnh LTQĐTD chưa cao, nhiều nhất là bệnh giang mai mới chỉ đạt 87,0%. Phần lớn các học sinh đều biết về các đường lây truyền của HIV (96,3%). Tỷ lệ học sinh biết cách phòng tránh qua việc không dùng chung bơm kim tiêm là 93,9%; trong đó có 89,6% học sinh nam và 95,6% học sinh nữ.

Từ khóa: Sức khỏe sinh sản, vị thành niên

ABSTRACT

KNOWLEDGE OF ADOLESCENTS ON REPRODUCTIVE HEALTH CARE OF STUDENTS OF DONG THUY ANH HIGH SCHOOL, THAI THUY DISTRICT, THAI BINH PROVINCE

The cross-sectional descriptive study to describe and evaluate knowledge of adolescents on reproductive health care of 408 students of Dong Thuy Anh High School, Thai Thuy District, Thai Binh Province. Results: There is a high rate of students not knowing about signs of pregnancy in women. The students know rather good about consequences of young motherhood. Most students choose public health facility as a basis for safe abortion (94.1%). The contraceptive method which student know the most is condom (96.3%); and 88.7% of them think that it is the most appropriate for adolescents. The percentage of students who know about STIs is not high, the highest rate for syphilis is only 87.0%. Most students know

1. Trung tâm Y tế huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

about HIV transmission routes (96.3%). The percentage of students who know how to prevent HIV transmission through not sharing needles is 93.9%; including 89.6% of males and 95.6% of females.

Key words: Reproductive health, adolescent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên (VTN) là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người trưởng thành, có đặc điểm tâm sinh lý đặc thù như thích thử nghiệm, thích khám phá năng lực bản thân, năng động, sáng tạo. Tuổi VTN liên tục đối mặt với những thách thức cũng như nguy cơ. Chính vì thế VTN cần được cung cấp thông tin chính xác và đúng đắn giúp các em hiểu quá trình phát triển bản thân, nguy cơ cho sức khỏe, điều kiện cần thiết để khỏe mạnh [5]. Việt Nam có các trường hợp nạo phá thai ở tuổi VTN chiếm tới 20% số ca nạo phá thai, 15% sinh con trước tuổi 20 [6]. Lứa tuổi VTN vẫn có tỷ lệ nhất định mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là HIV/AIDS. Để góp phần có cơ sở dữ liệu cho việc hoạch định các chính sách nâng cao sức khỏe VTN, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Trung học phổ thông (THPT) Đông Thụy Anh, huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu: Học sinh lớp 10, 11, 12 tương đương với độ tuổi từ 16-19 tại Trường THPT Đông Thụy Anh.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2018 đến tháng 02/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả và đánh giá kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản VTN của học sinh THPT.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu cho điều tra được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

+ $Z_{1-\alpha/2}$: Là hệ số tin cậy, được lấy ở ngưỡng xác suất 95% ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

+ p: Là tỷ lệ học sinh THPT có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe sinh sản, chọn $p=0,5$ để có cỡ mẫu tối thiểu cần chọn lớn nhất.

+ d: Sai số mong muốn: $d = 0,05$

Thay số ta có $n = 385$ học sinh. Thực tế đã chọn 408 học sinh để phỏng vấn

- Chọn mẫu: Chọn lấy cả 3 khối từ lớp 10-12, tại mỗi

khối chọn ngẫu nhiên lấy 3 lớp. Tiến hành phỏng vấn các đối tượng theo thứ tự lấy từ danh sách lớp từ một cho đến hết. Nếu số đối tượng tại lớp được lựa chọn chưa đủ thì sẽ phỏng vấn thêm đối tượng ở lớp kế bên theo cách thức tương tự cho tới khi đạt số lượng đối tượng theo yêu cầu.

2.2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

Phỏng vấn đối tượng bằng việc sử dụng bộ câu hỏi chuẩn bị trước để tiến hành phỏng vấn trực tiếp cho học sinh trung học phổ thông về kiến thức chăm sóc SKSS VTN.

2.2.4. Phương pháp xử lý thông tin

Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0. So sánh giữa các tỷ lệ sử dụng kiểm định Khi bình phương. Khoảng tin cậy là 95% được áp dụng cho toàn bộ các kiểm định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của học sinh về sức khỏe sinh sản VTN

Bảng 3.1. Tỷ lệ học sinh biết về các dấu hiệu người phụ nữ được cho là có thai

Dấu hiệu	Giới		Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Mắt kính	81	70,4	277	94,5	358	87,7		
Mệt mỏi, chán ăn	70	60,9	215	73,4	285	69,8		
Buồn nôn, nôn	87	75,6	271	92,5	358	87,7		
Cương vú	53	46,1	159	54,3	212	51,9		
Bụng lớn dần	85	73,9	259	88,4	344	84,3		
Không biết	15	13,0	7	2,4	22	5,4		

Bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ học sinh cho rằng phụ nữ có thai có biểu hiện mắt kính và buồn nôn, nôn đạt cao nhất với 87,7%. Tỷ lệ học sinh không biết biểu hiện của phụ nữ khi có thai là 5,4%. Trong đó, tỷ lệ học sinh nữ biết các dấu hiệu ở phụ nữ có thai cao hơn so với học sinh nam: bụng

lớn dần (88,4% so với 73,9%); buồn nôn, nôn (92,5% so với 75,6%); mệt mỏi, chán ăn (73,4% so với 60,9%); mắt kính (94,5% so với 70,4%). Tỷ lệ học sinh nam không biết các biểu hiện ở phụ nữ có thai cao hơn so với các học sinh nữ (13,0% so với 2,4%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ học sinh biết về hậu quả khi làm mẹ quá trẻ

Hậu quả	Giới		Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Thiếu máu	40	34,8	137	46,8	177	43,4		
Thai kém phát triển, chết lưu	78	67,8	248	84,6	326	79,9		
Trẻ sinh ra thiếu cân	96	83,5	275	93,9	371	90,9		
Khác	1	0,9	12	4,1	13	3,2		
Không biết	17	14,8	8	2,7	25	6,1		

Kết quả trong bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ học sinh cho rằng hậu quả của làm mẹ quá trẻ là làm trẻ sinh ra thiếu cân, suy dinh dưỡng đạt cao nhất với 90,9%; tuy nhiên có 6,1% học sinh không biết hậu quả của việc làm mẹ quá trẻ. Tỷ lệ học sinh nữ biết hậu quả của làm mẹ quá trẻ là

thiếu máu chiếm 46,8%; thai kém phát triển, thai chết lưu là 84,6%; trẻ sinh ra thiếu cân, suy dinh dưỡng là 93,9%; và những tỷ lệ này đều cao hơn so với nam giới. Tỷ lệ nam giới không biết hậu quả của việc làm mẹ quá trẻ cao hơn so với nữ giới (14,8% so với 2,7%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ học sinh biết các cơ sở nạo phá thai an toàn

Cơ sở	Giới		Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Cơ sở y tế nhà nước	105	91,3	279	95,2	384	94,1		
Cơ sở y tế tư nhân	1	0,9	1	0,3	2	0,5		
Thầy lang, mụ vườn	2	1,7	0	0	2	0,5		
Khác	0	0	3	1,0	3	0,7		
Không biết	7	6,1	10	3,5	17	4,2		

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, đa số các học sinh chọn cơ sở y tế nhà nước là cơ sở nạo phá thai an toàn với 94,1%; trong đó có 91,3% học sinh nam và 95,2% học sinh nữ. Có

4,2% không biết đâu là cơ sở nạo phá thai an toàn với 6,1% học sinh nam và 3,5% học sinh nữ.

Bảng 3.4. Tỷ lệ học sinh biết về các biện pháp tránh thai

Biện pháp	Giới		Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bao cao su	109	94,8	284	96,9	393	96,3		
Vòng tránh thai	86	74,8	264	86,7	350	85,8		
Viên uống tránh thai	84	73,0	248	84,6	332	81,4		
Viên tránh thai khẩn cấp	79	68,7	216	73,7	295	72,3		
Cây dưới da	27	23,5	58	19,8	85	20,8		
Tiêm tránh thai	45	39,1	92	31,4	137	33,6		
Tính chu kỳ kinh	38	33,0	148	50,5	186	45,6		
Xuất tinh ngoài	50	43,5	118	40,3	168	41,2		
Khác	3	2,6	2	0,7	5	12,3		
Không biết	3	2,6	5	1,7	8	1,9		

Bảng 3.4 cho thấy các biện pháp tránh thai được học sinh biết đến nhiều nhất bao gồm: bao cao su (96,3%); vòng tránh thai (85,8%); viên uống tránh thai (81,4%) và viên tránh thai khẩn cấp (72,3%). Tuy nhiên, có 1,9% học sinh không biết các biện pháp sử dụng để tránh thai. Tỷ

lệ học sinh nam biết về sử dụng vòng tránh thai là 74,8%; thấp hơn so với học sinh nữ (86,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ học sinh nam biết về tính chu kỳ kinh là 33,0%; thấp hơn so với học sinh nữ (50,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ học sinh biết về các bệnh LTQĐTD

Bệnh	Giới	Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng(n=408)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Lậu		85	73,9	237	80,9	322	78,9
Giang mai		96	83,5	259	88,4	355	87,0
Trùng roi		23	20,0	35	11,9	58	14,2
Nấm sinh dục		76	66,1	193	65,9	269	65,9
Viêm gan B		46	40,0	104	35,5	150	36,8
Không biết		9	7,8	18	6,1	27	6,6
Khác		5	4,3	8	2,7	13	3,2

Kết quả bảng 3.5 cho thấy các em học sinh biết một năm sinh dục (65,9%). Tuy nhiên, có 6,6% không biết về số bệnh LTQĐTD như lậu (78,9%), giang mai (87,0%) và bệnh LTQĐTD.

Bảng 3.6. Tỷ lệ học sinh biết về các biện pháp phòng tránh bệnh LTQĐTD

Biện pháp	SL	Tỷ lệ %
Sử dụng bao cao su	353	86,5
Sống chung thủy vợ/ chồng	275	67,4
Vệ sinh cá nhân tốt	289	70,8
Nguồn nước hợp vệ sinh	178	43,6
Không biết	23	5,6
Khác	8	1,9

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ học sinh biết biện pháp phòng tránh bệnh LTQĐTD bằng sử dụng bao cao su là 86,5%, vệ sinh cá nhân là 70,8%, sống chung thủy vợ/chồng là 67,4% và sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh là 43,6%. Có 5,6% học sinh không biết biện pháp phòng tránh bệnh LTQĐTD.

Bảng 3.7. Tỷ lệ học sinh biết về đường lây truyền của HIV

Đường lây	Giới	Nam (n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Quan hệ tình dục không an toàn		106	92,2	287	97,5	393	96,3
Dùng chung bơm kim tiêm		109	94,8	280	95,6	389	95,3
Mẹ truyền sang con qua đường nhau thai		100	87,0	278	94,9	378	92,6
Khác		4	3,5	5	1,7	9	2,2

Từ bảng 3.7 cho thấy, phần lớn các học sinh đều biết đường lây truyền của HIV với 96,3% học sinh biết HIV lây truyền qua QHTD không an toàn, 95,3% biết đường lây truyền qua dùng chung bơm kim tiêm. Có 87,0% học sinh nam biết HIV lây truyền từ mẹ sang con, thấp hơn so với học sinh nữ (94,9%).

Bảng 3.8. Tỷ lệ học sinh biết về cách phòng tránh lây nhiễm HIV

Biện pháp	Giới	Nam(n=115)		Nữ (n=293)		Tổng (n=408)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Không dùng bơm kim tiêm chung		103	89,6	280	95,6	383	93,9
Quan hệ tình dục an toàn		105	91,3	268	89,8	373	91,4
Khác		6	5,2	11	3,7	17	4,1

Kết quả bảng 3.8 cho thấy, học sinh biết cách tránh lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục an toàn là 91,4%. Tỷ lệ học sinh biết cách phòng tránh qua việc không dùng chung bơm kim tiêm (93,9%); trong đó có 89,6% học sinh nam và 95,6% học sinh nữ.

IV. BÀN LUẬN

Về thời điểm dễ có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt, có 29,2% học sinh trả lời đúng rằng, đó là 7 ngày giữa 2 lần có kinh. Kết quả này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Long Giang (47,9%) [4]. Khi được hỏi về dấu hiệu của phụ nữ khi mang thai, trong đó dấu hiệu mất kinh – dấu hiệu quan trọng nhất, có 94,5% học sinh nữ và 70,4% học sinh nam biết về dấu hiệu này. Phần lớn học sinh biết hậu quả khi làm mẹ quá trẻ là dẫn tới việc sinh con thiếu cân, suy dinh dưỡng (90,9%). Khi được hỏi về các biện pháp tránh thai, phần lớn các học sinh cho rằng, sử dụng bao cao su là biện pháp tránh thai phù hợp nhất ở lứa tuổi VTN (88,7%). Những địa điểm cung cấp bao cao su mà học sinh biết đến nhiều nhất là hiệu thuốc (92,9%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái với 60,9% học sinh biết đến nơi cung cấp là các hiệu thuốc [1]. Đối với các bệnh LTQĐTD, các bệnh mà học sinh biết

đến nhiều là giang mai (87,0%), lậu (78,9%). Kết quả này có đôi chút khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Duy Bình với tỷ lệ học sinh biết đến giang mai là 88,9% và lậu là 82,8% [2]. Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với kết quả trong báo cáo Điều tra Quốc gia về VTN và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 [3].

V. KẾT LUẬN

- Còn tỷ lệ khá cao học sinh không biết về dấu hiệu có thai ở phụ nữ. Hậu quả khi làm mẹ ở tuổi VTN được các học sinh biết đến chưa đầy đủ. Đa số các học sinh chọn cơ sở y tế nhà nước là cơ sở nạo phá thai an toàn (94,1%).

- Hậu quả khi làm mẹ ở tuổi VTN được các học sinh biết đến chưa đầy đủ. Các biện pháp tránh thai được học sinh biết đến nhiều nhất là bao cao su (96,3%) và có 88,7% học sinh cho rằng đây là biện pháp phù hợp nhất ở VTN.

- Về các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tỷ lệ học sinh biết đến chưa cao, nhiều nhất là bệnh giang mai mới chỉ đạt 87,0%.

- Phần lớn các học sinh đều biết về các đường lây truyền của HIV (96,3%). Tỷ lệ học sinh biết cách phòng tránh qua việc không dùng chung bơm kim tiêm (93,9%); trong đó có 89,6% học sinh nam và 95,6% học sinh nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ái (2018), Thực trạng kiến thức, thái độ về tình dục an toàn của học sinh trung học phổ thông tại huyện đảo Vân Đồn, tỉnh Quảng Ninh năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội.
2. Đỗ Duy Bình (2012), Kiến thức, thái độ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS của học sinh một số trường THPT tại tỉnh Thái Bình năm 2012, Luận văn Thạc sĩ YTCC, Đại học Y Dược Thái Bình.
3. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê (2008). Điều tra quốc gia về VTN và thanh niên Việt Nam.
4. Nguyễn Long Giang (2017), Thực trạng kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan tới kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh Trường trung cấp Y tế Nam Định năm 2016, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Bùi Thị Thu Hà (2008), Sức khỏe sinh sản, Nhà Xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
6. Tổng cục Dân số - KHHGD (2010). Dạy thì - Sức khỏe tình dục - Sức khỏe sinh sản ở thanh thiếu niên Việt Nam, Hà Nội.



Kiến thức về chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ của cán bộ y tế xã tại 2 huyện tỉnh Thanh Hóa năm 2017

Nguyễn Thị Nhung¹, Trần Thị Ngọc Hiệp², Trần Minh Hải², Ngô Văn Toàn², Cao Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành mục tiêu: Mô tả kiến thức và kiến thức về thực hành chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ của cán bộ y tế xã tại 2 huyện tỉnh Thanh Hoá năm 2017, trên 223 CBYT xã của 2 huyện Quan Sơn và Thọ Xuân, thời gian từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2018. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Kết quả: kiến thức về CSSS ngay sau đẻ của CBYT xã ở mức trung bình với tỷ lệ CBYT có kiến thức về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh là 57,8%, và tỷ lệ CBYT biết 8 nội dung chăm sóc ngay sau đẻ thấp (13,9%). Kiến thức về thực hành CSSS ngay sau đẻ của CBYT xã đạt được tỷ lệ khá cao với 93,3%. Kết luận: kiến thức về chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ của CBYT xã cần được nâng cao hơn.

Từ khóa: Chăm sóc sơ sinh, chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ.

ABSTRACT:

KNOWLEDGE OF NEWBORN CARE RIGHT AFTER THE BIRTH OF COMMUNE HEALTH WORKERS IN 2 DISTRICTS OF THANH HOA PROVINCE IN 2017

The study was conducted with objectives: To describe knowledge and knowledge about neonatal care practices right after the birth of commune health workers in 2 districts of Thanh Hoa province in 2017, on 223 commune health workers of Quan Son and Tho Xuan from 5/2017 to 5/2018. The study design was cross-sectional. Results: knowledge of neonatal care right after birth of officials Commune health is at an average level with the proportion of health workers with knowledge about 10 danger signs of newborns being 57.8%, and the proportion of health workers who know 8 contents of postpartum care is low (13.9%). Knowledge of neonatal care practices right after birth of commune health workers reached a high rate of 93.3%. Conclusion: The knowledge of neonatal care right after birth of commune health workers needs to be improved.

Keywords: Newborn care, newborn care right after birth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giai đoạn sơ sinh là thời điểm dễ bị tổn thương ảnh hưởng đến sự phát triển cả thể chất và tinh thần của trẻ ở giai đoạn sau. Bốn tuần đầu sau sinh là khoảng thời gian mà tần suất xuất hiện của các biến chứng sau sinh phổ biến nhất. Trẻ sơ sinh có thể có những vấn đề sức khỏe liên quan đến nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm trùng rốn, vàng da bệnh lý...[1]. Theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em năm 2014, tỷ lệ tử vong sơ sinh đang chiếm khoảng 60% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi và hơn 70% tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi [2]. Vì vậy các can thiệp giảm tử vong sơ sinh vẫn cần được đặt ở vị trí ưu tiên hàng đầu trong các can thiệp về cứu sống trẻ em.

Trạm y tế (TYT) xã là nơi chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Kiến thức, thực hành của cán bộ y tế (CBYT) về chăm sóc sơ sinh là vô cùng quan trọng. Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc Phê duyệt tài liệu đào tạo “Quy trình chăm sóc bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ” [3] đã được ban hành trên toàn quốc. Thanh Hóa là một tỉnh miền Trung của Việt Nam, với 7 dân tộc cùng nhiều xã vùng sâu vùng xa. Hiện nay, các nghiên cứu đánh giá năng lực của CBYT tuyến xã về chăm sóc sơ sinh (CSSS) còn ít. Vì vậy, nhằm mục đích nâng cao chất lượng dịch vụ CSSS, đặc biệt tại các cơ sở y tế miền núi, vùng khó khăn, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả kiến thức và kiến thức về thực hành chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ của cán bộ y tế xã tại 2 huyện tỉnh Thanh Hoá năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: cán bộ y tế tại các trạm y tế xã (bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh) của 2 huyện Quan Sơn và Thọ Xuân có mặt tại thời điểm nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Không hợp tác, từ chối trả lời, điều kiện sức khỏe không cho phép

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chính: Nguyễn Thị Nhung. Số ĐT: 0393573458, Email: nhungnguyen.tny@gmail.com

» Ngày nhận bài: 07/06/2019 | » Ngày phản biện: 11/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 17/06/2019

* **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Tại trạm y tế xã của 2 huyện Quan Sơn và Thọ Xuân tỉnh Thanh Hóa từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2018.

* **Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ tương đối trong quần thể:
Công thức:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy tương ứng với $\alpha = 0,05$, với độ tin cậy ước lượng 95%.

p = 0,5 là tỷ lệ CBYT trạm có kiến thức đúng về chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ[4].

$\epsilon = 0,28$ là độ chính xác tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu n= 49 cho mỗi huyện. Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các CBYT tại các TYT xã/thị trấn trong 2 huyện, tổng số có 223 người (Quan Sơn 60 CBYT, Thọ Xuân 163 CBYT).

* **Tiến hành nghiên cứu**

Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần 1 là câu hỏi đánh giá kiến thức của CBYT xã về CSSS và phần 2 là câu hỏi đánh giá kiến thức về thực hành của CBYT xã về CSSS. Bộ câu hỏi được xây dựng dựa vào nội dung của tài liệu đào tạo “Quy trình chăm sóc bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau

đẻ” [3] và Hướng dẫn quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009.

Phương pháp thu thập số liệu bằng phỏng vấn theo bảng hỏi do các bác sĩ Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản TH, Bệnh viện Nhi TH, Trung tâm Y tế huyện hai huyện đã được tập huấn.

Thang điểm đánh giá về kiến thức và kiến thức về thực hành của cán bộ y tế dựa theo Hướng dẫn quốc gia về Chăm sóc sơ sinh.

- **Tổng điểm kiến thức:** 18 điểm, trong đó: nhận biết về dấu hiệu nguy hiểm: 10 điểm, nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ: 8 điểm

- **Tổng điểm kiến thức về thực hành:** 36 điểm và tập trung chủ yếu vào 8 bước, CSSS của cán bộ y tế tuyến xã, gồm:

1. Lau khô và kích thích trẻ
2. Theo dõi nhịp thở và màu sắc da
3. Hồi sức (nếu cần)
4. Ủ ấm
5. Chăm sóc rốn
6. Cho bú mẹ
7. Chăm sóc mắt
8. Cân, tiêm vitamin K₁, **viêm gan B**

- Quy định: Nếu số điểm đạt $\geq 50\%$ thì coi như đã đạt yêu cầu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm cơ bản

Đặc điểm cơ bản của CBYT 2 huyện		Tần xuất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	60	26,9
	Nữ	163	73,1
Tuổi	< 30 tuổi	64	28,7
	≥ 30 tuổi	159	71,3
Dân tộc	Kinh	183	82,1
	Khác	40	17,9
Thâm niên công tác	< 5 năm	61	27,3
	5-10 năm	32	14,4
	10-15 năm	27	12,1
	> 15 năm	103	46,2
Chức danh nghề nghiệp	Bác sĩ	32	14,4
	Điều dưỡng	29	13,0
	Nữ hộ sinh	52	23,3
	Y sĩ	110	49,3
Tổng		223	100,0

Cán bộ y tế tại các trạm y tế xã/thị trấn của địa bàn nghiên cứu chủ yếu là nữ giới chiếm 73,1% và đa số là người Kinh (82,1%). Cán bộ y tế xã có độ tuổi trên 30

cũng chiếm đa số với 71,3% và phần lớn với thâm niên công tác trên 15 năm (46,2%), tập trung nhiều ở đối tượng y sỹ chiếm 49,3%.

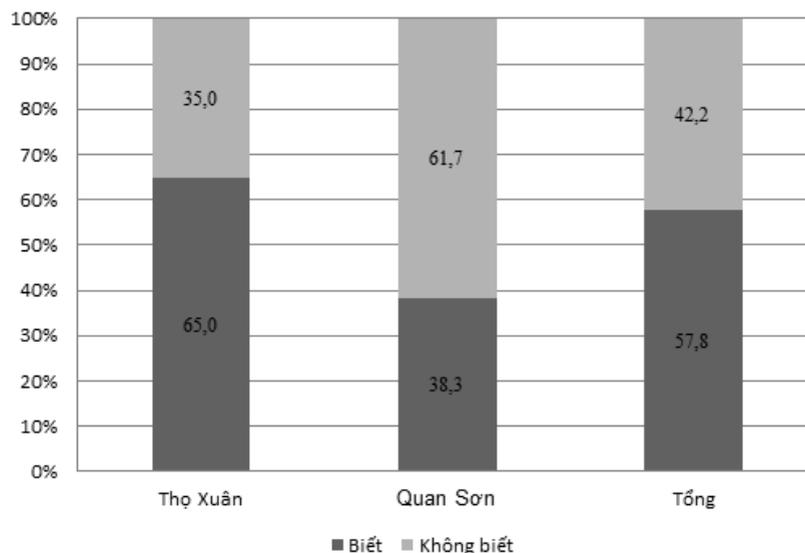
Bảng 3.2. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trẻ sơ sinh (n=223)

Các dấu hiệu nguy hiểm	Thọ Xuân		Quan Sơn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bú kém	113	69,3	24	40,0	137	61,4
Co giật	154	94,5	57	95,0	211	94,6
Thở bất thường	135	82,8	25	41,7	160	71,7
Rốn chảy máu, mủ	131	80,4	27	45,0	158	70,9
Bỏ bú	128	78,5	39	65,0	169	75,8
Ngủ li bì	129	79,1	28	46,7	157	70,4
Vàng da đậm	125	76,7	47	78,3	172	77,1
Nôn trớ liên tục	134	82,2	33	55,0	167	74,9
Chậm đi ngoài >24h	123	75,5	26	43,3	149	66,8
Sốt cao trên 38°C	105	64,4	44	73,3	149	66,8

Kiến thức của CBYT xã về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đều ở mức cao từ 61,4% đến 94,6%. Tuy nhiên tại huyện Quan Sơn kiến thức của CBYT xã về một

số nội dung vẫn còn hạn chế như dấu hiệu trẻ bú kém chỉ 40%, dấu hiệu trẻ thở bất thường chỉ 41,7%.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh



Tỷ lệ CBYT biết đủ 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh chiếm 57,8%. Trong đó tại huyện Quan Sơn tỷ lệ CBYT biết đủ 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh chỉ

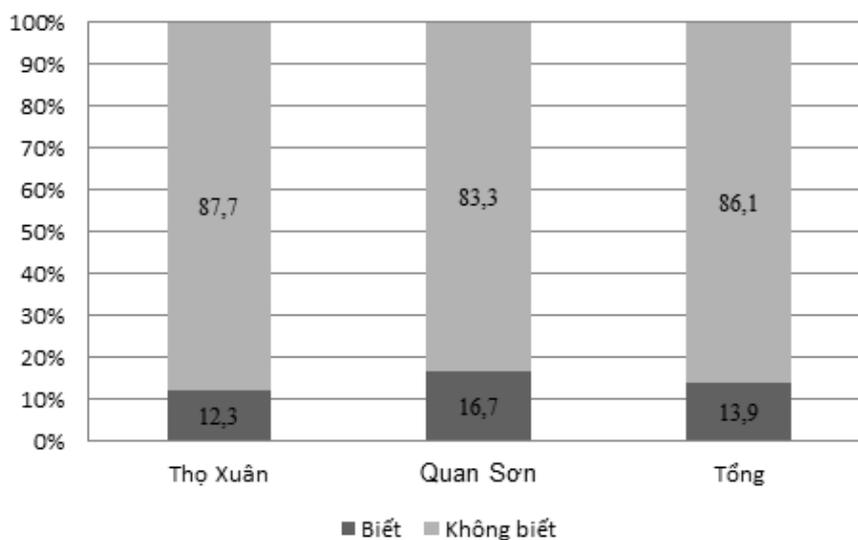
chiếm có 38,3%, trong khi theo quy định của Bộ Y tế Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả các câu hỏi về 10 dấu hiệu nguy hiểm phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

Bảng 3.3. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về các nội dung chăm sóc ngay sau đẻ (n=223)

Kiến thức về các nội dung CSSS	Thọ Xuân		Quan Sơn		Tổng	
	n	%	n	n	%	n
Lau khô và kích thích trẻ	149	91,4	55	91,7	204	91,5
Theo dõi nhịp thở và màu sắc da	121	74,2	34	56,7	155	69,5
Hồi sức (nếu cần)	81	49,7	22	36,7	103	46,2
Ủ ấm	132	81,0	50	83,3	182	81,6
Chăm sóc rốn	147	90,2	58	96,7	205	91,9
Cho bú mẹ	119	73,0	49	81,7	168	75,3
Chăm sóc mắt	101	62,0	38	63,3	149	66,8
Cân và tiêm Vitamin K ₁	131	80,4	46	76,7	177	79,4

Đại đa số các CBYT biết các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ từ 66,8% đến 91,9%. Tỷ lệ CBYT biết cần hồi sức cho trẻ sơ sinh chỉ chiếm 46,2%.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về 8 nội dung chăm sóc trẻ ngay sau đẻ



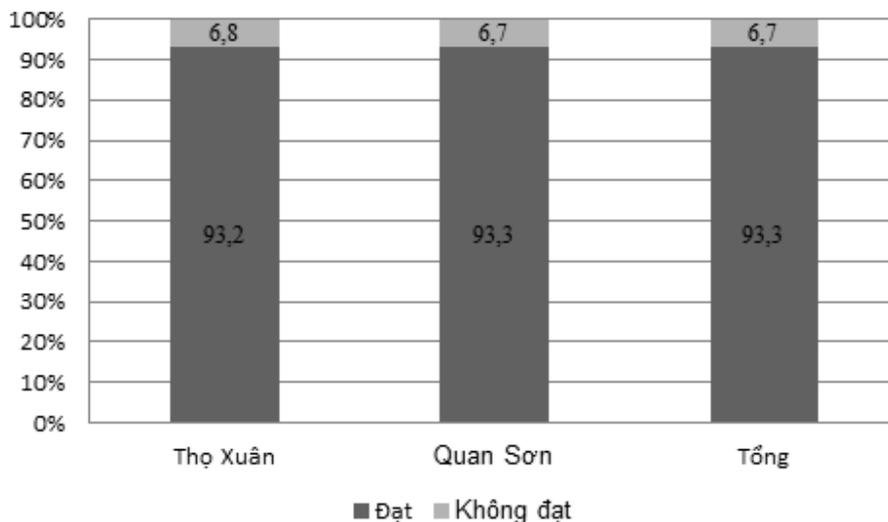
Tỷ lệ CBYT xã hiểu biết về 8 nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ còn hạn chế, chỉ có 13,9%. Trong đó chỉ có 12,3% CBYT tại huyện Thọ Xuân hiểu biết về 8 nội dung chăm sóc ngay sau đẻ. Tiêu chí đạt yêu cầu là tất cả

các câu hỏi về 8 nội dung chăm sóc ngay sau đẻ phải đạt từ 50% tổng số điểm trở lên.

3.3. Kiến thức về thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về thực hành chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ



Kiến thức về thực hành chăm sóc sơ sinh của CBYT xã khá cao với 93,3%. Tỷ lệ tương đồng tại 2 huyện với Thọ Xuân là 93,2% và Quan Sơn là 93,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 223 CBYT xã trong đó có hơn 2/3 (73,1%) đối tượng là nữ giới phù hợp với nguồn nhân lực y tế chung trên toàn quốc [5], phần lớn trình độ chuyên môn của CBYT xã là y sỹ, chiếm 49,3%, chỉ có 14,4% CBYT là bác sỹ (32 bác sỹ/54 xã, thị trấn của 2 huyện). Tỷ lệ bác sỹ thấp hơn so với quy định 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 [5]. Lí do có thể là do khó tuyển bác sỹ về làm tại các cơ sở y tế xã phường. Số CBYT xã có thâm niên công tác trên 15 năm chiếm tỷ lệ cao 46,2%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức của CBYT xã về các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã đạt được tỷ lệ trung bình. Cụ thể, tỷ lệ CBYT biết cả 10 dấu hiệu là 57,8%, trong đó dấu hiệu được các CBYT biết nhiều nhất là “co giật” là 94,6%, dấu hiệu ít được các CBYT biết nhất là “bú kém” (61,4%). Kết quả của nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu tại 15 TYT xã, huyện Buôn Đôn và Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk cho thấy tỷ lệ CBYT có kiến thức về CSSS ở mức trung bình đạt 59,2%; ở mức khá chỉ đạt 19,8% [6]. Có thể lý giải được là do các CBYT ở tuyến xã ít được đào tạo thường xuyên và ít được giám sát hoạt động CSSS. Việc đào tạo theo Hướng dẫn Quốc gia đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc nhưng một số CBYT vẫn không được đào tạo do mới ra trường hoặc do mới được chuyển công tác sang lĩnh vực CSSS. Tại xã

Quan Sơn tỷ lệ CBYT biết đủ 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh chỉ chiếm 38,3%, kiến thức về một số nội dung vẫn còn hạn chế như dấu hiệu trẻ bú kém chỉ 40%, dấu hiệu trẻ thở bất thường chỉ 41,7% điều này có thể lý giải vì Quan Sơn là một huyện miền núi nghèo vì vậy việc tiếp cận với các chương trình y tế hay cập nhật các kiến thức y khoa còn gặp nhiều hạn chế.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ CBYT xã biết đầy đủ các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ chỉ chiếm 13,9%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cao hơn so với kết quả của tác giả Ngô Toàn Anh khi khảo sát thực trạng chăm sóc trẻ sơ sinh tại tỉnh Đắk Lắk 2013-2016 [6] không có CBYT nào nêu được đầy đủ tất cả nội dung CSSS ngay sau đẻ. Điều này có thể được giải thích là do sự khác nhau về địa bàn nghiên cứu. Đắk Lắk là một tỉnh miền núi, điều kiện kinh tế và xã hội đang phát triển, trình độ của CBYT còn hạn chế, chính điều này làm nên sự khác biệt về kết quả trong kiến thức của CBYT. Mặt khác, tỷ lệ các bà mẹ đẻ tại trạm y tế của tỉnh Đắk Lắk là khá thấp (2%), do vậy CBYT xã không có cơ hội thực hành CSSS. Nghiên cứu tại Việt Nam năm 2010 do Quỹ Dân số Liên Hợp quốc tài trợ và một nghiên cứu khác năm 2012 cũng cho thấy tỷ lệ CBYT có kiến thức về chăm sóc sơ sinh thấp (dao động từ 5-42%) [7]. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra lý do dẫn đến việc không có một CBYT nào liệt kê được đủ 8 bước chăm sóc sơ sinh, đó là hàng ngày họ có thể thực hành cả 8 bước nhưng khi phỏng vấn có thể họ quên không nhớ hết.

Các kết quả nghiên cứu trên thế giới và trong nước đều chỉ ra rằng kiến thức của nhân viên y tế về chăm sóc sơ sinh ở các nước đang phát triển còn nhiều hạn chế. Nhiều CBYT không hề được đào tạo lại sau khi đã tốt nghiệp đại

học hoặc trung học y tế trong nhiều năm, hoặc họ được đào tạo nhưng không phải nội dung chăm sóc sơ sinh [10]. Các tài liệu đào tạo cũng như tham khảo cho CSSS chưa thống nhất và ít mang tính thực tiễn, chưa chú ý đến đặc trưng của các vùng, các dân tộc.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kiến thức về thực hành đạt của CBYT xã về chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ là cao với 93,3%. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Tạ Như Đỉnh tiến hành can thiệp thực hành cho các CBYT về chăm sóc sơ sinh đã chỉ ra rằng, sau can thiệp (2016) 100% CBYT tại trạm y tế xã đã thực hiện được chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ [8]. Điều này cho thấy việc can thiệp nâng cao kiến thức cho CBYT mang lại hiệu quả cao; góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh. Cũng theo nghiên cứu này, kết quả ấn tượng nhất là không có bất kỳ một CBYT nào của bệnh viện huyện và trạm y tế xã liệt kê được đủ tất cả nội dung chăm sóc cho trẻ sơ sinh. Kiến thức về từng nội dung CSSS, tỷ lệ CBYT biết các nội dung quan trọng

nhất của chăm sóc sơ sinh rất thấp như theo dõi nhịp thở và màu sắc da (5%), hồi sức nếu cần (5,9%), chăm sóc mắt (13,8%) và cho bú trong vòng 1 giờ sau sinh (14,5%) [9]. Tỷ lệ CBYT biết các nội dung CSSS cao nhất là chăm sóc rốn (76,3%) và ủ ấm (67,8%). Tỷ lệ CBYT biết các nội dung CSSS khác dao động từ 27,6-35,5%. Thông qua nghiên cứu định tính và quan sát tại TYT xã, lý do của hạn chế này là CBYT đã được học về CSSS nhưng không được đào tạo lại và được giám sát thường xuyên, một số TYT xã Cư Kuin và Buôn Đôn thực hiện đỡ đẻ ít (chiếm 1,6-1,7%) [9].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về CSSS ngay sau đẻ của CBYT xã tại 2 huyện tỉnh Thanh Hoá ở mức trung bình với tỷ lệ CBYT có kiến thức về 10 dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh là 57,8%, và tỷ lệ CBYT biết 8 nội dung chăm sóc ngay sau đẻ thấp (13,9%). Kiến thức về thực hành CSSS ngay sau đẻ của CBYT xã đạt được tỷ lệ khá cao với 93,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ môn Nhi (2006). Bài giảng Nhi khoa tập 1. *Nhà xuất bản Y học Hà Nội* 2006.
2. Bộ Y tế (2014). *Báo cáo Tổng kết công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2014, phương hướng kế hoạch năm 2015*.
3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định 4673/QĐ-BYT ngày 10 tháng 11 năm 2014 về việc Phê duyệt tài liệu đào tạo “Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ”*.
4. Bộ Y tế (2013). *Báo cáo kết quả khảo sát bổ sung thực trạng cung cấp chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (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.
6. Ngô Toàn Anh, Tạ Như Đỉnh, Chu Hùng Cường, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Anh Dũng (2016). Thực trạng kiến thức của cán bộ y tế, cơ sở hạ tầng và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh tại tuyến y tế cơ sở của hai huyện tỉnh Đắk Lắk. *Tạp chí thông tin Y học Dự phòng*, 2016. 8 (181), 61-67.
7. UNFPA (2011). *Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình quốc gia 7*, Hanoi UNFPA report, Vietnam.
8. Ngô Toàn Anh, Tạ Như Đỉnh, Ngô Văn Toàn (2016). Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp nhằm tăng cường các dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại hai huyện, tỉnh Đắk Lắk, *Tạp chí Thông tin Y học Dự phòng*, 8(181), 69-77.50.
9. Tạ Như Đỉnh (2017). Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực chăm sóc trẻ sơ sinh ở bệnh viện huyện, trạm y tế xã tỉnh Đắk Lắk, 2013-2016. *Luận án tiến sĩ y học. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương*.

Tiếng Anh

10. Mullany LC, Katz J, Khatry SK (2010). Neonatal hypothermia and associated risk factors among newborns of southern Nepal. *BMC Med*, 8(1), 43.

THỰC TRẠNG TỰ HỌC CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI NĂM HỌC 2018 - 2019 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Hoàng Thị Minh Phương¹, Tạ Văn Bình², Nguyễn Thị Thúy Anh¹, Nguyễn Văn Độ¹, Nguyễn Thị Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tự học của sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất năm học 2018 – 2019 và một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát 420 sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng năm thứ nhất qua việc hoàn thành bộ câu hỏi tự điền. Thống kê mô tả được dùng để mô tả đặc điểm của sinh viên và kỹ năng tự học; phép kiểm định χ^2 test, T-test được sử dụng để tìm mối liên hệ giữa tự học và một số yếu tố liên quan.

Kết quả: Điểm trung bình kỹ năng tự học của sinh viên chưa cao ($M = 3.27$; $SD = 0.52$). Có mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa tự học của sinh viên và một số yếu tố như: mục đích học tập; xây dựng được thời gian học tập thường xuyên, đủ thời lượng; năng lực ngoại ngữ; đáp ứng của môi trường dạy học.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy kỹ năng tự học của sinh viên điều dưỡng chưa đạt ở mức độ cao, có mối tương quan thuận giữa kỹ năng tự học của sinh viên với mục đích học tập; xây dựng được thời gian học tập thường xuyên, đủ thời lượng; năng lực ngoại ngữ; đáp ứng của môi trường dạy học.

Từ khóa: Tự học, sinh viên điều dưỡng, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

SELF-DIRECTED LEARNING SITUATION AMONG THE FIRST YEAR NURSING STUDENTS IN HANOI MEDICAL COLLEGE 2018 – 2019 AND RELATED FACTORS

Objectives: Aim of this study was to identify self-directed learning among the first year nursing students and related factors.

Methods: Using the cross-sectional descriptive, this study surveyed 420 first year nursing students by

completing a self-fill questionnaire. Descriptive statistics are used to describe students' characteristics and self-directed learning skills; χ^2 test, T-test is used to find the relationship between self-directed learning and some related factors.

Results: The average score of self-directed learning skills of students is not high ($M = 3.27$; $SD = 0.52$). There is a statistically significant relationship between self-directed learning skills of students and some factors such as: purpose of learning; build regular learning time; foreign language ability; response of the learning environment.

Conclusions: Research shows that self-directed learning skills of nursing students have not reached a high level, there is a positive correlation between students' self-directed learning skills with the purpose of learning; build regular learning time; foreign language ability and response of the learning environment.

Keywords: Self-directed learning, nursing students, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế kỷ 21 là thế kỷ gắn với cuộc cách mạng công nghiệp 4.0, với những thành tựu nổi bật trong các lĩnh vực: internet, mạng xã hội, di động, trí tuệ nhân tạo, robot... đã tạo ra những thay đổi rất lớn trong mọi hoạt động kinh tế, đời sống xã hội con người. Ngành Y tế cũng là một trong các ngành được phát triển, đổi mới liên tục. Các thay đổi trong mô hình bệnh tật, biến đổi của các chủng vi khuẩn, virus gây bệnh, biến đổi từ môi trường, lối sống của con người... đòi hỏi nghiên cứu tìm ra các phương thức mới hiệu quả hơn trong dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc sức khỏe con người.

Vấn đề tự học trong các chương trình học tập cũng như trong thực tế công việc là yêu cầu với các tổ chức giáo dục

1. Cao đẳng Y tế Hà Nội

Tác giả chính: Hoàng Thị Minh Phương; SĐT: 0983452705; Email: hoangminhphuong2705@gmail.com

2. Trường ĐH Y Hà Nội

» Ngày nhận bài: 13/06/2019 | » Ngày phản biện: 17/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 22/06/2019

hay với mỗi cá nhân người học, mỗi nhân viên y tế. Giáo dục thế kỷ 21 nhấn mạnh đến trách nhiệm của nhà trường trong việc trang bị những kiến thức nền tảng và quan trọng hơn là những kỹ năng, thái độ đúng đắn để người học có thể tự học tập suốt đời [1]. Tại Việt Nam, đối với bậc cao đẳng, đại học, Điều 40 - Luật Giáo dục 2010 cũng đã nêu: “Phương pháp đào tạo trình độ cao đẳng, trình độ đại học phải coi trọng việc bồi dưỡng ý thức tự giác trong học tập, năng lực tự học, tự nghiên cứu, phát triển tư duy sáng tạo, rèn luyện kỹ năng thực hành, tạo điều kiện cho người học tham gia nghiên cứu, thực nghiệm, ứng dụng” [2].

Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội chuyển sang đào tạo theo hình thức tín chỉ năm 2017. Đối với hình thức đào tạo này, vấn đề tự học của sinh viên có thể xem là điều kiện quyết định chất lượng, hiệu quả của quá trình đào tạo. Với mong muốn tìm cơ sở khoa học để cải thiện năng lực tự học của sinh viên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tự học của sinh viên điều dưỡng năm thứ nhất năm học 2018-2019.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tự học của sinh viên điều dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên Cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ nhất Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm học 2018 – 2019.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Cơ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Cơ mẫu được tính dựa theo công thức:

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

Trong đó:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$P = 0.16$ là tỉ lệ sinh viên đạt được năng lực tự học theo kết quả nghiên cứu của Lâm Lệ Trinh và cộng sự về năng lực tự học của sinh viên cử nhân điều dưỡng [3].

d : Là sai số mong muốn. Với $0.1 < p = 0.16 < 0.2$ chọn sai số mong muốn là 0.05.

Thay vào công thức ta có: $n = 1.96^2 * 0.16 * 0.84 / 0.05^2 = 206.5 \sim 207$

Vì phương pháp chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu cần lấy là:

$$N = 207 \times de \text{ (hệ số thiết kế)} = 207 \times 2 = 414$$

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu ngẫu nhiên cụm: Chọn ngẫu nhiên 17 lớp

(420 sinh viên) trên tổng số 36 lớp cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ nhất.

2.4. Thời gian thu thập số liệu: Tháng 2 năm 2019.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi tự điền gồm: Phần I: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Phần II: Thông tin về tự học: Đánh giá kỹ năng tự học (8 câu); Các yếu tố liên quan đến tự học (8 câu).

Độ tin cậy Cronbach's alpha của bộ câu hỏi là 0.932

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Giai đoạn 1: Xây dựng bộ công cụ thu thập số liệu.

Giai đoạn 2: Thử nghiệm bộ công cụ thu thập số liệu.

Giai đoạn 3: Điều tra chính thức: Tập huấn lại nhóm thu thập số liệu; Triển khai lấy số liệu: Gặp đối tượng nghiên cứu theo lịch hẹn; Giải thích mục đích của nghiên cứu; Tiến hành phát phiếu phỏng vấn chính thức và hướng dẫn đối tượng nghiên cứu điền vào phiếu nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

2.7.1. Tiêu chuẩn đánh giá

Cách tính điểm tự học: Mỗi kỹ năng tự học được chấm trên thang điểm Likert từ 1 - 5.

Điểm tự học Đạt: Trung bình tự học chung đạt từ 4 điểm trở lên (tương đương với thường xuyên thực hiện các hoạt động tự học).

Điểm tự học Không đạt: Trung bình tự học chung dưới 4 điểm.

2.7.2. Phương pháp xử lý số liệu

Phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 16.0 và một số thuật toán thống kê: χ^2 test, T -test. Các biến số được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với độ tin cậy tối thiểu 95%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Sinh viên điều dưỡng nữ chiếm đa số (83.3%). Tuổi của đối tượng nghiên cứu từ 19 - 24, trong đó chiếm số đông là tuổi 19 (93.1%). Đa số sinh viên học phổ thông trung học tại nội, ngoại thành Hà Nội (gần 60%). Sinh viên sống cùng gia đình chiếm tỷ lệ 45.5%, sinh viên thuê nhà ở chiếm tỷ lệ cao (54%), chỉ có 0.5% sinh viên ở ký túc xá; có 44.5% sinh viên có đi làm thêm. Rất ít sinh viên tự học hàng ngày theo thời gian biểu (15%). Sinh viên chỉ học khi giáo viên yêu cầu hay khi chuẩn bị thi kiểm tra chiếm tỷ lệ khoảng 50%. Sinh viên học trên 3 giờ mỗi ngày trong thời gian ôn thi chiếm tỷ lệ 52.4%, ngoài ôn thi thì tỷ lệ này giảm còn 2.4%. Có 36.9% sinh viên không sử dụng được ngoại ngữ.

3.2. Kỹ năng tự học của sinh viên điều dưỡng

Bảng 1: Kỹ năng tự học của sinh viên

Kỹ năng tự học	Điểm trung bình	SD
Xây dựng kế hoạch tự học	3.05	0.64
Đọc sách, tài liệu	2.97	0.78
Nghe giảng	3.58	0.69
Ghi bài	3.11	0.77
Học thực hành	3.55	0.58
Làm việc nhóm	3.38	0.65
Giải quyết vấn đề	3.44	0.70
Tự kiểm tra, đánh giá	3.05	0.84
Tự học	3.27	0.52

Trong các kỹ năng tự học được khảo sát, sinh viên có điểm trung bình cao nhất ở nhóm kỹ năng nghe giảng và học thực hành với điểm trung bình khoảng 3.6 điểm. Các kỹ năng có điểm trung bình thấp nhất là nhóm kỹ năng xây dựng kế hoạch học tập; đọc sách, tài liệu; tự kiểm tra đánh giá khoảng 3.0 điểm.

Điểm trung bình của kỹ năng tự học chung của sinh viên là 3.27 ± 0.52 , thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Lâm Lê Trinh (2017) trên 191 sinh viên điều dưỡng đại học năm thứ nhất của Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh với mức điểm trung bình là 3.6 điểm [3]. Tuy nhiên, mức điểm này lại khác biệt rõ so với nghiên cứu của

Barnes KL (2000) là 4.05 điểm và Shokar GS (2002) trên nhóm sinh viên tại Đại học Y khoa Texas là 4.07 điểm, ở mức đạt của kỹ năng tự học [4],[5]. Sự khác biệt này có thể là do tại các nước phát triển có nền giáo dục tiên tiến, các phương pháp dạy học được áp dụng theo hình thức tích cực, lấy học viên làm trung tâm, nhà trường với trang thiết bị, cơ sở vật chất hiện đại, nguồn tài liệu phong phú, dễ tiếp cận, sinh viên có nền tảng học tập chủ động từ các cấp học phổ thông nên khi vào học ở cấp đại học, cao đẳng, sinh viên dễ dàng thích nghi và chủ động trong học tập.

3.3. Liên quan giữa tự học của sinh viên với một số yếu tố

Bảng 2: Liên quan giữa tự học và đặc điểm học tập của sinh viên

Đặc điểm học tập của sinh viên		Kỹ năng tự học				OR	95%CI
		Đạt		Không đạt			
		n	%	n	%		
Mục đích tự học	≥ 4 điểm	28	15.2	156	84.8	3.67	1.78 – 7.59
	< 4 điểm	11	4.7	225	95.3		
Năng lực ngoại ngữ	Giao tiếp và tham khảo được tài liệu bằng tiếng nước ngoài	5	35.7	9	64.3	8.06	2.27 – 28.60
	Không sử dụng được ngoại ngữ	10	6.5	145	93.5		
Thường xuyên tự học	≥ 4 điểm	7	70.0	3	30.9	4.45	1.10 - 17.97
	< 4 điểm	374	91.2	36	8.8		
Thời gian tự học	Trên 3 giờ/ngày	2	20	8	80	5.58	1.05 - 29.74
	1 - dưới 3 giờ/ngày	27	15.3	150	84.7	4.01	1.89 - 8.54
	Dưới 1 giờ/ngày	10	4.3	223	95.7	1	

Có mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa tư học của sinh viên và một số yếu tố như: mục đích học tập; năng lực ngoại ngữ; xây dựng được thời gian học tập thường xuyên, đủ thời lượng. Trong nghiên cứu của Lâm Lệ Trinh (2017) cũng cho thấy có mối liên quan giữa khả năng tự học của sinh viên và thời gian tự học hàng ngày [3].

Mục đích học tập tích cực như: Hiểu sâu, mở rộng kiến thức; phát triển tích cực học tập; đáp ứng công việc giúp cho người học có động lực để chủ động trong việc học tập, giải quyết các nhiệm vụ học tập cũng như tìm hiểu thêm về các kiến thức liên quan, tích cực trong rèn luyện các kỹ năng thực hành điều dưỡng để phục vụ cho công việc sau này; Năng lực sử dụng ngoại ngữ là công cụ

quan trọng giúp sinh viên tìm kiếm và sử dụng nguồn tài liệu học tập, tăng cường kỹ năng tự học; Sinh viên có thời gian học trung bình mỗi ngày cao thì khả năng hình thành kỹ năng tự học đạt cao hơn. Như vậy, vấn đề đặt ra là làm thế nào để sinh viên tích cực hơn, thường xuyên thực hiện tự học hơn. Trước hết, cần có rất nhiều sự cố gắng của bản thân sinh viên cũng như về phía giảng viên. Giảng viên nên tăng cường khuyến khích, giao các nhiệm vụ học tập thường xuyên theo mục tiêu môn học và giám sát, hỗ trợ sinh viên trong việc hoàn thành các nhiệm vụ học tập đó. Ngoài ra, giảng viên nên áp dụng các phương pháp học tập tích cực như học tập nhóm, thảo luận trong và ngoài lớp học... giúp sinh viên thêm hứng thú với nhiệm vụ học tập của mình.

Bảng 3: Liên quan giữa tự học và phương pháp giảng dạy của giảng viên

Kỹ năng tự học	Phương pháp dạy học của GV		95%CI
	Điểm trung bình	SD	
Đạt	2.94	0.60	-0.27 - 0.31
Không đạt	3.07	0.49	

Điểm trung bình phương pháp giảng dạy của giảng viên cho mỗi môn học của đối tượng nghiên cứu là 3.07 ± 0.51 (thang điểm 5).

Không có sự khác biệt về điểm trung bình phương pháp dạy học của giảng viên giữa các nhóm sinh viên tự học đạt và không đạt. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảng viên áp dụng các phương pháp dạy học tích cực

là cao và khá đồng đều giữa các lớp học. Tuy nhiên các phương pháp dạy học có ảnh hưởng nhiều trong việc thúc đẩy sinh viên tự học như thảo luận nhóm, semina chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 45.6%; 23.3%. Vì vậy, giảng viên nên tăng cường sử dụng và hướng dẫn sinh viên học theo các phương pháp này, cũng như khuyến khích sinh viên dành thời gian đủ cho việc tự học, chuẩn bị trước khi lên lớp.

Bảng 4: Liên quan giữa kỹ năng tự học và môi trường dạy học

Môi trường dạy-học	Kỹ năng tự học				OR	95%CI
	Đạt		Không đạt			
	n	%	n	%		
Đáp ứng (≥ 4 điểm)	22	16.4	112	22	3.11	1.59 – 6.08
Chưa đáp ứng (< 4 điểm)	17	5.9	269	17		

Môi trường dạy-học đáp ứng cho sinh viên giúp cho kỹ năng tự học đạt cao hơn 3.11 lần ($95\%CI = 1.59 - 6.08$). Điều này càng khẳng định thêm việc cần thiết phải nâng cao hơn nữa chất lượng của phòng học, trang thiết bị, hệ thống thư viện cung cấp nguồn tài liệu học tập... cho sinh viên để hỗ trợ sinh viên có điều kiện tốt hơn trong thực hiện các nhiệm vụ học tập.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Trong các kỹ năng tự học được khảo sát, sinh viên có điểm trung bình cao nhất ở nhóm kỹ năng nghe giảng và học thực hành với điểm trung bình khoảng 3.6 điểm; các kỹ năng có điểm trung bình thấp nhất là nhóm kỹ năng xây dựng kế hoạch học tập; đọc sách, tài liệu; tự kiểm tra đánh giá khoảng 3.0 điểm. Điểm trung bình tự học chung của sinh viên là 3.27 ± 0.52 .



Có mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa tự học của sinh viên và một số yếu tố như: mục đích, động lực học tập; xây dựng được thời gian học tập thường xuyên, đủ thời lượng; năng lực ngoại ngữ; đáp ứng của môi trường dạy học. Vì vậy nên tăng cường các yếu tố liên quan thuận đến tự học của sinh viên: Giới thiệu, giải thích về nghề nghiệp điều dưỡng, về vai trò, ý nghĩa của nghề điều dưỡng; cơ hội nghề nghiệp, môi trường làm việc thực tiễn để giúp sinh viên hiểu rõ thêm về ngành và có thêm động lực học tập; Giới thiệu và hướng dẫn các phương pháp học tập tích cực, chủ động; Hướng dẫn cho sinh viên

các kỹ năng tự học cụ thể khi sinh viên mới nhập học cũng như trong quá trình học tập tại trường; giảng viên tạo môi trường học tập tích cực trong lớp cũng như ngoài lớp học; Tăng cường năng lực ngoại ngữ cho sinh viên trong các giờ học ngoại ngữ; Tổ chức các câu lạc bộ ngoại khóa khuyến khích sử dụng ngoại ngữ; Xây dựng các tổ chức truyền thông của sinh viên để tạo phong trào học tập tích cực cũng như trao đổi, chia sẻ các thông tin liên quan đến học tập hay cuộc sống; Nâng cao hơn nữa cơ sở vật chất, trang thiết bị dạy học đáp ứng nhu cầu dạy-học của giảng viên và sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội (2010). Luật Giáo dục, Nxb Chính trị Quốc Gia, Hà Nội.
2. Lâm Lệ Trinh, Nguyễn Thị Ngọc Phương, An Thị Trà My, Phan Thị Thu Hường (2017). Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên cử nhân điều dưỡng và các yếu tố liên quan. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 19, 82-86.
3. Barnes KL, Morris SS. A correlation between instructor ratings and nursing student self-directed learning readiness scores. *Pract Theory Self Directed Learn* 2000; 151-64
4. Shokar GS, Shokar NK, Romero CM, Bulik RJ. Self-directed learning: looking at outcomes with medical students. *Fam Med* 2002; 34(3):197-200.
5. O'Shea, E. (2003). Self-directed learning in nurse education: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 62-70.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG PHÁT TRIỂN ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Bùi Thị Mỹ Anh¹

TÓM TẮT

Tăng tỉ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) là một mục tiêu chính sách chính của Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng phát triển đối tượng tham gia BHYT theo quy định của Luật BHYT.

Nghiên cứu sử dụng nguồn số liệu thứ cấp và thông tin định tính thu thập từ cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam và BHXH tại 7 tỉnh, thành phố đại diện theo các vùng sinh thái. Kết quả nghiên cứu cho thấy còn khoảng 13% (12,2 triệu dân) chưa tham gia BHYT. Nhóm chưa tham gia chủ yếu là lao động phi chính thức thuộc nhóm theo hộ gia đình (41,4% HGD chưa tham gia); nhóm HGD làm nông lâm ngư diêm nghiệp có mức sống trung bình; nhóm học sinh sinh viên và nhóm người lao động trong các doanh nghiệp. Nguyên nhân chủ yếu là do chế tài xử phạt chưa nghiêm; một số hộ gia đình không đủ khả năng chi trả; chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế; hoạt động đại lý BHYT chưa hiệu quả; và người dân thiếu kiến thức về BHYT.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, tổ chức triển khai, Luật Bảo hiểm y tế, Việt Nam

SUMMARY:

THE CURRENT SITUATION OF THE DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE PARTICIPANTS UNDER THE HEALTH INSURANCE LAW IN VIETNAM

One of the major objectives in health policy in Vietnam is to increase the proportion of health insurance coverage in all groups in community. This study aims to assess the current situation of the development of health insurance participants under the Health Insurance Law in Vietnam.

The study used secondary data and qualitative information collected from the Vietnam Social Insurance Agency and Social Insurance in 7 cities/provinces represented by ecological regions. The main findings

showed that about 13% (12.2 million people) had not yet participated in health insurance. The non-participating group was mainly focused on the informal workers who belong to the group of households (41.4% of households are not involved), the group of households working in agriculture, forestry and fishery had an average living standard, the group of students and groups of workers in enterprises. The main reason was due to lack of strictly punished regulations, not afford to pay for health insurance cards in some households, the quality of health services at the primary care level was still limited, the health insurance agency activities did not work effectively and lack of knowledge about health insurance among people in community.

Keywords: Health insurance, Health Insurance Law, implementation, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là cơ chế chia sẻ rủi ro (risk-pooling) về tài chính khi khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT. BHYT xã hội là chương trình BHYT trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi KCB được hưởng theo nhu cầu khám, chữa bệnh. Với định hướng thực hiện bao phủ chăm sóc sức khỏe và BHYT toàn dân, Nghị quyết số 20 của Ban chấp hành Trung ương ban hành ngày 25/10/2017 [1] đã nêu rõ mục tiêu: Đến năm 2025, tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 95% dân số. Tính đến thời điểm tháng 8/2018, tỷ lệ bao phủ dân số đạt 86,9%[2]. Tuy nhiên, việc tăng bao phủ BHYT cho các đối tượng còn lại (chủ yếu là lao động phi chính thức) đang là thách thức lớn, cần có chính sách phù hợp để thúc đẩy họ tham gia. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá thực trạng phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, và phân tích những khó khăn – vướng mắc trong việc phát triển đối tượng BHYT khi thực hiện Luật BHYT.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thúy Nga, Điện thoại: 0966132466, Email: ntt@huph.edu.vn

» Ngày nhận bài: 24/05/2019 | » Ngày phản biện: 31/05/2019 | » Ngày duyệt đăng: 07/06/2019

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết số liệu sẵn có và định tính. Nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội và 6 tỉnh đại diện cho 6 vùng kinh tế xã hội gồm: Lai Châu, Bắc Ninh, Thanh Hóa, Đắk Lắk, Cần Thơ và Đồng Nai.

Thu thập số liệu

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 6-12/2018

Số liệu thứ cấp: Báo cáo tình hình thực hiện Luật BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung của 63 tỉnh, thành phố; số liệu sẵn có tại các tỉnh thực hiện khảo sát.

Số liệu sơ cấp: Thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các bên liên quan:

- Lãnh đạo Vụ BHYT (Bộ Y tế), Sở Y tế
- Cơ quan BHXH Việt Nam (Phòng Giám định bảo hiểm y tế, Phòng thu, Phòng cấp sổ/thẻ, Phòng Tài chính – Kế toán, Phòng Công nghệ thông tin, Bộ phận truyền thông) từ tuyến trung ương, tuyến tỉnh, huyện.
- Người dân tại cộng đồng (có thẻ và không có thẻ BHYT)

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng từ số liệu sẵn có của cơ quan BHXH, phiếu khảo sát 63 tỉnh thành phố: nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Số liệu định tính từ các cuộc phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm được gỡ băng và phân tích theo phương pháp mã mở có chủ đề.

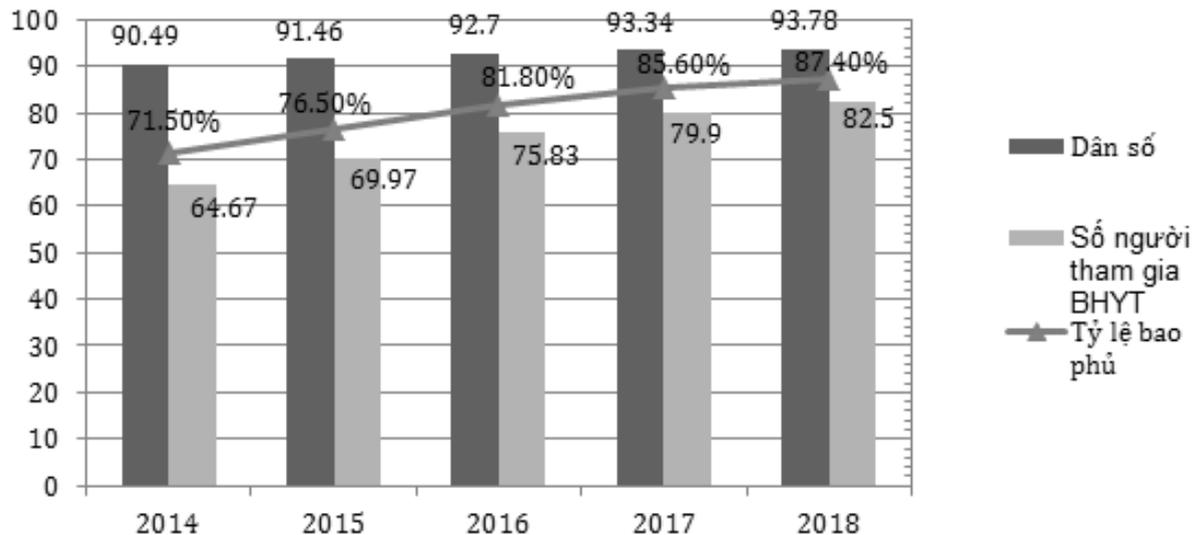
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thực trạng đối tượng, mức đóng, trách nhiệm đóng BHYT

Đối tượng tham gia BHYT

Điều 12, Luật BHYT quy định đối tượng tham gia BHYT gồm 5 nhóm: 1) Nhóm do người lao động và sử dụng lao động đóng; 2) Nhóm do tổ chức BHXH đóng; 3) Nhóm do NSNN đóng; 4) Nhóm được NSNN hỗ trợ; và 5) Nhóm tham gia BHYT theo HGD. Các nhóm đối tượng được quy định trong Luật đã tham gia BHYT theo đúng lộ trình mở rộng đối tượng bao phủ BHYT. Tỷ lệ tham BHYT tăng dần theo các năm, từ 71,5% năm 2014 lên 87,6% (82,25 triệu người), năm 2018 [3] (Biểu đồ 1).

Biểu đồ 1: Tỷ lệ tham gia BHYT, 2014 – 2018 [2]



Tính đến thời điểm tháng 8/2018, tỷ lệ bao phủ dân số đạt 86,9%, còn khoảng 12,2 triệu dân (13%) chưa tham gia. Nhóm chưa tham gia chủ yếu là lao động phi chính thức thuộc nhóm theo hộ gia đình (41,4%

HGD chưa tham gia); nhóm HGD làm nông lâm ngư nghiệp có mức sống trung bình; Nhóm học sinh sinh viên và nhóm người lao động trong các doanh nghiệp [4] (Xem bảng 1).

Bảng 1: Số người tham gia BHYT theo nhóm đối tượng, 9/2018²

Đơn vị: Người

Nhóm đối tượng	Đối tượng đích (ước tính)	Thực hiện	Tỷ lệ
1. Nhóm do người lao động và sử dụng lao động đóng	13.257.552	12.594.674	95,0%
2. Nhóm do cơ quan BHXH đóng	3.047.068	3.047.068	100,0%
3. Nhóm do NSNN đóng	34.215.442	34.215.442	100,0%
4. Nhóm do NSNN hỗ trợ	17.718.356	16.566.663	93,5%
5. Nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình	25.194.844	14.765.663	58,6%
Cộng	93.433.261	81.188.991	86,9%

Thực tiễn quá trình triển khai phát triển đối tượng tham gia BHYT cho thấy một số nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tham gia BHYT thấp của một số nhóm đối tượng.

Đối với doanh nghiệp: Tình trạng trốn đóng, chậm đóng BHYT xảy ra ở hầu hết các địa phương [2]. Nguyên nhân có thể là do chế tài xử lý vi phạm còn quá nhẹ, chưa có tác dụng răn đe, công tác truyền thông chính sách còn hạn chế (TLN, Bắc Ninh, Bình Định). Ví dụ, người lao động đã đóng rồi, nhưng cơ quan, chủ lao động chưa đóng cho cơ quan BHXH hoặc đóng chậm. Hoặc đối với các đối tượng được hỗ trợ mức đóng trong trường hợp nguồn quỹ Nhà nước đóng chậm (TLN, Đồng Nai). Theo đề xuất từ một số địa phương, cần có quy định cụ thể về việc chậm đóng quỹ BHYT và quy định xử phạt rõ ràng.

Đối với học sinh, sinh viên (HSSV): Tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm học sinh, sinh viên của các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề chưa cao (Ví dụ, 64% tại Bình Định). Nguyên nhân có thể là do mức phí của HSSV còn cao, trong khi phần hỗ trợ 30% từ ngân sách nhà nước như hiện nay là thấp, đặc biệt đối với hộ gia đình đông con (Gia Lai). Tỉnh Bắc Ninh đề xuất nên tăng mức hỗ trợ đóng từ 30% - 50% cho nhóm HSSV vì đây là nhóm phụ thuộc, tỷ lệ sử dụng BHYT cũng không cao. Tại Thanh Hóa, HSSV có thể lựa chọn tham gia BHYT tại trường hoặc theo hộ gia đình. Lý do là tham gia theo HGD để được giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường.

Hộ gia đình NLN diêm nghiệp có mức sống trung bình: Nhà nước hỗ trợ các HGD làm nông lâm ngư diêm nghiệp có mức sống trung bình 30% nhưng lại không được

giảm trừ mức đóng, nên tổng mức đóng vẫn cao. Ngoài ra, việc xác định được chính xác đối tượng này cũng rất khó khăn (TLN, Lai Châu, Thanh Hóa). Ví dụ tại Bình Định, tỷ lệ hộ gia đình NLN có mức sống trung bình mới đạt 8.3% so với đối tượng phải tham gia. Tại Hải Phòng, ngoài ngân sách trung ương, thành phố hỗ trợ nhóm này thêm 20% cũng chỉ mới đạt 50,5%.

BHYT theo hộ gia đình: Điều 13, Luật BHYT quy định: “Tất cả thành viên thuộc hộ gia đình... phải tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng được giảm dần từ thành viên thứ hai trở đi” [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ tham gia BHYT theo hộ gia đình còn thấp do một số nguyên nhân. Thứ nhất là chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế, nhất là đội ngũ y, bác sĩ còn thiếu dẫn đến chưa thu hút được người dân tham gia BHYT [6]. Thứ hai, do điều kiện kinh tế của một số gia đình, đặc biệt hộ gia đình đông người còn khó khăn, chưa đủ khả năng tham gia cả hộ cùng một thời điểm [2]. Theo kết quả điều tra hộ gia đình tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội, tỷ lệ HGD sẵn sàng chi trả với mức đóng hiện tại là 48,8% [7]. Ngoài ra, hoạt động đại lý thu BHYT chưa thực sự hiệu quả, còn thụ động. Đa số cán bộ làm nhân viên đại lý thu là cán bộ kiêm nhiệm của bưu điện hoặc của UBND phường, xã, thị trấn, thiếu kỹ năng truyền thông, vận động chính sách BHYT (TLN, Đồng Nai, Gia Lai, Quảng Trị). Hơn nữa, nhận thức của nhiều hộ gia đình về chính sách BHYT còn hạn chế [2]. Nhiều địa phương phản ánh về tình trạng vượt quỹ KCB của nhóm BHYT theo HGD do lựa chọn ngược khi mua BHYT, tức là khi có người ốm, hoặc có dấu hiệu bệnh tật thì mới đi mua BHYT (TLN, Bắc Ninh, Đồng Nai, Hải Phòng).

² Công văn số 3681/BHXH-CSYT bổ sung nội dung báo cáo tình hình thực hiện chế độ chính sách BHYT ngày 20/9/2018

Kinh nghiệm quốc tế

Hỗ trợ mức phí tham gia BHYT từ nguồn NSNN:

Đa số các nước thành công trong bao phủ BHYT đến nhóm khó tiếp cận như lao động phi chính thức bằng việc áp dụng tham gia bắt buộc và hỗ trợ đóng phí từ NSNN, có thể toàn bộ hay một phần. Ví dụ, Trung Quốc, chương trình BHYT nông thôn mới cho người dân nông thôn trợ cấp 85% mức đóng BHYT và đạt tỷ lệ bao phủ trên 90%. Tại Thái Lan, chương trình “BHYT toàn dân” dành cho toàn bộ dân số chưa có thẻ BHYT (chủ yếu là đối tượng phi chính thức) bao phủ 49 triệu người (76% dân số) với nguồn quỹ trích từ NSNN; Hàn Quốc cũng sử dụng NSNN để hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho người lao động phi chính thức [8]. Dùng NSNN để bao phủ khu vực lao động phi chính thức có nhiều lợi ích, bao gồm giảm bớt công việc hành chính về phân loại, xác định thu nhập, thu đóng và tránh nguy cơ lựa chọn ngược. Tuy nhiên, cần xem xét tác động tới NSNN. Philippines giải quyết vấn đề này thông qua việc tăng NSNN từ nguồn thu thuế các hàng hóa như rượu, bia, thuốc lá để hỗ trợ mức đóng BHYT [8].

Tham gia BHYT theo hộ gia đình cũng là giải pháp được nhiều nước áp dụng để tăng nhanh độ bao phủ BHYT, tăng tính chia sẻ rủi ro và giải quyết vấn đề lựa chọn ngược. Thông thường, trong mô hình này có sự tham gia của các thành viên chính của người lao động, gồm vợ, chồng và con. Ví dụ như tại Philippines, thành viên hộ gia đình bao gồm vợ/chồng, con dưới 21 tuổi, bố/mẹ trên 60 tuổi và con hoặc bố mẹ ở bất kỳ tuổi nào nếu bị tàn tật [9].

Nhờ giảm tỷ lệ dân số tham gia tự nguyện mà mô hình này giảm được rủi ro lựa chọn ngược. Ví dụ ở Nhật, chế độ bảo hiểm được mở rộng cho người phụ thuộc của người lao động chính thức ngay từ đầu năm 1939. Hàn Quốc cũng áp dụng hình thức tham gia theo gia đình từ rất sớm. Ở Thái Lan, chương trình BHYT cho công chức và người phụ thuộc [8, 9].

Tăng cường hệ thống thông tin quản lý và đóng phí:

Trốn đóng BHYT cũng là một vấn đề ở Philipines trong khối doanh nghiệp nhỏ, với tỷ lệ chỉ có 30% doanh nghiệp đóng BHYT. Hệ thống thông tin tốt, quản trị và tổ chức tốt khâu thu đóng phí có ý nghĩa sống còn với việc tuân thủ BHYT [9].

Thông tin, giáo dục và truyền thông: Quyết định tham gia và sử dụng BHYT bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các

yếu tố nhận thức, giáo dục và văn hóa. Ví dụ tại Indonesia, rào cản chính trong việc tham gia BHYT là do thiếu thông tin về BHYT. Do đó, việc truyền bá thông tin và tiếp thị xã hội đóng vai trò thực sự quan trọng trong việc mở rộng BHYT ở một số nước như Trung Quốc và Thái Lan [9].

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Để tăng cường tuân thủ tham gia BHYT đối với **nhóm doanh nghiệp và do NSNN đóng**, nên có quy định rõ khái niệm trốn đóng, chậm đóng BHYT, chế tài rõ ràng và đủ mạnh để xử phạt trường hợp này. Ngoài ra, cần có hệ thống thông tin để quản lý, kiểm tra tình trạng tham gia BHYT và tổ chức tốt khâu thu đóng phí.

Đối với nhóm tham gia BHYT theo HGD: Để khuyến khích tài chính, thúc đẩy hộ gia đình tham gia BHYT tại cùng một thời điểm, NSNN nên xem xét hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng tham gia theo hộ gia đình. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về mức hỗ trợ và tăng nguồn NSNN hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng này từ nguồn thuế của những hàng hóa như rượu, bia và thuốc lá. Để đảm bảo chia sẻ rủi ro giữa các thành viên trong hộ gia đình vẫn nên giữ nguyên quy định bắt buộc cả hộ gia đình tham gia cùng một thời điểm.

Cần có nghiên cứu thêm về việc thống nhất các nhóm hiện đang tham gia theo hộ gia đình (Hộ gia đình nghèo, hộ gia đình cận nghèo, hộ gia đình NLN diêm nghiệp và nhóm tham gia theo hộ gia đình) thành một nhóm tham gia theo hộ gia đình vì bản chất giống nhau, chỉ khác về nguồn kinh phí đóng.

Ngoài ra, cần nghiên cứu thêm về khái niệm “hộ gia đình” để xác định thành viên tham gia BHYT theo hộ gia đình được cụ thể và rõ ràng hơn.

Để tăng mức độ bao phủ BHYT đối với nhóm HSSV, nên nâng mức hỗ trợ mức đóng từ NSNN. Theo kinh nghiệm quốc tế, đối tượng HSSV là đối tượng phụ thuộc và tham gia theo hộ gia đình. Bởi vậy, Việt Nam nên nghiên cứu thêm về khả năng cho phép học sinh, sinh viên được tự chọn tham gia theo trường học hoặc theo hộ gia đình. Từng bước, chuyển đối tượng học sinh, sinh viên sang tham gia theo hộ gia đình (kể cả đối tượng chính thức và phi chính thức) vì đây cũng là đối tượng phụ thuộc. Thay đổi phương thức đóng BHYT HGD theo hướng người lao động đóng cho người phụ thuộc trong gia đình [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chấp hành Trung ương, *Nghị quyết 20/NQ-TU về tăng cường công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân*. 2017.
2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật BHYT giai đoạn 2015-2018*. 2018.
3. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo số 5265/BC-BHXH kiểm điểm công tác chỉ đạo, điều hành năm 2018*. 2018.
4. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách BHYT*. 2018.
5. Assembly, V.N., *Amended Health Insurance Law*. 2014.
6. Nguyễn Thị Thúy Nga, G. FitzGerald, and M. Dunne, *Family-Based Health Insurance for Informal Sector Workers in Vietnam: Why Does Enrolment Remain Low?* Asia-Pacific Journal of Public Health, 2018.
7. Nguyễn Thị Thúy Nga, G. FitzGerald, and M. Dunne, *Family-Based Social Health Insurance for Informal Workers in Vietnam: Willingness to Pay and Its Determinants*. Asia-Pacific Journal of Public Health, 2018. **30**(6): p. 512-520.
8. 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.
9. World Bank, *Moving Towards Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. 2014.



THỰC TRẠNG VỀ QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TUYẾN XÃ HUYỆN VŨ THƯ, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Đặng Thị Thu Nga¹, Ngô Thị Nhu¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Đặng Thị Vân Quý¹

TÓM TẮT

Thực hiện khảo sát thực trạng phân loại, thu gom, lưu giữ, vận chuyển và xử lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế tại 30 trạm y tế thuộc huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình về quản lý chất thải y tế cho thấy: 70,0% các trạm phân loại chất thải sắc nhọn được đựng vào thùng kháng khuẩn; 60,0% các trạm y tế phân loại chất thải ngay tại nơi phát sinh; 23,3% trạm y tế xã thu gom chất thải vào dụng cụ đúng mã màu; 73,3% trạm không thu gom lẫn CTYT nguy hại với chất thải thông thường và 56,7% trạm y tế có thùng thu gom chất thải đặt ở nơi phát sinh. Vận chuyển CTRYT 93,3% các trạm y tế buộc kín miệng túi nilon khi vận chuyển; 86,7% trạm vận chuyển về nơi tập trung đúng tần suất quy định; 73,3% trạm có nơi lưu giữ chất thải. Xử lý CTRYT: 73,3% các trạm có xử lý ban đầu đối với chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao; 70,0% trạm chất thải nguy hại được xử lý bằng phương pháp thiêu đốt trong lò đốt.

Từ khóa: Rác y tế, trạm y tế, chất thải rắn.

ABSTRACT:

THE ACTUAL SITUATION ON MEDICAL WASTE MANAGEMENT OF MEDICAL STAFFS AT COMMUNE LEVEL AT VUTHU DISTRICT IN THAIBINH PROVINCE IN 2017

We conduct a research on medical waste classification, collection, storage, transportation and treatment at medical stations, Vu Thu district, Thai Binh province in 2017. We obtained results: 60% of health stations classified waste at the place of origin. 26.7% of health stations correctly classified medical solid waste and contained in trash cans in the right color code. Only 23,3% of health stations collected waste into trash cans with the right color code. 73,3% of health stations did not collect hazardous medical waste mixed with normal waste. 56,7% of health stations had medical waste

collection bins located in the place of origin. 93,3% of health stations tightened plastic bags when transporting solid medical waste; 86,7 % health stations transported to the centralized place at the right frequency. 73,3% of health stations had waste storage places. On medical solid waste disposal: 73,3% of medical stations initially treated medical wastes at high risk of infection. 70,0% of hazardous wastes were treated by incineration in incinerators. Over 40,0% of medical wastes were treated by outdoor incineration method.

Key word: Medical waste, health station, solid waste, medical waste.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, việc quản lý chất thải y tế ngày càng được ngành Y tế cũng như xã hội quan tâm, đặc biệt là các loại chất thải có chứa mầm bệnh. Việc đánh giá thực trạng quản lý chất thải ngay từ nguồn chất thải và xử lý ban đầu, đặc biệt là chất thải y tế nguy hại là một việc hết sức quan trọng và cần thiết. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành đánh giá thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế tuyến xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. Từ đây đưa ra được các biện pháp tăng cường công tác quản lý chất thải rắn y tế góp phần cải thiện tình trạng quản lý chất thải rắn y tế phù hợp với điều kiện thực tế tại các trạm y tế, hạn chế mức độ ảnh hưởng của chất thải rắn y tế đối với môi trường và sức khỏe cộng đồng, chúng tôi tiến hành triển khai thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế của nhân viên y tế tại địa bàn nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 30 trạm y tế xã ở huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 30/05/2019 | » Ngày phản biện: 07/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 13/06/2019

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế tại trạm y tế: Đó là những nhân viên y tế đã và đang làm việc thường xuyên tại các trạm y tế xã của huyện Vũ Thư trong thời gian trên 6 tháng, tình nguyện hợp tác trong quá trình điều tra nghiên cứu (trạm trưởng, các nhân viên y tế trực tiếp tham gia vào công tác khám chữa bệnh tại trạm).

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra cắt ngang để tìm hiểu kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về quản lý (phân loại, thu gom, lưu giữ, vận chuyển, xử lý) chất thải rắn y tế theo bộ câu hỏi đã được xây dựng.

* Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu điều tra kiến thức, thực hành của nhân viên y tế: Toàn bộ cán bộ y tế tham gia công tác khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã thuộc huyện Vũ Thư. Qua điều tra phỏng vấn trực tiếp, chúng tôi đã điều tra 175 nhân viên y tế tại các trạm y tế tuyến xã huyện Vũ Thư.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu của đề tài nghiên cứu sẽ được nhập máy tính và phân tích dựa trên phần mềm Epi-info 6.04 và Epi-Data, sử dụng các thuật toán thống kê trong y học
- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kiến thức phân loại rác thải đúng theo thâm niên công tác (trả lời đúng trên 70% được cho là đạt)

Thâm niên công tác	Đạt		Không đạt	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)
< 10 năm	12	50	88	58,3
≤ 10 năm	12	50	63	41,7
Tổng	24	100	151	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế trả lời đúng về phân loại rác y tế theo thời gian công tác trên 10 năm và dưới 10 năm là như nhau, là trả lời đúng từ 70% trở

lên các câu hỏi. Và tỷ lệ trả lời không đạt của nhóm dưới 10 năm là cao hơn nhóm trên 10 năm công tác.

Bảng 3.2. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về thu gom chất thải rắn y tế (n=175)

Kiến thức đúng	Số lượng (n = 175)	Tỷ lệ (%)
Thùng thu gom CTYT tại nơi phát sinh	85	48,6
Lượng CTYT tối đa ¾ túi	134	76,6
Không để lẫn CTYT và CT thông thường	131	74,9

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế biết được túi đựng rác thải tối đa 3/4 túi, không để lẫn chất thải y tế và chất thải thông thường chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 76,6% và 74,9%).

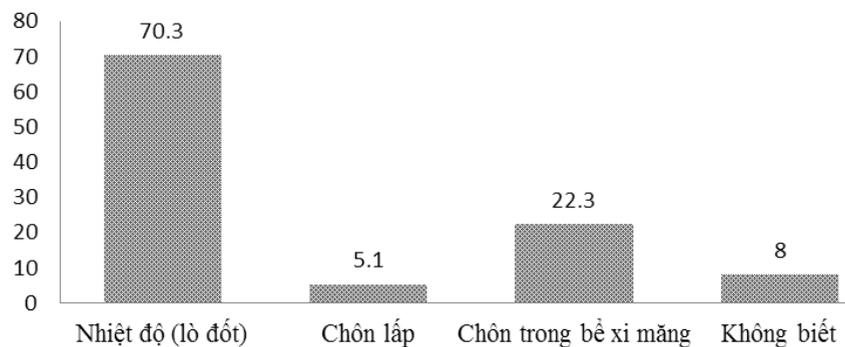


Bảng 3.3. Kiến thức đúng của nhân viên y tế về vận chuyển, lưu giữ chất thải y tế (n=175)

Kiến thức về vận chuyển, lưu giữ chất thải y tế		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian vận chuyển chất thải về nơi lưu giữ một lần/ngày và khi cần		102	58,3
Điều kiện vận chuyển	Kín miệng túi/thùng	141	80,6
	Xe chuyên dụng	135	77,1
	Không rơi vãi	114	65,1
Lưu giữ CTYT tại buồng riêng biệt		20	11,4
Thời gian lưu giữ CTYT	t ⁰ thường (≤48h)	164	93,7
	Lạnh (≤72h)	162	92,6
Khoảng cách nơi lưu giữ CTYT ≥10m		160	91,4

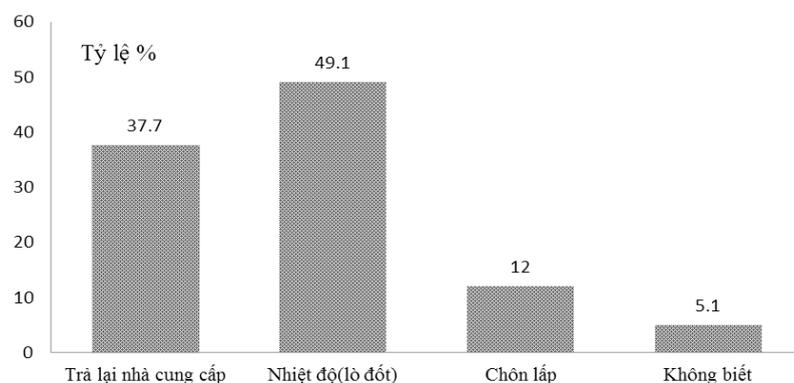
Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng khá cao về vận chuyển và lưu giữ chất thải y tế, chỉ riêng kiến thức lưu giữ chất thải chất thải y tế tại buồng riêng biệt còn hơi thấp, chỉ chiếm 11,4%.

Biểu đồ 3.1. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý chất thải sắc nhọn



Biểu đồ 3.1 cho thấy 70,3% tỷ lệ nhân viên y tế biết cách xử lý bằng cách thiêu đốt trong lò chuyên dụng; 22,3% nhân viên y tế biết xử lý bằng cách chôn trong bể xi măng; chỉ 5,1% nhân viên y tế cho rằng chất thải sắc nhọn xử lý bằng chôn lấp thông thường.

Biểu đồ 3.2. Kiến thức của nhân viên y tế về xử lý chất thải hóa học nguy hại, dược phẩm quá hạn



Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ nhân viên biết cách xử lý chất thải hóa học nguy hại, hóa chất, dược phẩm quá hạn thiêu đốt trong các lò chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%; sau đó là

dùng nhiệt độ để thiêu đốt trong các lò chiếm tỷ lệ 37,7%; tỷ lệ nhân viên y tế không biết xử lý chất thải hóa học nguy hại, hóa chất, dược phẩm quá hạn chiếm 5,1%.

Bảng 3.4. Thực hành đúng của nhân viên y tế về phân loại chất thải rắn y tế

Thực hành phân loại chất thải y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm đựng trong dụng cụ màu vàng	128	73,1
Chất thải hóa học nguy hại, dược phẩm quá hạn sử dụng đựng trong dụng cụ màu đen	112	64,0
Chất thải tái chế đựng trong dụng cụ màu trắng	102	58,3
Chất thải sắc nhọn đựng trong thùng kháng thủng	112	64,0

Qua bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện phân loại đúng chất thải lây nhiễm vào dụng cụ màu vàng khá cao chiếm 73,1%. Bên cạnh đó, tỷ lệ nhân viên y tế

thực hiện phân loại rác thải tái chế vào dụng cụ màu trắng chỉ chiếm 58,3%.

Bảng 3.5. Thực hành đúng của nhân viên y tế về thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế (n = 175)

Thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải rắn y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất	112	64,0
Lượng chất thải chứa trong túi (3/4 túi)	128	73,1
Không để lẫn CTRYT với chất thải thông thường	109	62,3
Thời gian lưu giữ CTRYT tối đa trước khi xử lý	89	50,9

Qua bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ nhân viên thực hiện đúng lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy 3/4 túi chiếm 73,1%; tiếp theo là thời gian vận chuyển về nơi lưu trữ

đúng tần suất 1 lần 1 ngày và khi cần chiếm 64,0%; bên cạnh đó thời gian lưu giữ chất thải rắn y tế tối đa trước khi xử lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 50,9%.

Bảng 3.6. Thực hành đúng của nhân viên y tế về xử lý chất thải rắn y tế

Thực hành về xử lý chất thải rắn y tế (n = 175)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải giải phẫu	74	42,3
Xử lý chất thải lây nhiễm	94	53,7
Xử lý chất thải sắc nhọn	98	56,0

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế xử lý đúng chất thải y tế nói chung còn chưa cao, 56,0% và 53,7% nhân viên y tế xử lý chất thải sắc nhọn và chất thải lây nhiễm bằng thiêu đốt trong lò; 42,3% nhân viên y tế thực hiện tiêu hủy chất thải giải phẫu ngay sau khi phát sinh.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức phân loại chất thải y tế đúng theo thâm niên công tác vẫn còn thấp ở cả 2 nhóm trên 10 năm và dưới 10 năm. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Hoàng Thị Thúy: 53,0% nhân viên trả lời đúng về phân loại chất thải y tế và 70,5% nhân viên y tế trả lời đúng về

phân loại chất thải lây nhiễm [36]. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Đại Tri Hân ở Quảng Bình, tại đây có 35,2% nhân viên y tế có kiến thức chung đúng về quản lý chất thải y tế nói chung[13],

Qua kết quả nghiên cứu về kiến thức, thực hành của nhân viên y tế về xử lý rác thải y tế cho thấy mặc dù các nhân viên y tế đã có nhận thức cũng như thái độ tích cực về những vấn đề liên quan đến công tác xử lý rác thải y tế tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thực hành của các nhân viên y tế so với kiến thức tuy có cao hơn nhưng tỷ lệ thực hành đúng vẫn chưa thật tốt, nguyên nhân là do các yếu tố chủ quan (vẫn còn hạn chế về một số kiến thức) và các yếu tố khách quan (điều kiện trang thiết bị phục vụ cho công tác xử lý chất thải y tế tại các trạm y tế xã vẫn còn thiếu, còn thiếu sự hướng dẫn) tác động đã làm ảnh hưởng đến thực hành của nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

- 28,0% là nhân viên y tế có thâm niên công tác từ dưới 10 năm; 25,4% ở nhóm có thâm niên trên 10 năm biết được chất thải y tế được chia làm 5 nhóm

- 76,6% nhân viên y tế biết được túi đựng rác thải tối đa 3/4 túi, 74,9% không để lẫn chất thải y tế và chất thải thông thường

- Tỷ lệ nhân viên thực hiện đúng lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy 3/4 túi chiếm 73,1%; thời gian vận chuyển về nơi lưu trữ đúng tần suất 1 lần 1 ngày và khi cần chiếm 64,0%; thời gian lưu giữ chất thải rắn y tế tối đa trước khi xử lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 50,9%.

- 56,0% và 53,7% nhân viên y tế xử lý chất thải sắc nhọn và chất thải lây nhiễm bằng thiêu đốt trong lò; 42,3% nhân viên y tế thực hiện tiêu hủy chất thải giải phẫu ngay sau khi phát sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đức Thắng (2014), *Thực trạng và kiến thức thực hành của nhân viên y tế về quản lý chất thải y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Mai Sơn tỉnh Sơn La năm 2014*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
2. Nguyễn Thị Thu Trang (2012), *Thực trạng quản lý, xử lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Đa khoa Nam Định và đề xuất mô hình can thiệp*, Luận văn thạc sỹ khoa học môi trường, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên Hà Nội.
3. Phạm Thị An Vinh (2012), *Thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế và kiến thức, thực hành của nhân viên trạm y tế tại thành phố Nam Định năm 2012*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y dược Thái Bình.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÂN LOẠI CHẤT THẢI Y TẾ CỦA SINH VIÊN CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG NĂM 2 VÀ NĂM 3 TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ ĐÔNG NĂM HỌC 2018-2019

Nguyễn Thanh Huyền¹, Nguyễn Thị Lan Anh², Nguyễn Thị Tuyết Dương³, Trương Quyết Tiến⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được triển khai nhằm “Đánh giá kiến thức và thái độ về phân loại chất thải y tế của sinh viên cao đẳng điều dưỡng năm 2 và năm 3 trường Cao đẳng Y tế Hà Đông năm học 2018-2019 và một số yếu tố liên quan”.

Phương pháp: Nghiên cứu áp dụng thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2018 trên 380 sinh viên đang theo học tại trường Cao đẳng Y tế Hà Đông.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về phân loại chất thải y tế là 66,6%. Tỷ lệ sinh viên có thái độ tích cực về phân loại chất thải y tế là 39,5%. Tỷ lệ sinh viên nữ có thái độ tích cực là 42,4% cao gấp 1,4 lần sinh viên nam (30,4%) . Tỷ lệ sinh viên nhìn thấy nhiều túi đựng CTYT có thái độ tích cực là 44,7% cao gấp 1,6 lần số sinh viên chưa từng nhìn thấy và thỉnh thoảng nhìn thấy túi đựng CTYT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Khuyến nghị: Chương trình giáo dục cần tăng nội dung lý thuyết và giải thích cũng như phân tích thêm phải phân loại rác thải nhằm giúp sinh viên có thái độ tích cực hơn. Ngoài ra việc tăng cường các buổi tham quan tại cơ sở thực hành hay việc nhìn thấy nhiều túi đựng chất thải y tế cũng có ý nghĩa giúp sinh viên có thái độ tích cực hơn.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ phân loại chất thải y tế, sinh viên.

ABSTRACT

EVALUATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDE OF MEDICAL WASTE CLASSIFICATION OF NURSING STUDENTS AT YEAR 2 AND YEAR 3 IN

1. Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông.
2. Khoa Điều Dưỡng, Trường ĐH Y Hà Nội.
3. Trường ĐH Điều dưỡng Nam Định.
4. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

HA DONG MEDICAL COLLEGE YEAR 2018-2019

Objective: The study was conducted to “Evaluate the knowledge and attitude about medical waste classification by students of the College of Nursing in Year 2 and Year 3 of Ha Dong Medical College in the school year of 2018-2019 and one number of related factors”.

Method: The cross-sectional descriptive method. The study was conducted from October to December 2018 on 380 students studying at Ha Dong Medical College.

Research results: The rate of students with knowledge about medical waste classification is 66.6%. Percentage of students with positive attitude about classification of medical waste is 39.5%. The proportion of female students with positive attitudes is 42.4%, and 1.4 times higher than male students (30.4%). The percentage of students who see many health care bags with positive attitude is 44.7% and accounted 1.6 times higher than the number of students who have never seen and sometimes see these bags. This difference is statistically significant with $p < 0.05$.

Recommendation: The educational program needs to increase the content of the theory and explanation as well as further analysis to classify waste to help students have a more positive attitude. In addition, strengthening visits at the practice facility or seeing many medical waste bags also makes sense for students to have a more positive attitude.

Keywords: Knowledge, attitude of medical waste classification, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành Y tế ngày càng phát triển làm phát sinh nhiều chất thải y tế. Các sai sót khi phân loại chất thải y tế có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như gây nên bệnh tật

hoặc làm tổn thương cho cơ thể. Chất thải y tế có thể chứa đựng các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm như tụ cầu, HIV, viêm gan B. Các tác nhân này có thể xâm nhập vào cơ thể qua các vết trầy xước, vết đâm xuyên, niêm mạc, đường hô hấp, đường tiêu hóa [1].

Tại Việt Nam theo thống kê báo cáo của Bộ Y tế năm 2015, cả nước có 13.511 cơ sở y tế bao gồm các cơ sở khám chữa bệnh và dự phòng làm phát sinh mỗi ngày khoảng 450 tấn chất thải rắn, trong đó có tới 47 tấn chất thải rắn nguy hại [2].

Nhân viên y tế nói chung đặc biệt là bác sĩ, điều dưỡng, học viên, sinh viên điều dưỡng đi thực tập, kỹ thuật viên xét nghiệm... là những người làm phát sinh ra chất thải, cũng là người phải phân loại và thu gom chất thải y tế [1].

Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông kể từ khi thành lập trường và đưa chương trình PLCTYT cho sinh viên đến nay chưa tìm thấy nghiên cứu nào đầy đủ và hệ thống về phân loại chất thải y tế. Do vậy, nghiên cứu sẽ được tiến hành để đánh giá kiến thức, thái độ về phân loại CTYT trên sinh viên với tên đề tài là **“Đánh giá kiến thức, thái độ về phân loại chất thải y tế của sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng năm 2 và năm 3 Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông năm học 2018 – 2019”**.

Với 2 mục tiêu cụ thể như sau:

1. *Mô tả kiến thức, thái độ về phân loại chất thải y tế của sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng năm 2 và năm 3 Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông năm học 2018-2019.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng năm 2 và năm 3 Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông năm học 2018-2019.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm 2 và năm 3 trường Cao đẳng Y tế Hà Đông, sinh viên có thể hoàn toàn tự trả lời phiếu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Những sinh viên không phải sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm 2 và năm 3 của trường Cao đẳng Y tế Hà Đông, sinh viên không tự

nguyện, không hợp tác.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2018 tại trường Cao đẳng Y tế Hà Đông.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, chọn mẫu theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu tỷ lệ.

4. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phát tay tự điền, cấu trúc bộ câu hỏi gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin chung của đối tượng bao gồm 6 câu hỏi để đánh giá đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu các thông tin về tuổi, giới, tôn giáo, yêu nghề, khóa học đào tạo về chất thải y tế, nhìn thấy túi đựng chất thải y tế.

- Phần 2: Các nội dung về phân loại chất thải y tế bao gồm 42 câu hỏi, trong đó kiến thức về phân loại chất thải y tế: 30 câu, thái độ về phân loại chất thải y tế: 12 câu.

Nghiên cứu đã tham khảo bộ câu hỏi của tác giả Đoàn Thị Vân 2017 [8]. Bộ câu hỏi của Sushma Rudraswamy [10]. Bộ câu hỏi thực hành về phân loại CTYT của Sanjeev R [11]. Phần còn lại của bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT [3].

Cách tính và cho điểm kiến thức, thái độ:

+ Phần kiến thức: Điểm tối đa là 33 điểm. Kiến thức đạt: khi sinh viên đạt từ $\geq 70\%$ tổng điểm (23 điểm trở lên). Kiến thức chưa đạt khi sinh viên dưới 23 điểm [8].

+ Phần thái độ: Điểm tối đa là 24 điểm. Thái độ tích cực khi các nội dung đạt $\geq 80\%$ tổng điểm (19 điểm trở lên). Thái độ chưa tích cực khi sinh viên dưới 19 điểm.

Quá trình thu thập số liệu:

- Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi phát tay tự điền tại phòng học trường Cao đẳng Y tế Hà Đông, mỗi nhóm trung bình 11-12 sinh viên, thời gian 20 phút.

5. Phân tích số liệu

Tất cả số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Phân loại	Số lượng N=380	Tỷ lệ %
Giới	Nam	92	24,2
	Nữ	288	75,8
Có yêu nghề không	Có	325	85,5
	Không	55	14,5

Nhận xét: Trong 380 sinh viên thì có 75,8% nữ gấp 3 lần sinh viên nam 24,2%. Tỷ lệ sinh viên có yêu nghề là 85,5% ,14,5% sinh viên không yêu nghề.

Bảng 2. Tỷ lệ yêu nghề điều dưỡng theo giới tính của sinh viên

Yêu nghề	Giới tính		Tổng N=380
	Nam	Nữ	
Có	76(20%)	249(65,5%)	325(85,5%)
Không	16(4,2%)	39(10,3%)	55(14,5%)

- **Nhận xét:** Nữ giới có tỷ lệ yêu nghề điều dưỡng là 65,5%, trong khi đó nam giới có tỷ lệ yêu nghề này thấp hơn đạt 20%.

Bảng 3. Kiến thức của sinh viên về phân loại CTYT

Mức độ kiến thức	N=380	%
Đạt(≥ 23 điểm)	253	66,6
Chưa đạt(< 23 điểm)	127	33,4

Nhận xét: Sinh viên có kiến thức đạt về phân loại CTYT là 66,6%, tỷ lệ sinh viên có kiến thức chưa đạt còn khá cao là 33,4%.

Bảng 4. Thái độ của sinh viên về phân loại CTYT

Mức độ thái độ	N=380	%
Tích cực (≥ 20 điểm)	150	39,5
Chưa tích cực (< 20 điểm)	230	60,5

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên có thái độ tích cực về phân loại chất thải y tế còn thấp chiếm 39,5%, trong khi sinh viên có thái độ chưa tích cực chiếm 60,5% (gấp 1,5 lần)

Bảng 5. Mối liên quan giữa thông tin chung với kiến thức về phân loại CTYT

Nội dung		Kiến thức		Tổng (N=380)	Giá trị p*
		Đạt	Chưa đạt		
Giới	Nam	64(69,6%)	28(30,4%)	92	0,485
	Nữ	189(65,6%)	99(34,4%)	288	
Năm học	Năm thứ 2	82(66,1%)	42(33,9%)	124	0,897
	Năm thứ 3	171(66,8%)	85(33,2%)	256	
Yêu nghề	Có	213(65,5%)	112(34,5%)	325	0,296
	Không	40(72,7%)	15(27,3%)	55	

***Chi-Square Test**

Nhận xét: Kết quả cho thấy hầu như không có sự khác biệt nhiều về tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt trong

các nhóm giới tính, năm học, yêu nghề. Tỷ lệ từ 65,5% - 72,7%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Mối liên quan giữa thông tin chung với thái độ về phân loại CTYT

Nội dung		Thái độ		Tổng (N=380)	Giá trị p*
		Tích cực	Chưa tích cực		
Giới	Nam	28(30,4%)	64(69,6%)	92	0,042
	Nữ	122(42,4%)	166(57,6%)	288	
Năm học	Năm thứ 2	56(45,2%)	68(54,8%)	124	0,114
	Năm thứ 3	94(36,7%)	162(63,3%)	256	
Yêu nghề	Có	131(40,3%)	194(59,7%)	325	0,419
	Không	19(34,5%)	36(65,5%)	55	
Đã nhìn thấy túi đựng CTYT	Chưa từng nhìn thấy và thỉnh thoảng nhìn thấy	32(27,6%)	84(72,4%)	116	0,02
	Nhìn thấy nhiều	118(44,7%)	146(55,3%)	264	

***Chi-Square Test**

- **Nhận xét:** Tỷ lệ sinh viên nữ có thái độ tích cực là 42,4% cao gấp 1,4 lần sinh viên nam (30,4%). Tỷ lệ sinh viên nhìn thấy nhiều túi đựng CTYT có thái độ tích cực là

44,7% cao gấp 1,6 lần số sinh viên chưa từng nhìn thấy và thỉnh thoảng nhìn thấy túi đựng CTYT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ về phân loại CTYT

Nội dung		Kiến thức		Tổng (N=380)	Giá trị p*
		Đạt	Chưa Đạt		
Thái độ	Tích cực	110(73,3%)	40(26,7%)	150	0,024
	Chưa tích cực	143(62,2%)	87(37,8%)	230	

***Chi-Square Test**

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên có thái độ tích cực về phân loại CTYT có kiến thức đạt là 73,3% cao hơn sinh viên có thái độ chưa tích cực là 62,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

- **Giới:** Trong 380 sinh viên, nữ 75,8% gấp 3 lần sinh viên nam. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Văn Thắng (2012) tại Bệnh viện Bạch Mai [6] và Phí Thị Nguyệt Thanh [7]. So sánh tỷ lệ này cũng phù hợp với tỷ lệ điều dưỡng viên tại pháp là 87%[9]. Tác giả Đoàn Thị Vân 2017 là 85,7% là sinh viên nữ [8].

- **Yêu nghề:** Sinh viên có tỷ lệ yêu nghề là 85,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Thị Vân 2017 là 96%[8].

- **Kiến thức:** Có 66,6% sinh viên có kiến thức đạt, có tới 33,4% sinh viên có kiến thức chưa đạt về phân loại chất

thải y tế. Kết quả tương đồng với kết quả của tác giả Đoàn Thị Vân tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2017[8], và thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Bích Hải và cộng sự tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2008 [5].

- **Thái độ:** Sinh viên có thái độ tích cực là 39,5%, chưa tích cực là 60,5.

- **Mối liên quan giữa thông tin chung với kiến thức của sinh viên về phân loại CTYT:**

Hầu như không có sự khác biệt giữa các nhóm của các yếu tố như giới, năm học, yêu nghề khi tìm mối liên quan với kiến thức. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Mối liên quan giữa thông tin chung với thái độ của sinh viên về phân loại CTYT:**

Sinh viên nữ có thái độ tích cực là 42,4% cao gấp 1,4 lần sinh viên nam. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lý giải cho kết quả này có thể là do sinh viên nữ có vai trò của người chị, người mẹ nên từ việc

nhận thức đó mà họ luôn có thái độ tích cực trong mọi vấn đề kể cả trong vấn đề về CTYT này.

Ngoài ra tỷ lệ sinh viên nhìn thấy túi đựng chất thải y tế có mối liên quan với thái độ tích cực của sinh viên, cụ thể là tỷ lệ sinh viên nhìn thấy nhiều túi đựng chất thải y tế có thái độ tích cực là 44,7% cao gấp 1,6 lần số sinh viên chưa từng nhìn thấy và thỉnh thoảng nhìn thấy túi đựng chất thải y tế mà có thái độ tích cực, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Lý giải cho kết quả này có thể hiểu một điều hiển nhiên đó là nếu sinh viên quan sát càng nhiều việc sử dụng các túi đựng chất thải y tế mà nhân viên y tế sử dụng thì họ cũng sẽ có thái độ tích cực hơn trong việc sử dụng đúng cách các túi chứa chất thải này.

- Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ của sinh viên về phân loại CTYT:

Sinh viên có thái độ tích cực trong phân loại CTYT có kiến thức đạt là 73,3% cao hơn sinh viên có thái độ chưa tích cực có kiến thức đạt là 62,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự tương đồng này có thể hiểu được là do triết lý học ở người lớn là nếu có kiến thức tốt hiển nhiên là sẽ có thái độ tốt [4].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chưa đạt còn khá cao chiếm 33,4%. Tỷ lệ sinh viên có thái độ tích cực về phân loại chất thải y tế thì lại còn thấp chỉ đạt 39,5%.

- Có mối liên quan giữa giới tính, nhìn thấy nhiều túi đựng chất thải y tế với thái độ của sinh viên về phân loại chất thải y tế ($p < 0,05$). Ngoài ra còn tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức với thái độ của sinh viên về phân loại chất thải y tế với $p < 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Chương trình giáo dục cần tăng nội dung lý thuyết và giải thích cũng như phân tích thêm phải phân loại rác thải nhằm giúp sinh viên có thái độ tích cực hơn. Ngoài ra việc tăng cường các buổi tham quan tại cơ sở thực hành hay việc nhìn thấy nhiều túi đựng chất thải y tế cũng có ý nghĩa giúp sinh viên có thái độ tích cực hơn

- Cần quan tâm, hướng dẫn, động viên, theo sát sinh viên trong quá trình thực hành, đặc biệt là các sinh viên nam để các em có thể có được kiến thức và thái độ tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2014), Sổ tay hướng dẫn quản lý chất thải y tế trong bệnh viện (Ban hành kèm theo Quyết định số 105/QĐ-MT).
2. Bộ Y tế (2015), Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục quản lý chất thải y tế cho nhân viên thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải y tế, *NXB Y học*.
3. Bộ Y tế, Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015), *Thông tư liên tịch Quy định về quản lý chất thải y tế*, chủ biên.
4. Trần Quỳnh Anh, Lê Thị Thanh Xuân (2013), “Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh tiêu chảy cấp của người dân tại 2 xã thuộc huyện Hàm Thuận Bắc tỉnh Bình Thuận năm 2013”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*.
5. Trần Thị Bích Hải (2008), *Kiến thức, thái độ và thực hành về phân loại rác thải y tế*, *Bệnh viện Ung bướu*.
6. Bùi Văn thắng (2010), *Phân tích tác động của việc thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP đến nguồn nhân lực điều dưỡng tại 7 khoa lâm sàng của Bệnh viện Bạch Mai*, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần IV, tr.65-77.
7. Phí Thị Nguyệt Thanh (2009), *Nghiên cứu về thái độ đối với nghề nghiệp của học sinh, sinh viên điều dưỡng, đề xuất các giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr.4-22.
8. Đoàn Thị Vân (2017), *Thực trạng kiến thức, thực hành phân loại chất thải y tế và hiệu quả mô hình can thiệp trên sinh viên điều dưỡng khóa 10 Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm học 2016-2017*.
9. El-Wahab E. W. A., Eassa S. M. et al (2014), Adverse health problems among municipality workers in Alexandria (Egypt), *International journal of preventive medicine*, 5(5), tr. 545.
10. Rudraswamy S., Sampath N. et al (2012), Staff's attitude regarding hospital waste management in the dental college hospitals of Bangalore city, India, *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 16(2), tr. 75.
11. Sanjeev R., Kuruvilla S. et al (2014), Knowledge, attitude, and practices about biomedical waste management among dental healthcare personnel in dental colleges in Kothamangalam: a cross-sectional study, *Health Sciences*, 1(3), tr. 1-12.

YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG ĐUỐI NƯỚC CHO TRẺ EM

Phan Thanh Hòa¹, Phạm Việt Cường², Nguyễn Công Cừ¹, Lê Thị Thanh Hương²

TÓM TẮT

Đuối nước là một sự kiện mà trong đó đường hô hấp của nạn nhân bị ngâm trong một môi trường chất lỏng, dẫn tới khó thở hoặc nghẹt thở. Sự kiện này có thể dẫn tới tử vong hoặc không tử vong. Trên thế giới, ước tính hàng năm có khoảng 372.000 người tử vong do đuối nước. Nam cao hơn nữ và phổ biến ở vùng nông thôn. Trẻ em ở nhóm tuổi từ 5 – 9 tuổi có tỷ suất tử vong do đuối nước cao nhất. Đuối nước ở trẻ em bị ảnh hưởng bởi trình độ văn hóa và kinh tế của gia đình. Nghiên cứu cho thấy hơn 80% đuối nước xảy ra ở các nguồn nước tự nhiên, ao hồ, sông, rạch là những nơi thường gặp nhất của đuối nước. Hầu hết các trẻ bị đuối nước đều không biết bơi. Tại Việt Nam, đuối nước là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 15 tuổi. Đuối nước ở trẻ em không xảy ra một cách ngẫu nhiên, đuối nước có thể dự báo và phòng chống được bằng các can thiệp đơn giản và hiệu quả như dạy trẻ biết bơi, giáo dục và phát triển kỹ năng bơi, dạy bơi là một biện pháp được coi như „tiêm chủng“ để phòng chống đuối nước cho trẻ là những quan điểm rất mới trong phòng chống đuối nước trẻ em.

Từ khoá: Đuối nước, giải pháp phòng chống đuối nước, dạy bơi an toàn.

ABSTRACT: RISK FACTORS AND MEASURES IN PREVENTING CHILDHOOD DROWNING

Drowning is an event in which the victim's airway is immersed in liquid, leading to difficulty breathing or suffocation. The outcome can be fatal or non fatal. Worldwide, an estimated 372,000 people die from drowning each year. Men are higher than women and popular in rural areas. Children in the age of 5-9 have the highest drowning rate. Drowning in children is influenced by the cultural and the family's income. Research shows that more than 80% of drowning occurs in natural water

source. Lakes, rivers and canals are the most common places of drowning. Most children who drown are unable to swim. In Vietnam, drowning is one of the leading causes of death among children under 15 years old. Child drowning does not happen randomly, it can be predicted and prevented by simple and effective interventions such as teaching children to swim, educate and develop swimming skills. Teaching swimming as A measure of “vaccination” to avoid childhood drowning is a new perspective in child drowning prevention.

Keywords: Drowning, drowning prevention, safety swimming training.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đuối nước là một sự kiện mà trong đó đường hô hấp của nạn nhân bị ngâm trong một môi trường chất lỏng, dẫn tới khó thở hoặc nghẹt thở. Sự kiện này có thể dẫn tới tử vong hoặc không tử vong. Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2014, ước tính hàng năm có khoảng 372.000 người tử vong do đuối nước [22]. Tỷ suất tử vong ở nam cao gấp 1,5 lần so nữ. Đuối nước xảy ra ở nông thôn cao gấp 2 lần so với thành thị. Trẻ em ở nhóm tuổi từ 5 – 9 tuổi có tỷ suất tử vong do đuối nước cao nhất trong các nhóm tuổi [15]. Hơn 80% đuối nước xảy ra ở các nguồn nước tự nhiên, ao hồ, sông, rạch là những nơi thường gặp nhất. Hầu hết các trẻ bị đuối nước đều không biết bơi [19]. Ở các nước có thu nhập thấp và trung bình có đến 91% trẻ em tử vong là do đuối nước.

Tại Việt Nam, đuối nước là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 15 tuổi [16]. Đuối nước ở trẻ em không xảy ra một cách ngẫu nhiên, mà có thể dự báo và phòng chống được bằng các can thiệp đơn giản và hiệu quả như dạy trẻ biết bơi, hàng rào bảo vệ tránh tiếp xúc nguồn nước, trông giữ trẻ cẩn thận.

1. Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp

Tác giả chính Phan Thanh Hòa, Email: pthoa@cdytdt.edu.vn

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 01/06/2019 | » Ngày phản biện: 07/06/2019 | » Ngày duyệt đăng: 14/06/2019

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Bài viết này nhằm đáp ứng hai mục tiêu như sau:

1. Mô tả các yếu tố nguy cơ đuối nước ở trẻ em 0 – 15 tuổi.
2. Mô tả một số giải pháp can thiệp có hiệu quả trong phòng ngừa đuối nước cho trẻ em 0 – 15 tuổi.

III. KẾT QUẢ

1. Các yếu tố nguy cơ đến đuối nước

1.1. Yếu tố cá nhân

Tuổi

Nghiên cứu ở Bangladesh năm 2009, tỷ suất đuối nước ở trẻ em từ 0 – 17 tuổi là 28,6/100.000 dân, cao nhất trong nhóm từ 1 – 4 tuổi là 86,3/100.000 dân [19]. Một nghiên cứu khác ở Matlab, Bangladesh, tỷ lệ tử vong do đuối nước ở các nhóm tuổi cao nhất là nhóm từ 1 – 4 tuổi là 80,5%, nhóm 5 – 19 tuổi là 14,7% [13]. Một nghiên cứu Úc, tỷ lệ đuối nước ở nhóm tuổi 1 – 4 tuổi và đuối nước giảm đi khi tuổi tăng lên [9]. Ở Việt Nam, đuối nước xảy ra nhiều nhất ở trẻ em nhóm tuổi từ 5 – 14 tuổi [1]. Nhóm tuổi hay chơi đùa ngoài trời, thường không có người giám sát.

Giới tính

Nghiên cứu của Rahman A và cộng sự 2017 về Dịch tễ học đuối nước ở nông thôn Bangladesh. Kết quả cho thấy tỷ lệ đuối nước là 15,8/100.000/năm. Nam có tỷ lệ đuối nước cao hơn nữ [17]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Peden A.E và cộng sự vào năm 2018. Nghiên cứu chỉ ra trẻ em nam bị đuối nước nhiều hơn trẻ em nữ.

Khả năng bơi

Bơi là kỹ năng giúp trẻ sống sót khi tiếp xúc với môi trường nước. Thực tế nhiều trẻ em Việt Nam không biết bơi. Các nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam cho thấy, hầu hết trẻ em bị đuối nước là do không biết bơi, nhưng các em hay rất thích chơi đùa gần sông, suối, ao hồ..., những nơi có nguy cơ cao [2]. Nghiên cứu của Rahman. A và cộng sự năm 2009, tại Bangladesh cho thấy đuối nước xảy ra hầu hết ở các trẻ đều không biết bơi [19]. Ở Thái Lan, các trường hợp đuối nước đều xảy ra ở trẻ em và những đứa trẻ này cũng không có khả năng bơi [20]. Ở Trung Quốc cho thấy, có đến 80% số trẻ em trong độ tuổi từ 13 – 17 tuổi không biết bơi [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Hưng chỉ ra 80% trường hợp đuối nước, trong đó 58% là trẻ không bơi [5].

1.2. Yếu tố gia đình

Số liệu thống kê cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong do đuối nước giữa các quốc gia có thu nhập cao và các quốc gia có thu nhập thấp. Có bằng chứng rằng đuối nước ở trẻ em bị ảnh hưởng từ trình độ văn hóa của người chăm sóc trẻ. Ở Bangladesh nghiên cứu của Rahman A đã

chứng minh nguy cơ đuối nước trẻ em ở các bà mẹ chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao gấp 2,1 lần so với các bà mẹ đã tốt nghiệp trung học [18]. Trình độ học vấn thấp, thiếu kiến thức về tai nạn thương tích và kinh tế nghèo của người dân là nguy cơ nghiêm trọng trong phòng chống các tai nạn ở cộng đồng hiện nay [6]. Thiếu giám sát của cha mẹ/người trông trẻ là một nguyên nhân dẫn đến nhiều trường hợp tử vong do đuối nước ở trẻ đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Có những nơi thiếu giám sát của cha mẹ là nguyên nhân liên quan đến trên 70% tử vong do đuối nước ở trẻ.

1.3. Yếu tố môi trường

Nghiên cứu ở Trung Quốc, có 75% các trường hợp đuối nước xảy ra ở vùng nước tự nhiên (sông/ao/mương nước/bể), 15% trong các hồ bơi và các vùng nước tự nhiên này không có bảng cảnh báo [14]. Nghiên cứu ở Matlab cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ tử vong do đuối nước: 45% xảy ra ở ao, 16,8% ở mương và 4,4% là ở sông [13]. Ở Thái Lan, đuối nước trẻ em nông thôn trong độ tuổi từ 1 – 17 tuổi có khả năng bị đuối nước cao gấp 5 lần so với trẻ em ở thành thị [20]. Ở Mỹ, đuối nước nhiều nhất là trong bồn tắm và xô đựng nước ở nhóm tuổi từ 1 – 4 tuổi. Trẻ em trên 5 tuổi hầu hết ở các bể bơi, sông và hồ [12]. Khu vực xảy ra đuối nước thường là ngã sông, rạch, hầm ao chiếm 83%, các tình huống chết đuối phần lớn là do trẻ em chơi một mình quanh nhà có sông, rạch, ao mương mà không có người trông coi [5].

2. Các giải pháp phòng chống đuối nước

2.1. Kiểm soát việc tiếp cận với nguồn nước (rào ao/hồ/bể bơi)

- Tại Trung Quốc, phòng chống đuối nước bằng cách xây dựng mô hình can thiệp nhằm loại bỏ việc tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như sông, ao, hồ là hết sức cần thiết [7]. Tại Mỹ, chứng minh được rằng nếu làm hàng rào bốn mặt xung quanh bể bơi hay những hồ chứa nước phòng chống được từ 50 – 90% trường hợp đuối nước xảy ra [7]. Hàng rào hồ bơi là một chiến lược phòng chống quan trọng để giảm nguy cơ đuối nước ở hồ bơi, với OR = 0,27; 95% CI (0,16 - 0,47) [21].

- Tại Việt Nam, một số giải pháp phòng chống đuối nước trẻ em được đề xuất bằng cách cải tạo môi trường như: Làm rào chắn các vùng nước mở nguy hiểm; sử dụng nắp đậy miệng giếng, chum vại chắc chắn; lắp đặt đèn tín hiệu, biển báo ở khu vực nước nguy hiểm để phòng chống đuối nước trẻ em [4].

2.2. Tạo nơi trông giữ trẻ

- Sông, hồ, kênh rạch là nguy cơ cho tai nạn đuối nước. Môi trường sống của các em không an toàn, do có nhiều sông, kênh, rạch, đã làm tăng nguy cơ về đuối nước

trẻ em, chỉ cần sơ suất, thiếu sự giám sát, quản lý của người lớn sẽ dẫn đến nguy cơ đuối nước cho trẻ. Vì vậy, gia đình là nơi trẻ em được bảo vệ tốt nhất. Việc thành lập các điểm trông giữ trẻ trong mùa lũ là hết sức cần thiết nhằm giúp giảm thiểu trẻ em bị đuối nước. Một nghiên cứu tại Đồng Tháp, các hoạt động can thiệp phòng chống đuối nước hiện có như nhà gửi trẻ, lồng tập bơi, các phương tiện bảo hộ, các điểm chốt cấp cứu đã được các ban ngành đoàn thể tham gia truyền thông vận động góp phần rất lớn nhằm hạn chế đuối nước trẻ em trong vùng ngập lũ [5].

2.3. Dạy trẻ tập bơi.

- Kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới cho thấy, dạy bơi cho trẻ em là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng đuối nước. Tại Mỹ, 54% cha mẹ cho rằng dạy bơi cho trẻ em có thể hạn chế đuối nước. Tại Trung Quốc, để phòng chống đuối nước có hiệu quả, các chương trình dạy bơi phải được đưa vào thành môn học giáo dục thể chất bắt buộc trong các trường học [7]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng dạy bơi và tăng cường kỹ năng cho trẻ là một cách tiếp cận hiệu quả để giảm số trường hợp đuối nước. Một nghiên cứu bệnh chứng tại Mỹ chỉ ra rằng học bơi giúp giảm 88% nguy cơ đuối nước ở trẻ em [10].

- Việt Nam có rất nhiều hoạt động phòng chống đuối nước đã được xây dựng và triển khai. Theo ước tính thì có khoảng 20 trẻ bị đuối nước hàng ngày tại Việt Nam. Đuối nước có thể phòng được qua việc loại bỏ các nguy cơ nước trong nhà và xung quanh nhà. Đối với những đứa trẻ lớn hơn, đuối nước có thể được dự phòng bằng cách dạy cho trẻ các kỹ năng bơi an toàn và các khả năng cứu trợ khi cần thiết. Các bằng chứng trên thế giới, tại các nước trong khu vực châu Á, cũng như tại Việt Nam đã chỉ ra việc triển khai các hoạt động dạy bơi và phòng chống đuối nước cho trẻ là hoàn toàn khả thi và góp phần giảm đuối nước ở trẻ em một cách có hiệu quả [4]. Tương tự, Một số giải pháp phòng chống đuối nước trẻ em được đề xuất bằng cách xây dựng bể bơi an toàn. Giáo dục và phát triển kỹ năng bơi, dạy bơi là một biện pháp được coi như “tiêm chủng” để phòng chống đuối nước cho trẻ là những quan điểm rất mới. Do vậy, việc hình thành khái niệm bơi an toàn phòng chống đuối nước cho trẻ cần được sự hỗ trợ của cha mẹ/cộng đồng và các cấp chính quyền có liên quan. Hệ thống y tế công cộng cần phải có những hoạt động triển khai can thiệp chứng minh sự hiệu quả của chương trình và hơn nữa là sự vận động, sự hỗ trợ về hệ thống trong việc triển khai hoạt động phòng chống đuối nước cho trẻ em tại Việt Nam [4].

2.4. Nâng cao nhận thức của cộng đồng

- Tại Bangladesh một nghiên cứu cũng đã đề xuất giải pháp can thiệp để giảm số lượng các ca tử vong do đuối

nước là tăng nhận thức của bà mẹ và các thành viên gia đình về nguy cơ đuối nước [13]. Các yếu tố ảnh hưởng đuối nước như tuổi của trẻ, vai trò của người giám sát là yếu tố quan trọng trong việc phòng ngừa đuối nước. Đây là các thông điệp tích cực có giá trị và sử dụng chúng trong chiến dịch truyền thông can thiệp nhằm ngăn ngừa đuối nước ở trẻ [11].

- Tại Việt Nam, bên cạnh các chương trình phòng chống đuối nước cho trẻ tại gia đình, việc dạy bơi cũng đã được triển khai tại một số tỉnh có nguy cơ cao như Đồng Tháp, An Giang, Đà Nẵng, Cần Thơ, Hải Phòng và Hải Dương tuy nhiên hiệu quả của chương trình này chưa được đánh giá và việc triển khai còn mang tính phong trào [3],[8]. Để phòng ngừa đuối nước một cách có hiệu quả cho trẻ em ở Việt Nam, chúng ta cần phải triển khai chương trình dạy bơi an toàn với cách tiếp cận hệ thống của y tế công cộng có những hoạt động cần thiết như hệ thống để xác định và giám sát về đuối nước ở trẻ em, các trường hợp đuối nước cần phải được ghi nhận. Với mỗi trường hợp đuối nước trong cộng đồng cần được cảnh báo thông qua các hoạt động như trao đổi thông tin/tuyên truyền cho cha/mẹ và người chăm sóc, những thông tin như thế sẽ giúp cho việc tuyên truyền loại bỏ các yếu tố nguy cơ trong gia đình và cộng đồng sẽ có hiệu quả hơn so với việc tuyên truyền trên diện rộng. Giống như các dịch bệnh khác chúng ta cũng cần “tiêm chủng” và tăng độ bao phủ để ngăn ngừa bệnh hoặc bảo vệ cho trẻ khỏi đuối nước, việc triển khai các hoạt động dạy bơi phù hợp với cộng đồng là những giải pháp thích hợp để tăng độ bao phủ nhanh chóng về bơi an toàn.

Đuối nước có thể dự báo và phòng ngừa dễ dàng với các can thiệp đơn giản và hiệu quả như các giải pháp nêu ở trên.

IV. KẾT LUẬN

1. Các yếu tố nguy cơ đến đuối nước

1.1. Yếu tố cá nhân

Đuối nước ở trẻ em nam bị nhiều hơn trẻ em nữ, nhóm tuổi bị nhiều nhất là từ 1 – 4 tuổi và nhóm tuổi 5 – 19 tuổi. Các nhóm tuổi khác nhau có những yếu tố nguy cơ khác nhau, phụ thuộc vào quá trình phát triển thể chất và tâm lý của trẻ. Khi trẻ lớn hơn và tò mò hơn, trẻ thường có xu hướng tiếp xúc nhiều hơn với những tình huống nguy cơ tiềm tàng. Bơi là kỹ năng giúp trẻ sống sót khi tiếp xúc với môi trường nước. Thực tế nhiều trẻ em Việt Nam không biết bơi, không có kỹ năng ứng phó khi gặp nguy cơ bị đuối nước.

1.2. Yếu tố gia đình

Đuối nước ở trẻ em bị ảnh hưởng từ trình độ văn hóa của gia đình hoặc người chăm sóc trẻ. Ở Bangladesh đã

chứng minh nguy cơ đuối nước trẻ em cao hơn ở các bà mẹ có trình độ học vấn thấp. Nghèo đói là nhóm đối tượng có nguy cơ đuối nước cao. Thiếu giám sát của cha mẹ/người trông trẻ là một nguyên nhân dẫn đến nhiều trường hợp tử vong do đuối nước ở trẻ em.

1.3. Yếu tố môi trường

Các trường hợp đuối nước xảy ra trong vùng nước tự nhiên (sông/ao/mương nước/bể), các vùng nước tự nhiên này không có biển cảnh báo, không có hàng rào che chắn. Khu vực xảy ra đuối nước thường là sông, rạch, hầm ao,... các tình huống đuối nước phần lớn là do trẻ em chơi một mình quanh nhà có sông, rạch, ao mương mà không có người trông coi.

2. Các giải pháp phòng chống đuối nước

Dạy bơi cho trẻ em là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng đuối nước. Các chương trình dạy bơi phải được đưa vào thành môn học giáo dục thể chất bắt buộc trong các trường học. Bằng chứng từ nghiên cứu cho thấy dạy bơi cho trẻ em có thể làm giảm đến 88% nguy cơ đuối nước.

Một số giải pháp phòng chống đuối nước trẻ em được đề xuất như: Làm rào chắn các vùng nước nguy hiểm; sử dụng nắp đậy miệng giếng, chum vại chắc chắn; lắp đặt đèn tín hiệu, biển báo ở khu vực nước nguy hiểm; xây dựng bể bơi an toàn; phổ biến, khuyến khích sử dụng các thiết bị an toàn phao cứu sinh. Giáo dục và phát triển kỹ năng bơi, dạy bơi là một biện pháp được coi như “tiêm chủng” để phòng chống đuối nước cho trẻ là những quan điểm rất mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Vũ Anh và các cộng sự. (2003), *Điều tra chấn thương tại Việt Nam*, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
2. Cục Bảo vệ chăm sóc trẻ em - Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (2013), *Mười trẻ tử vong vì đuối nước mỗi ngày*, Hà Nội, truy cập ngày 12/9/2015, tại trang web <http://treem.molisa.gov.vn/Site/vi-vn/13/367/17524/Default.aspx>.
3. Cục Quản lý Môi trường Y tế (2013), *Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2013*, Hà Nội.
4. Phạm Việt Cường (2009), Đuối nước và phòng chống đuối nước cho trẻ em, *Tạp chí Y tế Công cộng*, 13(13), tr. 4-8.
5. Nguyễn Tấn Hưng (2005), *Thực trạng về vấn đề đuối nước tại 5 huyện vùng lũ tỉnh Đồng Tháp, từ tháng 6/2004 đến tháng 5/2005*, Hội nghị khoa học quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích lần thứ nhất, Hà Nội.
6. Trương Xuân Trường (2005), *Nghiên cứu bước đầu về các yếu tố nguy cơ tai nạn thương tích trẻ em ở nông thôn Việt Nam*, Hội nghị khoa học quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích lần thứ nhất, Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Hồng Tú, Trần Thị Ngọc Lan và Khiếu Thị Quỳnh Trang (2007), *Các giải pháp phòng chống đuối nước trẻ em*, Thông tin Phòng chống tai nạn thương tích, Hà Nội.
8. Dương Khánh Vân và các cộng sự. (2007), *Nghiên cứu nguy cơ đuối nước trẻ em dưới 18 tuổi tại một số xã thuộc Hải Dương, Thừa Thiên Huế và Đồng Tháp*, Hội nghị khoa Y học lao động và Vệ sinh môi trường, Hà Nội.
9. C Blum and J Shield (2000), “Toddler drowning in domestic swimming pools”, *Injury Prevention*. 6, pp. 288-290.
10. Ruth A. Brenner and et al. (2009), “Association Between Swimming Lessons and Drowning in Childhood”, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 163(3), pp. 203-210.
11. Denehy M and et al. (2017), “a qualitative study using behavioural theory to develop a community service video to prevent child drowning in Western Australia”, *PubMed*.
12. Adnan A Hyder and et al. (2008), “Childhood drowning in low- and middle-income countries: Urgent need for intervention trials”, *Journal of Paediatrics and Child Health*. 44(4), pp. 221-227.
13. Anwarul Iqbal and et al. (2007), “Childhood Mortality Due to Drowning in Rural Matlab of Bangladesh: Magnitude of the Problem and Proposed Solutions”, *Journal of Health, Population and Nutrition*. 25(3), pp. 370-376.
14. Wen Jun Ma and et al. (2010), “An analysis of risk factors of non-fatal drowning among children in rural areas of Guangdong Province, China: a case-control study”, *BMC Public Health*. 10(1), pp. 156.
15. Wenjun Ma, Yanjun Xu and Xiaojun Xu (2010), “Is drowning a serious public health problem in Guangdong Province, People’s Republic of China? - results from a retrospective population-based survey, 2004-2005”, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 17(2), pp. 103-110.
16. Nguyen Thi Trang Nhung and et al. (2008), “Estimation of Vietnam National Burden of Disease 2008”, *Asia-Pacific journal of Public health*. 26(5), pp. 527-535.

17. Rahman A and et al. (2017), “Epidemiology of Drowning in Bangladesh: An Update”, *Int J Environ Res Public Health*.
18. A. Rahman and S. M. Giashuddin (2006), “Drowning – a major but neglected child health problem in rural Bangladesh: implications for low income countries”, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 13(2), pp. 101-105.
19. A. Rahman and et al. (2009), “Analysis of the childhood fatal drowning situation in Bangladesh: exploring prevention measures for low-income countries”, *Injury Prevention*. 15(2), pp. 75-79.
20. Chitr Sitthi-amorn and et al. (2006), *Child Injury in Thailand: A report on the Thai National Injury Survey*, Bangkok, Thailand.
21. DC Thompson and FP Rivara (2000), “Pool fencing for preventing drowning in children”, *Cochrane database of systematic reviews* (2).
22. World Health Organization (2014), *Global report on Drowning: Preventing a leading killer*.



Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y sinh học và y xã hội học, những thông tin Y-Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học.

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

Bài gửi đăng đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, cách dòng, một bài không dài quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo. Chỉ sử dụng những bảng, biểu, hình ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ. Mỗi bài viết không quá 5 hình. Cuối bài phải nêu rõ xuất xứ của công trình, làm tại đâu, thời gian, số điện thoại cần liên hệ, địa chỉ Email.

3. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a) Đầu đề

b) Họ và tên tác giả: Không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú đơn vị công tác của từng tác giả ở cuối trang thứ nhất bài báo.

c) Nội dung:

Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh (tối đa 150 từ). Ghi từ khóa tiếng Việt và tiếng Anh.

Đặt vấn đề: bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Kết luận.

Tài liệu tham khảo

d) Tài liệu tham khảo (không quá 10 tài liệu)

Đánh số thứ tự tài liệu tiếng Việt (vấn ABC theo tên tác giả) sau đó đến tài liệu tiếng Anh, tiếng Pháp, tiếng Đức, tiếng Nga (vấn ABC theo họ)... Mỗi tài liệu đề họ, tên tác giả, tên bài, tên tạp chí, năm xuất bản, số trang. Tên sách: tên tác giả, tên nhà xuất bản, năm xuất bản, số trang.

Ví dụ: 1. Vũ Triệu An, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLA ở bộ tộc người Êđê, Y học thực hành, 1999, 4,17-25. 2. Wright P Krisnakone P Kobayashi A: “Using Immunoglobulin in treatment of Asthma”. J.of Internet. Immunol., 2005,17,19-20.

5. Tác giả cần gửi kèm một thư xác định bài báo là của mình, thêm: “Tôi cam đoan chịu trách nhiệm hoàn toàn về sự xác thực của các thí nghiệm, các tin tức, các tư liệu thu thập được và sự phân tích các dữ kiện, bài viết này chưa được gửi đăng ở báo nào khác”. Tác giả sẽ chịu trách nhiệm trước công luận và độc giả về quyền tác giả và nội dung gửi bài đăng.

Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong cùng một số.

II. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch.

- Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan và hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng được đánh máy trên khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.

III. Lệ phí đăng bài khoa học: 800.000 đồng/bài (tám trăm nghìn đồng), gửi về tài khoản: Tạp chí Y học Cộng đồng: 0861100688668, Ngân hàng TMCP Quân đội, chi nhánh Ba Đình, Hà Nội.

Bài viết xin gửi về Ban biên tập TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG

Địa chỉ: số 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội.

Điện thoại: 0243 7621898 - Fax: 0243 7621899

Email: tapchihcd@gmail.com

medicom

MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

Công ty Cổ phần Công nghệ y học **MEDICOM**



Công ty cổ phần công nghệ Y học Medicom được thành lập và điều hành bởi đội ngũ Bác sỹ, Kỹ sư có nhiều năm kinh nghiệm, giỏi về chuyên môn và được đào tạo bài bản trong và ngoài nước. Chúng tôi tin tưởng rằng sẽ đáp ứng những yêu cầu khắt khe nhất về chất lượng của sản phẩm & dịch vụ mà khách hàng đặt ra.

CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 0243 832 5656 - Email: info@medicomgroup.vn
Website: <http://medicomgroup.vn>