

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

ISSN 2354-0613

JOURNAL OF
COMMUNITY
MEDICINE

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



TR8: KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH SỐT RÉT CỦA NGƯỜI DÂN XÃ QUẢNG TRỰC, HUYỆN TUY ĐỨC, TỈNH ĐẮK NÔNG NĂM 2019 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

TR43: KIẾN THỨC VỀ CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI THÔNG THƯỜNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI HUYỆN TÂN PHÚ ĐÔNG, TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2018

TR76: NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI DÂN VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI TRẠM Y TẾ TỈNH THÁI BÌNH

TR106: THỰC TRẠNG THỰC HIỆN QUI TRÌNH CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2019

Số: 2 (55) tháng 03+04/2020



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

GS.TSKH. Phạm Thanh Kỳ
GS.TS. Đỗ Tất Cường
GS.TS. Đào Văn Dũng
GS.TS. Đặng Tuấn Đạt
GS.TS. Phạm Ngọc Đỉnh
GS.TS. Phạm Văn Thức
PGS.TS. Hoàng Năng Trọng
GS.TS. Lê Gia Vinh

TỔNG BIÊN TẬP

Lê Bách Quang

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Trần Quốc Thắng

BAN BIÊN TẬP

Phạm Ngọc Châu (Trưởng ban)

Nguyễn Văn Ba

Nguyễn Xuân Bái

Vũ Bình Dương

Phạm Văn Dũng

Phạm Xuân Đà

Trần Văn Hưởng

Thái Doãn Kỳ

Nguyễn Văn Lành

Đặng Đức Nhu

Hoàng Cao Sạ

Đình Ngọc Sỹ

Lê Đình Thanh

Võ Văn Thanh

Ngô Văn Toàn

Nguyễn Lĩnh Toàn

Nguyễn Anh Tuấn

BAN THƯ KÝ

Nguyễn Văn Chuyên

Nguyễn Kim Phương

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

Nghiên cứu sự phân bố nhóm máu Abo ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

3

Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Thanh Nha

Kiến thức, thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019 và một số yếu tố liên quan

8

Nguyễn Văn Chuyên, Trịnh Thị Lan Anh, Nguyễn Thúy Quỳnh,
Nguyễn Thế Anh, Ngô Quý Lâm

Một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng ở bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang và Bệnh viện Nhi Đồng 1

16

Tạ Văn Trầm, Đỗ Quang Thành, Võ Thị Kim Anh

Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tai nạn thương tích ở học sinh Tiểu học và Trung học cơ sở tại huyện Tân Phú Đông năm 2017

24

Hồ Văn Sơn, Võ Thị Kim Anh

Bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm trên đối tượng trẻ sinh mổ tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2019

30

Đặng Trung Thành, Vũ Thị Thu Nga, Nguyễn Văn Thường

Nghiên cứu tính kháng kháng sinh của các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp phân lập được tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

36

Hoàng Thị Minh Hòa, Nguyễn Thị Xuyên, Nguyễn Huy Hoàng,
Nguyễn Thị Đoàn Trinh, Lê Nguyễn Nguyên Hạ

Kiến thức về các biện pháp tránh thai thông thường và một số yếu tố liên quan của học sinh Trung học phổ thông tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang năm 2018

43

Phạm Văn Lực, Hồ Văn Sơn, Võ Thị Kim Anh

Áp dụng bộ công cụ wisn để tính khối lượng công việc và nhu cầu bác sỹ, điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Ung Bí năm 2019

51

Đồng Thị Thuận, Trần Viết Tiệp, Phạm Minh Phương,
Phùng Thanh Hùng, Nguyễn Thị Thu Hà

Đánh giá kết quả công tác chăm sóc điều dưỡng và luyện tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

56

Nguyễn Thu Thủy

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của nhân viên y tế khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019

63

Hoàng Cao Sạ, Võ Tuấn Ngọc, Nguyễn Duy Tiến

Thực trạng khuyết tật của người được giám định y khoa tại tỉnh Sơn La năm 2018

69

Nguyễn Đăng Nguyên, Phạm Thị Tĩnh, Nguyễn Xuân Bái,
Nguyễn Thị Hoa

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế tỉnh Thái Bình

76

Vũ Thị Kim Dung, Đỗ Huy Giang

Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật tại tỉnh Sơn La năm 2018

82

Nguyễn Đăng Nguyên, Lương Xuân Hiến, Nguyễn Xuân Bái, Trần Thị Loan

Tự đánh giá năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	90
Phạm Thị Thuýết	
Khoảng trống năng lực ngành Công nghệ kỹ thuật môi trường	95
Phan Thị Thu Trang, Trần Thị Tuyết Hạnh, Đỗ Thị Hạnh Trang, Lưu Quốc Toàn, Trần Thị Thu Thủy, Nguyễn Quỳnh Anh, Nguyễn Thị Hường, Nguyễn Thị Nhung, Lê Thị Thanh Hương	
Nhu cầu đào tạo ngành Công nghệ kỹ thuật môi trường	101
Lê Thị Thanh Hương, Đỗ Thị Hạnh Trang, Lưu Quốc Toàn, Trần Thị Thu Thủy, Phan Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Quỳnh Anh, Trần Thị Tuyết Hạnh, Nguyễn Thị Hường	
Thực trạng thực hiện qui trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ninh năm 2019	106
Lê Thị Thùy Trang	
Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019	113
Khúc Thị Thanh Vân, Vũ Văn Tâm, Dương Minh Đức	
Tổ chức khám chữa bệnh bảo hiểm y tế xã hội tại Việt Nam: thực trạng và khuyến nghị	119
Nguyễn Thị Thúy Nga, Bùi Thị Mỹ Anh	
Hoạt động ứng phó với hạn hán của ngành Y tế Ninh Thuận năm 2016	124
Hà Văn Như, Lưu Quốc Toàn, Nguyễn Xuân Trường, Hoang Văn Nhật, Nguyễn Anh Sơn, Lê Minh Định, Lê Trọng Lưu, Nguyễn Nhị Linh, Nguyễn Đình Ngọc	



NGHIÊN CỨU SỰ PHÂN BỐ NHÓM MÁU ABO Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹, Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Nguyễn Thị Thanh Nha¹

TÓM TẮT

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở cả các nước phát triển và đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo GLOBOCAN, ước tính đến cuối năm 2018, thế giới có hơn 18 triệu ca ung thư mới mắc, gây tử vong khoảng 9,5 triệu người, ung thư đường tiêu hóa chiếm hơn 19,1%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ các nhóm máu hệ ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. Qua đó, đánh giá mối liên quan giữa các nhóm máu hệ ABO với bệnh lý ung thư đường tiêu hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến hành thu thập nhóm máu và chẩn đoán ung thư qua hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỉ lệ các nhóm máu A, B, O và AB lần lượt là 25,2%; 32,1%; 34,6% và 8,1%. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư vòm họng, thực quản. Nhóm máu A tăng nguy cơ và nhóm máu O giảm nguy cơ ung thư dạ dày, nhóm máu O giảm nguy cơ ung thư đại trực tràng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Nhóm máu ABO, ung thư đường tiêu hóa.

ABSTRACT:

RESEARCH THE DISTRIBUTION OF ABO BLOOD GROUP IN PATIENTS WITH DIGESTIVE TRACT CANCER AT DANANG ONCOLOGY HOSPITAL

Background: Cancer is one of the main causes of death in both developed and developing countries. According to GLOBOCAN, it is estimated that the end of 2018, the number of new cases is more than 18 million, causing death of about 9.5 million people. In particular, digestive tract cancer accounted for more than 19.1%. **Materials and Methods of research:** Cross-sectional

description. Collecting ABO blood group and diagnose cancer through medical records at Danang Cancer Hospital. Data analysis by SPSS 20.0. **Results:** In 246 digestive tract cancer patients, the percentage of bloods type A, B, O and AB are 25,2%; 32,1%; 34,6% and 8,1% respectively. No statistically significant association was found between ABO blood group and nasopharyngeal and esophageal cancer. Blood type A increases risk and blood type O reduces the risk in stomach cancer, blood type O reduces the risk of colorectal cancer ($p < 0.05$).

Key words: ABO Blood group, digestive tract cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện bệnh ung thư là kết quả của mối liên quan giữa yếu tố môi trường, hành vi lối sống và gen. Nhóm máu hệ ABO cũng là một đặc tính di truyền. Ngoài sự biểu hiện trên bề mặt hồng cầu, các kháng nguyên ABO còn được biểu hiện cao trên bề mặt của các tế bào biểu mô của đường tiêu hóa. Các mối liên hệ giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư cụ thể đã được nghiên cứu từ rất sớm. Những phát hiện này đã thúc đẩy một lượng lớn nghiên cứu kiểm tra mối quan hệ giữa nhóm máu hệ ABO và nguy cơ ung thư những năm trở lại đây. Tuy nhiên, ở Việt Nam, những nghiên cứu về mối liên quan này vẫn còn hạn chế đặc biệt trong các loại ung thư đường tiêu hóa, mặc dù đây là nhóm ung thư có tỉ lệ cao và xu hướng tăng liên tục. Vì vậy, cần có thêm nhiều bằng chứng cụ thể để tiếp tục hỗ trợ vai trò của nhóm máu hệ ABO như một dấu ấn sinh học tiên đoán trong các loại ung thư. Chính vì lý do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu sự phân bố nhóm máu ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng” với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ các nhóm máu hệ ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

1. Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

Tác giả chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga, SĐT: 0932465052

» Ngày nhận bài: 02/01/2020

» Ngày phản biện: 08/01/2020

Ngày duyệt đăng: 10/02/2020

2. Đánh giá mối liên quan giữa các nhóm máu hệ ABO với bệnh lý ung thư đường tiêu hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư đường tiêu hóa, có kết quả định nhóm máu, có đầy đủ thông tin cần thu thập và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu: Được tính theo công thức: $n = Z^2 \cdot p(1-p)/c^2$

Với $p = 0,5$; $d = 0,1$; $Z = 1,96$ thì $n = 97$. Cộng thêm 10% cho hao hụt mẫu trong quá trình nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu phải đạt là 107.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên. Trong khoảng thời gian từ 24/1/2019 đến 10/3/2019, kết quả thu được 246 mẫu

2.4. Biến số nghiên cứu:

- Biến số độc lập: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp.
- Biến số phụ thuộc: Nhóm máu, bệnh lý ung thư.

2.5. Tiêu chuẩn và phương pháp đánh giá:

- Ung thư đường tiêu hóa: Kết quả giải phẫu bệnh
- Nhóm máu: Kỹ thuật Beth. Wincent, Kỹ thuật Simonin, phương pháp gelcard

3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Excel và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

1.1. Tỷ lệ ung thư đường tiêu hóa theo nhóm máu hệ ABO

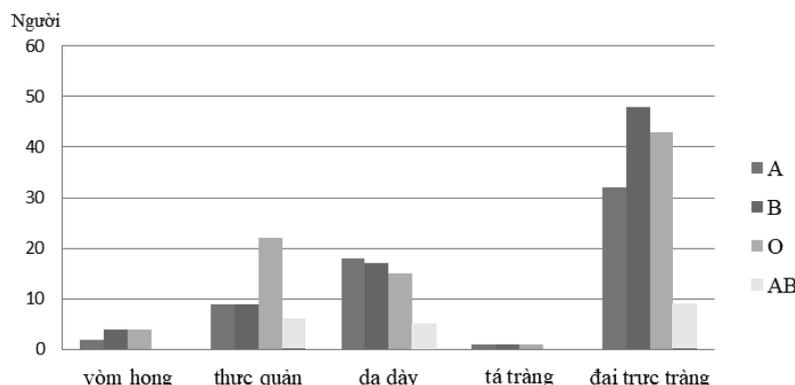
Bảng 1. Tỷ lệ ung thư đường tiêu hóa theo nhóm máu hệ ABO

Nhóm máu	Ung thư đường tiêu hóa		Phân bố nhóm máu ở Việt Nam (%)
	n	%	
A	62	25,2	21,2
B	79	32,1	30,9
O	85	34,6	42,1
AB	20	8,1	6,6
Tổng	246	100	100

Nhận xét: Trong ung thư đường tiêu hóa: Nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất 43,6% và nhóm máu AB chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,1%.

1.2. Phân bố nhóm máu hệ ABO và các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa

Biểu đồ 1. Tỷ lệ các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa theo nhóm máu hệ ABO tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng



Nhận xét:

Trong bệnh ung thư đường tiêu hóa, các loại ung thư thường gặp là ung thư đại trực tràng, ung thư dạ dày, ung thư thực quản và ung thư vòm họng. Nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại ung thư vòm họng, ung thư thực quản. Trong khi ung thư dạ dày có nhóm máu A

chiếm tỷ lệ cao nhất và nhóm B chiếm tỷ lệ cao nhất ở ung thư đại trực tràng.

2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO với bệnh lý ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

2.1. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư thực quản

Bảng 2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư thực quản

Nhóm máu	Ung thư thực quản (%)	Phân bố nhóm máu ở Việt Nam (%)	OR (95% CI)	P
A	19,6	21,2	0,90 (0,43 – 1,90)	0,79
B	19,6	30,1	0,57 (0,27 – 1,19)	0,13
O	47,8	42,1	1,26 (0,70 – 2,28)	0,44
AB	13,0	6,6	0,47 (0,19 – 1,15)	0,09

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm máu hệ ABO với ung thư thực quản.

2.2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư dạ dày

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư dạ dày

Nhóm máu	Ung thư dạ dày (%)	Phân bố nhóm máu ở Việt Nam (%)	OR (95% CI)	P
A	32,7	21,2	1,81 (1,01 – 3,24)	0,04
B	30,9	30,1	0,96 (0,54 – 1,73)	0,90
O	27,3	42,1	0,52 (0,28 – 0,95)	0,03
AB	9,1	6,6	1,42 (0,55 – 3,67)	0,47

Nhận xét:

Trong ung thư dạ dày, người nhóm máu A có nguy cơ mắc bệnh cao hơn và người nhóm máu O lại có nguy cơ mắc bệnh thấp hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,05$. Chưa thấy mối liên quan giữa nhóm máu B và AB với ung thư dạ dày.

2.3. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư đại trực tràng

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư đại trực tràng

Nhóm máu	Ung thư đại trực tràng (%)	Phân bố nhóm máu ở Việt Nam (%)	OR (95% CI)	P
A	24,2	21,2	1,19 (0,77 – 1,82)	0,42
B	36,4	30,1	1,32 (0,91 – 1,94)	0,14
O	32,6	42,1	0,66 (0,45 – 0,98)	0,04
AB	6,8	6,6	1,04 (0,50 – 2,13)	0,93

Nhận xét:

Người nhóm máu O có nguy cơ mắc bệnh ung thư đại trực tràng thấp hơn các nhóm máu khác và sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$, chưa tìm thấy mối liên quan giữa các nhóm máu A, B, AB với ung thư đại trực tràng.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

1.1. Tỷ lệ ung thư đường tiêu hóa theo nhóm máu hệ ABO

Từ bảng 1, ta có tỷ lệ nhóm máu ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa theo thứ tự lần lượt nhóm máu A, B, O, AB là 25,2%; 32,1%; 34,6%; 8,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Thùy về sự phân bố nhóm máu trong bệnh lý ung thư thường gặp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [1]. Nghiên cứu của Huang J. và các cộng sự đưa ra kết quả về tỉ lệ nhóm máu trong bệnh lý ung thư đường tiêu hóa có sự khác biệt so với kết quả của chúng tôi, Huang J. có nhóm máu A cao hơn 9,4% ngược lại nhóm máu B và nhóm máu O lại cho tỷ lệ thấp hơn và chỉ nhóm máu O có sự tương đồng. Có thể giải thích về sự khác biệt này là do khác nhau về chủng tộc và vị trí địa lý giữa Việt Nam và Trung Quốc. Tại Trung Quốc, nhóm máu A là nhóm máu phổ biến nhất trong cộng đồng, trong khi đó, nhóm máu chiếm tỉ lệ cao nhất ở Việt Nam là nhóm máu O.

1.2. Phân bố nhóm máu hệ ABO và các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa

Ở biểu đồ 1, các bệnh ung thư vòm họng, ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng chiếm tỉ lệ phổ biến. Nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại ung thư vòm họng, ung thư thực quản. Trong khi ung thư dạ dày có nhóm máu A chiếm tỷ lệ cao nhất và nhóm B chiếm tỷ lệ cao nhất ở ung thư đại trực tràng. Kết quả này tương đồng với Lin K. về nhóm máu O chiếm tỉ lệ cao nhất [4], trong khi đó nghiên cứu của Turkoz đưa ra thống kê cho thấy nhóm máu chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm máu A [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Huang J. lại đưa ra tỉ lệ nhóm máu A cao nhất [3].

Đối với ung thư dạ dày, kết quả chúng tôi tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trước đó, nhóm máu A phổ biến nhất trong ung thư dạ dày. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Thùy về nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất trong ung thư dạ dày [1]. Với ung thư đại trực tràng, sự phân bố nhóm máu hệ ABO có nhiều sự khác biệt với Huang J., tỉ lệ cao nhất trong ung thư đại trực tràng là nhóm máu A [3], trong khi các nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Thùy cho thấy nhóm máu O phổ biến nhất [1].

Sự khác biệt trong phân bố nhóm máu đối với các bệnh ung thư đường tiêu hóa có thể do sự khác nhau về phân bố nhóm máu trong cộng đồng, chủng tộc của mỗi nghiên cứu. Cỡ mẫu khác nhau cũng có thể là nguyên nhân sự không nhất quán trong phân bố này.

2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO với bệnh lý ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2.1. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư thực quản

Theo bảng 2, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa hệ nhóm máu hệ ABO và ung thư thực quản. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wu M. ở Bệnh viện Linxian tại một số quận ở Nam Phi và Mỹ. Tuy nhiên, cũng tại nghiên cứu này, nhóm tác giả lại tìm ra sự liên quan của nhóm máu A đến ung thư thực quản ở Anh và nhóm máu B cũng dễ bị ung thư thực quản tại Bistol ở Anh [8]. Su M. cũng đưa ra kết luận có sự liên quan giữa nhóm máu và bệnh lý ung thư thực quản [6].

Những kết quả không có sự nhất quán này có thể là do ung thư bị tác động bởi các yếu tố về vị trí địa lý, chủng tộc... cũng như phương pháp nghiên cứu được thực hiện trong mỗi nghiên cứu. Cỡ mẫu nhỏ cũng có thể là nguyên nhân khác biệt kết quả nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu khác.

2.2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư dạ dày

Từ bảng 3, ta thấy người nhóm máu A có nguy cơ mắc bệnh cao hơn và người nhóm máu O có nguy cơ mắc bệnh thấp hơn các nhóm máu khác, sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả chúng tôi tương đồng các nghiên cứu của Wang Z và Zhang B cho thấy người nhóm máu A có nguy cơ mắc bệnh ung thư dạ dày cao hơn và người nhóm máu O có nguy cơ mắc ung thư dạ dày thấp hơn các nhóm máu khác [9], [10]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Thùy (2016) về những người nhóm máu A có nguy cơ mắc bệnh cao hơn và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1]. Lý giải cho sự gia tăng tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở người nhóm máu A, Hoskins L. cho rằng người nhóm máu A dễ bị thiếu máu ác tính hơn so với người không thuộc nhóm máu A và dễ bị ung thư dạ dày hơn [2]. Giả thuyết đưa ra rằng ảnh hưởng của nhóm A đối với nguy cơ ung thư dạ dày có thể được điều hòa bởi một loạt các khác biệt về sinh lý, thay đổi trạng thái viêm toàn thân, bám dính giữa tế bào và tín hiệu màng tế bào, và giám sát miễn dịch đối với tế bào ác tính. Sievers giải thích rằng người có nhóm máu A sản xuất ít axit tự do hơn trong dạ dày so với những người có nhóm máu O và người có kháng nguyên nhóm máu A có thể dễ bị xâm nhập *H. pylori* hơn làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày lên đáng kể [5].

2.3. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư đại trực tràng

Qua bảng 4, ta thấy nguy cơ mắc bệnh ung thư đại trực tràng của người mang nhóm máu O thấp hơn các nhóm máu khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các nhóm máu A, B, AB không tìm thấy

mối quan hệ với ung thư đại trực tràng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Zhang B ghi nhận người nhóm máu O có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng thấp hơn các nhóm máu khác [9]. Trong nghiên cứu của Huang J., những người nhóm máu A có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng tăng đáng kể so với những người có nhóm máu không A [3].

Tuy nhiên, một nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Thùy (2016) cũng không tìm thấy mối liên quan nào giữa nhóm máu hệ ABO và ung thư đại trực tràng [1]. Mối liên hệ giữa hệ nhóm máu hệ ABO và ung thư đại trực tràng vẫn còn gây tranh cãi do không có sự nhất quán về kết quả của các nghiên cứu. Do đó, cần có những nghiên cứu phân tích chuyên sâu hơn để xác định rõ mối quan hệ này.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

- Trong 246 người bệnh ung thư đường tiêu hóa, nhóm máu A chiếm tỷ lệ là 25,2%; nhóm máu B chiếm tỷ lệ là 32,1%; nhóm máu O chiếm tỷ lệ là 34,6%; nhóm máu AB chiếm tỷ lệ 8,1%.

- Nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại ung thư vòm họng, ung thư thực quản. Trong khi ung thư dạ dày có nhóm máu A chiếm tỷ lệ cao nhất và nhóm B chiếm tỷ lệ cao nhất ở ung thư đại trực tràng.

2. Mối liên quan giữa nhóm máu hệ ABO với bệnh lý ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

- Những người nhóm máu A có nguy cơ mắc bệnh ung thư dạ dày cao hơn các nhóm máu khác.

- Những người nhóm máu O có nguy cơ mắc bệnh ung thư dạ dày và trực tràng thấp hơn các nhóm máu khác.

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm máu hệ ABO với ung thư vòm họng và ung thư thực quản.

KIẾN NGHỊ

1. Cần tiếp tục thực hiện nghiên cứu với quy mô lớn hơn về số lượng mẫu cũng như mở rộng mặt bệnh ung thư.

2. Ứng dụng sinh học phân tử, phân tích gen để nghiên cứu rõ hơn về mối liên quan giữa nhóm máu và bệnh lý ung thư đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Xuân Thùy (2016), *Nghiên cứu sự phân bố nhóm máu hệ ABO trong một số bệnh lý ung thư thường gặp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hoskins L., Loux H., Britten A., Zamcheck N. (2016), "Distribution of ABO blood groups in patients with pernicious anemia, gastric carcinoma and gastric carcinoma associated with pernicious anemia", *N. Engl. J. Med*, 273, 633-637.
3. Huang J., Wang R., Gao Y. & Yuan J. (2017), "ABO blood type and the risk of cancer - Findings from the Shanghai Cohort Study", *PloS one*, 12(9), 967-971
4. Lin K., Qiu F., Chen S., He X., Peng S., Chen H. (2018), "Lack of association between the distribution of ABO blood groups and nasopharyngeal carcinoma in a population of Southern China", *J Cancer Res Ther*.14(4), 785-788.
5. Sievers M.L (1959), "Hereditary aspects of gastric secretory function; race and ABO blood groups in relationship to acid and pepsin production", *Am J Med*, 27, 246-255.
6. Su M., Lu S.M, Tian D.P, Zhao H., Li X.Y, Li D.R, Zheng Z.C (2001), Relationship between ABO blood groups and carcinoma of esophagus and cardia in Chaoshan inhabitants of China, *World J Gastroenterol*, 7(5), 657-661.
7. Turkoz F.P, Celenkoglu G., Dogu G.G, Kalender M.E, Coskun U., Alkis N. et al (2011), "Risk factors of nasopharyngeal carcinoma in Turkey – An epidemiological survey of the Anatolian Society of Medical Oncology", *Asian Pac J Cancer Prev*, 12, 3017-3021.
8. Wu M., Wang X.Q, Zhu Q.L, Shao L.F.F (1981), "Distribution of ABO blood groups among patients with carcinoma of esophagus and gastric cardia in Linxian People's Hospital", *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*, 3(1), 16-18.
9. Zhang B.L, He N, Huang Y.B et al (2014). "ABO blood groups and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15, 4643-4650.
10. Zhiwei W., Lei L., Jun J. et al (2012), "ABO blood group system and gastric cancer: A case-control study and meta-analysis", *Int J Mol Sci*, 13, 13308-13321.

Kiến thức, thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019 và một số yếu tố liên quan

Nguyễn Văn Chuyên¹, Trịnh Thị Lan Anh², Nguyễn Thúy Quỳnh³,
Nguyễn Thế Anh¹, Ngô Quý Lâm¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 340 người dân của xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông nhằm mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh sốt rét và phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh SR của người dân.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính. **Kết quả:** Kiến thức chung về phòng bệnh SR đạt là 85,9%; 14,1% không đạt. ĐTN có ngủ lại khi giao lưu biên giới và có sử dụng màn là 87,5%; không sử dụng màn là 12,4%. Thực hành chung về phòng bệnh SR đạt là 71,8%; 28,2% không đạt. **Kết luận:** Tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành phòng bệnh SR của người dân khá cao. Yếu tố về giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, được gia đình và bạn bè tư vấn, nhận được thông tin truyền thông từ các phương tiện thông tin đại chúng, tiền sử mắc bệnh SR, kiến thức về phòng bệnh SR có liên quan đến thực hành phòng bệnh SR.

Từ khoá: Sốt rét, kiến thức, thực hành, yếu tố liên quan.

ABSTRACT:

MALARIA PREVENTION KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PEOPLE IN QUANG TRUC COMMUNE, TUY DUC DISTRICT, DAK NONG PROVINCE IN 2019 AND SOME RELATED FACTORS

Research on 340 people of Quang Truc commune, Tuy Duc district, Dak Nong province to describe knowledge, malaria prevention practices and analyze some factors related to malaria prevention practices of people. Methods: Descriptive cross-sectional studies were analyzed, using quantitative research methods in combination with qualitative research. Results: The

general knowledge about preventing malaria is 85.9%; 14.1% failed. Researchers sleep at cross-border exchanges and use curtains at 87.5%; Do not use mosquito net is 12.4%. General practice of preventing malaria was 71.8%; 28.2% failed. Conclusion: The rate of people about knowledge and practice of malaria prevention is quite high. Gender, ethnicity, education, family and friends counseling, information and communication from mass media, history of malaria, knowledge about malaria prevention related to SR prevention practices.

Keywords: Malaria, knowledge, practices, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét (SR) là căn bệnh truyền nhiễm xuất hiện lâu đời nhất, gây nguy hiểm và đe dọa tới sức khỏe cộng đồng. Năm 2017, cả nước ghi nhận 4.548 bệnh nhân có ký sinh trùng SR với 6 trường hợp tử vong.

Đắk Nông là một trong những tỉnh có tỷ lệ bệnh sốt rét lưu hành cao nhất và cũng là tỉnh có đường biên giới dài nhất với Campuchia. Xã Quảng Trục thuộc huyện Tuy Đức tỉnh Đắk Nông là xã có tỷ lệ sốt rét lưu hành cao nhất. Toàn xã Quảng Trục có 5 thôn có đường biên giới với 34 km biên giới Việt Nam - Campuchia và có dân giao lưu qua lại biên giới của người dân 2 nước nên tình hình sốt rét luôn biến động phức tạp. Dân số của xã là 5588 người, dân tộc M'Nông chiếm 81,2%, ngoài ra còn có người Kinh, Tày, Nùng, Dao. Mặt khác, điều kiện địa hình, kinh tế, tập quán canh tác ở địa phương nên nhiều người thường xuyên đi rừng, làm rẫy và ngủ lại qua đêm trong rừng, trình độ hiểu biết còn hạn chế, không ngủ màn nên dễ mắc bệnh, tỷ lệ nhiễm sốt rét cao. Tỷ lệ người/màn 2,36 thấp hơn so với quy định chương trình PCSR là 2; tỷ lệ ngủ màn 72,10% thấp <80% [1]. Đề tài chúng

1. Học viện Quân Y

2. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Lâm Đồng

3. Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 31/01/2020 | » Ngày phản biện: 10/02/2020 | Ngày duyệt đăng: 18/02/2020

tôi tiến hành trên một phần của đề tài cấp Quốc gia có mã số TN16/T03, đề phục vụ cho mục tiêu 1 của đề tài đề xuất được giải pháp tăng cường bảo vệ chăm sóc sức khỏe cộng đồng biên giới Tây Nguyên nói chung và Đắk Nông nói riêng. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Kiến thức, thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019 và một số yếu tố liên quan**” với mục tiêu: (1). Mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh SR của người dân. (2). Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh SR của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 18 tuổi trở lên sinh sống tại xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông và có đi rừng, làm rẫy.

Thời gian: Từ tháng 03/2019 đến tháng 08/2019.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cơ mẫu: 340 người.

- Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng: chọn ngẫu nhiên 01 thôn giáp biên giới và 01 thôn không giáp biên giới, mỗi thôn điều tra 170 người.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ: Dựa trên bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn đáp ứng với mục tiêu nghiên cứu. Phiếu phỏng vấn gồm 08 câu hỏi về kiến thức, 11 câu hỏi về thực hành. Đánh giá kiến thức, thực hành đạt khi ĐTNC trả lời được từ 70% số điểm trở lên.

- Phương pháp: Tiến hành phỏng vấn điều tra về kiến thức và thực hành phòng bệnh sốt rét trên ĐTNC.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo các quy định của Hội đồng Đạo đức - Trường Đại học Y tế Công cộng theo Quyết định số 350/2016/YTCC-HĐ3, ngày 29/12/2016 trước khi tiến hành.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=340)

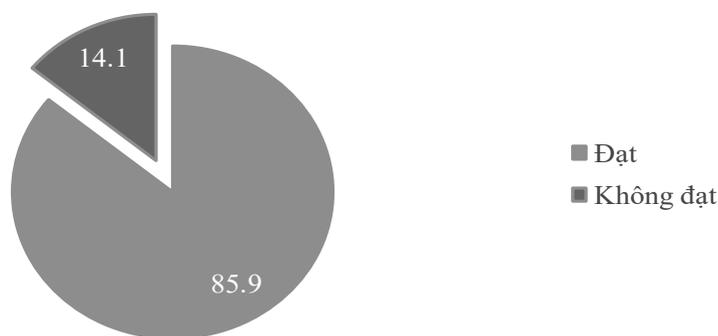
Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<39	66,8
	≥40	33,2
Giới tính	Nam	41,1
	Nữ	57,1
Dân tộc	Kinh	39,7
	M'Nông:	38,5
	Khác	21,8
Trình độ học vấn	< THCS	61,2
	≥ THCS	38,8
Kinh tế gia đình	Nghèo	31,2
	Cận nghèo	42,6
	Khá	26,2
Tiền sử mắc SR	Có	76,8
	Không	23,2
Giao lưu biên giới	Có	84,4
	Không	15,6
Làm rẫy, ngủ lại trong rẫy	Có	91,8
	Không	8,2
Đi rừng, ngủ lại trong rừng	Có	87,6
	Không	12,4

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Độ tuổi <39 chiếm tỷ lệ 66,8%; ≥40 chiếm tỷ lệ 33,2%, nam giới chiếm tỷ lệ 41,1%, nữ giới là 57,1%, dân tộc Kinh và M'Nông chiếm tỷ lệ tương tự nhau (khoảng 39%), trình độ học vấn khá thấp: <THCS chiếm 61,1%; ≥THCS chiếm 38,8%, điều kiện kinh tế gia đình hộ nghèo và cận nghèo là 73,8%; 76,8% ĐTNC đã từng mắc sốt rét; 84,4% người dân có giao lưu biên giới. Hầu hết 91,8% người dân làm rẫy và ngủ lại; 87,6% người dân đi rừng và ngủ lại.

3.2. Kiến thức về phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Kết quả về kiến thức của ĐTNC: 96,8% đều biết được nguyên nhân gây bệnh SR là do KSTSR; 100% biết đường lây truyền bệnh SR là do muỗi; có 78,5% biết do truyền máu không an toàn và 72,6% do truyền từ mẹ sang con; 100% người dân biết nguồn lây truyền bệnh SR do người bệnh nhiễm KSTSR, 88,8% biết nguồn lây truyền do động vật hoang dã nhiễm KSTSR (khỉ, vượn) và 84% biết nguồn lây truyền do máu nhiễm KSTSR; 95% biết đến hậu quả của bệnh sốt rét ác tính có thể gây tử vong và 98,5% biết bệnh SR có khả năng điều trị khỏi; 100% đều biết biện pháp phòng bệnh SR là phòng chống muỗi đốt. 96,8% biết phải ngủ màn khi giao lưu biên giới.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kiến thức chung của ĐTNC



Biểu đồ 3.1 cho thấy đa số 85,9% người dân có kiến thức chung về phòng bệnh sốt rét đạt; vẫn có 14,1% chưa đạt.

3.3. Thực hành về phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Bảng 3.2. Thực hành phòng bệnh sốt rét khi giao lưu biên giới

Thực hành PSR giao lưu biên giới		Số lượng	Tỷ lệ %
Ngủ lại khi qua biên giới Campuchia (n=287)	Có	242	84,4
	Không	45	15,6
Ngủ màn khi ở lại biên giới (n=242)	Có	212	87,5
	Không	30	12,5

Bảng 3.2 cho thấy 84,4% người dân khi qua biên giới Campuchia có ngủ lại, khi ngủ lại có 87,5% người dân sử dụng màn; vẫn còn 12,5% không sử dụng màn.

Bảng 3.3. Thực hành phòng bệnh sốt rét khi đi rừng, ngủ rẫy (n=340)

Thực hành PSR khi đi rừng, ngủ rẫy		Số lượng	Tỷ lệ %
Mang theo túi thuốc phòng bệnh khi đi rừng	Thường xuyên	280	82,4
	Thỉnh thoảng	24	7,1
	Không bao giờ	36	10,6
Tắm suối/khe nước lúc trời tối khi ở trong rừng	Thường xuyên	10	2,9
	Thỉnh thoảng	39	11,5
	Không bao giờ	340	85,6

Trong số 340 đối tượng nghiên cứu, khi đi rừng, ngủ rẫy, ĐTNC thường xuyên mang túi thuốc dự phòng là 82,4%; thỉnh thoảng là 7,1%; không bao giờ là 10,6%.

Trong rừng, không bao giờ tắm suối khi trời tối là 85,6%; thỉnh thoảng là 11,5%; thường xuyên là 2,9%.

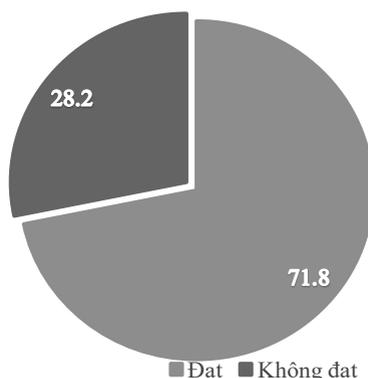
Bảng 3.4. Biện pháp phòng tránh muỗi đốt khi ngủ trong rẫy, trong rừng

Biện pháp bảo vệ		Số lượng	Tỷ lệ %
Khi ngủ trong rẫy (n=312)	Ngủ màn, võng thường xuyên	258	82,7
	Ngủ màn, võng không thường xuyên	48	15,4
	Không dùng	6	1,9
Khi ngủ trong rừng (n = 298)	Ngủ màn, võng thường xuyên	248	83,2
	Ngủ màn, võng không thường xuyên	42	14,1
	Không dùng	8	2,7

Trong số 312 đối tượng có đi rẫy và ngủ lại có 258 người thường xuyên sử dụng màn, võng để phòng chống muỗi đốt; 15,4% ít sử dụng phương tiện bảo vệ khỏi muỗi đốt và 1,9% không sử dụng biện pháp bảo vệ.

Trong số 298 đối tượng có đi rừng và ngủ lại có 248 người thường xuyên sử dụng màn, võng để phòng chống muỗi đốt chiếm 83,2%; 14,1% ít sử dụng phương tiện bảo vệ khỏi muỗi đốt và 2,7% không sử dụng biện pháp bảo vệ.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ thực hành phòng bệnh sốt rét của ĐTNC



Biểu đồ 3.3 cho thấy 71,8% thực hành đạt; 28,2% thực hành không đạt.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân đến thực hành chung về phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục (n=340)

Yếu tố	Thực hành chung		P	OR (CI 95%)
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Giới tính				
Nữ	64 (32,5)	133 (67,5)	0,04	1,7 (1,1 - 3,1)
Nam	32 (22,4)	111 (77,6)		
Dân tộc				
DTTS	69 (33,7)	136 (66,3)	0,006	2,0 (1,2 - 3,7)
Kinh	27 (20,0)	108 (80,0)		
Trình độ học vấn				
< THCS	75 (36,1)	133 (63,9)	<0,001	2,9 (1,7 - 5,1)
≥ THCS	21 (15,9)	111 (84,1)		

Bảng 3.5 cho thấy các yếu tố: giới tính, dân tộc và trình độ học vấn có mối liên quan đến thực hành chung về phòng bệnh SR cụ thể: nữ giới thực hành PCSR không đạt cao gấp 1,7 lần so với nam giới, OR=1,7, CI (1,1 - 3,1); người DTTS thực hành PCSR không đạt cao gấp 2 lần so với dân tộc Kinh, OR=2,0, CI (1,2 - 3,7); người dân trình độ <THCS thực hành PSR không đạt cao gấp 2,98 lần so với người có trình độ ≥THCS, OR=2,9, CI (1,7 - 5,1).

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa yếu tố nhận thông tin truyền thông về bệnh sốt rét với thực hành chung của người dân xã Quảng Trục (n=340)

Yếu tố	Thực hành chung		P	OR (CI 95%)
	Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Được nhận thông tin qua phương tiện thông tin đại chúng				
Chưa bao giờ	52 (42,6)	70 (57,4)	< 0,001	2,8 (1,7-4,5)
Có	44 (20,2)	164 (79,8)		
Được nhận thông tin qua tranh, pano, áp phích				
Chưa bao giờ	79 (48,2)	85 (51,8)	< 0,001	8,7 (4,8-15,6)
Có	17 (9,7)	159 (90,3)		
Được nhận thông tin qua hệ thống truyền thanh				
Chưa bao giờ	68 (80,0)	17 (20,0)	< 0,001	32,4 (16,7-62,8)
Có	28 (11,0)	227 (89,0)		
Được nhận thông tin qua tài liệu tuyên truyền phát tay				
Chưa bao giờ	92 (44,9)	113 (55,1)	<0,001	26,6 (9,5-102,3)
Có	4 (3,0)	131 (97,0)		

Những người chưa bao giờ được nhận thông tin qua phương tiện thông tin đại chúng thì thực hành PSR không đạt cao gấp 2,8 lần so với người đã được nhận, OR=2,8, CI(1,7 - 4,5). Chưa bao giờ được nhận thông tin qua tranh, pano, áp phích thì thực hành PSR không đạt cao gấp 8,7 lần so với người đã được nhận, OR=8,7, CI (4,8 - 15,6).

Những người chưa bao giờ được nhận thông tin qua hệ thống truyền thanh thì thực hành PSR không đạt cao gấp 32,4 lần so với người đã được nhận, OR=32,4, CI (16,7 - 62,8). Chưa bao giờ được nhận thông tin qua tài liệu tuyên truyền phát tay thì thực hành PSR không đạt cao gấp 26,6 lần so với những người đã được nhận, OR=26,6, CI (9,5 - 102,3).

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kiến thức về bệnh sốt rét với thực hành chung của người dân xã Quảng Trục (n=340)

Yếu tố		Thực hành chung		P	OR (CI 95%)
		Không đạt n (%)	Đạt n (%)		
Kiến thức chung	Không đạt	41 (85,4)	7 (14,6)	<0,001	25,2 (8,9-72,6)
	Đạt	55 (18,8)	237 (81,2)		

Kết quả bảng 3.7 cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành PSR, cụ thể: những người có kiến thức không đạt thì thực hành PSR không đạt cao gấp 25,2 lần so với những người có kiến thức đạt với OR=25,2, CI (8,9 - 72,6).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục

Nghiên cứu có 84,4% người dân ngủ lại khi qua biên giới, trong đó 87,5% có ngủ màn khi ngủ lại; tỷ lệ này hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chuyên (2018) tại Tuy Đức là 70,86% [1]; biên giới Việt Nam - Campuchia là vùng lưu hành nặng vì vậy việc không ngủ màn là yếu tố nguy cơ của bệnh sốt rét. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chuyên cho thấy không ngủ màn nhiễm KSTSR là 13,75% cao hơn so với người có ngủ màn (p<0,05) [1]. Vì vậy cần phải tuyên truyền người dân thực hành ngủ màn khi giao lưu biên giới nhằm hạn chế tỷ lệ mắc KSTSR đến mức thấp nhất.

Hầu hết người dân đã ý thức được tầm quan trọng của dự phòng thuốc sốt rét khi đi rừng, ngủ rẫy, có 89,4% người dân thực hành mang thuốc. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Chuyên (49,71%) [1]; cao hơn nghiên cứu của Đào Thị Kim Nhung (2017) là 68,1% [2]. Trên rừng, rẫy là nơi thường có nhiều muỗi mà biện pháp phòng chống muỗi chưa được bao phủ. Do vậy nếu không ngủ màn người dân rất dễ nhiễm KSTSR, họ là người dễ mang mầm bệnh lây truyền trong cộng đồng.

Ở những khe nước, suối có độ ẩm cao là nơi muỗi

sinh trưởng và phát triển nhiều, thời gian hoạt động của muỗi thường vào 20 - 24h nên rất dễ bị muỗi đốt; có 14,4% người dân tắm khi trời tối thấp hơn nghiên cứu của Đào Thị Kim Nhung (2017) là 60,4% [2]. Đây là hành vi gây nguy cơ mắc bệnh SR cao cần phải tuyên truyền để người dân thay đổi.

Khi ngủ trong rẫy có 82,7% ngủ màn, võng thường xuyên. Khi ngủ trong rừng có 83,2% ngủ màn, võng thường xuyên. Nghiên cứu cho thấy 71,8% người dân thực hành đạt về phòng bệnh SR, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Hòa (2015) là 55,7% [5]; tỷ lệ này cũng cao hơn nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và Đình Văn Thiên (2010) là 66,8% [4]; sự khác nhau này có thể là do địa bàn nghiên cứu là huyện biên giới, nơi có tỷ lệ lưu hành sốt rét; được triển khai Dự án “Phòng, chống sốt rét cho dân di biến động khu vực biên giới Việt Nam - Campuchia giai đoạn 2016-2020” thuộc hợp phần khu vực của dự án “Sáng kiến khu vực ngăn chặn sốt rét kháng thuốc Artemisinin – RAI” Giai đoạn 2 do Quỹ Toàn cầu tài trợ [3] nên được tiếp cận và cung cấp các dịch vụ y tế cần thiết cho nhóm người dân giao lưu biên giới; đặc biệt là việc can thiệp truyền thông thay đổi hành vi ở nhóm người nguy cơ cao (đi rừng, ngủ rẫy; người dân tộc thiểu số); đồng thời hỗ trợ giám sát; phòng bệnh và quản lý ca bệnh nhằm hạn chế sự lây truyền bệnh.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Dân tộc

Yếu tố dân tộc có liên quan đến thực hành phòng bệnh

SR, cụ thể là người Kinh có thực hành đạt cao hơn người DTTS (80% so với 66,3%), $p < 0,05$. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và Đinh Văn Thiên (2010): người Kinh thực hành đạt cao hơn người DTTS (99,4% so với 95,3%) [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hòa (2015) cũng cho kết quả tương tự, người dân tộc khác thực hành phòng bệnh SR chưa đạt cao gấp 4,5 lần người Kinh, $p < 0,001$ [5]. Đa số người Kinh họ sống gần những nơi giao thông thuận lợi, gần trục đường chính, gần trung tâm, đông dân cư nơi có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế nhiều hơn so với người DTTS; Vì vậy thực hành phòng bệnh SR của người DTTS thấp hơn người Kinh. Đây là vấn đề mà địa phương cần có giải pháp, tăng cường công tác truyền thông; tạo điều kiện cho người dân tiếp cận thông tin y tế nhất là người DTTS, để từ đó họ có kỹ năng, thực hành phòng bệnh sốt rét ngày một tốt hơn.

Trình độ học vấn

Kết quả cho thấy những người có trình độ học vấn cao có thực hành phòng bệnh SR cao gấp 2,9 lần những người trình độ học vấn thấp; $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hòa (2015) cũng cho kết quả tương tự, những người trình độ học vấn <THCS có thực hành phòng bệnh SR chưa đạt cao gấp 2,3 lần những người trình độ học vấn \geq THCS, $p < 0,05$ [5]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và Đinh Văn Thiên (2010) cho thấy tỷ lệ thực hành phòng bệnh SR đạt ở những người có trình độ học vấn \geq THCS cao hơn người trình độ học vấn <THCS (95,3% so với 92,1%) [4]. Trình độ học vấn cao sẽ giúp người dân có khả năng tiếp nhận thông tin một cách nhanh nhạy, nhận thức tốt hơn dẫn đến thực hành tốt hơn những người trình độ học vấn thấp.

Yếu tố nhận thông tin truyền thông về bệnh sốt rét

Những người đã từng được nhận thông tin qua phương tiện thông tin đại chúng thực hành phòng bệnh SR cao gấp 2,8 lần người chưa từng tiếp nhận; $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hòa (2015) cho thấy những người chưa từng nghe/nhìn thông tin về bệnh SR thực hành phòng bệnh SR chưa đạt cao gấp 3,9 lần những người đã từng nghe/nhìn thông tin, ($p < 0,05$) [5]. Điều này cũng dễ hiểu vì những người đã từng nhận thông tin về bệnh SR, họ sẽ có kiến thức tốt về bệnh và nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng bệnh, do đó dẫn đến thực hành phòng bệnh tốt hơn.

Những người nhận thông tin qua tranh, pano, áp phích có thực hành đạt cao gấp 8,7 lần người không được nhận; những người nhận thông tin qua hệ thống truyền thanh có thực hành đạt cao gấp 32,4 lần người không nhận; những

người đã từng nhận thông tin qua tài liệu tuyên truyền phát tay có thực hành đạt cao gấp 26,6 lần người chưa từng nhận; $p < 0,05$. Vì vậy, công tác truyền thông thay đổi nhận thức, hành vi cho cộng đồng là hết sức quan trọng; hình thức truyền thông có thể được thực hiện phong phú, đa dạng bằng nhiều hình thức như loa đài, phát thanh, pano áp phích; truyền thông trực tiếp tại cụm dân cư,...

Kiến thức phòng bệnh sốt rét

Kết quả cho thấy những người có kiến thức không đạt thì thực hành không đạt cao 25,2 lần so với những người kiến thức đạt, $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hòa (2015) cho thấy những người có kiến thức đạt thực hành phòng bệnh SR cao gấp 4 lần người có kiến thức không đạt ($p < 0,05$) [5]. Điều này cho thấy những người có kiến thức tốt về phòng bệnh sốt rét thì bản thân họ và gia đình họ thực hành phòng bệnh tốt hơn. Vì vậy, để người dân thực hành phòng bệnh SR tốt ngành Y tế địa phương cần phải tổ chức công tác truyền thông bằng nhiều hình thức và thường xuyên để người dân được trang bị những kiến thức tốt nhất về bệnh SR.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Tỷ lệ kiến thức chung đạt về phòng bệnh sốt rét là 85,9%.

Tỷ lệ ngủ lại khi giao lưu biên giới và có sử dụng màn là 87,5%.

Khi đi rừng, ngủ rẫy, ĐTNC có mang túi thuốc dự phòng là 82,4%. Trong rừng, không bao giờ tắm suối khi trời tối là 85,6%.

Tỷ lệ thực hành đạt về phòng bệnh SR là 71,8%.

Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh sốt rét của người dân xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

Có một số yếu tố liên quan đến thực hành cụ thể: Nữ giới thực hành không tốt bằng nam giới (tỷ lệ không đạt cao gấp 1,7 lần); người Kinh thực hành tốt hơn người DTTS (gấp 2 lần); người có trình độ học vấn thấp có thực hành không tốt bằng người có trình độ học vấn cao (cao gấp 2,98 lần); người chưa từng được nhận thông tin truyền thông bệnh SR qua các phương tiện thông tin đại chúng (tranh ảnh, pano, áp phích; truyền thanh; tài liệu phát tay) đều có thực hành PSR không tốt so với những người được nhận; những người có kiến thức không đạt thì thực hành PSR không tốt bằng người kiến thức đạt (gấp 25,2 lần); $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chuyên (2018), *Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ mắc bệnh sốt rét ở xã biên giới Campuchia, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2018*.
2. Đào Thị Kim Nhung (2017), *Mô tả một số hành vi nguy cơ bệnh sốt rét và một số yếu tố liên quan của người dân đi rừng ngủ rẫy tại xã Đa Sar, huyện Lạc Dương, tỉnh Lâm Đồng năm 2017*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. Sở Y tế Đắk Nông (2017), *Báo cáo tổng kết công tác Y tế năm 2017*.
4. Đinh Văn Thiên, Trần Đỗ Hùng (2013), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống sốt rét tại xã Phú Lý, huyện Vĩnh Cửu, tỉnh Đồng Nai năm 2010*, Tạp chí Y học Thực hành (873) - số 6/2013.
5. Nguyễn Đình Hòa (2015), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh sốt rét của người dân xã Đăk Lao, huyện Đăk Mil, tỉnh Đắk Nông*; Luận văn thạc sỹ YTCC, Hà Nội.



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NẶNG Ở BỆNH NHI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG VÀ BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Tạ Văn Trâm¹, Đỗ Quang Thành¹, Võ Thị Kim Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Tay chân miệng (TCM) phần lớn lành tính, tự khỏi trong vòng 1 tuần lễ. Tuy nhiên nếu do Enterovirus 71 (EV- A71) thì có thể gây ra các vụ dịch lớn hoặc lưu hành và có thể gây tử vong 1 cách nhanh chóng cho trẻ em, nhất là trẻ nhỏ.

Mục tiêu: Xác định mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chủng vi rút với bệnh Tay chân miệng nặng ở trẻ em.

Phương pháp: Nghiên cứu bệnh chứng được thực hiện trên 280 bệnh nhi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Sử dụng phương pháp chọn thuận tiện.

Kết quả: Các triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng bao gồm nôn ói, sốt >39°C, thở nhanh, co giật, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, ngủ gà, lơ mơ/hôn mê, run chi/đi đứng loạn choạng, ngưng thở/ thở nấc. Các triệu chứng cận lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng gồm tăng tiểu cầu trên 400.000/mm³, tăng đường huyết trên 180mg%. Chủng vi rút EV-A71 có liên quan đến các trường hợp bệnh nặng. Các yếu tố liên quan độc lập với bệnh TCM nặng được xác định thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến bao gồm: giới tính của người chăm sóc, sốt cao >39°C, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, tăng tiểu cầu >400.000/mm³, đường huyết >180mg%, và chủng vi rút EV-A71.

Kết luận: Có mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chủng vi rút với bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em.

Từ khóa: Bệnh Tay chân miệng, chủng vi rút.

ABSTRACT

SOME FACTORS RELATED TO HEAVY HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILD PATIENTS TREATMENT IN TIEN GIANG

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang
2. Trường Đại học Thăng Long

CENTER GENERAL HOSPITAL AND NHI DONG 1 HOSPITAL

Background: Hand-foot-and-mouth disease (HFMD) is largely benign, resolving itself within 1 week. However, if caused by Enterovirus 71 (EV-A71), it can cause major epidemics or circulation and can quickly kill children, especially young children.

Objectives: To determine the relationship between clinical, subclinical, and viral symptoms with severe hand, foot and mouth disease in children.

Methods: A case-control study was conducted on 280 children diagnosed with hand-foot-and-mouth disease admitted to the Children's Hospital 1 and Tien Giang Central General Hospital. Use the convenient selection method.

Results: Clinical symptoms associated with severe HFMD include vomiting, fever > 39°C, tachypnea, convulsions, tachycardia > 130 beats / minute, playing with, drowsiness, drowsiness / coma, tremor limb / limping, stop breathing / hiccups. Subclinical symptoms associated with severe HFMD include platelets above 400,000 / mm³, hyperglycemia above 180mg%. The EV-A71 strain of the virus is associated with serious illness. Factors independently associated with severe HFMD identified through the multivariate logistic regression model include: caretaker sex, high fever > 39°C, tachycardia > 130 beats / minute, play with, increase platelets > 400,000 / mm³, blood sugar > 180mg%, and EV-A71 virus strain.

Conclusions: There is a relationship between clinical symptoms, subclinical, virus strains with severe hand, foot and mouth disease in children.

Key words: Hand-foot-and-mouth disease, virus strains.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, chủ yếu là trẻ dưới 5 tuổi,

hơn 80% là trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh có thể lây rất nhanh từ trẻ này sang trẻ khác theo 2 đường phân – miệng và đường hô hấp. Bệnh TCM phần lớn lành tính, tự khỏi trong vòng 1 tuần lễ. Tuy nhiên nếu do Enterovirus 71 (EV- A71) thì có thể gây ra các vụ dịch lớn hoặc lưu hành và có thể gây tử vong 1 cách nhanh chóng cho trẻ em, nhất là trẻ nhỏ. Tại Việt Nam, trong vài năm gần đây đã ghi nhận rất nhiều trẻ bệnh TCM, cũng như các trẻ bị TCM có biến chứng thần kinh, hô hấp, tuần hoàn và trong năm 2011 đã bùng phát bệnh TCM trên khắp 63 tỉnh thành trên toàn quốc, có 87.500 trường hợp mắc bệnh và đã có 147 trẻ đã tử vong, tỉ lệ tử vong cao nhất của bệnh TCM từ trước đến nay tại Việt Nam theo những số liệu được công bố. Hiện tại chưa có nhiều công trình nghiên cứu 1 cách tổng quát về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh TCM có biến chứng nặng (độ 2b, 3, 4). Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm xác định mối liên quan các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chủng vi rút với bệnh TCM nặng ở trẻ em.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

Phân nhóm đối tượng: Phân nhóm dựa trên cả hai tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012 [1]. Nhóm bệnh: Nhóm bệnh nhân bệnh Tay

chân miệng độ 2b, 3, 4. Nhóm chứng: Nhóm bệnh nhân bị bệnh Tay chân miệng độ 1, 2a.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu bệnh chứng.

Cỡ mẫu:

Tính theo công thức kiểm định tỉ lệ OR Mẫu nhóm bệnh của nghiên cứu là 140 trẻ; Tỉ số nhóm chứng/bệnh được lựa chọn là 1/1.

Kỹ thuật chọn mẫu:

Sử dụng phương pháp chọn thuận tiện.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Tay chân miệng và phân nhóm dựa trên cả hai tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012 [1]. Xét nghiệm: Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm RT-PCR xác định được sự có mặt của virus đường ruột gây bệnh Tay chân miệng; bệnh nhân chỉ được chọn vào nghiên cứu khi có sự đồng ý của người bảo hộ hợp pháp.

Tiêu chí loại ra: Các trẻ bị bệnh Tay chân miệng có kèm các bệnh lý khác trước khi bị bệnh Tay chân miệng gồm suy gan, suy thận, hội chứng thận hư.

Thu thập số liệu:

Hồi cứu bệnh án và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo một bệnh án mẫu để thu thập các thông tin cần thiết vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với bệnh tay chân miệng nặng

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng trước khi nhập viện với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng n (%)	Nhẹn (%)		
Đau miệng				
Có	83 (59,3)	104 (74,3)	0,008	0,50 (0,30 - 0,84)
Không	57 (40,7)	36 (25,7)		1
Nôn ói				
Có	54 (38,6)	36 (25,7)	0,021	1,81 (1,09 - 3,02)
Không	86 (61,4)	104 (74,3)		1
Tiêu chảy				
Có	19 (13,6)	19 (13,6)	0,999	1,00 (0,50 - 1,98)
Không	121 (86,4)	121 (86,4)		1
Sốt >39°C				

Có	8 (5,7)	1 (0,7)	0,036 ^ε	8,42 (1,04 - 68,28)
Không	132 (94,3)	139 (99,3)		1
Quấy khóc				
Có	99 (70,7)	105 (75,0)	0,420	0,80 (0,47 - 1,36)
Không	41 (29,3)	35 (25,0)		1
Loét miệng				
Có	126 (90,0)	124 (88,6)	0,699	1,16 (0,54 - 2,48)
Không	14 (10,0)	16 (11,4)		1
Ban				
Có	133 (95,0)	136 (97,1)	0,541 ^ε	0,56 (0,16 - 1,95)
Không	7 (5,0)	4 (2,9)		1
Bóng nước				
Có	132 (94,3)	137 (97,9)	0,217 ^ε	0,36 (0,09 - 1,39)
Không	8 (5,7)	3 (2,1)		1
Thở nhanh				
Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019 ^ε	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1
Thở bất thường				
Có	7 (5,0)	1 (0,7)	0,066 ^ε	7,32 (0,89 - 60,26)
Không	133 (95,0)	139 (99,3)		1
Co giật				
Có	17 (12,1)	2 (1,4)	< 0,001 ^ε	9,54 (2,16 - 42,11)
Không	123 (87,9)	138 (98,6)		1
Tím tái				
Có	7 (5,0)	2 (1,4)	0,173 ^ε	3,63 (0,74 - 17,80)
Không	133 (95,0)	138 (98,6)		1
Dấu hiệu màng não				
Có	0	3 (2,1)	0,247 ^ε	//
Không	140 (100)	137 (97,9)		
Liệt mềm cấp				
Có	0	0	//	//
Không	140 (100)	140 (100)		
Rối loạn tri giác				
Có	3 (2,1)	1 (0,7)	0,622 ^ε	3,04 (0,31 - 29,62)
Không	137 (97,9)	139 (99,3)		1

^εKiểm định chính xác Fisher

Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng sau nhập viện với bệnh tay chân miệng nặng

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng sau khi nhập viện với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng n (%)	Nhẹ n (%)		
Mạch >130 lần/phút				
Có	93 (66,4)	4 (2,9)	<0,001 ^ε	67,28 (23,44 - 193,09)
Không	47 (33,6)	136 (97,1)		1
CRT > 2 giây				
Có	2 (1,4)	0	0,498 ^ε	//
Không	138 (98,6)	140 (100)		
Huyết áp hạ/huyết áp kẹt				
Có	0	1 (0,7)	0,999 ^ε	//
Không	140 (100)	139 (99,3)		
SpO₂ < 92%				
Có	6 (4,3)	1 (0,7)	0,120 ^ε	6,22 (0,74 - 52,39)
Không	134 (95,7)	139 (99,3)		1
Rối loạn tri giác (GCS <10)				
Có	8 (5,7)	2 (1,4)	0,103 ^ε	4,18 (0,87 - 20,06)
Không	132 (94,3)	138 (98,6)		1
Yếu liệt chi				
Có	1 (0,7)	1 (0,7)	0,999 ^ε	1,00 (0,06 - 16,15)
Không	139 (99,3)	139 (99,3)		1
Nuốt sặc, thay đổi giọng nói				
Có	3 (2,1)	0	0,247 ^ε	//
Không	137 (97,9)	140 (100)		
Chới với				
Có	53 (37,9)	3 (2,1)	<0,001 ^ε	27,82 (8,43 - 91,79)
Không	87 (62,1)	137 (97,9)		1
Giật mình				
Có	119 (85,0)	125 (89,3)	0,284	0,68 (0,33 - 1,38)
Không	21 (15,0)	15 (10,7)		1
Ngủ gà				
Có	29 (20,7)	0	<0,001 ^ε	4,18 (0,87 - 20,06)
Không	111 (79,3)	140 (100)		1
Thở nhanh				
Có	7 (5,0)	0	0,014 ^ε	5,22 (0,74 - 52,39)
Không	133 (95,0)	140 (100)		1
Lơ mơ, hôn mê				

Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019*	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1
Run chi, đi đứng loạng choạng				
Có	32 (22,9)	7 (5)	<0,001	5,63 (2,39 - 13,25)
Không	108 (77,1)	133 (95)		1
Tím tái				
Có	4 (2,9)	0	0,122*	//
Không	136 (97,1)	140 (100)		
Ngưng thở, thờ ơ				
Có	9 (6,4)	1 (0,7)	0,019*	9,55 (1,19 - 76,42)
Không	131 (93,6)	139 (99,3)		1

*Kiểm định chính xác Fisher

Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và bệnh tay chân miệng nặng

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với bệnh tay chân miệng nặng

Đặc điểm	Độ TCM lúc ra viện		p	OR (KTC 95%)
	Nặng n (%)	Nhẹ n (%)		
Bạch cầu >16.000/mm ³				
Có	16 (11,4)	16 (11,4)	0,999	1,00 (0,48 - 2,09)
Không	124 (88,6)	124 (88,6)		1
Tiểu cầu >400.000/mm ³				
Có	16 (11,4)	7 (5,0)	0,050	2,45 (0,98 - 6,16)
Không	124 (88,6)	133 (95,0)		1
Đường huyết >180mg/%				
Có	29 (20,7)	5 (3,6)	0,046	1,02 (1,01 - 1,23)
Không	111 (79,3)	135 (96,4)		1
CRP > 10mg/l				
Có	8 (5,7)	2 (1,4)	0,103*	4,18 (0,87 - 20,06)
Không	132 (94,3)	138 (98,6)		1
Bệnh phẩm phát hiện virus:				
Phân				
Dương tính	105 (75,0)	118 (84,3)	0,054	0,56 (0,31 - 1,01)
Âm tính	35 (25,0)	22 (15,7)		1
Chủng virus gây bệnh				
EV-A71	132 (94,3)	106 (75,7)	<0,001	5,29 (2,35 - 11,91)
Enterovirus khác EV-A71	8 (5,7)	34 (24,3)		1

[†]Báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn; ^{*}Kiểm định chính xác Fisher

Hồi qui logistic đa biến các yếu tố liên quan với bệnh tay chân miệng nặng

Bảng 4. Hồi qui logistic đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng (n=280)

Đặc điểm	OR _{tho}	KTC 95% _{tho}	OR _{hc}	KTC 95% _{hc}	p
Giới người chăm sóc (Nam)	4,18	(0,87 - 20,06)	9,51	1,50 – 60,25	0,017
Sốt >39°C	8,42	(1,04 - 68,28)	23,92	2,33 – 245,20	0,007
Mạch >130 lần/phút	67,28	(23,4 - 193,1)	86,34	26,0 – 278,4	<0,001
Chới với	27,82	(8,43 - 91,79)	6,40	1,47 – 27,80	0,013
Tiểu cầu > 400.000/mm ³	2,45	(0,98 - 6,16)	1,01	1,01 – 1,01	0,007
Đường huyết > 180mg%	1,02	(1,01 – 1,23)	1,02	1,01 – 1,04	0,029
EV-A71	5,29	(2,35 - 11,9)	4,55	1,92 – 10,0	0,001

^{tho} Giá trị trong kiểm định đơn biến; ^{hc} Giá trị trong mô hình hồi qui đa biến

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng

Nghiên cứu phân tích thấy các đặc điểm lâm sàng trước và sau nhập viện có liên quan đến bệnh TCM nặng bao gồm sốt >39°C, thở nhanh, co giật và mạch >130 lần/phút; chới với, ngủ gà, thở nhanh, lơ mơ, hôn mê, run chi, đi đứng loạng choạng, ngưng thở và thở nấc. Triệu chứng đau miệng được phát hiện liên quan đến một yếu tố cảnh báo sớm các trường hợp mắc bệnh. Số chênh mắc bệnh nặng ở nhóm có triệu chứng đau miệng thấp hơn so với nhóm không có triệu chứng này với OR=0,5 (KTC 95% từ 0,3 đến 0,84). Hai nghiên cứu của Zhang D và Owatanapanich S cho thấy các nhóm có bóng nước hay vết loét ở trên da và niêm mạc tại miệng, môi và các chi có số chênh mắc bệnh thấp hơn [5],[8].

Nghiên cứu đã ghi nhận có mối liên quan đơn biến có ý nghĩa giữa nôn ói và bệnh TCM nặng, đối với những trẻ nôn ói có số chênh bệnh nặng bằng 1,81 lần (KTC 95% 1,09 đến 3,02) so với những trẻ không có dấu hiệu nôn ói. Các nghiên cứu của Zhang D cũng cho thấy kết quả tương tự [8]. Như vậy vai trò của triệu chứng nôn ói như là một dấu hiệu dự báo bệnh nặng. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng sốt >39°C có liên quan đến bệnh TCM nặng, nghiên cứu chỉ ra rằng đối với những trẻ có sốt có tỉ lệ mắc bệnh TCM nặng bằng 23,9 lần so với những trẻ không có triệu chứng sốt (KTC 95% 2,33-245,2). Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư cho thấy bệnh nhân có sốt cao

≥ 38,5°C có diễn tiến bệnh nặng cao gấp 2,72 lần so với bệnh nhân sốt nhẹ hoặc không sốt [4]. Nghiên cứu của chúng tôi đã chọn ngưỡng sốt cao hơn dẫn đến tỉ lệ mắc bệnh nặng có thể được ước lượng trội hơn. Triệu chứng hô hấp biểu hiện thông qua thở nhanh được ghi nhận có số chênh bệnh nặng cao hơn với OR=7,32 (KTC 95% từ 1,19 đến 76,42; p=0,019). Biểu hiện này được ghi nhận tại thời điểm nhập viện và sau nhập viện, gắn liền với phản ứng đề kháng của cơ thể trong quá trình nhiễm siêu vi. Các trường hợp ngưng thở, thở nấc ghi nhận trong quá trình nằm viện có liên quan mạnh mẽ đến tình trạng bệnh nặng khi hầu hết các trường hợp này thuộc nhóm bệnh nặng. Số chênh bệnh nặng ở nhóm có biểu hiện này bằng 9,55 lần (KTC 95% từ 1,19 đến 76,42) so với nhóm còn lại.

Biểu hiện mạch nhanh >130 lần/phút ghi nhận sau khi nhập viện đã cho thấy liên quan mạnh mẽ đến các trường hợp bệnh nặng. Tỉ lệ có biểu hiện này ở các trường hợp bệnh nặng lên đến 66,4% trong khi ở nhóm bệnh nhẹ chỉ bằng 2,9%. Số chênh mắc bệnh nặng ở các trường hợp mạch nhanh cao hơn 67,3 lần so với nhóm bệnh nhẹ (KTC 95% từ 23,4 đến 193,1). Nghiên cứu của Đỗ Châu Việt cũng đã tìm thấy mối liên hệ mạnh mẽ giữa các trường hợp mạch nhanh và bệnh nặng, tử vong [3]. Như vậy, việc theo dõi nhịp tim, mạch của trẻ có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh.

Nghiên cứu cũng đã tìm thấy mối liên quan đơn biến giữa biểu hiện co giật và run chi với các trường hợp bệnh nặng. Ở nhóm có biểu hiện co giật, số chênh mắc bệnh nặng bằng 9,54 lần nhóm không co giật (KTC 95% từ 2,16 đến 42,11). Trong nghiên cứu của Đỗ Châu Việt ở các trường hợp nặng, các biểu hiện thần kinh phổ biến với



khoảng 32% đến 34% biểu hiện run chi, 24% đến 37% loạng choạng, có 11% biểu hiện lác mắt [3]. Khi trẻ cho thấy biểu hiện co giật cũng như các biểu hiện thần kinh khác là lúc bệnh đã chuyển biến nặng và bệnh nhân đang trong giai đoạn sốt cao, do đó cần theo dõi phát hiện sớm biểu hiện và can thiệp kịp thời giúp tránh tình trạng bệnh xấu hơn.

Yếu tố cận lâm sàng và chủng virus liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng

Những yếu tố cận lâm sàng có liên quan đến bệnh TCM nặng gồm: tiểu cầu lớn hơn $400.000/\text{mm}^3$, đường huyết trên $180\text{mg}\%$, và chủng virus EV-A71.

Trong kiểm định mối liên quan chúng tôi ghi nhận độ bệnh TCM tăng có mối liên quan với tăng tiểu cầu trên $400.000/\text{mm}^3$ trong máu, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR = 1,01$. Các nghiên cứu của 2 tác giả Nguyễn Kim Thư cũng cho thấy kết quả tương tự ở cùng ngưỡng tiểu cầu [3]. Ở ngưỡng tiểu cầu $>300.000/\text{mm}^3$ tác giả Bùi Quốc Thắng cũng cho thấy xu hướng này [2]. Tiểu cầu tăng có lẽ do chức năng quan trọng của tiểu cầu trong phản ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng, đặc biệt là siêu vi. Tuy nhiên trong một nghiên cứu đoàn hệ gần đây tại Quảng Đông, tác giả Zhang D đã phát hiện lượng tiểu cầu trung bình ở các trường hợp bệnh nặng thấp hơn bệnh nhẹ [8]. Từ kết quả phân tích trên cho thấy lượng tiểu cầu cần được tiếp tục xem xét vai trò trong tiên lượng bệnh TCM nặng.

Nghiên cứu nhận thấy mối liên quan giữa đường huyết và tình trạng bệnh nặng với $p < 0,05$ và $OR = 1,02$. Nhiều nghiên cứu khác cũng tìm thấy mối liên hệ này [5],[8],[11],[12]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư cũng phát hiện ra mối liên hệ này với $p < 0,05$ và $OR = 2,9$ [4]. Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc cũng cho thấy tỉ lệ có đường huyết $\geq 126\text{mg}\%$ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các trường hợp bệnh nặng so với bệnh trung bình và nhẹ [6]. Những kết quả báo cáo trên cho thấy biến số đường huyết tăng sẽ góp phần chỉ điểm tiến triển bệnh nặng trong lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện vai trò quan trọng của chủng EV-A71 trong tiên lượng bệnh nặng. Trẻ nhiễm virus EV-A71 có số chênh mắc bệnh nặng bằng 5,29 lần (KTC 95% từ 2,3 đến 11,9) so với trẻ nhiễm loại Enterovirus với $p < 0,05$. Các nghiên cứu của Chen SM và Fang Y cũng đã chỉ ra mối liên quan giữa EV-A71 với các trường hợp bệnh nặng⁽⁶⁾. Mặc dù các nghiên cứu trước đây thấy rằng hầu hết các trường hợp nhiễm EV-A71 là không có triệu chứng và tự phục hồi, nhưng chủng virus này chủ

yếu gây các biến chứng thần kinh nghiêm trọng gồm viêm màng não vô khuẩn, tiểu não thất điều, liệt giống bại liệt, hội chứng Guillain-Barré, viêm não thân não cấp tính, và phù phổi cấp/xuất huyết do thần kinh với tỉ lệ tử vong cao [7]. Như vậy khi phân lập chủng virus trong bệnh TCM cần đặt biệt quan tâm đến những trẻ nhiễm EV-A71.

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa bạch cầu $>16.000/\text{mm}^3$ với tình trạng bệnh nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Quốc Thắng khi không nhận thấy mối liên quan giữa bạch cầu $>13.500 \text{ TB}/\text{mm}^3$ với các trường hợp có chuyển độ⁽²⁾. Tăng bạch cầu không liên quan với bệnh TCM nặng trong 2 nghiên cứu trên có thể là do bản chất của bệnh là nhiễm siêu vi, những nhiễm trùng siêu vi thuần túy có đặc trưng không làm tăng bạch cầu. Nghiên cứu của tác giả Zhang D cũng cho thấy lượng bạch cầu trung bình ở nhóm bệnh nặng cao hơn [8]. Các nghiên cứu tại Việt Nam cũng chỉ ra các trường hợp tăng bạch cầu có liên quan đến TCM nặng. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư cho thấy số chênh mắc bệnh nặng ở nhóm có bạch cầu $>16.000 \text{ TB}/\text{mm}^3$ bằng 1,5 lần nhóm bệnh nhẹ với $p < 0,05$ [4]. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Thư, chúng tôi nhận thấy tỉ số giữa các trường hợp độ 3 trở lên so với độ 1-2 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Sự so sánh này cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân phân độ từ 3 trở lên trong nhóm bệnh nặng thấp hơn nhiều lần nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Thư.

Các yếu tố liên quan độc lập đến bệnh tay chân miệng nặng

Thông qua hồi quy logistic đa biến, các yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng bệnh nặng theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012 bao gồm mạch nhanh >130 lần/phút, sốt $>39^\circ\text{C}$, chói với⁽¹⁾. Với $OR = 86,3$ lần (KTC 95% từ 26 đến 278, 4). Biểu hiện sốt trên 39°C có vai trò quan trọng với $OR = 13,6$ lần. Chối với với $OR = 6,4$ (KTC 95% từ 1,47 đến 27,8). Một số đặc điểm cận lâm sàng quan trọng gồm tiểu cầu $>400.000/\text{mm}^3$, đường huyết $>180\text{mg}\%$, và chủng virus EV-A71. Chủng virus EV-A71 có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh nặng với số chênh mắc bệnh ở nhóm này cao hơn 4,55 lần so với nhóm không mắc.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng bao gồm nôn ói, sốt $>39^\circ\text{C}$, thờ nhanh, co giật, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, ngủ gà, lơ mơ/hôn mê,

run chi/đi đứng loạng choạng, ngưng thở/ thở nấc. Các triệu chứng cận lâm sàng liên quan đến bệnh TCM nặng gồm tăng tiểu cầu trên $400.000/\text{mm}^3$, tăng đường huyết trên $180\text{mg}\%$. Chủng virus EV-A71 có liên quan đến các trường hợp bệnh nặng. Các yếu tố liên quan độc lập với

bệnh TCM nặng được xác định thông qua mô hình hồi quy logistic đa biến bao gồm: giới tính của người chăm sóc, sốt cao $>39^\circ\text{C}$, mạch nhanh >130 lần/phút, chói với, tăng tiểu cầu $>400.000/\text{mm}^3$, đường huyết $>180\text{mg}\%$, và chủng virus EV-A71.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *Quyết định số 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng*, tr.1-10.
2. Bùi Quốc Thắng, Bùi Quang Vinh, Võ Bích Nga (2014) “Liên quan giữa số lượng bạch cầu máu, tiểu cầu và đường huyết nhanh lúc nhập viện với sự chuyển độ nặng trên bệnh nhi tay chân miệng độ 2a tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 9/2012 đến tháng 1/2013”. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (1), tr.353-359.
3. Đỗ Châu Việt (2016), *Khảo sát diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng trẻ bệnh tay chân miệng nặng được lọc máu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr.52-70.
4. Nguyễn Kim Thư (2016), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, phương pháp chẩn đoán, điều trị, dự phòng bệnh Tay Chân Miệng tại Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr.63-88.
5. Owatanapanich S, Wutthanasungsan R, Jaksupa W, Thisyakorn U (2015) “Risk factors for severe hand, foot and mouth disease”. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 46 (3), 449-59.
6. Pan J, Chen M, Zhang X (2012) “High Risk Factors for Severe Hand, Foot and Mouth Disease”. *Indian Journal of Dermatology*, 57 (4), 316-321.
7. Rabenau HF, Richter M, Doerr HW (2010) “Hand, foot and mouth disease: seroprevalence of Coxsackie A16 and Enterovirus 71 in Germany”. *Med Microbiol Immunol*, 199 (1), pp.45-51.
8. Zhang D, Li R, Zhang W, Li G, Ma Z, Chen X, et al. (2017) “A Case-control Study on Risk Factors for Severe Hand, Foot and Mouth Disease”. *Sci Rep*, 7, 40282.



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TAI NẠN THƯƠNG TÍCH Ở HỌC SINH TIỂU HỌC VÀ TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HUYỆN TÂN PHÚ ĐÔNG NĂM 2017

Hồ Văn Sơn¹, Võ Thị Kim Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: huyện Tân Phú Đông, địa hình có nhiều sông lớn, kênh rạch, đường huyện còn hẹp, học sinh phải phụ việc nhà, tự đến trường bằng xe đạp,... tai nạn thương tích trẻ em xảy ra khá thường xuyên. Tuy nhiên chưa có báo cáo đánh giá nào.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tai nạn thương tích ở học sinh và các yếu tố liên quan đến tình hình tai nạn thương tích học sinh tiểu học và trung học cơ sở tại huyện Tân Phú Đông.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 453 học sinh các khối lớp 5, 6, 7, 8, 9 trên địa bàn huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang, từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2017.

Kết quả: Tỷ lệ tai nạn thương tích hiện mắc trong năm là 33,77%. Trong đó, cao nhất là loại tai nạn trầy xước chảy máu với 39,87%. Về vị trí tổn thương, chủ yếu là chấn thương trên bụng, lưng, mông, thân mình với tỷ lệ 45,75. Khối lớp 5 có tỷ lệ mắc tai nạn thương tích nhiều nhất với 28,76. Về địa điểm xảy ra tai nạn thương tích, tỷ lệ mắc khi ở nhà với 38,56%, khi đi ngoài đường hoặc ở trường 26%. Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành tốt về phòng chống tai nạn thương tích của đối tượng lần lượt là 32,23% và 32,45%, học sinh có kiến thức tốt nhất về phòng tránh tai nạn giao thông với 62,03%; về thực hành, thực hành đề phòng chó mèo, súc vật cắn tốt nhất 75,50%. Tuy nhiên, chỉ có 42,60% các em có thực hiện các biện pháp phòng ngừa tai nạn giao thông. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới, điều kiện kinh tế với tai nạn thương tích; kiến thức và thực hành tốt giảm nguy cơ tai nạn thương tích.

Kết luận: Tỷ lệ tai nạn thương tích hiện mắc trong năm cao, nhưng kiến thức đúng và thực hành phòng tai nạn thương tích còn hạn chế, cần tăng cường truyền thông

giáo dục nhằm thay đổi hành vi của phụ huynh và trẻ em phòng chống tai nạn thương tích.

Từ khóa: Tai nạn thương tích, học sinh, Tiền Giang.

ABSTRACT:

SITUATION OF INJURY AND SOME RELATED FACTORS IN ELEMENTARY AND JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN TAN PHU DONG DISTRICT IN 2017

Background: Tan Phu Dong district, terrain with many large rivers, canals, district roads is still narrow, students have to do housework, go to school by bicycle, .. child injuries often occur. piercing. However, there have been no reviews yet.

Objectives: to determine the rate of student injury and the factors related to the situation of primary and lower secondary school injuries in Tan Phu Dong district.

Methods: A cross-sectional study describing 453 students in grades 5, 6, 7, 8 and 9 in Tan Phu Dong district, Tien Giang province, from March 2017 to August 2017.

Results: The current rate of injury injuries in the year is 33.77%. In particular, the highest is the type of accident scratching and bleeding with 39.87%; In terms of injury position, mainly injuries on the abdomen, back, buttocks, torso with the rate of 45.75; Grade 5 has the highest rate of injury accidents with 28.76. Regarding the location of the injury, the incidence is 38.56% when at home, while at the street or at school 26%. The rate of right knowledge and good practice in injury prevention of subjects is 32.23% and 32.45% respectively, students have the best knowledge about preventing traffic accidents with 62.03 %; best practice, prevention precautions dogs, cats, animals bite 75.50%; However, only 42.60% of the

1. Trung tâm Y tế huyện Tân Phú Đông, Sở Y tế tỉnh Tiền Giang

SĐT: 0916195936, Email: cnsontpd@gmail.com

2. Trường Đại học Thăng Long

» Ngày nhận bài: 01/02/2020 | » Ngày phản biện: 10/02/2020 | Ngày duyệt đăng: 20/02/2020

children have taken measures to prevent traffic accidents. There is a statistically significant relationship between gender, economic condition and injury accident; Good knowledge and practices reduce the risk of injury.

Conclusions: The prevalence of injuries in the year is high, but the right knowledge and practice of injury prevention is limited, need to enhance education communication to change the behavior of parents and children. prevent injuries and injuries.

Keywords: Student injury, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thương tích ở trẻ em là một vấn đề y tế công cộng và là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong ở trẻ em và người chưa thành niên Việt Nam. Tại huyện Tân Phú Đông, tai nạn thương tích trẻ em vẫn còn cao và còn xảy ra khá thường xuyên, chưa được cập nhật thống kê đầy đủ, đây cũng là vùng có các điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn, với các đặc trưng như nhiều sông lớn, kênh rạch, đường huyện còn hẹp, học sinh phải tự đến trường bằng xe đạp,... Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này trên đối tượng học sinh tại địa phương. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ tai nạn thương tích ở học sinh và các yếu tố liên quan đến tình hình tai nạn thương tích học sinh tiểu học và trung học cơ sở tại huyện Tân Phú Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh tiểu học, trung học cơ sở năm học 2016 – 2017 tại các trường trên địa bàn huyện Tân Phú Đông,

tỉnh Tiền Giang.

2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2017.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

được thực hiện trên 453 học sinh các khối lớp 5, 6, 7, 8, 9 trên địa bàn huyện,

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu tính theo công thức: $n = (Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)/d^2) \times DE$

Tỉ lệ trẻ mắc tai nạn thương tích=25% [1], xác suất sai lầm loại I $\alpha=0,05$, $d=5\%$ là sai số cho phép, $Z^2(1-\alpha/2)=1,96$, hệ số thiết kế $DE=1,5$. Vậy nghiên cứu khảo sát 453 người.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn 11 cụm là trường tiểu học và trung học cơ sở trên địa bàn, tại mỗi trường chọn ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách học sinh mỗi khối lớp.

Thu thập số liệu

Thu thập số liệu lồng ghép trong các đợt khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, ghi nhận các thông tin theo mẫu hồ sơ xây dựng sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 12, xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em bằng kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher). Mức độ kết hợp được đo lường bằng chỉ số PR (tỷ số tỷ lệ hiện mắc) với ước lượng khoảng tin cậy (KTC) 95%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố đối tượng học sinh theo giới và kinh tế gia đình

Tiêu chí	Khối 5		Khối 6		Khối 7		Khối 8		Khối 9		Tổng	
	(n)	(%)	(n)	(%)								
Giới tính												
Nam	45	33,09	29	21,32	32	23,53	12	8,82	18	13,24	136	30,02
Nữ	50	15,77	53	16,72	83	26,18	58	13,30	73	23,03	317	69,98
Kinh tế (số hộ nghèo: SHN)												
Có SHN	43	22,28	39	20,21	44	22,80	31	16,06	36	18,95	193	42,60
Không SHN	52	20,00	43	16,54	71	27,31	39	15,00	55	21,15	260	57,40

Nữ chiếm đa số với tỉ lệ 69,98%; trong đó học sinh thuộc diện hộ nghèo, hoàn cảnh khó khăn cũng chiếm tỉ lệ khá cao với 42,60%. Kết quả của chúng tôi tương đối phù

hợp với tỉ lệ hộ nghèo chung của huyện Tân Phú Đông là khoảng 40%.

Bảng 2. Các loại tổn thương và vị trí tổn thương thường gặp (n=153)

Nội dung	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Loại tai nạn thương tích		
Gãy xương	0	0
Bông gân trật khớp	28	18,30
Bỏng	32	20,92
Chấn thương đầu	0	0,00
Trầy xước chảy máu	61	39,87
Chấn thương khác	32	20,92
Vị trí tổn thương		
Đầu, cổ, mặt, vai	19	12,42
Bụng, lưng, hông, thân mình	70	45,75
Tứ chi	64	41,83

Có 153 trường hợp đã từng mắc phải tai nạn thương tích trong năm học 2016 - 2017, (33,8%), tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Hoa là 28,7% [1], nhưng thấp hơn của Hoàng Thị Hòa là 11,62% [2]. Trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là loại tai nạn trầy xước chảy máu với 39,87%, kế đó là bỏng và chấn thương khác với 20,92%. Không ghi nhận trường hợp chấn thương đầu và gãy

xương. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Dương Tiêu Phụng [4] tại thị trấn Vĩnh Bình, Gò Công Tây với tỉ lệ 42% chấn thương trẻ em là trầy xước. Về vị trí tổn thương, chủ yếu là chấn thương trên bụng, lưng, hông, thân mình với tỉ lệ 45,75%, kế đó là tứ chi với 41,83% và thấp nhất là vị trí chấn thương ở đầu, cổ và mặt, vai với tỉ lệ 12,42%.

Bảng 3. Tỉ lệ tai nạn thương tích theo khối lớp và nơi ở

Khối lớp	Ở trường		Ngoài đường		Ở nhà		Khác		Tổng	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Lớp 5	15	38,46	12	29,27	15	25,42	2	14,29	44	28,76
Lớp 6	5	12,82	8	19,51	10	16,95	1	7,14	24	15,69
Lớp 7	8	20,51	6	14,63	14	23,73	6	42,86	34	22,22
Lớp 8	7	17,95	9	21,95	9	15,25	2	14,29	27	17,65
Lớp 9	4	10,26	6	14,63	11	18,64	3	21,43	24	15,69
Tổng	39	25,49	41	26,79	59	38,56	14	9,15	153	100

Khối lớp 5 có tỉ lệ mắc tai nạn thương tích nhiều nhất với 28,76%, tiếp đến là khối lớp 7 (22,2%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Hòa [2]

nhưng cũng tương đồng với độ tuổi mắc tai nạn thương tích, tác giả này cho biết tỷ lệ bị TNTT cao nhất là lứa tuổi 12 (13,70%), tiếp theo là lứa tuổi 14 (12,5%) và

thấp nhất là lứa tuổi 13 (10,86%), lứa tuổi 15 (9,72%). Về địa điểm xảy ra tai nạn thương tích, đa số trường hợp mắc tai nạn thương tích khi ở nhà với 38,56%, kế đó là khi đi ngoài đường hoặc ở trường khoảng 26%. Có lẽ do các em ở gia đình tham gia làm việc giúp gia

đình nên tai nạn do lao động và sinh hoạt tại nhà là phổ biến. Kết quả điều tra của UNICEF và Bộ Y tế [3] cũng chỉ ra rằng, nơi xảy ra chấn thương chủ yếu là ở nhà với tỉ lệ 52%, trên đường liên thôn/xã (20%) và ở trường (9,4%).

Bảng 4. Tỷ lệ học sinh có kiến thức, thực hành về tai nạn thương tích

Tiêu chí	Kiến thức		Thực hành	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phòng tránh tai nạn giao thông	281	62,03	193	42,60
Phòng tránh té ngã	258	56,95	269	59,38
Phòng đuối nước	98	21,63	245	54,08
Phòng ngộ độc thức ăn	109	24,06	297	65,56
Phòng chó mèo, súc vật cắn	101	22,30	342	75,50
Đạt 5 tiêu chí	146	32,23	147	32,45

Trong các nhóm kiến thức được đo lường, học sinh có kiến thức tốt về tai nạn giao thông với 62,03%; các nhóm kiến thức còn lại cũng chiếm tỉ lệ cao như phòng té ngã với 56,95%; thấp nhất là kiến thức phòng chó mèo, súc vật cắn. Về kết quả này, có thể thấy rằng nhà trường và gia đình có làm tốt công tác tuyên truyền hướng dẫn về an toàn giao thông cho học sinh khi tham gia giao thông, tuy nhiên vấn đề trang bị kiến thức phòng súc vật cắn lại ít được quan tâm, điều này cũng không quá khó lý giải vì

tỉ lệ trẻ bị súc vật cắn hàng năm trên địa bàn huyện thấp.

Về thực hành, học sinh có ý thức thực hành đề phòng chó mèo, súc vật cắn tốt nhất trong các nội dung đánh giá. Cụ thể, có 75,50% học sinh chủ động phòng súc vật cắn, kế đó là phòng ngộ độc thức ăn với 65,56%. Tuy nhiên, dù học sinh có kiến thức tốt về phòng tránh tai nạn giao thông nhưng lại thực hành chưa tốt về nội dung này, chỉ có 42,60% các em có thực hiện các biện pháp phòng ngừa tai nạn giao thông.

Bảng 5. Mối liên quan giữa giới tính, hoàn cảnh kinh tế với mức tai nạn thương tích

Tiêu chí nhóm	Không bị TNTT		Bị TNTT		Tổng		PR CI 95% p
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Giới							1,67 1,3 – 2,2 <0,001
Nam	72	52,94	64	47,06	136	100	
Nữ	228	71,92	89	28,08	317	100	
Tuổi							1,24 0,96 – 1,61 0,09
10-11 tuổi	109	61,58	68	38,41	177	100	
12-14 tuổi	191	69,20	85	30,80	276	100	
Kinh tế gia đình							1,54 1,25 – 1,89 0,0001
Có sổ hộ nghèo	108	55,96	85	44,04	193	100	
Không có sổ	192	73,85	68	25,15	260	100	

Về giới tính, học sinh nam có nguy cơ mắc tai nạn cao gấp 1,6 lần so với học sinh nữ. ($P < 0,0001$; $CI = 1,3 - 2,2$). Theo báo cáo tổng hợp về phòng chống tai nạn thương tích ở trẻ em Việt Nam của Bộ Lao động Thương binh & xã hội và UNICEF [5], nhóm bé trai có nguy cơ mắc tai nạn thương tích cao hơn nhóm bé gái 2-3 lần. Hầu hết các em nam thường sẽ hiếu động và thích đùa giỡn những trò cảm giác mạnh so với các em nữ nên nguy cơ tai nạn sẽ cao hơn.

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hoàn cảnh kinh tế với tai nạn thương tích. Như đã phân tích ở trên, tai nạn của các em xảy ra nhiều ở gia đình, ngoài đường, đối với các em có hoàn cảnh khó khăn, có thể sẽ phụ cha mẹ làm một số công việc gia đình, từ đó nguy cơ tai nạn khi các em

bất cẩn hoặc làm công việc quá nặng nhọc so với tuổi sẽ luôn tiềm ẩn. Theo UNICEF [3], phần lớn gánh nặng của các thương tích ở trẻ em rơi vào trẻ em dưới 15 tuổi, các nhóm dễ bị tổn thương nhất là những nhóm sống trong cảnh nghèo đói triền miên, nhóm hỗn hợp, thường sống ở các vùng nông thôn xa xôi ở các vùng xa xôi, điều này khá phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội của huyện Tân Phú Đông.

Không tìm thấy mối liên quan giữa độ tuổi với mức tai nạn thương tích ($p > 0,05$). Điều này cũng hợp lý vì độ chênh lệch giữa các nhóm tuổi là không đáng kể, môi trường học tập, sinh hoạt của các em cũng không có sự khác biệt lớn. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Hoàng Thị Hòa [2], không có sự khác biệt về TNTT giữa các lứa tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiến thức, thực hành với mức tai nạn thương tích

Tiêu chí nhóm	Bị TNTT		Không bị TNTT		Tổng		PR CI 95% p
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Kiến thức							1,44 1,05 – 1,96 0,016
Tốt	38	26,03	108	73,97	146	100	
Chưa tốt	115	37,46	192	62,54	307	100	
Thực hành							3,84 2,41 - 6,11 < 0,001
Tốt	17	11,56	130	88,44	147	100	
Chưa tốt	136	44,44	170	55,55	306	100	

Những em học sinh có kiến thức và thực hành tốt có nguy cơ không bị mắc tai nạn thương tích cao hơn các em chưa có kiến thức và thực hành đúng về phòng chống tai nạn thương tích. Cụ thể, khi các em không có kiến thức đúng nguy cơ mắc tai nạn thương tích cao gấp 1,44 lần so với các em có kiến thức tốt ($PR=1,44$; $CI = 1,05 - 1,96$; $p < 0,05$); tương tự như vậy, các em không có thực hành tốt về phòng chống tai nạn thương tích sẽ có nguy cơ mắc tai nạn thương tích cao gấp 3,84 lần so với các em có thực hành tốt ($PR = 3,84$; $CI = 2,41 - 6,11$; $P < 0,001$).

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tai nạn thương tích hiện mắc trong năm là 33,77%. Trong đó, cao nhất là loại tai nạn trầy xước chảy máu với 39,87%. Về vị trí tổn thương, chủ yếu là chấn thương trên bụng, lưng, hông, thân mình với tỉ lệ 45,75. Khối lớp 5 có tỉ lệ mắc tai nạn thương tích nhiều nhất

với 28,76. Về địa điểm xảy ra tai nạn thương tích, tỉ lệ mắc khi ở nhà với 38,56%, khi đi ngoài đường hoặc ở trường 26%. Tỉ lệ kiến thức đúng và thực hành tốt về phòng chống tai nạn thương tích của đối tượng lần lượt là 32,23% và 32,45%, học sinh có kiến thức tốt nhất về phòng tránh tai nạn giao thông với 62,03%; về thực hành, thực hành đề phòng chó mèo, súc vật cắn tốt nhất 75,50%. Tuy nhiên, chỉ có 42,60% các em có thực hiện các biện pháp phòng ngừa tai nạn giao thông. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới, điều kiện kinh tế với tai nạn thương tích; kiến thức và thực hành tốt giảm nguy cơ tai nạn thương tích.

Tỉ lệ tai nạn thương tích hiện mắc trong năm cao, nhưng kiến thức đúng và thực hành phòng tai nạn thương tích còn hạn chế, cần tăng cường truyền thông giáo dục nhằm thay đổi hành vi của phụ huynh và trẻ em phòng chống tai nạn thương tích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoa (2005); Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em từ 10 đến 16 tuổi tại quận Liên Chiểu, thành phố Đà Nẵng năm 2005. Tạp chí Dân số và phát triển, số 9 (66). Tr: 23 – 28.
2. Hoàng Thị Hòa (2011) Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tai nạn thương tích ở học sinh THCS Cán tý, Quận Bà, Hà Giang năm 2011. *Tạp chí Khoa học & Công nghệ*, tập 89 (01/2): 163 – 167.
3. Dương Tiêu Phụng (2010); Chấn thương ở học sinh tại thị trấn Vĩnh Bình, huyện Gò Công Tây, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập số 14. Tr: 167 – 172.
4. Margie Peden, Kayode Oyegbite, Joan Ozanne-Smith, và cs (2008) *Báo cáo Thế giới về phòng chống thương tích ở trẻ em*, UNICEF 2008. Tr 111 – 121.
5. Oufiane Boufous, Maria All, Nguyễn Trọng Hà và cs (2010); *Báo cáo tổng hợp về phòng chống tai nạn thương tích trẻ em ở Việt Nam năm 2010*. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội – UNICEF. Tr: 29 – 41.



BỆNH LÝ GIAI ĐOẠN SƠ SINH SỚM TRÊN ĐỐI TƯỢNG TRẺ SINH MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019

Đặng Trung Thành¹, Vũ Thị Thu Nga¹, Nguyễn Văn Thường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, đặc điểm bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm ở trẻ sinh mổ tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 1/1/2019 đến 31/8/2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 941 trẻ sơ sinh sinh mổ. **Kết quả và kết luận:** Đặc điểm dịch tễ: Hầu hết trẻ sơ sinh đều đủ tháng và cân nặng bình thường 98,4% chỉ có 1,6% trẻ sinh non. Tỷ lệ nam/nữ là 1,23 trong đó 14,4% trẻ nữ và 13,8% trẻ nam có bệnh lý cần phải hỗ trợ. Các bà mẹ được quản lý thai nghén tốt (99,1%), chỉ có tỷ lệ nhỏ không quản lý thai nghén đầy đủ (0,9%). Đặc điểm bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm: Trẻ bệnh lý (14,1%), trẻ nam (54,1%), trẻ nữ (45,9%). Nhiễm khuẩn sơ sinh (5%), vàng da tăng bilirubin tự do (3,7%), suy hô hấp (3%), hạ đường máu (1%), đa hồng cầu (0,1%). Trẻ mắc bệnh lý phối hợp: Nhiễm khuẩn sơ sinh và suy hô hấp (1,1%), nhiễm khuẩn sơ sinh và hạ đường máu (0,1). Bệnh lý sơ sinh theo phân loại tuổi thai: Nhóm sơ sinh đẻ non suy hô hấp (71,4%), nhiễm khuẩn sơ sinh (14,6%), hạ đường máu (14,6%). Nhóm sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn sơ sinh (39,5%), vàng da (29,4%), suy hô hấp (16%).

Từ khoá: Trẻ sơ sinh, trẻ sinh mổ, bệnh lý sơ sinh.

ABSTRACT:

EARLY NEONATAL MORBIDITY ON CESAREAN BABIES IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019

Objective: In order to determine epidemiology, neonatal morbidity at cesarean babies in Duc Giang Hospital, from January 1 to August 31 in 2019. **Methods:** This is cross-sectional study on 941 cesarean babies. **Results:** epidemiology: Almost full-term neonates and normal weigh (98,4%), premature infants (1,6%), female gender (14,4%), male gender (13,8%). **Characteristics of sick babies:** morbidity (14,1%), male (54,1%), female (45,9%). Infection (5%), neonatal jaundice (3,7%),

respiratory failure (3%), hypoglycemia (1%), polycythemia (0,1%). Classification of sick babies by gestational age: Premature infants: Respiratory failure (71,4%), infection (14,6%), hypoglycemia (14,6%). Full-term: Infection (39,5%), jaundice (29,4%), respiratory failure (16%).

Key words: Neonate, cesarean babies, neonatal morbidity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ MLT (mổ lấy thai) tại Việt Nam cũng như trên thế giới ngày càng tăng mạnh. Ở Mỹ, tỷ lệ MLT tăng liên tục từ năm 1996 đến năm 2004 từ 20% đến gần 30%. Tại Việt Nam một số bệnh viện (BV) phụ sản lớn tỷ lệ MLT khá cao. Năm 2005, tỷ lệ MLT tại Bệnh viện PSTW 39,7%, PSHN 42,7%, Bạch Mai 36,5%. Năm 2008, tỷ lệ mổ lấy thai tại BV Từ Dũ 48%, PSTW 35% - 40% [1][2]. Theo số liệu thống kê mới nhất tỷ lệ MLT tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cũng rất cao năm 2017 là 48%, 2018 là 49,9%.

Trẻ được sinh bằng phương pháp MLT tỷ lệ mắc cao hơn về các bệnh lý suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, hạ đường huyết, cần hỗ trợ hô hấp, phải vào đơn vị hồi sức sơ sinh và thời gian nằm viện từ 4 - 5 ngày. Trẻ mổ đẻ, tỷ lệ tử vong do suy hô hấp ở tuần thai 37 tuần so với 40 tuần thai [3].

Trẻ được sinh bằng phương pháp MLT từ trước 39 tuần thai có các biến chứng gồm: Trẻ sinh mổ ở 37 tuần thai tỷ lệ tử vong gấp 3 lần trẻ 40 tuần thai và tăng so với trẻ được 38 tuần thai [3],[4].

Sinh mổ chủ động do không có cơ sở từ cung sinh lý khi chuyển dạ nên không tổng được dịch ở phổi trẻ sơ sinh ra ngoài. Chính vì vậy, gây ra các bệnh lý hô hấp sau khi sinh và cần phải can thiệp của nhân viên y tế [5].

Nhóm đối tượng trẻ sinh mổ số lượng ngày càng tăng, tỷ lệ bệnh lý cao và chưa được quan tâm thích đáng. Tại Việt Nam cũng như ở Bệnh viện đa khoa Đức Giang

1. Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Tác giả chính Đặng Trung Thành, SĐT: 0367616329. E-mail: dangthanhhmu@gmail.com

» Ngày nhận bài: 10/01/2020 | » Ngày phản biện: 31/01/2020 | Ngày duyệt đăng: 06/02/2020

chưa có một đề tài nghiên cứu chi tiết về đối tượng này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Mô hình bệnh lý sơ sinh sớm trên đối tượng trẻ sinh mổ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 1/2019 đến 8/2019” nhằm tìm hiểu đặc điểm nhóm đối tượng này, qua đó tìm ra các giải pháp phòng ngừa và khuyến cáo là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sinh mổ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 1/1/2019 đến 31/8/2019

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng

4. Phương pháp tiến hành:

Chẩn đoán bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh sớm: Dựa theo Anaes là những trẻ sơ sinh có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn và hoặc xét nghiệm sinh học bất thường và hoặc cấy dịch ngoại biên dương tính:

- Các yếu tố nguy cơ: Ôi vỡ sớm ≥ 18 giờ, mẹ sốt $\geq 38^\circ$ trước, trong hoặc sau đẻ 3 ngày, nhiễm trùng ối, viêm nhiễm âm đạo - âm hộ hoặc chuyển dạ đẻ non.

- Triệu chứng lâm sàng: Nhịp thở > 60 lần/phút, ngưng thở tái diễn > 20 giây, nhịp tim nhanh > 160 lần/phút hoặc nhịp tim chậm < 100 lần/phút, bú kém, nôn, li bì, kích thích không yên giấc, thân nhiệt không ổn định hoặc vàng da.

- Triệu chứng cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu $\geq 25.000/mm^3$ hoặc $\leq 5000/mm^3$ và/ hoặc CRP > 10 mg/l và hoặc cấy dịch ngoại biên dương tính.

Chẩn đoán bệnh lý ngạt sơ sinh: Trẻ sơ sinh gọi là bị ngạt nếu sau khi sinh không thở cần phải thực hiện các bước hồi sức. Chẩn đoán dựa vào chỉ số APGAR ≤ 7 điểm/phút thứ nhất sau sinh.

Chẩn đoán bệnh lý vàng da tăng bilirubine tự do: Khi tăng Bilirubin trong máu:

- Trên 10% trọng lượng cơ thể nếu trẻ có cân nặng $< 2500g$

- Trên 250 $\mu mol/l$ (14,6 mg/dl) đối với trẻ có cân nặng $> 2500g$

- Ở trẻ đẻ non:

+ Bilirubin $>$ cân nặng lúc sinh (kg) $\times 5 + 2$ mg/dl (có yếu tố nguy cơ)

+ Bilirubin $>$ cân nặng lúc sinh (kg) $\times 5 + 5$ mg/dl (không yếu tố nguy cơ)

Chẩn đoán hội chứng đa hồng cầu sơ sinh: Hematocrit (Hct $\geq 65\%$ hoặc Hb > 220 G/l hoặc Hematocrit $> 60\%$ kèm 2 trong những triệu chứng lâm sàng sau:

- Da môi đỏ lựng hoặc tím bầm.

- Bú kém hơn trước.

- Nôn mửa hơn trước.

- Kém linh hoạt, thần thờ.

- Thở nhanh, suy hô hấp.

Chẩn đoán hội chứng suy hô hấp: Sử dụng phân loại của WHO

- Xác định trẻ sơ sinh khó thở: Tần số thở > 60 lần/phút < 30 lần/phút; tím trung tâm như tím dưới lưỡi và môi, rút lõm lồng ngực, rên thì thở ra, ngưng thở > 20 giây.

- Hội chứng suy hô hấp: Có triệu chứng khó thở biểu hiện bằng rút lõm, thở rên thường kèm ngưng thở.

Bảng 2.2: Phân loại khó thở

Tần số thở/phút	Thở rên hoặc rút lõm lồng ngực	Phân loại
> 90	Có	Khó thở nặng
> 90	Không	Khó thở trung bình
60 – 90	Có	Khó thở trung bình
60 – 90	Không	Khó thở nhẹ

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ ca bệnh là trẻ sinh mổ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang kê y học.

Thu thập và xử lý số liệu: Theo phương pháp thống

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về trẻ sinh mổ

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi thai khi sinh	<37 tuần thai	15/941	1,6
	≥37 tuần thai	926/941	98,4
Giới tính	Nam	520/941	55,3
	Nữ	421/941	44,7
Quản lý thai nghén	Có	933/941	99,1
	Không	8/941	0,9

Nhận xét:

- Hầu hết trẻ sơ sinh đều đủ tháng 98,4%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,23.
- Các bà mẹ được quản lý thai nghén đầy đủ chiếm tỷ lệ cao 99,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bình thường và bệnh lý

Nhóm trẻ	Số lượng	Tỷ lệ %
Trẻ bệnh lý	133	14,1
Trẻ bình thường	808	85,9
Tổng	941	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh bệnh lý trong nhóm trẻ sinh mổ là 14,1%

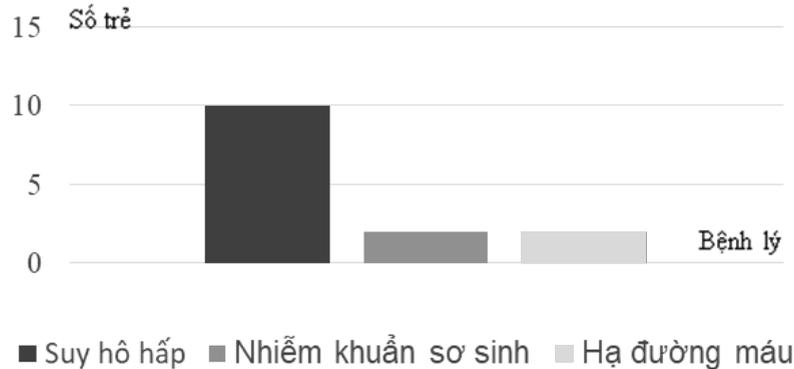
Bảng 3. Mô hình bệnh lý sơ sinh sớm

Bệnh lý sơ sinh	Số lượng sơ sinh bệnh lý (n = 133)	Tỷ lệ % trên tổng số trẻ MLT (N = 941)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	47	35,3
Vàng da tăng Bilirubin tự do	35	26,3
Suy hô hấp (SHH)	29	21,8
Nhiễm khuẩn sơ sinh + SHH	11	8,3
Hạ đường máu (HĐM)	9	6,7
Đa hồng cầu	1	0,8
Nhiễm khuẩn sơ sinh + HĐM	1	0,8
Tổng số	133	100

Nhận xét:

Trong nhóm trẻ sơ sinh bệnh lý thì nhiễm khuẩn sơ sinh chiếm cao nhất (47%), vàng da (26,3%), suy hô hấp (21,6%), hạ đường máu (6,7%), còn lại là các bệnh lý phối hợp.

Bảng 4. Mô hình bệnh lý theo phân loại sơ sinh đẻ non

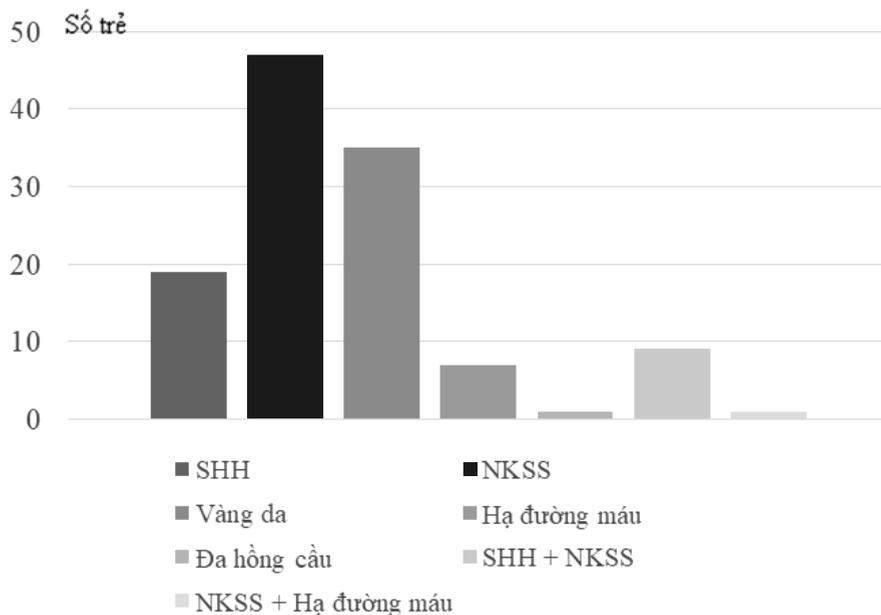


Nhận xét:

Tỷ lệ trẻ suy hô hấp trong nhóm đẻ non rất cao 10/14

bệnh nhân chiếm 71,4%. Bệnh lý nhiễm khuẩn sơ sinh và hạ đường máu trong nhóm này chiếm tỷ lệ như nhau là 14,6%.

Bảng 5. Mô hình bệnh lý theo phân loại sơ sinh đủ tháng



Nhận xét:

Trong nhóm sơ sinh đủ tháng, bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn sơ sinh 47/119 bệnh nhân (39,5%). Bệnh lý vàng da và suy hô hấp sơ sinh cũng là những bệnh lý hay gặp với tỷ lệ lần lượt là 35/119 bệnh nhân (29,4%), 19/119 bệnh nhân (16%).

Chiếm tỷ lệ ít hơn các bệnh lý hạ đường máu, đa hồng cầu và các bệnh lý phối hợp.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ: Hầu hết trẻ sơ sinh đều đủ tháng và cân nặng bình thường 98,4% chỉ có 1,6% trẻ sinh non.

Tỷ lệ nam/nữ là 1,23 trong đó 14,4% trẻ nữ và 13,8% trẻ nam có bệnh lý cần phải hỗ trợ. Các bà mẹ được quản lý thai nghén tốt (99,1%), chỉ có tỷ lệ nhỏ không quản lý thai nghén đầy đủ (0,9%).

Tỷ lệ trẻ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi (2011) tại Trường đại học Y – Dược Huế về mô hình bệnh tật giai đoạn sơ sinh sớm cho thấy nam chiếm tỷ lệ 51,7%, nữ 48,5%, tỷ lệ nam/nữ là: 620/580 (tương đương 106 nam/100 nữ) [6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các sản phụ đều khỏe và thực hiện tốt việc quản lý thai nghén với tỷ lệ



99,1%. Chỉ có tỷ lệ rất ít chiếm 0,9% là không quản lý thai nghén định kỳ. Lý do được đưa ra là các bà mẹ mang thai lần 2 suy nghĩ rằng: lần mang thai đầu bình thường nên lần sau không cần khám thường xuyên nữa. Các bà mẹ được chăm sóc và quản lý thai nghén đầy đủ sẽ làm giảm tỷ lệ bệnh lý và tử vong chu sinh và sơ sinh [7].

Đặc điểm bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm: Trẻ bệnh lý (14,1%), trẻ nam (54,1%), trẻ nữ (45,9%). Nhiễm khuẩn sơ sinh (5%), vàng da tăng bilirubin tự do (3,7%), suy hô hấp (3%), hạ đường máu (1%), đa hồng cầu (0,1%). Trẻ mắc bệnh lý phối hợp: Nhiễm khuẩn sơ sinh và suy hô hấp (1,1%), nhiễm khuẩn sơ sinh và hạ đường máu (0,1).

Tỷ lệ trẻ bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi là 39,2% [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sơ sinh bệnh lý chỉ tương đương hoặc cao hơn chút so với tỷ lệ ở Mỹ mà các tác giả đã liệt kê. Và giá trị cao hơn này là do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có cả đối tượng tuổi thai < 37 tuần. Ở Mỹ năm 2011, các tác giả liệt kê tỷ lệ trẻ đủ tháng được sinh bằng phương pháp mổ lấy thai cần phải điều trị ở khoa sơ sinh theo tuần thai là: trẻ 37 tuần là 12,8%; 38 tuần 8,1%; 39 tuần 5,9%; 40 tuần 4,8; 41 tuần 7,9; 42 tuần 14,2 [7].

Bệnh lý sơ sinh theo phân loại tuổi thai: Nhóm sơ sinh đẻ non suy hô hấp (71,4), nhiễm khuẩn sơ sinh (14,6), hạ đường máu (14,6). Nhóm sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn sơ sinh (39,5%), vàng da (29,4), suy hô hấp (16%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trẻ sinh bằng phương pháp MLT ở tuổi thai < 37 tuần tỷ lệ sơ sinh bệnh lý cao nhất chiếm tới 93,3%. Các bệnh lý hay gặp đối với các đối tượng này là suy hô hấp, hạ đường máu và nhiễm khuẩn sơ sinh... Chính vì vậy nhóm đối tượng này cần phải đặc biệt quan tâm, chăm sóc thật cẩn thận. Tại bệnh viện chúng tôi, do có sự phối hợp tốt khoa sản và khoa sơ sinh nên tất cả các đối tượng đẻ non đều được hội chẩn từ trước. Từ đó, chúng tôi đưa ra các phương hướng xử trí kịp thời tránh các tai biến nặng nề cho đứa trẻ.

Nhóm trẻ được sinh bằng phương pháp MLT ở tuần thai từ 37 tuần +0 ngày đến 37 tuần + 6 ngày có tỷ lệ sơ sinh bệnh lý thấp hơn hẳn so với nhóm tuổi thai < 37 tuần, với tỷ lệ chỉ 26,7%.

Nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng thì tỷ lệ trẻ sơ sinh bệnh lý còn thấp hơn nữa chỉ có 12,4%.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Nhi, tỷ lệ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm cao nhất ở loại sơ sinh già tháng (78,5%), ở loại sơ sinh đẻ non là 62,8% và thấp nhất ở loại sơ sinh đủ tháng (17,26%) [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên đối tượng trẻ sinh mổ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2019 chúng tôi rút ra một số nhận xét:

Đặc điểm dịch tễ: Hầu hết trẻ sơ sinh đều đủ tháng và cân nặng bình thường 98,4% chỉ có 1,6% trẻ sinh non. Tỷ lệ nam/nữ là 1,23 trong đó 14,4% trẻ nữ và 13,8% trẻ nam có bệnh lý cần phải hỗ trợ. Các bà mẹ được quản lý thai nghén tốt (99,1%), chỉ có tỷ lệ nhỏ không quản lý thai nghén đầy đủ (0,9%). Đặc điểm bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm: Trẻ bệnh lý (14,1%), trẻ nam (54,1%), trẻ nữ (45,9%). Nhiễm khuẩn sơ sinh (5%), vàng da tăng bilirubin tự do (3,7%), suy hô hấp (3%), hạ đường máu (1%), đa hồng cầu (0,1%). Trẻ mắc bệnh lý phối hợp: Nhiễm khuẩn sơ sinh và suy hô hấp (1,1%), nhiễm khuẩn sơ sinh và hạ đường máu (0,1). *Bệnh lý sơ sinh theo phân loại tuổi thai:* Nhóm sơ sinh đẻ non suy hô hấp (71,4), Nhiễm khuẩn sơ sinh (14,6), hạ đường máu (14,6). Nhóm sơ sinh đủ tháng nhiễm khuẩn sơ sinh (39,5%), vàng da (29,4), suy hô hấp (16%).

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị nhằm làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ sơ sinh:

Chỉ định mổ lấy thai chủ động nên được trì hoãn nếu có thể ít nhất là trẻ đủ 37 tuần thai. Tốt hơn nhất là trì hoãn tới 38 tuần thai và dưới 42 tuần thai. Chỉ định mổ lấy thai đúng thời điểm sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ trẻ suy hô hấp ngay sau sinh.

Những trường hợp mổ cấp cứu với tuổi thai dưới 37 tuần, cần phải có sự hội chẩn với bác sỹ chuyên khoa sơ sinh từ trước để hỗ trợ kịp thời trẻ sơ sinh ngay sau sinh và phòng tránh biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kiều Nhi (2011), “Xác định các yếu tố nguy cơ mẹ liên quan bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm ở con tại khoa Sản Bệnh viện Trường đại học Y -Dược Huế”, Tạp chí Phụ sản, **9(2)**, tr. 104 – 109.
2. Huỳnh Thị Thu Thủy (2008), “Sinh mổ thực trạng và các yếu tố liên quan”, Bệnh viện Từ Dũ.
3. Trần Đình Long (2003), Bệnh lý học sơ sinh, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 83 - 134.
4. Marian F, Macdonan (2008), “Cesarean Birth in the United States Epidemiology, Trends, an outcomes”, Clin Perinatol, **35(2)**: 293-307.
5. Elliott Main, Bryan Oshiro (2010), Elimination of Non-medically Indicated (Elective) Deliveries Before 39 Weeks Gestational Age, Making the Case, page 6-10.
6. Reddy, Uma M (2011), “Term pregnancy: a period of heterogeneous risk for infant mortality”, Obstet Gynecol, **117(6)**: 1279-1287.
7. Cassady G (1971), “Effect of cesarean section on neonatal body water spaces”, New England Journal of Medicine, 285: 887-891.
8. Nelson. Part XII The Fetus and the Neonatal Infant. Chapter 95. High-risk Pregnancies. 1070 – 1075



NGHIÊN CỨU TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG TRỰC KHUẨN GRAM ÂM GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Hoàng Thị Minh Hòa¹, Nguyễn Thị Xuyên², Nguyễn Huy Hoàng¹,
Nguyễn Thị Đoàn Trinh¹, Lê Nguyễn Nguyên Hạ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp tại Bệnh Viện đa khoa vùng Tây Nguyên và xác định tỷ lệ đề kháng kháng sinh của chủng trực khuẩn Gram âm thường gặp phân lập được.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 252 mẫu nghiệm là các chủng trực khuẩn Gram âm thường gặp từ tháng 10/2018 đến 3/2019.

Kết quả: Tổng số mẫu phân lập được là 252 mẫu, trong đó *Klebsiella* chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), tiếp đến là *Escherichia coli* (31,8%), *Acinetobacter baumannii* (23,4%) và *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%). *Klebsiella pneumoniae* đề kháng >50% với tất cả các kháng sinh khảo sát, tỷ lệ sinh ESBL là 52%. *Escherichia coli* đề kháng từ 40-75% với nhiều loại kháng sinh nhưng nhạy cảm cao với amikacin và nhóm carbapenem, tỷ lệ sinh ESBL là 54%. *Acinetobacter baumannii* đề kháng trên 90% với hầu hết các kháng sinh khảo sát nhưng còn nhạy cảm 100% với colistin. *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng 100% trimethoprim/sulfamethoxazole, trên 50% với các kháng sinh còn lại, nhạy cảm trên 80% với piperacilin/tazobactam và nhạy cảm hoàn toàn với colistin. **Kết luận:** Trong các chủng vi khuẩn Gram âm thường gặp, *Acinetobacter baumannii* có mức độ đề kháng kháng sinh cao nhất, trên 90% với hầu hết các kháng sinh khảo sát nhưng còn nhạy cảm 100% với colistin.

Từ khóa: Gram âm, kháng kháng sinh.

ABSTRACT:

STUDY ON ANTIBIOTIC RESISTANCE OF COMMON PATHOGENIC GRAM NEGATIVE BACTERIA AT TAY NGUYEN REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine prevalence of common pathogenic Gram-negative bacteria in Tay Nguyen regional General Hospital and antibiotic resistance of isolated strains. **Materials and method:** Descriptive cross sectional study was conducted on 252 common pathogenic Gram-negative strains that are identified and detected antibiotic resistance from October 2018 to March 2019. **Results:** In 252 isolated strains, the most common bacteria was *Klebsiella pneumoniae* (33,3%), the next ones were *Escherichia coli* (31,8%), *Acinetobacter baumannii* (23,4%) and *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%). *Klebsiella pneumoniae* was resistant more than 50% to all examined antibiotics with ESBL producing rate was 52%. *Escherichia coli* was resistant from 40-75% to many antibiotics but highly susceptible to amikacin and carbapenem, with ESBL producing rate was 54%. *Acinetobacter baumannii* was resistant more than 90% to all examined antibiotics but susceptible completely to colistin. *Pseudomonas aeruginosa* was resistant 100% to trimethoprim/sulfamethoxazole, more than 50% to remaining antibiotics, susceptible more than 80% to piperacilin/tazobactam and colistin. **Conclusion:** *Acinetobacter baumannii* was the most resistant bacteria out of four examined bacteria.

Keywords: Gram negative, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đầu năm 2017 Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra danh sách 12 vi khuẩn kháng thuốc đáng báo động trong đó có 3 vi khuẩn có mức cảnh báo cao nhất: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* và họ *Enterobacteriaceae* kháng carbapenem [11]. Sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn đa kháng cùng với sự khan

1. Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng
2. Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

hiếm các dòng kháng sinh mới dẫn đến việc điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn ngày càng khó khăn hơn, làm ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Tại Việt Nam, đề kháng kháng sinh vẫn là vấn đề nổi trội khi ngày càng xuất hiện nhiều tác nhân gây nhiễm khuẩn có khả năng đề kháng với nhiều loại kháng sinh. Đó là các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL, sinh carbapenemase, các chủng *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter* sp đa kháng [9]. ... Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên là một bệnh viện lớn với nhiều chuyên khoa và thường xuyên phân lập được các chủng vi khuẩn kháng thuốc ở người bệnh, đặc biệt là vi khuẩn Gram âm, ngoài ra, tính đề kháng kháng sinh cũng thay đổi theo từng năm. Nhằm tăng hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu tính đề kháng kháng sinh của các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp phân lập được tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp phân lập được tại Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên.
2. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh của chủng trực khuẩn Gram âm thường gặp phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp phân lập được tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
- + Vi khuẩn thuần chủng không nhiễm vi khuẩn khác.
- + Có kết quả kháng sinh đồ hợp lệ được áp dụng để điều trị trong lâm sàng.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu:

Địa điểm: Khoa xét nghiệm Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu:

Thời gian: Từ 10/2018 đến 3/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: Tất cả các chủng trực khuẩn *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trong khoảng thời gian 10/2018 đến 3/2019.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Kỹ thuật nghiên cứu

- Nuôi cấy theo qui trình nuôi cấy và định danh vi khuẩn của Bộ Y tế 03/01/2014.

- Làm kháng sinh đồ bằng phương pháp khuếch tán đĩa kháng sinh trên thạch (Phương pháp Kirby Bauer) và đo đường kính dựa vào tiêu chuẩn CLSI 2018.

- Kỹ thuật phát hiện vi khuẩn sinh ESBL: Dùng phương pháp đĩa kết hợp với 2 cặp đĩa giấy kháng sinh là ceftazidime 30µg - ceftazidime/acid clavulanic 30/10µg và cefotaxime 30µg - cefotaxime/acid clavulanic 30/10µg.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm WHONET5.6 và phương pháp thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Các số liệu và thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không vì mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

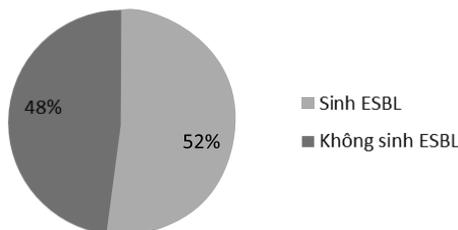
3.1. Tỷ lệ các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp

Trong tổng số 252 chủng vi khuẩn Gram âm nghiên cứu thì *Klebsiella pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,3%; kế đến là *Escherichia coli* (31,8%), *Acinetobacter baumannii* (23,4%) và *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%).

3.2. Mức độ đề kháng kháng sinh của chủng trực khuẩn Gram âm phân lập được

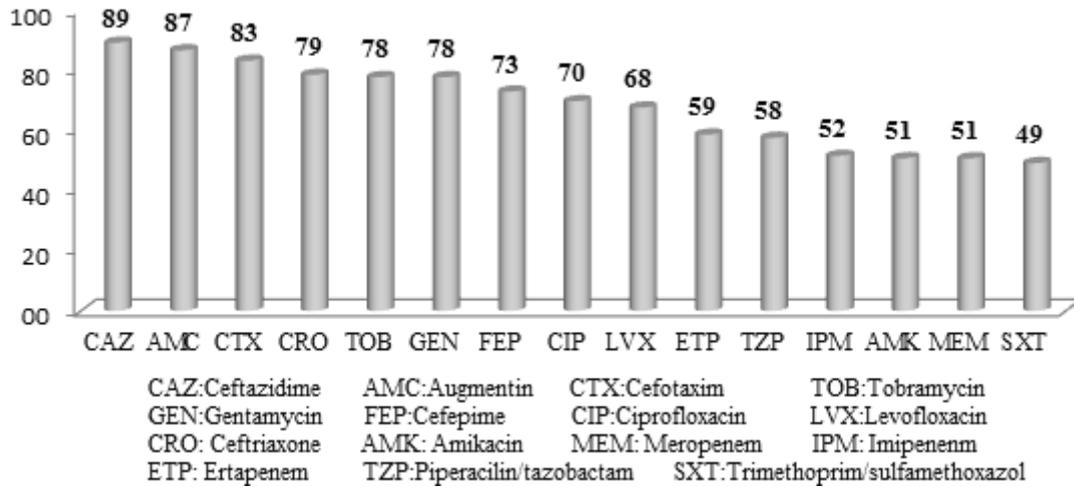
3.2.1. Đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*

Biểu đồ 1: Tỷ lệ sinh ESBL của *Klebsiella pneumoniae*



- Tỷ lệ sinh ESBL của các chủng *K. pneumoniae* là 52%.

Biểu đồ 2: Đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*



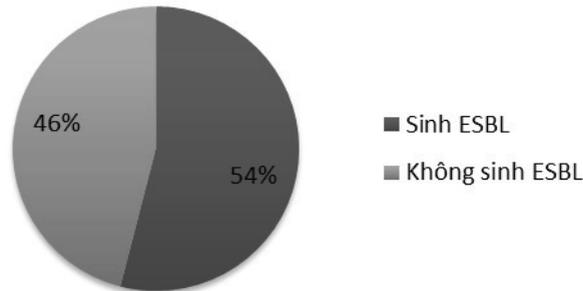
- *K. pneumoniae* có tỉ lệ đề kháng cao trên 80% với ceftazidime, cefotaxim, amoxicillin/clavulanate.

- *K. pneumoniae* kháng trên 60% với ceftriaxone, tobramycin, gentamycin, cefepime, ciprofloxacin,

levofloxacin và kháng trên 50% với nhóm carbapenem, piperacilin/tazobactam, amikacin và trimethoprim/sulfamethoxazole.

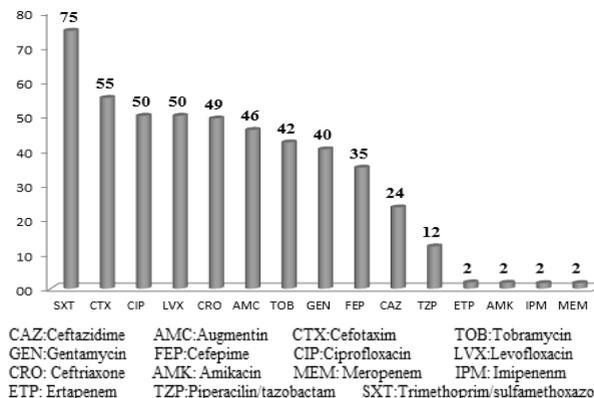
3.2.2. Đề kháng kháng sinh của *Escherichia coli*

Biểu đồ 3: Tỷ lệ sinh ESBL của *Escherichia coli*



- Tỷ lệ sinh ESBL của các chủng *E. coli* là 54%.

Biểu đồ 4: Đề kháng kháng sinh của *Escherichia coli*



- *E. coli* đề kháng trên 70% với trimethoprim/sulfamethosazole và trên 50% với cefotaxim, ciprofloxacin, levofloxacin.

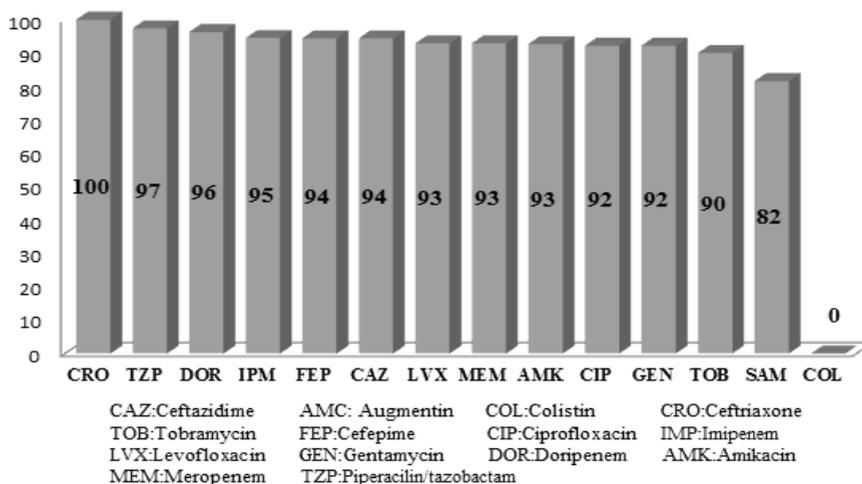
- *E. coli* đề kháng từ 12 - 49% với gentamycin, tobramycin, augmentin, ceftriaxone, cefepime, ceftazidim

và piperacillin/tazobactam.

- Các chủng *E. coli* phân lập được còn nhạy cảm cao với ertapenem, amikacin, meropenem và imipenem.

3.2.3. Đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii*

Biểu đồ 5: Đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii*

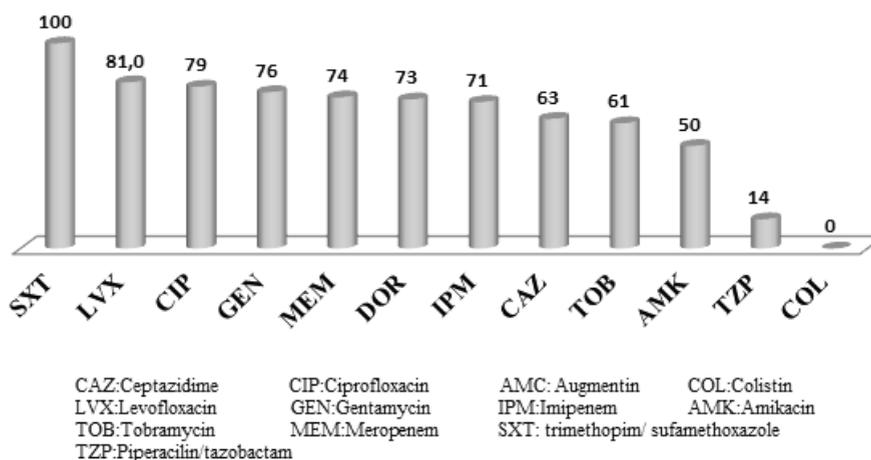


- *Acinetobacter baumannii* đề kháng 100% với ceftriaxone và trên 90% với nhóm carbapenem, nhóm quinolones, cefepime, ceftazidime, piperacilin/tazobactam, nhóm aminoglycosides và ampicillin/sulbactam.

- *Acinetobacter baumannii* còn nhạy cảm hoàn toàn với colistin.

3.2.4. Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*

Biểu đồ 6: Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*



- *P. aeruginosa* đề kháng 100% với trimethoprim/sulfamethoxazole và trên 70% với imipenem, doripenem, meropenem, gentamicin, ciprofloxacin và levofloxacin.

- *P. aeruginosa* vẫn còn nhạy cảm trên 80% với piperacilin/tazobactam và nhạy cảm hoàn toàn với colistin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp

Trong số 252 chủng vi khuẩn phân lập được thì *Klebsiella pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%),

tiếp đến là *Escherichia coli* (31,8%), *Acinetobacter baumannii* (23,4%) và *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Phúc cho thấy các loài vi khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp nhất là *E. coli* (33,03%), *Enterococcus* sp (17,72%) và *Klebsiella pneumoniae* (6,3%) [7]. Ngoài ra theo tác giả Trần Thủy Trinh thì vi khuẩn thường gặp nhất là *E. coli* (21,2%), kế đến là *Klebsiella* sp (13,9%), *P. aeruginosa* (8,8%) và *Acinetobacter* sp (5,5%) [8]. Có sự khác biệt về tỷ lệ các chủng vi khuẩn Gram âm thường gặp có thể là do tính đặc trưng của mỗi bệnh viện.

4.2. Mức độ đề kháng kháng sinh của chủng trực khuẩn Gram âm phân lập được

4.2.1. Đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*

K. pneumoniae có tỷ lệ đề kháng trên 49% với các loại kháng sinh khảo sát, từ 70-90% với các kháng sinh như ceftazidime (89%), cefotaxime (83%), amoxicillin/clavulanic acid (87%), ceftriaxone (79%), tobramycin (78%), gentamycin (78%), cefepime (73%) và ciprofloxacin (70%). Nghiên cứu tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương cho thấy tỷ lệ kháng thuốc của *K. pneumoniae* thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kháng từ 23-56% với các loại kháng sinh ceftazidime, augmentin, ceftriaxone, cefepime, imipenem và ertapenem [10]. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Hoài An (2014) tại Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh thì tỷ lệ *K. pneumoniae* kháng nhóm kháng sinh carbapenem trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nhiều (52% so với 2,86%) [1]. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Phúc tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2010 thì *K. pneumoniae* đề kháng 100% với kháng sinh monopenicillin, đề kháng tương đối thấp (<23,1%) với kháng sinh nhóm aminoglycoside, cephalosporin thế hệ 1, trimethoprim/sulfamethoxazole và levofloxacin, kháng thấp (<10%) với kháng sinh cephalosporin thế hệ 3. Đặc biệt, trong nghiên cứu này chưa phát hiện các chủng kháng với nhóm carbapenem và cephalosporin thế hệ 4 cũng như amikacin [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự gia tăng đề kháng kháng sinh của các chủng *K. pneumoniae* rất đáng lo ngại, vì vậy việc sử dụng kháng sinh khi điều trị phải rất cân nhắc, cũng như cần gia tăng quản lý và cách ly bệnh nhân tốt.

Tỷ lệ sinh ESBL của *K. pneumoniae* tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên là 52%, cao hơn so với Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương (30%) nhưng thấp hơn so với

Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh (65,7%). Việc lạm dụng các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 là một trong những lý do dẫn đến việc ngày càng xuất hiện nhiều chủng *K. pneumoniae* có khả năng sinh beta lactamase phổ rộng.

4.2.2. Đề kháng kháng sinh của *E. coli*

E. coli có tỷ lệ kháng thuốc cao với trimethoprim/sulfamethoxazole (75%), đề kháng từ 35-55% với kháng sinh cefotaxim (55%), ciprofloxacin (50%), levofloxacin (50%), gentamycin (40%), tobramycin (42%) augmentin (46%) và cefepime (35%). Mức độ kháng thuốc của các chủng *E. coli* trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của tác giả Vũ Ngọc Hiếu (2017) tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh khảo sát là từ 46,3 – 88,2%; đặc biệt tỷ lệ kháng imipenem và ertapenem lần lượt là 3,2% và 8,5% cao hơn so với tỷ lệ 2% trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích là do tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL trong nghiên cứu của chúng tôi (54%) thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Hiếu (56,6%) [3]. Sự khác biệt trong mức độ kháng thuốc của *E. coli* giữa hai nghiên cứu có thể được giải thích là do sự khác biệt trong nhóm đối tượng nghiên cứu: tác giả Vũ Ngọc Hiếu nghiên cứu trên các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh nhân đái tháo đường - có nguy cơ mắc phải các vi khuẩn đa kháng do thời gian nằm viện kéo dài, còn chúng tôi nghiên cứu trên các chủng vi khuẩn Gram âm thường gặp phân lập được từ tất cả bệnh nhân nằm viện trong thời gian khảo sát.

4.2.3. Đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii*

Tỷ lệ kháng kháng sinh của chủng *A. baumannii* là rất cao, trên 90% với hầu hết các kháng sinh kể cả nhóm carbapenem nhưng còn nhạy cảm hoàn toàn với colistin. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hồng Nhung (2018), tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng *A. baumannii* ở khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai thì *A. baumannii* chỉ còn nhạy cảm dưới 10% đối với nhiều kháng sinh, kể cả các kháng sinh carbapenem hay aminoglycoside [6], kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. *A. baumannii* là chủng vi khuẩn đa kháng lưu hành chủ yếu ở khoa hồi sức và cũng là tác nhân chính gây nhiễm khuẩn bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với tác giả Cao Minh Nga (2008), cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng *A. baumannii* là từ 17-34% trong đó tỷ lệ kháng imipenem chỉ mới 17% [4]. Sự khác

biệt này cho thấy hiện trạng đáng lo ngại và nguy cơ xuất hiện các chủng *Acinetobacter* đề kháng với tất cả kháng sinh là rất cao. Nguyên nhân sai lệch về mức độ đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter* giữa kết quả nghiên cứu có thể là do khoảng cách thời gian, đặc tính bệnh nhân và địa điểm thu mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, theo nghiên cứu của tác giả Cao Minh Nga trong 2 năm (2006 và 2007) [4] thì các chủng *Acinetobacter* phân lập được từ đàm có tỉ lệ kháng kháng sinh của năm sau cao hơn so với năm trước. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kháng sinh duy nhất mà *A. baumannii* còn nhạy cảm hoàn toàn là colistin, do đó cần thận trọng trong sử dụng colistin để điều trị nhiễm khuẩn nhằm góp phần hạn chế khả năng xuất hiện các chủng *A.baumannii* toàn kháng trong tương lai.

4.2.4. Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*

Tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* là khá cao, đề kháng 100% với trimethoprim/sulfamethoxazole, kháng trên 70% với nhóm carbapenem và nhạy cảm hoàn toàn với colistin. Mức độ kháng thuốc của *P. aeruginosa* trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Hùng Vân, cho thấy tỷ lệ đề kháng meropenem và imipenem lần lượt là 15,4% và 20,7% [9]; nghiên cứu của Trần Thanh Nga (2013) với tỷ lệ kháng imipenem của *P. aeruginosa* là 38% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự gia tăng về tỷ lệ kháng kháng sinh imipenem, đây là điều đáng lưu ý vì imipenem và các kháng sinh nhóm carbapenem là vũ khí hữu hiệu nhất để điều trị các nhiễm trùng do *P. aeruginosa* gây nên. Điều này cần phải được nghiên cứu sâu hơn vì nguy cơ lan truyền tính kháng thuốc sẽ rất

cao nếu cơ chế của sự đề kháng là do vi khuẩn tiết được enzyme carbapenemase vì gen đề kháng có thể nằm trên plasmid và có thể lan truyền được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chủng *P. aeruginosa* được phân lập chủ yếu ở khoa hồi sức tích cực (20/29 chủng), điều này là phù hợp với kết quả về mức độ kháng thuốc của *P. aeruginosa*. Việc điều trị tác nhân này được khuyến cáo là không dùng kháng sinh đơn độc mà phải dùng kháng sinh phối hợp để tăng tác dụng diệt khuẩn và hạn chế kháng kháng sinh cũng như giảm tính độc của các kháng sinh nhóm carbapenem, aminoglycoside và đặc biệt là colistin [2].

V. KẾT LUẬN

- Trong số 252 chủng vi khuẩn Gram âm nghiên cứu thì *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ cao nhất (33,3%), kế đến là *Escherichia coli* (31,8%), *Acinetobacter baumannii* (23,4%) và *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%).

- Các chủng *Klebsiella pneumoniae* đề kháng trên 50% với tất cả các kháng sinh khảo sát, tỷ lệ sinh ESBL là 52%.

- Các chủng *Escherichia coli* đề kháng 40-75% với nhiều loại kháng sinh nhưng nhạy cảm cao với amikacin và nhóm carbapenem, tỷ lệ sinh ESBL là 54%.

- *Acinetobacter baumannii* đề kháng trên 90% với hầu hết các kháng sinh khảo sát nhưng còn nhạy cảm 100% với colistin.

- *Pseudomonas aeruginosa* đề kháng 100% với trimethoprim/sulfamethoxazole, trên 50% với các kháng sinh còn lại; nhạy cảm trên 80% với piperacilin/tazobactam và nhạy cảm hoàn toàn với colistin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Hoài An, Vũ Lê Ngọc Lan và cộng sự (2014), “Khảo sát sự kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* trên bệnh phẩm phân lập được tại Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Khoa học ĐHSP TP Hồ Chí Minh*, 61, 146 – 153.
2. Bộ môn Vi sinh (2014), *Vi khuẩn Y học*, Khoa Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
3. Vũ Ngọc Hiếu, Phạm Hồng Nhung, “Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm ở bệnh nhân đái tháo đường phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 109(4), 1-8.
4. Cao Minh Nga (2008), “Sự kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Thống Nhất trong năm 2006”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 12, 194-200.
5. Trần Thanh Nga (2013), “Tác nhân gây viêm phổi và khuynh hướng đề kháng kháng sinh 2010 – 2012 tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Hội nghị đề kháng kháng sinh trong viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện*.
6. Phạm Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Tuyền và cộng sự (2018), “Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter baumannii* phân lập tại khoa Hồi sức tích cực và Trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2012-2016”, *Y học Lâm sàng*, 43-51.

7. Dương Hoàng Phúc, Hoàng Tiến Mỹ (2010), “Sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được tại Bệnh viện Y Dược thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(1), 481 – 486.
8. Trần Thị Thủy Trinh, Nguyễn Thanh Bảo (2014), “Tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh được phân lập tại Bệnh viện An Bình từ 01/10/2012 đến 31/5/2013”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 18(1), 297-303.
9. Phạm Hùng Vân, MIDAS và nhóm nghiên cứu (2010), “Nghiên cứu đa trung tâm về tình hình đề kháng imipenem và meropenem của trực khuẩn Gram âm dễ mọc kết quả trên 16 bệnh viện tại Việt Nam”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14(2), 279-286.
10. Chu Thị Hải Yến, Phạm Thị Huỳnh Giao và cộng sự (2014), “Khảo sát tỉ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được tại Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 18(5), 75-82.
11. World Health Organization (2017), “WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed”, Retrieved 20/8/2017, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/en/>

KIẾN THỨC VỀ CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI THÔNG THƯỜNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI HUYỆN TÂN PHÚ ĐÔNG, TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2018

Phạm Văn Lực¹, Hồ Văn Sơn¹, Võ Thị Kim Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ người phá thai ở tuổi vị thành niên (VTN) đang ở mức báo động với 300.000 ca nạo phá thai mỗi năm trong độ tuổi 15-19 tuổi. Nguyên nhân là do kiến thức, thực hành về sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) của VTN còn hạn chế.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ học sinh Trung học phổ thông (THPT) tại huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang có kiến thức chung đúng về các BPTT thông dụng và một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 472 học sinh các khối lớp 10, 11, 12 trên địa bàn huyện Tân Phú Đông, tỉnh Tiền Giang, từ tháng 3/2018 đến tháng 9/2018.

Kết quả: Kiến thức chung đúng về BPTT là 15,04%; kiến thức đúng về các BPTT khẩn cấp của đối tượng chỉ đạt 6,57%; về các biện pháp tránh thai bao cao su (BCS) chỉ đạt 14,19%. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức ($p < 0,05$): giới tính liên quan đến kiến thức chung về BPTT và kiến thức BPTT BCS; tuổi liên quan đến kiến thức BPTT khẩn cấp và kiến thức BPTT BCS; hoàn cảnh kinh tế với các kiến thức chung về BPTT, BPTT khẩn cấp, BPTT BCS.

Kết luận: Tỷ lệ học sinh có kiến thức các BPTT chưa cao. Cần tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông cho học sinh nhận thức đầy đủ về các biện pháp tránh thai; cung cấp thông tin hướng dẫn cho cha mẹ học sinh về BPTT; khai thác ưu thế mạng xã hội trong tư vấn tâm lý, sức khỏe sinh sản, tình yêu tình dục để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về các biện pháp tránh thai cho học sinh.

Từ khóa: Kiến thức, tránh thai, bao cao su, tình dục an toàn, học sinh, Tiền Giang.

ABSTRACT

KNOWLEDGE ABOUT COMMON CONTRACEPTIVE METHODS AND SOME RELATED FACTORS OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN TAN PHU DONG DISTRICT, TIEN GIANG PROVINCE

Background: According to the General Department of Population and Family Planning, the proportion of adolescent abortions (VTN) is at an alarming rate with 300,000 abortions every year between the ages of 15-19. The reason is that the knowledge and practice of using contraception of abortions are still limited.

Objectives: Determine the proportion of high school students in Tan Phu Dong district, Tien Giang province that has the correct general knowledge about common methods and some related factors.

Methods: A cross-sectional study describing 472 students in grades 10, 11 and 12 in Tan Phu Dong district, Tien Giang province, from March 2018 to September 2018.

Result: The general correct knowledge about the method of contraception is 15.04%; right knowledge about urgent contraceptive methods of the target is only 6.57%; Regarding condom contraceptives (condoms), it was only 14.19%. Some factors related to knowledge ($p < 0.05$): gender is related to general knowledge about contraception and condom condom knowledge; age related to knowledge of emergency contraception and condom knowledge; economic situation with general knowledge about contraception, emergency contraception, condom contraception.

Conclusions: The proportion of students who have knowledge about the methods of contraception

1. Trung tâm Y tế huyện Tân Phú Đông, Tiền Giang

Tác giả chính: Phạm Văn Lực, SĐT: 019181326, Email: bsuctpd@gmail.com

2. Trường Đại học Thăng Long

is not high. Need to increase information, education and communication for students to be fully aware of contraceptives; Provide information and advice for parents of students on contraceptives; Exploiting the social network in psychological counseling, reproductive health, sexual love to improve knowledge, attitudes and practices on contraception for students.

Keywords: Knowledge, contraception, condom, safe sex, students, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổng cục Thống kê về Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ phá thai ở tuổi VTN đang ở mức báo động với 300.000 ca mỗi năm trong độ tuổi 15-19 tuổi [8]. Các em gái khi mang thai do xấu hổ nên giấu không cho gia đình và mọi người biết mà thường tìm đến các cơ sở y tế kém chất lượng, dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng có thể gây vô sinh, thậm chí tử vong, nhiều em sau đó đã không thể làm mẹ hoặc gặp những sang chấn tâm lý suốt cuộc đời. Các em vị thành niên được trang bị đầy đủ kiến thức về giới tính và sức khỏe sinh sản sẽ góp phần nâng cao chất lượng dân số trong tương lai. Để có cơ sở đề xuất can thiệp hiệu quả, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ học sinh trung học phổ thông (THPT) tại huyện Tân Phú Đông có kiến thức đúng về các biện pháp tránh thai thông thường và các yếu tố liên quan đến kiến thức của học sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh các khối lớp 10,11,12 của 02 trường, gồm THPT Tân Thới và THPT Phú Thạnh, huyện Tân Phú Đông từ tháng 4/2018 đến tháng 9/2018.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

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

Tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về sử dụng ít nhất 01 BPTT sử dụng để tham chiếu là 18,7% [3], sai số cho phép $e = 5\%$, hệ số $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; hệ số thiết kế (DE) là 2. Vậy nghiên cứu khảo sát 472 học sinh.

Chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên

hệ thống. Huyện Tân Phú Đông có 02 trường THPT, chọn tại mỗi trường là 240 học sinh, chia đều cho các khối lớp 10, 11, 12 mỗi khối lớp 80 học sinh. Lập danh sách học sinh mỗi khối lớp và mã hóa theo thứ tự ABC, hệ số $k=n/N=8$ (N là số học sinh cần chọn, n là tổng số học sinh), chọn ngẫu nhiên học sinh có số thứ tự là 2, 2+k, ... trong danh sách.

2.4. Thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi cấu trúc được xây dựng sẵn, bộ câu hỏi đã được tu chỉnh từ nhiều nghiên cứu trước và được biên chỉnh cho phù hợp thực tế tại địa phương.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 14, xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về sử dụng BPTT bằng kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định Fisher). Mức độ kết hợp được đo lường bằng chỉ số PR (Prevalence Ration - Tỷ số tỷ lệ hiện mắc) với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

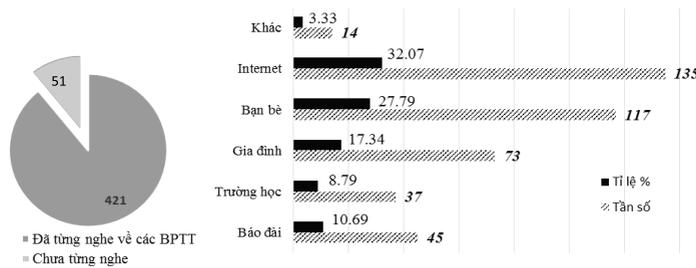
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua thống kê trên 472 học sinh, chúng tôi nhận thấy, đối tượng phân bố đồng đều về số lượng theo khối lớp, dao động từ 152 đến 164 học sinh/khối. Trong đó, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam, lần lượt là 54,66% và 45,34%. Tỷ lệ học sinh có hoàn cảnh kinh tế khó khăn còn cao với 35,58%. Về nơi ở khi đi học, sinh hoạt hàng tuần, đa số các em sống chung gia đình với tỷ lệ 75,64%. Tỷ lệ ở trọ để đi học cũng chiếm tỷ lệ khá cao là 24,36%, trong đó ở trọ một mình là 5,93% và ở cùng bạn bè là 18,43%. Sở dĩ tỷ lệ học sinh ở trọ trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao là vì đặc thù của huyện Tân Phú Đông là hẹp về chiều ngang và trải dài hơn 50km nên các em ở xã cuối dãy đất và đầu dãy đất cũng như các em tại xã Cù Lao, Tân Thạnh sẽ phải di chuyển đoạn đường gần 20km để đến trường, nếu học hai buổi/ngày sẽ không kịp về nhà, giải pháp là các em sẽ ở trọ gần trường để thuận tiện cho việc học. Việc không sống chung gia đình, thiếu sự quản lý của cha mẹ cũng như đặc điểm sinh học của độ tuổi của các em là những yếu tố nguy cơ dẫn đến các hành vi tình dục, nếu không có kiến thức tốt về tình dục an toàn sẽ là nguyên nhân dẫn đến nhiều hệ lụy về sau.

3.2. Tiếp cận thông tin về biện pháp tránh thai

Biểu đồ 1. Tỷ lệ từng nghe về BPTT và nguồn thông tin



Tỷ lệ học sinh đã từng nghe về các BPTT khá cao với 89,19%, tương tự cuộc điều tra của SAVY 2, hầu hết thanh thiếu niên đã nghe nói về mang thai hay kế hoạch hóa gia đình qua các nguồn thông tin khác nhau, chỉ có 7% người được hỏi trong SAVY 2 cho biết họ chưa nghe về chủ đề này từ nguồn nào [1].

Ngoài ra, Internet là kênh thông tin cung cấp kiến thức cho nhiều đối tượng nhất với 32,07%. Nghiên

cứu của chúng tôi có khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong, nguồn thông tin về BPTT chủ yếu từ báo chí, truyền hình (77,7%), gia đình (29,9%) [4]. Sự khác biệt này có thể là do tác giả này thực hiện nghiên cứu nhiều năm trước đây, tình trạng sử dụng internet và mạng xã hội chưa phổ biến nên báo đài vẫn phổ biến.

3.3. Mong muốn được tiếp cận thông tin về các BPTT

Bảng 1. Mong muốn về nguồn thông tin và cách thức tiếp cận thông tin về các BPTT

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ
Muốn được cung cấp thông tin về BPTT	472	100
Kênh tiếp cận mong muốn:		
Tư vấn trực tiếp	151	31,99
Tư vấn qua mạng	101	21,40
Tư vấn qua thư	13	2,75
Báo chí, truyền hình	0	0,00
Các chương trình trong trường học	97	20,55
Bạn bè	21	4,45
Gia đình	89	18,86
Mong muốn tiếp cận các nguồn thông tin		
Các biện pháp tránh thai truyền thống	193	40,89
Các biện pháp tránh thai hiện đại	102	21,61
Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	145	30,72
Tình dục an toàn	21	4,45
Kế hoạch hóa gia đình	11	2,33
Các biện pháp đình chỉ thai nghén	0	0,00

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều có mong muốn tiếp cận thông tin về các BPTT. Trong đó, mong muốn được tư vấn trực tiếp cao nhất với 32%, tư vấn qua mạng 21,4%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trương Thủy Hạnh, kênh tư vấn trực tiếp được sinh viên các trường Đại học ở Hà Nội chọn đến 30,12%

[9]. Nguồn thông tin mà đối tượng mong muốn tiếp cận cũng rất phong phú, trong đó tập trung vào các BPTT truyền thống với 40,89%, các BPTT hiện đại với 21,61% và các bệnh lây truyền qua đường tình dục là 30,72%.

3.4. Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai

Bảng 2. Kiến thức về các biện pháp tránh thai (n=472)

Kiến thức	Tần số	Tỉ lệ
Biết BPTT:		
Biết 01 BPTT	421	89,19
Biết 2-3 BPTT	246	52,12
Biết trên 3 BPTT	12	2,54
Thời điểm sử dụng BPTT		
Biết	134	28,39
Không biết	338	71,61
Tác động của BPTT có ảnh hưởng đến sức khỏe		
Biết ít nhất 3 tác động	112	23,73
Không biết	360	76,27
Ảnh hưởng của BPTT đến sinh hoạt tình dục		
Biết	88	18,64
Không biết	384	81,36
Hậu quả của việc sử dụng các BPTT không đúng		
Biết ít nhất 3 tác hại	107	22,67
Không biết	365	77,33
Kiến thức chung đúng	71	15,04

Về các BPTT, hầu hết các em chỉ biết 01 BPTT với tỉ lệ 89,19%, tỉ lệ biết 2-3 BPTT chỉ 52,12%. Trương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong, 99,3% sinh viên Trường Cao đẳng y tế Hà Nội biết ít nhất một BPTT [4]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi khả quan hơn của Nguyễn Văn Nghị cho biết tỷ lệ VTN đã nghe về BPTT chiếm 61% nam, 61,3% nữ, tỷ lệ biết về BCS chiếm 41% nam, 45,5% nữ [6].

Tỉ lệ biết đúng thời điểm sử dụng BPTT cũng khá thấp, chỉ 28,39%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu khác, tác giả Nguyễn Thanh Phong cũng chỉ ra rằng có 65,2% sinh viên cho rằng BPTT khẩn cấp được dùng sau khi quan hệ không dùng các BPTT hỗ trợ; 73,9% sinh viên không biết chính xác thời điểm sử

dụng. Có 91,9% sinh viên biết BCS được sử dụng cho các trường hợp muốn tránh thai tạm thời; 84,9% để phòng chống HIV và STDs; 41,1% sinh viên biết cách uống VTTT hàng ngày [4].

Ngoài ra, một số kết quả khác được chúng tôi chỉ ra trên đây cũng khá thấp, như chỉ có 23,73% học sinh biết ảnh hưởng của BPTT đến sức khỏe; 18,64% ảnh hưởng của BPTT đến sinh hoạt tình dục và 22,67% biết hậu quả của việc sử dụng các BPTT không đúng chỉ định, không đúng hướng dẫn. Kiến thức chung đúng về các BPTT là 15,04%. Kết quả này cũng tương tự Nghiên cứu ở Uganda (2007) thấy rằng VTN học sinh phổ thông trung học thiếu thông tin về BPTT [2].

3.5. Kiến thức về các biện pháp tránh thai khẩn cấp

Bảng 3. Kiến thức về các biện pháp tránh thai khẩn cấp (n=472)

Đặc tính	Tần số	Tỉ lệ
Biết BPTT khẩn cấp tại Việt Nam		
Có	121	25,64
Không	351	74,36
Biết những trường hợp sử dụng BPTT khẩn cấp		
Có	76	16,10
Không	396	83,90
Cách sử dụng BPTT khẩn cấp		
Có	44	9,32
Không	428	90,68
Thời gian sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp sau khi quan hệ tình dục không được bảo vệ		
Có	37	7,84
Không	435	92,16
Những tác động không mong muốn khi sử dụng BPTT khẩn cấp		
Biết ít nhất 1 triệu chứng	49	10,38
Biết 2 – 3 triệu chứng	12	2,54
Không biết	411	87,08
Kiến thức đúng về các BPTTKC	31	6,57

Chỉ có 25,64% biết ít nhất một BPTT khẩn cấp; 12,08% biết cách sử dụng BPTT khẩn cấp; chỉ có 7,84% biết thời gian sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp sau khi quan hệ tình dục không được bảo vệ và có đến 87,08% không biết những tác động không mong muốn khi sử dụng BPTT khẩn cấp. Kiến thức đúng về các biện pháp tránh thai khẩn cấp của đối tượng chỉ đạt 6,57%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Võ Minh Tuấn, tỉ lệ này là 28,5% [10]. Kết quả này cũng hợp lý vì ở độ tuổi của các em đa phần chưa quan hệ tình dục nên có lẽ chưa tìm hiểu nhiều về tránh thai khẩn cấp, tuy nhiên đây sẽ là

một mối nguy đang quan tâm khi các em bước vào quãng đời sinh viên, sống xa gia đình nhưng lại không được trang bị kiến thức về BPTT hay tình dục an toàn. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, mặc dù tác giả cho thấy khả quan hơn khi có 65,2% sinh viên cho rằng BPTT khẩn cấp được dùng sau khi quan hệ không dùng các BPTT hỗ trợ nhưng 73,9% sinh viên không biết chính xác thời điểm sử dụng [4].

3.6. Kiến thức về biện pháp tránh thai dùng bao cao su



Bảng 4. Kiến thức về các biện pháp tránh thai bao cao su (n=472)

Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Biết BPTT bao cao su		
Biết	472	100
Không biết	0	0
Những trường hợp sử dụng BPTT BCS		
Biết ít nhất 2 trường hợp	401	84,96
Không biết	71	15,04
Loại bao cao su cho giới tính:		
Biết (BCS cho cả nam và nữ)	81	17,16
Biết BCS chỉ dùng cho Nam	391	82,84
Tác dụng không mong muốn khi sử dụng BCS:		
Biết	101	21,39
Không biết	371	78,61
Thời điểm sử dụng BCS		
Biết	231	48,94
Không biết	241	51,06
Biết cách tránh thai khi bao cao su bị rách		
Biết	128	27,12
Không biết	344	72,88
Kiến thức đúng về BPTT BCS	67	14,19

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều biết hoặc nghe nói đến BCS. Nghiên cứu của chúng tôi có 84,96% học sinh kể được 02 trường hợp cần sử dụng BCS khi quan hệ tình dục (QHTD), tương tự với một nghiên cứu trên đối tượng tương tự, có 91,9% sinh viên biết BCS được sử dụng cho các trường hợp muốn tránh thai tạm thời; 84,9% để phòng chống HIV và STDs [4].

Tuy nhiên hầu hết các em chỉ nghe nói về BCS cho nam giới vì chỉ có 17,16% biết BCS có cả loại dùng cho nữ. Có 21,39% biết tác dụng không mong muốn khi sử

dụng BCS và 48,94% biết về cách sử dụng BCS đúng thời điểm khi QHTD nhưng tỉ lệ biết xử lý khi BCS rách trong lúc quan hệ chỉ đạt 27,12%. Kiến thức đúng về các biện pháp tránh thai BCS chỉ đạt 14,19%. Kết quả này khá thấp so với kết quả Võ Minh Tuấn là 46,1% sinh viên tại Rạch Giá, Kiên Giang có kiến thức đúng về BCS [10]. Sự khác biệt này cũng phù hợp vì đối tượng của chúng tôi là học sinh phổ thông nên việc sử dụng BCS là không phổ biến nên sẽ hạn chế về kiến thức so với đối tượng sinh viên của Võ Minh Tuấn.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về các BPTT của học sinh

Tiêu chí nhóm		Kiến thức chung			Kiến thức BPTTKC			Kiến thức BPTTBCS		
		Đúng	Chưa đúng	PR 95%CI p	Đúng	Chưa đúng	PR 95%CI p	Đúng	Chưa đúng	PR 95%CI p
Giới	Nữ/Nam	49	209	1,32	20	238	1,20	16	242	0,4
		22	192	1,10-1,59 0,0084	11	203	0,90-1,57 0,25	51	163	0,26-0,62 <0,00001
Tuổi	Dưới 18	44	272	0,91	27	289	1,32	32	284	0,68
	Đủ 18	27	129	0,75-1,11 0,33	4	152	1,14-1,54 0,014	35	121	0,52-0,88 0,0003
Kinh tế	Đủ ăn	57	248	1,29	26	279	1,59	39	266	1,21
	Nghèo/cận nghèo	14	153	1,13-1,49 0,0027	5	162	1,32-1,92 0,0008	28	139	1,04-1,41 0,033
Nơi ở	Ở trọ	33	82	1,25	22	93	3,36	24	91	1,59
	Nhà riêng	38	319	0,92-1,69 0,16	9	348	2,52-4,49 <0,00001	43	314	1,10-2,30 0,018
Người yêu	Đã có	29	303	0,54	28	304	1,31	54	278	1,17
	Chưa có	42	98	0,40-0,71 <0,00001	3	137	1,14-1,49 0,017	13	127	1,02-1,34 0,04

Học sinh nữ có kiến thức chung về tránh thai tốt gấp 1,32 học sinh nữ (KTC 95%: 1,10-1,59, $p=0,008$) nhưng về kiến thức BPTT BCS học sinh nữ hạn chế chỉ bằng 0,4 lần so với học sinh nam (KTC 95%: 0,26-0,62, $p<0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong và cộng sự về thực trạng kiến thức về SKSS của sinh viên năm thứ nhất Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2010-2011 cho thấy: có 98% sinh viên nữ biết BCS và 97,7% sinh viên nam biết BCS. Sự khác biệt kiến thức về BCS theo giới không có ý nghĩa thống kê. Sinh viên nam biết cách sử dụng BCS cao hơn sinh viên nữ (55,2% và 36%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Một nghiên cứu khác của Dương Hồng Phúc cũng khẳng định sinh viên nam có kiến thức đúng về BCS cao gấp 2,27 lần so với sinh viên nữ ($p<0,05$).

Các em dưới 18 tuổi có kiến thức BPTT khẩn cấp tốt gấp 1,32 lần nhóm còn lại (KTC 95%: 1,14-1,54, $p=0,014$) nhưng kiến thức BPTT BCS lại chỉ bằng 0,68 lần nhóm đủ 18 tuổi (KTC 95%: 0,52-0,88, $p=0,0003$). Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài năm 2012 về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi về SKSS của học sinh các trường trung học phổ thông huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau cho thấy khối lớp có liên quan đến một số kiến thức về SKSS và giới tính có liên quan đến hành

vi có bạn tình của thanh niên [7].

Về kinh tế, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan cụ thể giữa hoàn cảnh kinh tế với các nhóm kiến thức. So với học sinh nghèo, cận nghèo thì học sinh thuộc hoàn cảnh kinh tế khá giả có kiến thức về tránh thai tốt gấp 1,29 lần (KTC 95%: 1,13-1,49, $p=0,003$), kiến thức về BPTT khẩn cấp tốt gấp 1,59 (KTC 95%: 1,32-1,92, $p<0,001$), kiến thức về BPTT BCS gấp 1,21 lần (KTC 95%: 1,04-1,41, $p=0,033$). Theo Reina M.F. nghiên cứu trên 136 nam sinh và 145 nữ sinh cho thấy 67% sinh viên từ nhóm kinh tế xã hội thấp không sử dụng bất kỳ loại BPTT nào. Ngược lại, tất cả các sinh viên (100%) trong nhóm kinh tế xã hội cao và 63% ở nhóm kinh tế xã hội trung lưu đã sử dụng BPTT trong lần đầu tiên của họ QHTD [11].

So với các bạn sống cùng gia đình thì những học sinh ở trọ xa gia đình lại có kiến thức về tránh thai tốt gấp 3,36 lần (KTC 95%: 2,52-4,49, $p < 0,001$) và kiến thức về BPTT BCS gấp 1,59 (KTC 95%: 1,10-2,30, $p=0,018$). Kết quả này khiến chúng tôi lo lắng về giả thuyết rằng khi không có sự quan tâm, kiểm soát của gia đình, các em có hướng quan tâm nhiều về tình dục, các BPTT nhằm chuẩn bị cho bản thân. Điều này đòi hỏi cần trang bị đầy đủ kiến thức về BPTT nhằm giúp các em bảo vệ bản thân tốt nhất có thể, tránh việc tìm hiểu thông tin không chính thống

dẫn đến hậu quả đáng tiếc. Thực tế, theo phỏng vấn sâu mà tác giả Trương Thúy Hạnh công bố trong nghiên cứu của mình, các em có xu hướng QHTD khi không ở chung gia đình là khá cao, “*Sinh viên nhiều bạn sống xa gia đình, người thân nên thường thiếu thốn tình cảm, nhất là khi ở trọ cùng với bạn bè, không có ai quản, tự do hơn nên rất dễ xảy ra việc QHTD trước hôn nhân*” (PVS, nam, 21 tuổi, sinh viên năm thứ 3, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội). Bên cạnh đó, còn có cả những lý do mang tính chủ quan: “*Em nghĩ là có thể QHTD trước hôn nhân nếu hai người thực sự yêu nhau và hoàn toàn tự nguyện*” (PVS, nữ, 21 tuổi, sinh viên năm thứ 2, Trường Đại học Văn hoá)” (9).

Trong nghiên cứu, học sinh đã hoặc đang có người yêu sẽ có kiến thức về BPTT khẩn cấp tốt gấp 1,31 lần (KTC: 1,14-1,49, $p=0,017$) và kiến thức về BPTT BCS tốt hơn gấp 1,17 (KTC 95%: 1,02-1,34, $p=0,04$) so với nhóm chưa có người yêu. Theo Trương Thị Thúy Hạnh, tác giả đề cập trong công bố của mình rằng “*có đến 92,0% ý kiến sinh viên cho rằng quan hệ yêu đương của sinh viên có thể dẫn đến QHTD; đồng tỷ lệ là 65,3% ý kiến cho rằng*

quan hệ yêu đương có thể dẫn đến có thai không mong muốn và phải đi nạo hút thai; 51,3% ý kiến trả lời rằng sinh viên yêu đương có thể phải bỏ dở học hành vì mang thai. Với kết quả trên, có thể nói đây là những tình huống mà sinh viên rất dễ gặp phải trong quan hệ yêu đương nếu như không biết kiểm chế bản thân và không được trang bị những kiến thức về SKSS” (9). Như vậy, khi có quan hệ yêu đương, các em rất dễ mất kiểm soát và vượt qua giới hạn, nên các em sẽ có xu hướng tìm hiểu về cách thức tránh thai ngoài ý muốn, mà phổ biến hiện nay giới trẻ chưa lập gia đình hay lựa chọn là BCS hoặc thuốc tránh thai khẩn cấp.

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ học sinh có kiến thức các BPTT chưa cao; cần tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông cho học sinh nhận thức đầy đủ về các biện pháp tránh thai; cung cấp thông tin, tư hướng dẫn cho cha mẹ học sinh về BPTT; khai thác ưu thế mạng xã hội trong tư vấn tâm lý, sức khỏe sinh sản, tình yêu tình dục để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về các biện pháp tránh thai cho học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế và Tổng cục Dân số - KHHGD (2010), Điều tra quốc gia về vị thành niên, thanh niên SAVY2. Tr 18-22.
2. Dương Hồng Phúc, Võ Minh Tuấn, Lê Thị Kiều Dung (2013) “Kiến thức và thái độ về các biện pháp tránh thai thông dụng của sinh viên Y khoa năm thứ nhất tại Đại học Y Dược TP.HCM”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18 (Phụ bản của số 1), tr 14-20.
3. Nguyễn Thanh Phong và cộng sự (2014) “Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về một số biện pháp tránh thai của sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, năm 2013”, *Tạp chí Phụ sản*, 12 (2), Tr 207-210.
4. Nguyễn Thanh Phong (2012) “Thực trạng kiến thức về sức khỏe sinh sản của học sinh- sinh viên năm thứ nhất Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội”. *Tạp chí Thông tin Y dược*, 01/2012, tr 25-28.
5. Nguyễn Văn Nghị (2011), Nghiên cứu quan niệm, hành vi tình dục và sức khỏe sinh sản ở vị thành niên huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương 2006 – 2009, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. Nguyễn Trọng Bài, Lý Tuyết Xuân (2014) “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản của học sinh các trường trung học phổ thông trong huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2012”. *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013*, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương, Bộ Y tế, Tr 57-63.
7. Tổng Cục thống kê (2016) *Kết quả chủ yếu Điều tra biến động dân số - kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2015*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội năm 2016.
8. Trương Thị Thúy Hạnh (2009) *Thực trạng nhận thức, hành vi về tình dục và các biện pháp tránh thai của sinh viên các trường đại học ở Hà Nội hiện nay*, Luận văn Thạc sỹ Xã hội học, Hà Nội.
9. Võ Minh Tuấn, Trần Thị Như Quỳnh (2012) “Kiến thức và thái độ về các biện pháp tránh thai thông dụng ở sinh viên nam tại các trường cao đẳng - trung học chuyên nghiệp thành phố Rạch giá – Kiên Giang”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Phụ bản của số 1), tr 276-280.
10. Chacko S., Kipp W., Laing L. et al (2007) “Knowledge of and perceptions about sexually transmitted diseases and pregnancy: a qualitative study among adolescent students in Uganda”. *J Health Popul Nutr*, 25 (3), tr 319-327.
11. Reina M.-F., Ciaravino H., Llovera N. et al (2010). Contraception knowledge and sexual behaviour in secondary school students. *Gynecological Endocrinology*, July 2010, 26 (7), Tr 479-483.

ÁP DỤNG BỘ CÔNG CỤ WISN ĐỂ TÍNH KHỐI LƯỢNG CÔNG VIỆC VÀ NHU CẦU BÁC SỸ, ĐIỀU DƯỠNG TẠI MỘT SỐ KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN VIỆT NAM-THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ NĂM 2019

Đồng Thị Thuận¹, Trần Viết Tiếp¹, Phạm Minh Phương¹, Phùng Thanh Hùng², Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định khối lượng công việc và nhu cầu bác sỹ, điều dưỡng tại 4 khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và thu thập số liệu thứ cấp. **Kết quả:** Áp dụng Bộ công cụ WISN (Workload indicators of staffing need) dựa trên số liệu có sẵn đã giúp xác định được khối lượng công việc và nhu cầu nhân lực BS và ĐD một cách chính xác. Đây là phương pháp phù hợp và khả thi để tính toán nhu cầu nhân lực trong bệnh viện khi mà các phương pháp khác bộc lộ nhiều nhược điểm. Về khối lượng công việc BS, ĐD dành phần lớn thời gian cho các hoạt động DVYT nhưng vẫn còn mất khá nhiều thời gian cho các hoạt động hỗ trợ và hoạt động bổ sung. Có sự chênh lệch giữa nhu cầu nhân lực tính theo WISN với số nhân lực hiện có, trong đó Khoa Nhi chênh lệch 5 BS, 3 ĐD; CTCH&Bông chênh lệch 3 BS, khoa Phẫu trị, Xạ trị YHHN chênh 3 BS, 2 ĐD. Kết quả phân tích từ WISN cũng cho thấy nhu cầu nhân lực dành cho từng cấu phần khối lượng công việc của BS và ĐD từ đó gợi ý biện pháp điều chỉnh phù hợp đảm bảo sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực của đơn vị.

Từ khóa: Khối lượng công việc, nhu cầu nhân lực, WISN, Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí.

ABSTRACT:

APPLICATION OF THE WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEED (WISN) TO CALCULATE THE WORKLOAD AND NEEDS OF DOCTORS, NURSES AT VIET NAM – SWEDEN HOSPITAL UONG BI IN 2019

1. Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí
Tác giả chính Đồng Thị Thuận, SĐT: 0912436560
Email: dongthuanqlcl@gmail.com
2. Trường Đại học Y tế Công Cộng

Objective: Determine the workload and needs of doctors and nurses in 4 clinical departments of Vietnam-Sweden Uong Bi Hospital in 2019. **Methods:** Descriptive cross-sectional study, combining qualitative and collection secondary datas. **Results:** Applying the WISN Toolkit (Workload indicators of staffing need) based on available data has helped identify the workload and needs of doctors and nurses correctly. This method is appropriate and feasible to calculate the manpower needs in the hospital when other methods reveal many disadvantages. About the workload, doctors and nurses spend most of their time on health service activities but it still takes a lot of time for support and additional activities. There is a discrepancy between the staffing needs based on WISN and the number of available personnel, of which the Pediatric Department has a difference of 5 doctors and 3 nurses; department of Surgery, Radiotherapy & Nuclear medicine has a difference of 3 doctors, 2 nurses, Orthopedic&Burns department with 3 doctors difference. The results also show that the human resource needs for each workload component of doctors and nurses have suitable suggestion adjustments to ensure the effective use of human resources of the department.

Key words: Workload, human resource needs, WISN, Vietnam-Sweden Hospital Uong Bi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các cơ sở y tế, nguồn nhân lực đóng vai trò chính trong việc cung cấp các dịch vụ y tế (DVYT) tối ưu cho cộng đồng, và trên thực tế, nó là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu lực và hiệu quả của các cơ sở y tế [2]. Vì

vậy xác định chính xác nhu cầu nhân lực là yếu tố quan trọng, cần thiết giúp đơn vị lập kế hoạch nhân lực phù hợp. Tại Việt Nam, các đơn vị y tế chủ yếu dựa vào Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT/BNV- BYT về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, Nghị định 41/2012/NĐ-CP quy định vị trí việc làm trong các cơ sở công lập. Tuy nhiên, các phương pháp này còn bộc lộ nhiều nhược điểm như chưa đánh giá được mức độ phức tạp của khối lượng công việc của đơn vị, chưa chỉ ra được tình trạng thiếu, thừa ở từng chức danh nghề nghiệp [1], [3]. Hiện nay, hầu hết các đơn vị y tế vẫn còn gặp khó khăn trong việc tính toán số lượng nhân lực cần thiết. Mặt khác, thách thức của thực hiện cơ chế tự chủ tài chính ở các đơn vị y tế công lập dẫn đến nhu cầu cần phải có một phương pháp tính toán nhu cầu nhân lực có tính hệ thống, khoa học, hỗ trợ các nhà quản lý trong việc xác định nhu cầu nhân lực, sắp xếp bố trí nhân lực và lập kế hoạch nhân lực để đảm bảo sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực.

WISN (Workload Indicator of staffing Need –WISN) là phương pháp định lượng cho phép xác định chính xác số lượng nhân lực y tế theo từng loại DVYT và mức độ phức tạp của các DVYT mà các cơ sở y tế cung cấp [14]. Trên thế giới, một số nước ở châu Á và châu Phi như Indonesia, Ấn độ, Iran, Namibia, Tanzania,... đã áp dụng WISN để đánh giá khối lượng công việc và tính nhu cầu nhân lực [13],[15]. Ở Việt Nam, nghiên cứu thử nghiệm WISN lần đầu tiên được áp dụng tại Hải Phòng năm 2014 trong lĩnh vực y tế dự phòng [8]. Đến nay, có thêm một số nghiên cứu áp dụng WISN để tính toán khối lượng công việc và nhu cầu nhân lực y tế tại bệnh viện như nghiên cứu của Lê Văn Tạo (2015), Phạm Văn Tác (2016), Nguyễn Trần Ngọc Trân (2017), Vũ Thị Huệ (2018) và kết quả cũng đã chỉ ra được thực trạng thiếu thừa nhân lực tại các cơ sở y tế [6],[9],[10], [12].

Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí chưa có nghiên cứu nào tính khối lượng công việc và xác định nhu cầu nhân lực thực tế. Bên cạnh đó, một số đơn vị thường xuyên có những phản ánh về tình trạng quá tải công việc và thiếu nhân lực. Nhận thấy sự cần thiết phải tính chính xác nhu cầu nhân lực, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Áp

dụng Bộ công cụ WISN để đánh giá khối lượng công việc và nhu cầu bác sỹ, điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí năm 2019”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính và thu thập số liệu thứ cấp.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tiến hành từ 05/2019 -08/2019 tại 4 khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí.

2.3. Đối tượng nghiên cứu và thu thập số liệu:

Cấu phần định lượng: 33 bác sỹ (BS) và 53 điều dưỡng (ĐD) tại 4 khoa lâm sàng của BV được phát vấn bằng phiếu tự điền. Số liệu định lượng sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập và phân tích theo hướng dẫn của WISN.

Cấu phần định tính: 12 cuộc phỏng vấn sâu, 6 cuộc thảo luận nhóm được tiến hành. Thông tin định tính được ghi chép, ghi âm, gỡ băng và phân tích theo từng chủ đề liên quan đến nghiên cứu.

Số liệu thứ cấp: Sử dụng bảng thu thập số liệu sẵn có để rà soát các báo cáo thống kê bệnh viện, số liệu nhân sự.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giới thiệu mục đích nghiên cứu và chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và đối tượng có thể ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ khi nào. Nhóm nghiên cứu cũng sẽ cam kết các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm về nhân lực của các đơn vị tham gia nghiên cứu

Nhân lực BS, ĐD tại 4 khoa lâm sàng tham gia nghiên cứu gồm 33 BS và 53 ĐD, trong đó khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình (CTCH) & Bông có 5 BS, 12 ĐD, khoa Phẫu trị, Xạ trị và Y học hạt nhân (YHHN) có 8 BS và 8 ĐD, khoa Nhi có 11 BS và 22 ĐD, khoa Nội Tim mạch có 9 BS và 11 ĐD.

Bảng 1. Đặc điểm về nhân lực của các đơn vị tham gia nghiên cứu

Khoa	Giường thực kê	Bác sỹ	Điều dưỡng	Tỷ số Bs/ĐD	Tỷ số Bs/GB	Tỷ số ĐD/GB
CTCH&Bông	55	5	12	1/2,4	1/11	1/4,6
Phẫu trị, Xạ trị, YHHN	45	8	8	1/1	1/5,6	1/5,6
Nhi	88	11	22	1/2	1/8	1/4
Nội Tim mạch	60	9	11	1/1,2	1/6,7	1/5,5

Khoa Nhi bao gồm hồi sức cấp cứu Nhi, Nhi yêu cầu và Tâm bệnh, có số giường thực kê nhiều nhất là 88 giường. Tỷ số ĐD/GB của khoa Nhi cao hơn so với các khoa trong nghiên cứu (1/4), tuy nhiên, tỷ số BS/GB chỉ đạt 1/8, thấp hơn khoa Nội Tim mạch (1/6,7), Phẫu trị, Xạ trị và YHHN (1/5,6). Ở các khoa trung bình hàng ngày mỗi BS điều trị cho

6-11 NB, mỗi ĐD chăm sóc cho 4-6 NB. Số lượng ĐD ở các khoa luôn nhiều hơn hoặc bằng số lượng BS, có khoa gấp đôi như khoa Nhi, hoặc gấp 2,4 lần như khoa CTCH&Bông.

3.2. Kết quả tính khối lượng công việc và xác định nhu cầu nhân lực của các khoa lâm sàng theo bộ công cụ WISN

Bảng 2. Thời gian làm việc sẵn có của BS, ĐD tại 4 khoa lâm sàng năm 2019

Khoa	Bác sỹ			Điều dưỡng		
	Ngày nghỉ	Tập huấn	AWT	Ngày nghỉ	Tập huấn	AWT
Nhi	1	3	1968	6,5	0,83	1941
CTCH và Bông	0	3	1976	7,75	0,75	1932
Nội Tim mạch	0	1,8	1985	3,6	0,29	1969
Phẫu trị, Xạ trị&YHHN	1	3,5	1964	9,25	0,25	1924

Số ngày nghỉ được các khoa thực hiện đúng theo Luật Lao động. Tuy nhiên ĐD được giải quyết nghỉ phép đầy đủ hơn BS. Ở khoa Nội Tim mạch và khoa CTCH&Bông, BS thậm chí không có ngày nghỉ phép. Số giờ làm việc sẵn có trung bình của BS là 1973 giờ, nhiều hơn ĐD (1941 giờ) và cao hơn quy định của Luật Lao động.

Xác định các cấu phần công việc hàng ngày

Cấu phần khối lượng công việc của BS và ĐD các khoa bao gồm:

Hoạt động DVYT: Tất cả các thành viên của một hạng mục nhân sự đều thực hiện và có số liệu thống kê định kỳ.

Hoạt động hỗ trợ: Tất cả các thành viên của 1 hạng mục nhân sự đều thực hiện nhưng không có số liệu thống kê thu thập định kỳ.

Hoạt động bổ sung: Chỉ 1 số thành viên cụ thể (không phải là tất cả) của 1 hạng mục nhân sự thực hiện, không có số liệu thống kê.

Các hoạt động dịch vụ y tế

Bảng 3. Thời gian thực hiện các hoạt động DVYT của BS, ĐD

Hoạt động DVYT	Đơn vị tính	BS		ĐD	
		Nội-Nhi	Ngoại	Nội-Nhi	Ngoại
Hoàn thiện HSBA vào viện	Phút/HS	30	20	15	15
Hoàn thiện HSBA chuyển viện	Phút/BN	10-15	15	12	9-10
Hoàn thiện HSBA chuyển khoa	Phút/BN	5-10	10-15	20-22	20-25
Hoàn thiện HSBA ra viện	Phút/BN	10-15	15-30	7	7
Khám, theo dõi, chăm sóc NB hàng ngày	Phút/BN	4-7	4-7	22-83	16-80
Phẫu thuật/ Chuẩn bị NB trước phẫu thuật	Phút/ca	-	80-90	-	12-15
Thực hiện các quy trình kỹ thuật chăm sóc NB	Phút/NB	-	-	2-15	2-20
Thủ thuật/ Phụ giúp BS làm thủ thuật	Phút/ ca	15-180	10-45	6-45	20-25
Hội chẩn khoa, liên khoa	Phút/ BN	5-30	10-30	-	-



Trong khi BS ở các khoa hệ ngoại có thời gian hoàn thiện HSBA vào viện là 20 phút, ngắn hơn các khoa Nội-Nhi (30 phút), thời gian hoàn thiện HSBA ra viện của BS ở các khoa ngoại là 15-30 phút, dài hơn khoa Nội-Nhi (10-15 phút). Cùng nội dung, thời gian thực hiện của ĐD ở hai nhóm này lại giống nhau. Các hoạt động DVYT khác của ĐD các khoa cũng có thời gian thực hiện khá tương đồng.

Hoạt động hỗ trợ

Các hoạt động hỗ trợ chung cho BS và ĐD như đi buồng, giao ban khoa, giao ban đội, họp khoa, đào tạo liên tục có thời gian thực hiện giống nhau ở cả 4 khoa. Sự giống nhau này là do các khoa ở trong cùng bệnh viện nên tuân theo các quy định chung. Riêng khoa Nhi có thêm hoạt động đi buồng cả khoa chiều thứ năm hàng tuần.

Hoạt động bổ sung

Hoạt động bổ sung ở các khoa có thời gian thực hiện khá tương đồng với nhau. Một số hoạt động mất nhiều thời gian như hoạt động khám lại NB sau 3 ngày đầu vào viện của BS trưởng khoa mất khoảng 96-160 giờ/năm, xây dựng quy trình, phác đồ của BS mất 48 giờ/năm, hoạt động kiểm tra, giám sát của ĐD trưởng cũng chiếm khoảng 250-500 giờ/năm.

Xác định nhu cầu nhân lực

Nhu cầu nhân lực BS

Khoa Nhi với tổng số NB nội trú là 4873 lượt/năm, nhiều gấp 4,1 lần khoa Phẫu trị, Xạ trị, YHHN do đó cần 1,22 BS cho hoạt động hỏi khám, hoàn thiện HSBA vào viện, nhiều hơn các khoa khác. Tuy nhiên số lượng BS cần cho toàn bộ các hoạt động DVYT của khoa Nhi chỉ là 4,21 BS, ít hơn khoa Nội Tim mạch (7,37 BS) và khoa CTCH&Bông (5,75 BS). Số lượng BS cần cho các hoạt động làm thủ thuật ở khoa Nội Tim mạch là nhiều nhất với 4,4 BS. Ở hoạt động khác, cùng là khoa ngoại nhưng CTCH&Bông cần 3,14 BS cho các hoạt động phẫu thuật nhiều hơn khoa Phẫu trị, Xạ trị và YHHN (0,81 BS).

Các hoạt động hỗ trợ của BS ở các khoa chiếm 20,75-24,34% thời gian làm việc sẵn có của BS. Như vậy, với mỗi BS làm việc toàn thời gian chỉ để thực hiện các hoạt động DVYT thì cần 1,26-1,32 BS để thực hiện các hoạt động DVYT và hoạt động hỗ trợ này.

Nghiên cứu cũng cho thấy các khoa cần khoảng từ 1,26 đến 1,99 BS để thực hiện các hoạt động bổ sung. Số lượng BS sẽ khác nhau ở các khoa tùy theo chức năng, nhiệm vụ, phân công công việc, bố trí sắp xếp nhân lực mỗi khoa.

Bảng 4. Nhu cầu nhân lực BS

Nội dung	Nhi	Nội tim mạch	CTCH	Phẫu trị - xạ trị
A. Tổng số BS cần có cho các hoạt động DVYT	4,21	7,37	5,75	2,67
B. Hệ số hoạt động hỗ trợ theo hạng mục nhân sự (CAF)	1,32	1,27	1,28	1,26
C. Hệ số hoạt động hỗ trợ cá nhân (IAF) (Tổng IAS hàng năm/ AWT)	1,75	1,88	1,99	1,26
WISN = AxB+C	7,317	11,23	9,37	4,63
Nhu cầu BS theo WISN	7	11	9	5

Khoa Nội Tim mạch cần nhiều BS nhất 11 BS, tiếp đến là CTCH&Bông cần 9 BS, Nhi cần 7 BS và Phẫu trị, Xạ trị&YHHN cần 5 BS.

Nhu cầu nhân lực ĐD

Khoa Nhi với số lượng NB nhiều nhất nên các hoạt động DVYT cần số nhân lực ĐD cao hơn những khoa khác là 12,16 ĐD, khoa CTCH&Bông cần 6,82, Nội Tim mạch cần 6,62 và khoa Phẫu trị, Xạ trị, YHHN chỉ cần 6,1 ĐD. Có thể thấy rằng KLCV của các hoạt động DVYT phụ thuộc vào số lượng NB và số ngày điều trị trung bình.

Ở nhóm hoạt động hỗ trợ, chúng tôi cũng tính được

với mỗi ĐD làm việc toàn thời gian chỉ để thực hiện các hoạt động DVYT thì cần 1,22 ĐD ở khoa Nhi, 1,19 ĐD ở khoa CTCH&Bông và Nội Tim mạch và 1,2 ĐD ở khoa Phẫu trị, Xạ trị- YHHN để thực hiện hoạt động DVYT và các hoạt động hỗ trợ.

Đối với nhóm các hoạt động bổ sung khoa Nhi cần lượng ĐD nhiều nhất là 5,97 điều dưỡng, khoa CTCH&Bông cần 3,77 ĐD, khoa Nội Tim mạch cần 2,84 ĐD, khoa Phẫu trị, Xạ trị&YHHN cần 2,39 ĐD.

Số lượng ĐD cần có của 4 khoa được tính toán theo bảng dưới đây:

Nội dung	Nhi	Nội tim mạch	CTCH	Phẫu trị -xạ trị
A. Tổng số ĐD cần có cho các hoạt động DVYT	12,16	6,62	6,82	6,10
B. Hệ số hoạt động hỗ trợ theo hạng mục nhân sự (CAF)	1,22	1,19	1,19	1,2
C. Hệ số hoạt động hỗ trợ cá nhân (IAF) (Tổng IAS hàng năm/ AWT)	5,97	2,84	3,77	2,39
WISN=AxB+C	20,8	10,71	11,85	9,71
Nhu cầu ĐD theo WISN	21	11	12	10

Bảng tính trên cho thấy, khoa Nhi cần số lượng ĐD nhiều nhất để thực hiện toàn bộ các hoạt động của khoa là 21 ĐD. Khoa CTCH&Bông cần 12 ĐD, khoa Nội Tim mạch cần 11 ĐD và khoa Phẫu trị, xạ trị, YHHN cần 10 ĐD.

IV. KẾT LUẬN

Áp dụng WISN, chúng ta tính được chính xác nhu cầu nhân lực của các khoa. Về khối lượng công việc BS, ĐD dành phần lớn thời gian cho các hoạt động DVYT nhưng vẫn còn mất khá nhiều thời gian cho các

hoạt động hỗ trợ và hoạt động bổ sung. Có áp lực công việc cho BS ở khoa CTCH&Bông, Nội Tim mạch và ĐD ở khoa Phẫu trị, Xạ trị&YHHN. Có sự chênh lệch giữa nhu cầu nhân lực tính theo WISN với số nhân lực hiện có trong đó Khoa Nhi chênh lệch 5 BS, 3 ĐD; CTCH&Bông chênh lệch 3 BS, khoa Phẫu trị, Xạ trị YHHN chênh 3 BS, 2 ĐD. Kết quả phân tích từ WISN cũng cho thấy nhu cầu nhân lực dành cho từng cấu phần khối lượng công việc của BS và ĐD từ đó gợi ý biện pháp điều chỉnh phù hợp đảm bảo sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực của đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nội vụ và Bộ Y tế (2007), Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5 tháng 6 năm 2007: Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, Hà nội.
2. Bùi Thị Thu Hà và các cộng sự. (2015), Quản lý nguồn nhân lực, Nhà xuất bản Y học, Hà nội
3. Chính phủ (2012), Nghị định số 41/2012/NĐ-CP quy định về vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập, Hà Nội.
4. Lê Văn Tạo (2015), Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới khối lượng công việc của nhân viên y tế tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2015.
5. Nguyễn Hoàng Long và các cộng sự. (2015), Áp dụng bộ chỉ số khối lượng công việc tính nhu cầu nhân lực (WISN) tại các cơ sở cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của Hải Phòng năm 2014, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXV, số 10 (170), tr. 447.
6. Nguyễn Trần Ngọc Trân (2016), Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới khối lượng công việc của điều dưỡng tại một số khoa Lâm sàng Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016
7. Phạm Văn Tác và các cộng sự. (2016), Áp dụng thí điểm bộ công cụ đánh giá khối lượng công việc của Tổ chức Y tế thế giới để xác định nhu cầu nhân lực tại một số khoa Lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, Tạp chí Y học thực hành, số 5 (1010).
8. WHO (2006) Testing the WISN method in Mbale and Mukcrumo Districts, Uganda
9. World Health Organization (2010), WISN Workload Indicators of staffing need user of Manual
10. World Health Organization . Applying the WISN method in practice. Case studies from Indonesia, Mozambique and Uganda. Geneva: 2010.



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CÔNG TÁC CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VÀ LUYỆN TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả công tác chăm sóc điều dưỡng và luyện tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu là 89 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 12/2018 đến tháng 05/2019.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh đa số từ 41-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 71,9%. Bệnh nhân là nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 72/17. Bệnh lý hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi chiếm tỷ lệ cao 71,9%. Tỷ lệ bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng trước mổ chiếm tỷ lệ thấp 53,9%. 100% bệnh nhân được điều dưỡng chăm sóc, theo dõi, dùng thuốc giảm đau và thuốc kháng sinh ngay sau phẫu thuật đúng quy trình nên kết quả sau phẫu thuật cho thấy mức độ đau nặng không gặp bệnh nhân nào, trong đó mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao 70%. 100% bệnh nhân tự đi bộ trên đường thẳng với sự hỗ trợ của nạng. Nhóm bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình có kết quả tốt hơn nhóm tập không đúng quy trình.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy quy trình tập luyện phục hồi chức năng do chúng tôi tự xây dựng đạt kết quả rất tốt. Tuy nhiên, cần tăng cường hơn nữa công tác hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng.

Từ khóa: Chăm sóc điều dưỡng; phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

TOTAL HIP ARTHROPLASTY AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

Objectives: To assess the results of nursing care and rehabilitation after postoperative total hip arthroplasty in the Central Military Hospital 108.

Subjects and methods: Descriptive studies describe cross-section, The sample size was 89 patients undergoing total hip arthroplasty at Joint Surgery Department, Central Military Hospital 108 from December 2018 to May 2019.

Results: In our study, the majority of cases were aged 41-60 years, accounting for 71.9%. Male patients are dominant with a male/female ratio of 72/17. Asymptomatic necrotic femoral fracture accounted for a high rate of 71.9%. The rate of patients undergoing preoperative recovery was 53.9%. 100% of patients received nursing care, follow-up, painkillers, and antibiotics immediately after the procedure, so the postoperative results showed no serious adverse events. mild pain occupy a high rate of 70%. 100% of patients walk on their own with the help of crutches. The patients were instructed to perform rehabilitation on a regular basis, with better outcomes than those with incorrect procedures.

Conclusions: The results of the study showed that the rehabilitation exercise we built ourselves was very good. However, it is necessary to further strengthen the rehabilitation training program for patients after hip replacement surgery.

Keywords: Nursing care; Postoperative total hip arthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đã trở nên phổ biến là một giải pháp điều trị rất hiệu quả

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF NURSING CARE AND REHABILITATION AFTER POSTOPERATIVE

1. Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

SĐT: 0988070726

» Ngày nhận bài: 01/01/2020 | » Ngày phản biện: 01/02/2020 | Ngày duyệt đăng: 10/02/2020

cho những bệnh nhân thoái hóa khớp háng. Nhờ kỹ thuật này mà nhiều bệnh nhân được phục hồi chức năng khớp háng, có thể trở lại sinh hoạt bình thường. Tuy nhiên, để đạt được kết quả tốt nhất sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, ngoài kỹ thuật mổ tốt, việc chăm sóc điều dưỡng, luyện tập, phục hồi chức năng sau mổ rất quan trọng. Trên thực tế, do tình trạng quá tải bệnh viện, nhân viên y tế thiếu, người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng chưa được các nhân viên y tế dành thời gian nhiều để hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng sau mổ một cách chi tiết.

Tại Khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện TƯQĐ 108, phẫu thuật thay khớp háng chiếm tỉ lệ cao, để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm các biến chứng sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và đem lại sự hài lòng của người bệnh chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả công tác điều dưỡng và luyện tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, từ đó xây dựng quy trình chăm sóc đối với bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 89 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 12/2018 đến tháng 05/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thay khớp háng toàn phần 1 bên với khớp háng bên đối diện chức năng bình thường, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý nghiên cứu.

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

2.3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

2.3.1. Quy trình chăm sóc, chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật

* Ngày trước khi phẫu thuật:

- Hướng dẫn bệnh nhân tắm bằng dung dịch sát khuẩn Lifo-scrup vào buổi tối

- Hướng dẫn bệnh nhân mua hai nạng/khung tập đi, giày đế kép

- Hướng dẫn bệnh nhân tập trương lực cơ mông, cơ tứ đầu đùi.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập đi với hai nạng nách hoặc khung tập đi và phương pháp đi 3 điểm.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập đi với hai nạng nách hoặc khung tập đi và phương pháp đi 3 điểm.

- Hướng dẫn bệnh nhân cách lên xuống giường bệnh, ngồi ghế và tự phục vụ các sinh hoạt hàng ngày như đi tất, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân...

- Giải thích cho bệnh nhân biết các động tác dễ gây trật khớp háng nhân tạo sau mổ cần phải tránh, đó là:

+ Không bắt chéo chân phẫu thuật sang bên chân lành.

+ Không ngồi thấp, cúi người nhặt vật dưới đất, khớp háng gấp > 90 độ.

+ Không xoay chi phẫu thuật vào trong.

* Ngày phẫu thuật:

- Trước khi lên phòng mổ: Người bệnh được tắm gội bằng dung dịch Lifo-scrup, sau đó thay quần áo mới, uống 1 viên thuốc giảm đau chống viêm Arcoxia 90mg. Người bệnh được đưa lên phòng mổ bằng xe đẩy hoặc cáng.

- Trước khi rạch da: Người bệnh được tiêm thuốc kháng sinh dự phòng nhóm Cefuroxime 1,5g tĩnh mạch trước khi rạch da 30 phút, gây tê tùy sống/gây mê nội khí quản, vệ sinh vùng mổ và chi phẫu thuật bằng dung dịch Lifo-scrup trước khi phẫu thuật viên sát trùng và trải băng vô trùng.

2.3.2. Quy trình chăm sóc, hướng dẫn người bệnh tập luyện phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Chăm sóc người bệnh toàn diện sau mổ.

- Theo dõi: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu.

- Chăm sóc chế độ dinh dưỡng: Chế độ ăn, nước uống.

- Tiêm truyền thuốc và uống thuốc theo y lệnh.

- Theo dõi, chăm sóc đề phòng các biến chứng: Trật khớp, viêm phổi, loét điểm tì, viêm tắc tĩnh mạch chi dưới...

- Theo dõi tình trạng chảy máu sau mổ: Tình trạng vết mổ, dẫn lưu và kết quả xét nghiệm máu sau mổ.

- Theo dõi tình trạng đau sau mổ theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale): Không đau hoặc mức độ nhẹ: 0 – 3 điểm, đau mức độ vừa 4 – 6 điểm, và đau mức độ nặng 7 – 10 điểm.

- Chăm sóc tại chỗ: Theo dõi tình trạng vết mổ, tắc mạch và viêm tắc tĩnh mạch chi phẫu thuật.

2.3.3. Hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng

- Ngay sau hồi tỉnh đến khi ra viện người bệnh được hướng dẫn các bài tập vận động sau thay khớp háng nhân tạo cụ thể như sau:

- Ngày thứ nhất: Ngay sau khi hết tác dụng của thuốc tê người bệnh được tập các động tác tại giường bệnh như vận động gấp, duỗi, xoay khớp cổ chân; gấp dạng khớp háng trong biên độ cho phép; tập trương lực cơ mông, cơ tứ đầu đùi.

Ngày thứ 2 người bệnh tập đứng dậy, tập đi lại với sự trợ giúp của hai nạng nách hoặc khung tập đi. Ban đầu đứng tại chỗ, nâng cao đầu, tập thở bụng, tập gập, duỗi và dạng khớp háng. Nếu người bệnh không có hoa mắt chóng mặt cho tập đi lại ngay trong phòng. Tập các bài tập về trương lực cơ tứ đầu đùi.

- Ngày thứ 3: Tiếp tục tập đi lại với sự trợ giúp của hai nạng nách với chân đi giày vải đế kép và chi phẫu thuật được chịu lực 1 phần. Người bệnh bắt đầu đi ngoài hành lang với khoảng cách tăng dần và tập đi lên xuống cầu thang tùy theo sức khỏe của bệnh nhân.

- Ngày thứ 4, thứ 5 trở đi người bệnh tự đi lại tốt trên đường bằng và lên xuống cầu thang với sự hỗ trợ của của hai nạng. Thường người bệnh xuất viện vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 6 sau phẫu thuật.

2.3.4. Hướng dẫn người bệnh tập luyện các bài tập sau khi xuất viện

Yêu cầu người bệnh tập sức cơ mông, cơ tứ đầu đùi,

gấp, duỗi và dạng khớp háng đến khi tầm vận động khớp đạt được như mong đợi là duỗi thẳng gối, háng, gấp háng 90°, giạng háng 40°. Sau 4 đến tuần người bệnh tập đi lại với 1 nạng bên khớp háng không phẫu thuật. Sau 5 đến 6 tuần bệnh nhân tập đi bộ tự do, chịu lực hoàn toàn lên chân phẫu thuật.

2.3.5. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả bước đầu chúng tôi dựa vào kết quả lâm sàng và kết quả tập luyện phục hồi chức năng sau mổ: Khả năng đi bộ, khả năng leo cầu thang, biên độ vận động khớp háng và kết quả tư vấn hướng dẫn người bệnh khi xuất viện.

Xử lý số liệu: Tính tỉ lệ % và trung bình cộng, xử lý theo phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Bệnh nhân	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình
≤ 30	2	-	2	2,2	53,86 ± 7,49
31 - 40	11	1	12	13,5	
41- 50	25	4	29	32,6	
51-60	31	4	35	39,3	
61- 75	3	8	11	12,4	
Tổng	72	17	89	100,0	

* **Nhận xét:** Lứa tuổi mắc bệnh đa số là từ 41 - 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 71,9%. Bệnh nhân là nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 72/17.

Bảng 3.2. Bệnh lý khớp háng

Bệnh lý khớp háng	Số khớp háng	Tỉ lệ %
Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi	64	71,9
Thoái hóa khớp háng	9	10,1
Gãy cổ xương đùi	16	18,0
Tổng	89	100,0

* **Nhận xét:** Bệnh lý hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi chiếm tỉ lệ cao 71,9%.

3.2. Theo dõi chăm sóc bệnh nhân sau mổ thay khớp háng

Bảng 3.3. Thực trạng công tác chăm sóc, hướng dẫn tập phục hồi chức năng và chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật

Công tác chuẩn bị trước phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát phiếu hướng dẫn tập PHCN	89	100,0
Hướng dẫn tập phục hồi chức năng trước mổ	48	53,9
Tắm, vệ sinh và thay quần áo đúng qui định	89	100,0
Uống thuốc giảm đau trước phẫu thuật	89	100,0
Tiêm thuốc kháng sinh dự phòng trước	89	100,0
Vệ sinh vùng mổ và chi phẫu thuật	89	100,0

* **Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân được hướng dẫn tập Đây là điểm yếu chung của bệnh nhân trước phẫu thuật phục hồi chức năng trước mổ chiếm tỷ lệ thấp 53,9% ở Việt Nam.

Bảng 3.4. Thực trạng công tác chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật

Thực hiện công tác chăm sóc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp	89	100,0
Theo dõi tình trạng vết mổ	89	100,0
Hướng dẫn BN uống thuốc giảm đau	89	100,0
Truyền thuốc giảm đau trung ương	89	100,0
Chườm mát vùng phẫu thuật	89	100,0
Lấy máu xét nghiệm sau phẫu thuật	89	100,0
Tiêm kháng sinh dự phòng đúng giờ	89	100,0

* **Nhận xét:** 100% bệnh nhân được điều dưỡng chăm sóc, theo dõi sau mổ, dùng thuốc giảm đau và thuốc kháng sinh ngay sau phẫu thuật đúng quy trình.

Bảng 3.5. Mức độ đau khớp háng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật	Mức độ đau		
	Mức độ nhẹ	Mức độ vừa	Mức độ nặng
Ngày thứ 1	69,7%	30,3%	-
Ngày thứ 2	73,0%	27,0%	-
Ngày thứ 3	84,2%	15,8%	-
Ngày thứ 4, thứ 5	100%	-	-
Khi ra viện	100%	-	-

* **Nhận xét**

- Chính vì công tác chăm sóc bệnh nhân sau mổ đúng quy trình chiếm tỷ lệ 100% nên kết quả sau phẫu thuật cho thấy mức độ đau nặng không gặp bệnh nhân nào, trong đó

mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao 70%.

- Ngày thứ 4, thứ 5 sau phẫu thuật 100% bệnh nhân có đau khớp háng mức độ nhẹ

3.3. Hướng dẫn tập vận động sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Thực trạng công tác hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật	Hướng dẫn tập PHCN đúng quy trình			
	Có	Tỉ lệ %	Không	Tỉ lệ %
Ngày thứ 1	48	53,9	41	46,1
Ngày thứ 2	74	83,1	15	16,9
Ngày thứ 3	89	100,0	-	-
Ngày thứ 4, thứ 5	57	64,1	32	35,9
Khi ra viện	48	53,9	41	46,1

*** Nhận xét:**

- Ngày thứ 3 sau phẫu thuật 100% bệnh nhân được hướng dẫn tập đúng quy trình. Tuy nhiên, hướng dẫn tập

vào ngày thứ 4 và thứ 5 sau mổ đúng quy trình chỉ chiếm 64,1%. Hướng dẫn tập các bài tập sau khi ra viện chiếm tỉ lệ thấp 53,9%.

Bảng 3.7. Nhóm chăm sóc và tập phục hồi chức năng đúng quy trình trong thời gian bệnh nhân nằm viện

	Tập luyện đúng quy trình	
	Có	Không
Số bệnh nhân	57	32
Tỉ lệ %	64,1	35,9
Số ngày nằm viện sau phẫu thuật	5,7	6,8

*** Nhận xét:** Số bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình chiếm tỉ lệ 64,1% và thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 5,7 ngày.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa nhóm tập phục hồi chức năng đúng quy trình và không đúng quy trình

Bệnh nhân trước ngày ra viện		Tập luyện đúng quy trình				P
		Có n=57	%	Không n=32	%	
Đi bộ có nạng hỗ trợ	Có	57	100,0	32	100,0	> 0,05
	Không	-	-	-	-	
Tự đi xuống cầu thang	Có	57	100,0	21	65,6	< 0,05
	Không	-	-	11	34,4	
Không lên xuống cầu thang được	Có	49	85,9	14	43,7	< 0,05
	Không	8	14,1	28	56,3	
Tự lên và xuống cầu thang	Có	49	85,9	14	43,7	< 0,05
	Không	8	14,1	28	56,3	

*** Nhận xét:**

- 100% bệnh nhân tự đi bộ trên đường bằng với sự hỗ trợ của nạng

- Nhóm bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình có đạt kết quả tốt hơn nhóm tập không đúng quy trình với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng: tuổi, giới

- Nghiên cứu 89 bệnh nhân chúng tôi thấy tuổi trung bình 53.86 tuổi thấp nhất là 30 và tuổi cao nhất là 75 tuổi.

- Bệnh nhân nam chiếm 80%, nữ chiếm 20%, tỷ lệ nam/nữ 1/4 từ đây ta thấy tỷ lệ mắc bệnh chênh lệch rõ rệt giữa nam và nữ, lứa tuổi mắc bệnh đa số là từ 41 - 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 71,9%.

4.2. Công tác chăm sóc theo dõi bệnh nhân sau mổ:

- Phẫu thuật thay khớp háng là phẫu thuật lớn phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong mổ, từ đó công tác chăm sóc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ về toàn thân và tại vùng mổ đảm bảo sạch sẽ, chúng tôi thực hiện qui trình chuẩn bị bệnh nhân trước mổ nghiêm ngặt như tắm cho bệnh nhân bằng dung dịch Lifo-scrub trước hôm mổ và sáng hôm mổ; vệ sinh vùng phẫu thuật và chi phẫu thuật bằng dung dịch Lifo-scrub và Betadine 105 tại phòng mổ sau khi gây tê; thực hiện sử dụng kháng sinh đúng giờ như tiêm kháng sinh Cephalosporine thế hệ hai trước phẫu thuật 30 phút và cách 8 giờ dùng 1 lọ sau phẫu thuật trong 24 giờ. Với quy trình này 89 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không có bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ hoặc phải chuyển từ kháng sinh điều trị sang sử dụng kháng sinh điều trị.

- Các tai biến, biến chứng thường xảy ra trong 48 giờ đầu sau mổ là: suy hô hấp, thiếu máu, chảy máu sau mổ được điều dưỡng quan sát lâm sàng và kết quả cận lâm sàng đã báo cáo bác sỹ xử trí kịp thời nên không có tai biến xảy ra.

- Dự phòng tắc mạch chi, ngày đầu sau phẫu thuật bệnh nhân được đi tất áp lực, tập vận động các khớp cổ chân và hướng dẫn người nhà xoa bóp trị liệu. Ngày thứ 2 sau phẫu thuật bệnh nhân được hướng dẫn tập đứng dậy và đi lại với hai nạng. Sự hướng dẫn tập vận động sớm ngay sau phẫu thuật giúp cho chi phẫu thuật tăng lưu thông tuần hoàn là một trong những phương pháp dự phòng viêm tắc tĩnh mạch chi phẫu thuật rất hiệu quả. Kết quả nghiên cứu không có bệnh nhân nào bị viêm tắc tĩnh mạch sâu.

4.3. Hướng dẫn luyện tập phục hồi chức năng

- Tại khoa chúng tôi áp dụng giảm đau đa mô thức đối với các bệnh nhân thay khớp háng với quy trình sử dụng thuốc giảm đau trước phẫu thuật 01 ngày, ngày bệnh nhân được phẫu thuật thì trước khi lên phòng mổ bệnh nhân được uống 01 viên thuốc giảm đau chống viêm Arcoxia 90mg, trong phẫu thuật bệnh nhân được gây tê bao khớp, sau mổ dùng kết thuốc giảm đau thông

thường và thuốc giảm đau trung ương, do phối hợp giảm đau đa mô thức nên liều dùng thuốc giảm đau là không cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy không bệnh nhân đau khớp háng sau phẫu thuật mức độ nặng, đa số bệnh nhân có đau khớp háng phẫu thuật mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao trong đó ngày đầu sau phẫu thuật là 69,7%. Sự giảm đau tốt sau mổ giúp bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sớm sau mổ nên giảm được các biến chứng cũng như sớm phục hồi sức khỏe.

- Có 57/89 (64,1%) bệnh nhân được hướng dẫn tập luyện đúng qui trình cho thấy kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật đạt kết quả tốt hơn nhóm bệnh nhân không được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình, sự khác biệt với $p < 0,05$. Với những bệnh nhân được tập đúng qui trình thì thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 5,7 ngày, còn nhóm không được hướng dẫn phục hồi chức năng tốt, thời gian nằm viện trung bình là 6,8 ngày. Điều này chứng tỏ trong Khoa Chấn thương chỉnh nên có nhân viên chuyên hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật là cần thiết.

- Số bệnh nhân không tập luyện đúng theo qui trình chúng tôi tiếp tục hướng dẫn tập các bài tập, nếu bệnh nhân tập không đạt yêu cầu chúng tôi giữ lại tiếp tục cho tập luyện đến khi đạt yêu cầu mới cho ra viện.

Tập vận động sớm và hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng qui trình giúp cho bệnh nhân giảm đau, thoải mái về thể chất, tinh thần, bình phục sức khỏe nhanh hơn và thời gian nằm viện là ngắn hơn.

4.4. Hướng dẫn bệnh nhân khi ra viện

- Có 48/89 (53,9%) bệnh nhân không được điều dưỡng tư vấn hướng dẫn các bài tập luyện tập sau khi ra viện. Chúng tôi rằng việc hướng dẫn luyện tập phục hồi chức năng, tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân chưa được điều dưỡng chú trọng và quan tâm. Chúng tôi nghĩ trong khoa phải biên chế kỹ thuật viên phục hồi chức năng để bệnh nhân sau phẫu thuật được chăm sóc tốt hơn và đạt kết quả sau phẫu thuật tốt hơn.

- Hiện nay, trong nước cũng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của công tác tập luyện phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng. Các tài liệu nước ngoài về tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng có nhiều tuy nhiên không phù hợp với tình hình thực tế ở Việt Nam. Dựa vào các tài liệu trong và ngoài nước kết hợp với thực tế tại Khoa Phẫu thuật khớp – Bệnh viện TƯQĐ 108, chúng tôi xây dựng quy trình chăm sóc bệnh nhân trước, sau phẫu thuật và chương trình tập luyện phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn

phân và đánh giá hiệu quả của chăm sóc điều dưỡng và chương trình tập luyện này. Kết quả nghiên cứu cho thấy 89 bệnh nhân thay khớp háng toàn phần một bên cho kết quả tốt, không xảy ra biến chứng gì do phẫu thuật, chăm sóc điều dưỡng và tập luyện phục hồi chức năng gây nên, bệnh nhân được phục hồi chức năng đi lại sớm, rút ngắn thời gian và chi phí nằm viện. Sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật là rất cao. Chúng tôi tiếp tục đánh giá quy trình chăm sóc điều dưỡng và luyện tập phục hồi chức năng này với mẫu nghiên cứu lớn hơn để kết quả thu được là khách quan.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá công tác điều dưỡng và

luyện tập phục hồi chức năng ở 89 bệnh nhân từ lúc vào viện đến khi ra viện kết quả cho thấy:

- Bệnh nhân được điều dưỡng chăm sóc đúng quy trình trước và sau phẫu thuật là 100%.

- Có 57/89 (61,4%) bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình.

- Nhóm bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng quy trình có kết quả phục hồi chức năng tốt hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.

- Bệnh nhân được hướng dẫn các bài tập khi ra viện chiếm tỉ lệ 53,9%.

- Kết quả nghiên cứu cho thấy quy trình tập luyện phục hồi chức năng do chúng tôi tự xây dựng đạt kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Điều dưỡng ngoại khoa (1996): *Chăm sóc bệnh nhân sau mổ xương khớp*. Bộ Y tế - Vụ Khoa học và đào tạo, tr. 170-175.
2. Adelin Chu Yee Mei (Y tá chấn thương, Bệnh viện Đa khoa Singapore): *Vai trò của y tá trong thay khớp háng và khớp gối toàn phần*. Lớp tập huấn chăm y tế phục hồi sau mổ thay khớp háng, khớp gối Bệnh viện Việt Đức Hà nội.
3. Adelin Chu Yee Mei (Y tá chấn thương, Bệnh viện Đa khoa Singapore): *Đào tạo và chuẩn bị bệnh nhân trước mổ thay khớp háng*. Lớp tập huấn chăm y tế phục hồi sau mổ thay khớp háng, khớp gối Bệnh viện Việt Đức Hà nội.
4. Ece Unlu, Emel Eksioglu, Ece Aydog, Sedat Tolga Aydo, Gulay Atay (2007) The effect of exercise on hip muscle strength. Gait speed and cadence in patients with total hip athroplasty. A randomized controlled study. *Clinical rehabilitation*, 21, p. 706 – 711.
5. Total Hip Replacement Exercise Guide. Operation Walk (2018). p. [http:// www. Operationwalk. com](http://www.Operationwalk.com).

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2019

Hoàng Cao Sạ¹, Võ Tuấn Ngọc¹, Nguyễn Duy Tiến²

TÓM TẮT

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp định lượng và định tính, tiến hành từ tháng 04/2019 đến tháng 07/2019. Đối tượng nghiên cứu là Lãnh đạo Bệnh viện, Trưởng phòng Tổ chức cán bộ, bác sĩ, điều dưỡng, thư ký, hộ lý, nhân viên phục vụ tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu định lượng thông qua việc thu thập số liệu bằng bảng câu hỏi khảo sát nhằm đánh giá sự hài lòng công việc của nhân viên y tế (NVYT). Nghiên cứu định tính bằng phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm nhằm phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của NVYT tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả: Có 3 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của NVYT bao gồm: 1. Nhóm thuộc về NVYT với các yếu tố như: đặc điểm cá nhân; vị trí công tác, kinh nghiệm làm việc; thu nhập; định hướng nghề nghiệp. 2 Nhóm môi trường bên ngoài với các yếu tố như: Quy định của cơ quan quản lý nhà nước; đặc thù của ngành Y tế; tiền lương và phúc lợi xã hội hiện tại. 3. Nhóm môi trường bên trong với các yếu tố như: Sự quan tâm của Lãnh đạo Bệnh viện/khoa Cấp cứu; các chính sách và quy định về nhân sự; cơ cấu tổ chức và phân công công việc; cơ sở vật chất và mặt bằng; điều kiện môi trường làm việc và áp lực công việc

Từ khóa: Hài lòng, NVYT, khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy

ABSTRACT:

STUDY ON FACTORS AFFECTING JOB SATISFACTION OF THE HEALTH CARE WORKERS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT IN CHO RAY HOSPITAL IN 2019

The study uses cross-sectional research method,

combining quantitative and qualitative; conducted from April 2019 to July 2019. The subjects of the study were hospital leaders, head of the Department of Personnel and Organization, doctors, nurses, secretaries, midwives, and staff at the Emergency Department in Cho Ray Hospital. Quantitative research through data collection using questionnaire to assess job satisfaction of the health workers. Qualitative research through in-depth interviews and group discussions to analyze some factors affecting the job satisfaction of the health workers at the Emergency Department, in Cho Ray Hospital.

Results: There are 3 groups of factors that affect job satisfaction of the health workers, including:

1. The factors relating to health workers such as: individual characteristics; working positions, working experience; income; career orientation.

2. The external factors such as: Regulations of state management agencies; characteristics of the health sector; salaries and social benefits.

3. The internal factors such as: The care of the hospital leaders / Emergency department; policies and regulations on personnel; organizational structure and work assignment; facilities and premises; working environment conditions and work pressure.

Key Words: Job satisfaction, health care workers, emergency department, Cho Ray Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm qua, ngành Y tế nước ta đã có những bước tiến vượt bậc trong hoạt động khám chữa bệnh nhằm đảm bảo và nâng cao sức khỏe của người dân. Hiệu quả hoạt động của một cơ sở y tế chịu tác động của nhiều yếu tố, trong đó nguồn nhân lực đóng vai trò rất quan trọng,

1. Viện Đào tạo bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành Y tế- Trường Đại học Y tế Công cộng

2. Khoa Khoa học cơ bản – Trường Đại học Y tế Công cộng

» Ngày nhận bài: 31/01/2020 | » Ngày phản biện: 07/02/2020 | » Ngày duyệt đăng: 13/02/2020

ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng và hiệu quả của công tác khám chữa bệnh[3].

Để thực hiện hiệu quả công tác khám chữa bệnh, song song với việc đảm bảo nguồn nhân lực, đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn ... thì cần phải nâng cao hiệu quả lao động của nguồn nhân lực hiện có. Muốn làm được điều này, các cơ sở y tế cần phải đánh giá được thực trạng nguồn nhân lực cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của đội ngũ nhân viên y tế (NVYT), từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao mức độ hài lòng[2][4][6][7].

Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy là một khoa lớn của Bệnh viện với 170 NVYT (bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý, nhân viên phục vụ), hàng ngày đang phải hoạt động với cường độ cao; trung bình mỗi ngày tiếp nhận từ 350-400 bệnh nhân cấp cứu; vì vậy, việc duy trì đội ngũ hiện tại và tăng cường nhân lực là hết sức cần thiết[1]. Để làm được điều này, Lãnh đạo Bệnh viện, khoa cần phải nắm bắt được nguyện vọng, mức độ hài lòng công việc hiện tại của NVYT và các yếu tố liên quan làm cơ sở để đề ra các giải pháp và quyết định cải tiến. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của nhân viên y tế khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019”**, nhằm tìm cơ sở khoa học cho các giải pháp cải thiện sự hài lòng của nhân viên y tế với công việc, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- NVYT (bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng, thư ký, hộ lý, nhân viên phục vụ) đang công tác tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

- Lãnh đạo Bệnh viện, lãnh đạo khoa Cấp cứu, lãnh đạo phòng Tổ chức cán bộ

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Cấp cứu, bệnh viện Chợ Rẫy.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2019 đến tháng 07/2019.

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

- Nghiên cứu định lượng được thực hiện thông qua việc thu thập số liệu bằng bảng câu hỏi khảo sát tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy.

- Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua việc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Khảo sát toàn bộ NVYT đang công tác tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

- Phòng vấn sâu 05 cuộc, bao gồm: 01 lãnh đạo bệnh viện, 01 lãnh đạo khoa Cấp cứu, 01 lãnh đạo phòng Tổ chức – cán bộ, 01 Bác sĩ và 01 Điều dưỡng.

- Thảo luận nhóm 02 cuộc (mỗi cuộc 5 người) với đội ngũ NVYT bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý, nhân viên phục vụ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Sự ảnh hưởng của yếu tố đặc điểm nhân viên y tế với sự hài lòng công việc

Khác biệt về giới tính của NVYT có tác động nhất định đối với sự hài lòng công việc. NVYT trẻ thường không có làm việc ở khoa lâu dài một phần vì mong đợi và yêu cầu của bản thân lớn, mong muốn có chế độ hỗ trợ và thu nhập tốt, mong được hỗ trợ học tập nâng cao trình độ chuyên môn nên có nhiều trường hợp không chịu nổi áp lực công việc dẫn đến sự không hài lòng và xin điều chuyển sang bộ phận khác. Ngoài ra, có sự khác nhau về nhu cầu và định hướng cá nhân của đội ngũ NVYT.

Không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,304$), khoảng tin cậy 95% (0,724; 2,818); không có sự khác biệt giữa giới tính với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,817$), khoảng tin cậy 95% (0,527; 2,254); không có sự khác biệt giữa số năm công tác tại khoa hiện nay với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,116$), khoảng tin cậy 95% (0,906; 2,470); không có sự khác biệt giữa chuyên môn phụ trách với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,327$), khoảng tin cậy 95% (0,777; 1,088); không có sự khác biệt giữa phân công kiêm nhiệm với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,697$), khoảng tin cậy 95% (0,541; 1,508); không có sự khác biệt giữa số lần trực/tháng với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,353$), khoảng tin cậy 95% (0,485; 7,582). Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với: Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2015) cho biết nhìn chung sự hài lòng ít liên quan tới các yếu tố nhân khẩu như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, ... và liên quan nhiều đến thời gian làm việc, chuyên môn, cơ hội làm việc và thăng tiến [9].

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm của NVYT với sự hài lòng chung

Đặc điểm cá nhân	Sự hài lòng chung		χ^2	OR CI (95%)	P value (OR)
	Chưa hài lòng N (%)	Hài lòng N (%)			
Chuyên môn đào tạo chính					
Bác sỹ	11 (31,4)	24 (68,6)	5,605	1,442 (1,024; 2,030)	0,036
Điều dưỡng, hộ sinh	26 (23,6)	84 (76,4)			
Khác (Kỹ thuật viên, nhân viên phục vụ)	1 (5,3)	18 (94,7)			
Bằng cấp cao nhất					
Sau đại học (Cao học, CKI)	3 (42,9)	4 (57,1)	10,789	1,429 (1,019; 2,003)	0,038
Đại học	18 (20,9)	68 (79,1)			
Khác (cao đẳng, trung cấp, THPT)	17 (23,9)	54 (76,1)			
Số năm công tác trong ngành y					
<= 3 năm	18 (32,7)	37 (67,3)	5,086	1,662 (1,060; 2,605)	0,027
Từ 4-10 năm	11 (22,4)	38 (77,6)			
> 10 năm	9 (15,0)	51 (85,0)			
Số năm công tác tại khoa hiện nay					
<= 01 năm	5 (25,0)	15 (75,0)	4,854	1,496 (0,906; 2,470)	0,116
Từ 2-5 năm	18 (32,7)	37 (67,3)			
> 5 năm	15 (16,9)	74 (83,1)			
Vị trí công tác hiện tại					
Nhóm lãnh đạo (lãnh đạo khoa, điều dưỡng trưởng)	2 (50,0)	2 (50,0)	8,168	1,686 (1,066; 2,665)	0,025
Nhóm không là lãnh đạo	36 (22,5)	124 (77,5)			

Có sự khác biệt giữa chuyên môn đào tạo chính với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,036 < 0,05$), khoảng tin cậy 95% (1,024; 2,030). Có sự khác biệt giữa bằng cấp cao nhất với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,038 < 0,05$), khoảng tin cậy 95% (1,019; 2,003). Có sự khác biệt giữa số năm công tác trong ngành y với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,027 < 0,05$), khoảng tin cậy 95% (1,060; 2,605). Có sự khác biệt giữa vị trí công tác hiện tại với sự hài lòng chung về công việc ($p = 0,025 < 0,05$), khoảng tin cậy 95% (1,066; 2,665). Nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và Vũ Thị Lan Hương (2011) cũng đã chỉ ra rằng sự hài lòng công việc của NVYT có liên quan đến các yếu tố về đặc điểm cá nhân như trình độ học vấn, vị trí công tác hiện tại [7]

Nhân viên nữ thường không có thời gian chăm sóc gia đình do phải trực đêm thường xuyên, làm liên tục. Tăng thu nhập là nhu cầu, mong muốn của tất cả NVYT, thu nhập tốt mới có thể toàn tâm dành thời gian cống hiến. Hiện tại, Bệnh viện có hỗ trợ thêm thu nhập cho NVYT của khoa Cấp cứu, tuy nhiên tổng thu nhập không bằng các khoa khác, vì vậy nhân viên ở khoa Cấp cứu không muốn gắn bó lâu dài. “Thực sự đa số bác sĩ làm thêm ở ngoài như ở nhà, phòng khám, còn điều dưỡng thì không có thời gian làm thêm, do vậy điều dưỡng thu nhập không đủ lo cho cuộc sống, mức sống ngày càng cao, thu nhập không tăng” [Lãnh đạo Bệnh viện].

Có sự khác nhau, bác sĩ trẻ có nhu cầu khác, bác sĩ lâu năm có nhu cầu khác... từ tuổi và giới tính, chuyên

môn, vị trí công tác, mức thu nhập. *“Ví dụ như bác sĩ trẻ thì cần môi trường trải nghiệm nhiều, học hỏi nhiều để nâng cao tay nghề, bác sĩ lâu năm thì công bằng minh bạch, cho thời gian đào tạo, nguyên cứu khoa học, thu nhập ổn định. Một số cá nhân nhu cầu mở phòng khám hoặc làm thêm ở phòng khám tư nhân.” [Bác sĩ].*

Nghiên cứu của Nguyễn Duy Luật, Ngô Thu Hương và cộng sự (2015) cho thấy các yếu tố đặc điểm cá nhân sẽ ảnh hưởng đến sự hài lòng trong công việc như độ tuổi, giới tính, tính chất công việc (ngại tiếp xúc với người bệnh, sợ bị kỳ thị ...) [5].

3.2. Sự ảnh hưởng của yếu tố môi trường bên ngoài với sự hài lòng công việc của nhân viên y tế.

Do đặc thù của ngành Y khiến đội ngũ NVYT phải hy sinh nhiều về thời gian và sức khỏe vì phải làm việc liên tục, trực ca thường xuyên, chịu áp lực về tinh thần và thể chất từ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Trong thời gian qua, các quy định của cơ quan quản lý nhà nước đã được bệnh viện và khoa Cấp cứu đưa vào vận hành như: tiêu chuẩn về tuyển dụng NVYT, chế độ chính sách và các nguồn hỗ trợ trong quá trình làm việc một cách đầy đủ và cụ thể, đáp ứng các yêu cầu cơ bản về chế độ hỗ trợ cho NVYT của khoa Cấp cứu.

... *“Công tác quản lý bệnh viện cần phải triển khai các chính sách, quy định đến toàn thể nhân sự của Bệnh viện, tập trung cải tiến chất lượng; các tiêu chuẩn, tiêu chí ngày càng cao, rõ ràng, tác động đến công tác hằng ngày của NVYT sẽ được đo lường, đong đếm một cách cụ thể” [Lãnh đạo Bệnh viện].*

Ngành Y là một ngành đặc thù liên quan đến sức khỏe con người, rất nhạy cảm, nên những yếu tố bên ngoài sẽ tác động đến tâm lý, hành vi và sự hài lòng đối với công việc của NVYT; vì vậy cần sự hỗ trợ cảm thông từ xã hội và có những chính sách ưu tiên hơn: *“NVYT đi học nhiều, áp lực làm nhiều nhưng thu nhập chưa tương xứng; bác sĩ hầu như 3 đêm thì thức trắng 1 đêm liên tục, lễ tết, ngày nghỉ, phải trực; tuy nhiên lương chưa trả đúng sức lao động, không đủ lo cho gia đình, nên đa số bác sĩ phải làm thêm bên ngoài” [Bác sĩ].*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với: Nghiên cứu ở Melbourne – Úc của Kate Anne Walker (2007) cho biết sự đa dạng của đặc điểm ngành nghề công việc, sự tin tưởng vào công việc đang thực hiện và sự khích lệ và động viên từ các cấp lãnh đạo có ảnh hưởng tới

sự hài lòng của NVYT[10]. Nghiên cứu của Lê Trí Khải và cộng sự (2015) cho biết có mối liên quan giữa sự hài lòng chung đối với công việc và các yếu tố: Địa bàn phân bổ công tác (theo đặc trưng ngành nghề), chính sách trong lĩnh vực y tế ở các địa phương khác nhau [4].

3.3. Sự ảnh hưởng của yếu tố môi trường bên trong với sự hài lòng công việc của nhân viên y tế

- Sự quan tâm của lãnh đạo: Sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện/ khoa sẽ có tác động tích cực đối với sự hài lòng công việc của NVYT. Cụ thể, có nhiều chính sách hỗ trợ như: Ban giám đốc luôn tạo điều kiện tốt nhất, khi số lượng bệnh nhân quá tải sẽ yêu cầu khoa/phòng khác hỗ trợ ngay trong điều kiện cho phép; mở rộng mặt bằng để giảm tải thời gian tiếp nhận người bệnh. *“Lãnh đạo BV đã có hướng giải quyết là xây Bệnh viện Chợ Rẫy 2 để giảm áp lực về môi trường và tiếng ồn, tình trạng bệnh ngày càng nhiều, mặt bằng chật hẹp, bệnh nhân lo lắng phiền hà” [Lãnh đạo bệnh viện].* - Các chính sách và quy định về nhân sự: Khoa Cấp cứu là khoa thường trực của BV, NVYT được chia làm 3 kíp trực luân phiên nhau. Khoa hiện tại chưa đáp ứng yêu cầu đời sống của nhân viên, chế độ chính sách chưa đầy đủ để tạo động lực làm việc tốt nhất. Mức thu nhập chưa phù hợp với sức lao động bỏ ra, nên nhân viên thường đề nghị luân chuyển sang khoa khác để công việc bớt cực khổ, và giảm chịu áp lực từ bệnh nhân, người nhà bệnh nhân. *“NVYT thường không được truyền thông nhiều, do môi trường làm việc không đầy đủ, yêu cầu xã hội nhiều, đáp ứng không được dẫn đến áp lực cho NVYT, NVYT lo lắng, căng thẳng, không tập trung chuyên môn. Chế độ hỗ trợ chỉ dựa theo quy định của nhà nước dành cho khoa và theo Bộ Y tế dựa thêm hệ số lương bệnh viện 60% tiền ưu đãi nghề.” [Lãnh đạo khoa].*

- Cơ cấu tổ chức và phân công công việc: Về số lượng nhân sự hiện tại của khoa Cấp cứu có tác động tiêu cực đến sự hài lòng của NVYT do trình độ không đồng đều, những nhân viên giỏi thường không muốn ở lại lâu dài do làm việc áp lực, cực nhọc mà chế độ không thỏa đáng, tuyển dụng nhân viên mới phải đào tạo lại. *“Điều dưỡng của Khoa làm việc rất vất vả, phải liên tục đào tạo nhân viên mới và đa số nhân viên trẻ nhiều so với các khoa khác,... Khoa Cấp cứu thường không có ai muốn kiêm nhiệm và những khoa nội khác không thể kiêm nhiệm được, do khác biệt về chuyên khoa”.* [Lãnh đạo khoa].

Việc phân công tương đối hợp lý cho các chức danh nghề nghiệp dẫn đến có những tác động tích cực đối với sự hài lòng của NVYT. Khoa đã có bộ phận để giám sát và hướng dẫn, trong mỗi ca trực đều có phân công 1 điều dưỡng công tác kiêm nhiệm xét BHYT cho người bệnh, có chế độ chính sách cho bệnh nhân, sắp xếp bố trí để hạn chế rủi ro, sai sót xuống mức thấp nhất và không ảnh hưởng đến thời gian công tác của NVYT.

- Về điều kiện môi trường làm việc và áp lực công việc: Đây là yếu tố có ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của người bệnh do sự quá tải trong công việc và tiềm ẩn những rủi ro, nguy cơ có thể bị bạo lực từ người bệnh/người nhà người bệnh. Khoa Cấp cứu luôn trong tình trạng quá tải về bệnh nhân, cho nên nhiều bệnh nhân vẫn phải chờ 1-3h mới được khám. Vì vậy nhiều người bệnh cảm thấy bức xúc, bệnh nhân không hiểu được dồn bức xúc lên NVYT. *“Mặt bằng hiện tại chật hẹp và áp lực công việc nhiều, bệnh nhân nhiều, quá chặt, buộc nhân viên phải di chuyển bệnh nhân ra ngoài để lấy lối đi, chăm sóc người bệnh, sau đó di chuyển lại dẫn đến làm mất nhiều thời gian công sức của NVYT”* [NVYT]. *“Cơ sở vật chất rất chật, gần như chỉ để phục vụ bệnh nhân, nơi nghỉ ngơi của nhân viên rất hẹp, mong muốn được mở rộng khoa Cấp cứu, để thêm giường bệnh, trang thiết bị, để phục vụ bệnh nhân tốt”*. [Lãnh đạo phòng Tổ chức cán bộ].

Về công tác chống nhiễm khuẩn: Do chật hẹp nên khoảng cách an toàn, chống lây nhiễm sẽ khó khăn hơn, khoa Cấp cứu cũng đã khử môi trường, thanh lọc môi trường để giảm độ lây nhiễm tối đa. *“Môi trường làm việc chống nhiễm khuẩn làm vệ sinh tất cả các bề mặt của băng ca, sàn, dụng cụ, tủ... phương tiện bảo hộ lao động phải luôn có để hạn chế rủi ro”* [NVYT].

Mặt bằng khoa Cấp cứu chỉ đủ kê 60 giường bệnh mà có khi lên đến 120 – 150 bệnh nhân. *“Bệnh viện đã đầu tư trang thiết bị, tuy nhiên không còn chỗ để, mặt bằng không còn, đây là bài toán khó cho lãnh đạo khoa Cấp cứu chúng tôi, phải luân chuyển liên tục, có giải pháp để đáp ứng kịp thời tình hình”*. [Lãnh đạo bệnh viện].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng với: Nghiên cứu của Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh (2009) về sự hài lòng đối với công việc của NVYT tuyên cơ sở cho biết sự hài lòng đối với công việc có liên quan đến các yếu tố từ cơ sở y tế như: môi trường làm việc; lương thưởng và chế độ phúc lợi; cơ sở vật chất và các điều kiện làm việc; mối quan hệ với lãnh đạo cấp trên và đồng nghiệp; được

đào tạo tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn ... [6].

Bệnh viện đã hỗ trợ NVYT đi học và đào tạo để nâng cao chuyên môn; tuy nhiên cơ hội, thời gian đi đào tạo bồi dưỡng còn hạn chế, Bệnh viện hỗ trợ lãnh đạo khoa Cấp cứu làm một số đề án cải thiện công tác tại khoa Cấp cứu để rút ngắn thời gian, nâng cao chất lượng. *“Áp lực nhiều nhất của khoa Cấp cứu là đối mặt người bệnh, nhân viên mới đã được huấn luyện, đào tạo nhưng đáp ứng chưa hiệu quả, sau một đợt chúng tôi rút kinh nghiệm, đưa ra phương án mới để cải thiện những thiếu sót đó, hoàn thiện hơn”* [Điều dưỡng trưởng bệnh viện].

Nghiên cứu của Phạm Thị Phương Thảo và cộng sự (2015) cũng cho thấy hài lòng của điều dưỡng viên có mối liên quan đồng biến tương đối chặt chẽ với tính chất công việc, với cơ hội đào tạo, thăng tiến và với mối quan hệ với đồng nghiệp. Từ đó nhận thấy, để tăng sự hài lòng nghề nghiệp của NVYT thì cần thúc đẩy quan tâm hỗ trợ về các yếu tố bên trong của cơ sở y tế (về môi trường công việc, chế độ đãi ngộ, cơ hội đào tạo) [8].

IV. KẾT LUẬN

Có 3 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc của NVYT bao gồm:

- Nhóm yếu tố từ đặc điểm của NVYT: Tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn; vị trí công tác, kinh nghiệm làm việc; mức thu nhập; nhu cầu và mục tiêu cá nhân.
- Nhóm yếu tố môi trường bên ngoài: Quy định của cơ quan quản lý nhà nước; đặc thù của ngành Y; tiền lương và phúc lợi xã hội hiện tại.
- Nhóm yếu tố môi trường bên trong: Sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện/khoa Cấp cứu; các chính sách và quy định về nhân sự; cơ cấu tổ chức và phân công công việc; cơ sở vật chất và mặt bằng; điều kiện môi trường làm việc và áp lực công việc.

V. KIẾN NGHỊ

- Tăng thêm thu nhập dựa trên các nguồn thu hiện tại của Khoa và các khoản hỗ trợ mềm.

- Điều chỉnh lại chính sách chi lương phù hợp đặc thù của khoa và cơ chế tự chủ tài chính của Bệnh viện.

- Bố trí mặt bằng rộng hơn để đủ chỗ tiếp nhận bệnh nhân, để có không gian cho bác sĩ khám và điều trị, để tiết kiệm thời gian công sức.

- Cần có chương trình đào tạo chuyên sâu cho NVYT của khoa Cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2018), Báo cáo tổng kết các hoạt động của khoa Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy TP.HCM năm 2018;
2. Trần Văn Bình (2016), Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum năm 2016, Sở Y tế tỉnh Kon Tum, tr 4-5;
3. Bộ Y tế - Nhóm đối tác y tế (Health Partnership Group - HPG) (2016), “Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2016 (JAHR 2016)”, tr18-19;
4. Lê Trí Khải và cộng sự (2015), “Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum”, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 27, số 8 2017, tr 374-379;
5. Nguyễn Duy Luật, Ngô Thu Hương và cộng sự (2014), “Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với công việc chăm sóc và điều trị HIV AIDS tại các Bệnh viện của tỉnh Hòa Bình và Nghệ An”, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXIV, số 7 (156),
6. Lê Thanh Nhuận & Phạm Cự Linh (2009), “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở”, Tạp chí Y tế Công cộng, 9.2009, số 13 (13), tr 51-56;
7. Vũ Xuân Phú và Vũ Thị Lan Hương (2012), Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn, Hà Nội năm 2011, Tạp chí Y học Thực hành, 821-5/2012, tr 153-159.
8. Phạm Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Hường, Trần Thu Hiền (2015), Khảo sát mức độ hài lòng của đội ngũ điều dưỡng viên đối với công việc tại Bệnh viện Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học và công nghệ, 134(04): tr 187 – 191;
9. Nguyễn Hữu Thắng, Lê Thanh Hà, Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Phương Thảo, Dương Kim Tuấn, Ngô Trí Hiệp (2015), “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Việt Nam: Nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2014”, Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 6 (166) 2015 Số đặc biệt, tr 245-249;
10. Kate Anne Walker (2007), What keeps Melbourne GPs satisfied in their jobs?, Reprinted from Australian Family Physician Vol. 36, No. 10, October 2007, pp 877-880;
11. Laubach W & Fischbeck S (2007), Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians: a survey at a German University hospital, International Journal of Public Health 52(1): pp 54-59

THỰC TRẠNG KHUYẾT TẬT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC GIÁM ĐỊNH Y KHOA TẠI TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Nguyễn Đăng Nguyên¹, Phạm Thị Tĩnh², Nguyễn Xuân Bái², Nguyễn Thị Hoa²

TÓM TẮT

Tóm tắt: Nghiên cứu thực hiện từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2018 tại Trung tâm Giám định Y khoa tỉnh Sơn La. Đối tượng nghiên cứu là những người đến giám định khuyết tật và người chăm sóc (trẻ nhỏ phỏng vấn người giám hộ hoặc người khuyết tật nghe nói). Mục tiêu nghiên cứu bao gồm: tỷ lệ đối tượng giám định khuyết tật trong năm 2018, tỷ lệ đối tượng giám định được xác định là khuyết tật, tỷ lệ người khuyết tật theo giới, trình độ học vấn, địa phương, tỷ lệ người khuyết tật theo độ tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy: số người được giám định là khuyết tật: 378 người trong đó nam chiếm 57,7%, nữ chiếm 42,3%. Số người khuyết tật ở nhóm ≤ 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,9%. Về mô hình khuyết tật thì nhóm khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%, nhóm khuyết tật nghe/nói chiếm 28,3%, nhóm khuyết tật về nhìn chiếm 16,1%, nhóm khuyết tật trí tuệ chiếm 12,7%.

Từ khóa: Người khuyết tật, giám định khuyết tật; khảo sát y tế; mô hình khuyết tật; chăm sóc y tế.

ABSTRACT

THE STUDY OF DISABILITIES OF MEDICAL SURVEY EXAMINEES IN SON LA PROVINCE IN 2018

The research was carried out between January 2018 and December 2018 at Son La Medical Inspection Center. The subjects of the study were those who came to assess their disability and their caregivers (the young children were interviewed, and the guardians and disabled people listen and speak). The researchers aimed at evaluating the areas such as the rate of disabled assessment people in 2018, the percentage of people who was identified to be disabled, and the percentage of disabled people based on their gender, academic degree, residence, and age. The followings are the results: The number of people assessed to be disabled was 378 people. While the rate of men accounted for 57.7%, the proportion of women constituted

42.3%. The number of disabled people at the age of 18 or under accounted for the highest of 43.9%. In terms of the disability model, the group of disabled mobility people accounted for the highest proportion of 36.2%, the group of hearing/speaking disability constituted 28.3%, the group of visual disability accounted for 16.1%, and the group of intellectual disability made up 12.7%.

Key Words: Disabled people, disability identification, medical survey, disability model, health care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sơn La là một tỉnh miền núi nghèo, giao thông đi lại khó khăn, chịu nhiều hậu quả nặng nề của chiến tranh. Phần đông là người dân tộc thiểu số, sống rải rác ở các khu vực vùng cao, vùng sâu, vùng xa. Nhiều năm gần đây, được sự quan tâm đầu tư của Chính phủ bằng nhiều dự án cho nhiều lĩnh vực, nền kinh tế của tỉnh bước đầu có những thay đổi. Ngoài các đối tượng như thương binh, bệnh binh, người có công với nước... thì người khuyết tật cũng là một trong những nhóm đối tượng đặc biệt cần được quan tâm sâu sắc.

Trong nhiều năm qua, Hội đồng Giám định Y khoa tỉnh Sơn La đã khám, giám định sức khỏe, đánh giá tỷ lệ tổn thương cơ thể và mức độ ảnh hưởng đến khả năng lao động cho hàng nghìn người khuyết tật trong tỉnh. Các kết quả giám định đã giúp cho ngành Lao động - Thương binh và Xã hội có căn cứ để giải quyết chế độ trợ cấp xã hội đúng với tình trạng khuyết tật của từng cá nhân, đồng thời định hướng cho đối tượng lựa chọn công việc phù hợp với hoàn cảnh của mình. Tuy nhiên, do ảnh hưởng của các yếu tố khách quan nên cuộc sống của nhiều người khuyết tật cũng như gia đình họ còn gặp không ít khó khăn.

Kết quả nghiên cứu về: “Thực trạng giám định y khoa tại tỉnh Sơn La năm 2018” sẽ góp phần đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác khám giám định y khoa cũng như chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật tại địa phương.

1. Trung tâm Pháp y Sơn La

2. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Giám định Y khoa tỉnh Sơn La.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Người đến giám định khuyết tật và người chăm sóc (trẻ nhỏ phỏng vấn người giám hộ hoặc người khuyết tật nghe nói) tại Hội đồng Giám định Y khoa tỉnh Sơn La năm 2018.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: n = 378 người.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu có chủ đích, cụ thể:

- Đối tượng là toàn bộ người (hoặc người giám hộ) đến khám giám định khuyết tật.

- Hồ sơ giám định từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018, các hồ sơ này được lập theo mẫu thống nhất có khám lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu:

Tổ chức thực hiện:

Bước 1: Thực hiện Quy trình khám giám định khuyết tật.

Bước 2: Phỏng vấn về công tác quản lý chăm sóc người khuyết tật.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Thu thập các chỉ tiêu sau:

- Tỷ lệ đối tượng giám định khuyết tật trong năm 2018.

- Tỷ lệ đối tượng giám định được xác định là khuyết tật.

- Tỷ lệ người khuyết tật theo giới, trình độ học vấn, địa phương...

- Tỷ lệ người khuyết tật theo độ tuổi.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Toàn bộ số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS13.0

- Kết quả nghiên cứu được trình bày bằng tỷ lệ %, biểu đồ.

- Sử dụng test thống kê y học để so sánh các kết quả nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Lý do và nơi giới thiệu người khuyết tật giám định (n=378)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ %
Nơi giới thiệu	Tuyến xã/phường	378	100
	Tuyến huyện	-	-
Lý do Giám định	Giám định hưởng chế độ	378	100
	Kiểm tra/thay đổi mức trợ cấp	-	-

Từ bảng 1 cho thấy: 100% Người KT được giới thiệu từ tuyến xã/phường đến khám giám định để được hưởng chế độ. Không có trường hợp nào đến giám định để kiểm tra hoặc thay đổi chế độ trợ cấp.

Bảng 2. Thông tin về nhóm tuổi của người khuyết tật

Nhóm tuổi	Nam (n = 218)		Nữ (n= 160)		Chung (n= 378)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 18	92	24,3	74	19,6	166	43,9
19 - 44	64	17,0	47	12,3	111	29,4
45 - 60	49	12,9	30	8,0	79	20,9
> 60	13	3,4	9	2,4	22	5,8

Kết quả bảng 2 và cho thấy: Người khuyết tật ở nhóm < 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9%); người khuyết tật ở nhóm 19 - 44 tuổi chiếm 29,4%. Người khuyết tật ở nhóm 45 - 60 tuổi chiếm 20,9%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,8%) là người khuyết tật ở nhóm >60 tuổi.

Bảng 3. Thông tin về điều kiện kinh tế của người khuyết tật

Điều kiện kinh tế	Số lượng	Tỷ lệ %
Nghèo	44	11,6
Cận nghèo	94	24,9
Trung bình	224	59,3
Khá trở lên	16	4,2
Tổng	378	100

Từ kết quả của bảng 3 cho thấy: Số người khuyết tật có điều kiện kinh tế gia đình mức độ nghèo chiếm 11,6%; mức độ cận nghèo chiếm 24,9%; mức độ trung bình chiếm 59,3%. Chỉ có 4,2% người khuyết tật có kinh tế gia đình mức độ khá trở lên.

Bảng 4. Thông tin về dân tộc của người khuyết tật

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ %
Kinh	43	11,4
Thái	302	80,0
Mường	18	4,7
Khác (H' Mông, Tày...)	15	3,9
Tổng	378	100

Kết quả bảng 4 cho thấy: Số người khuyết tật là dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao nhất (80%); người khuyết tật là dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 11,4%; Người khuyết tật là dân tộc Mường chiếm tỷ lệ 4,7%. Có một số ít người khuyết tật là các dân tộc khác như H' Mông, Tày... chiếm 3,9%.

Bảng 5. Tỷ lệ người khuyết tật có tiền sử bệnh khác

Tiền sử	Nam (n = 218)		Nữ (n = 160)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có	127	58,3	92	57,5	> 0,05
Không	91	41,7	68	42,5	

Kết quả bảng 5 cho thấy ở cả hai giới nam và nữ thì tỷ lệ người khuyết tật có tiền sử bệnh khác kèm theo đều cao hơn nhóm không có tiền sử (58,3% và 57,5% so với 41,7% và 42,5%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Phân loại theo nhóm khuyết tật (n=378)

Nhóm khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
Khuyết tật về vận động	137	36,2
Khuyết tật về nghe/nói	107	28,3
Khuyết tật về nhìn	61	16,1
Khuyết tật về trí tuệ	48	12,7
Khuyết tật thần kinh, tâm thần	55	14,5
Khuyết tật khác	67	17,7

Qua bảng 6 thấy: Nhóm KT về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,2%, nhóm KT về nghe/nói chiếm 28,3%, nhóm KT về nhìn chiếm 16,1%, nhóm KT về trí tuệ chiếm 12,7%, nhóm KT về thần kinh, tâm thần chiếm 14,5%. Các loại KT khác chiếm 17,7%. Có những người thuộc 2, 3 nhóm khuyết tật.

Bảng 7. Tỷ lệ các loại khuyết tật trong nhóm khuyết tật vận động (n=137)

Loại khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
Liệt nửa người	35	25,5
Bàn chân khoèo, thừa ngón tay, chân	18	13,1
Bệnh cơ, xương, khớp	52	38,1
Bại não	8	5,8
Khác	24	17,5

Qua bảng 7 cho thấy: Trong nhóm khuyết tật về vận động thì bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,1%, liệt nửa người chiếm 25,5%, bàn chân khoèo và thừa ngón tay, chân chiếm 13,1%, bại não chiếm 5,8%. Các loại KT khác chiếm 17,5%.

Bảng 8. Tỷ lệ các loại khuyết tật trong nhóm khuyết tật về nghe/nói (n=107)

Loại khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
Sút môi+/hở hàm ếch	6	5,6
Giảm thính lực - điếc	43	40,2
Câm điếc bẩm sinh	18	16,8
Nói ngọng, nói khó, thất ngôn sau TBMMN	31	29,0
Khác	9	8,4

Kết quả bảng 8 cho thấy: Trong nhóm khuyết tật về nghe/nói thì giảm thính lực, điếc chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,2%, các trường hợp nói ngọng, nói khó, thất ngôn sau TBMMN chiếm 20,9%, câm điếc bẩm sinh chiếm 16,8%. Có 6 bệnh nhân sút môi, hở hàm ếch chiếm 5,6%.

Bảng 9. Tỷ lệ các loại khuyết tật trong nhóm khuyết tật về nhìn (n=61)

Loại khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
Đục thủy tinh thể	14	23,0
Lác	7	11,5
Sụp mí bẩm sinh	3	4,9
Giảm thị lực, mù	18	29,5
Khác	19	31,1

Từ kết quả bảng 9 cho thấy: Trong nhóm khuyết tật về nhìn thì giảm thị lực và mù chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,5%, đục thủy tinh thể chiếm 23%. Có 3 trường hợp sụp mí bẩm sinh chiếm 4,9%.

Bảng 10. Tỷ lệ các loại khuyết tật trong nhóm khuyết tật về trí tuệ (n=48)

Loại khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
Hội chứng Down	12	25,0
Chậm phát triển trí tuệ không phải Down	25	52,1
Khác (sa sút trí tuệ...)	11	22,9

Kết quả bảng 10 cho thấy: Trong nhóm khuyết tật về trí tuệ thì hội chứng Down chiếm 25%, chậm phát triển trí tuệ không phải Down chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,1%. Các khuyết tật khác như sa sút trí tuệ... chiếm 22,9%.

IV. BÀN LUẬN

Về lý do giám định

Từ kết quả bảng 1 cho thấy: 100% người KT được giới thiệu từ tuyến xã/phường đến khám giám định để được hưởng chế độ. Không có trường hợp nào đến giám định để kiểm tra hoặc thay đổi chế độ trợ cấp. Tuy nhiên kết quả NC của một số tác giả khác lại cho tỷ lệ khuyết tật ở nữ giới cao hơn nam giới. Nghiên cứu của Trần Trọng Hải [3] về nhu cầu và thực trạng cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại một số điểm dân cư vùng đồng bằng sông Hồng năm 2009 cho thấy nữ giới khuyết tật chiếm tỷ lệ 51,3% trong khi đó tỷ lệ này ở nam giới là 40,7%.

Về độ tuổi khuyết tật

Kết quả NC bảng 2 cho thấy: Người khuyết tật ở nhóm < 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9%); người khuyết tật ở nhóm 19 - 44 tuổi chiếm 29,4%. Người khuyết tật ở nhóm 45 - 60 tuổi chiếm 20,9%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,8%) là người khuyết tật ở nhóm >60 tuổi. Điều này theo chúng tôi là hợp lý vì: Các tác giả trên nghiên cứu tại cộng đồng

trên toàn thể quần thể dân cư. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Trung tâm giám định vì vậy sẽ có rất nhiều người khuyết tật đặc biệt với nhóm >60 tuổi vì nhiều lý do không đi khám để hưởng chế độ.

Về dân tộc và điều kiện kinh tế của người khuyết tật

Kết quả bảng 4 cho thấy: Số người khuyết tật dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao nhất (80%); dân tộc Kinh chiếm 11,4%; dân tộc Mường chiếm 4,7%; các dân tộc khác như Tày, Na Ha... chiếm tỷ lệ thấp (3,9%). Kết quả trong NC của Trần Trọng Hải năm 2009 thì người khuyết tật có điều kiện kinh tế gia đình mức nghèo và cận nghèo là 33,5%. Trong Tổng điều tra dân số năm 2009, mức sống hộ gia đình được phân loại theo 5 mức độ: Cao nhất, cao, trung bình, thấp và thấp nhất. Kết quả điều tra cho thấy: Mức sống của hộ gia đình của người khuyết tật thấp hơn so với người không khuyết tật. Tỷ lệ người khuyết tật trong các gia đình thuộc nhóm có mức sống cao nhất là 15,4%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm không khuyết tật là 21,1%. Ngược lại, tỷ lệ người khuyết tật trong nhóm gia đình có mức sống thấp và thấp nhất lại cao hơn so với nhóm không khuyết tật [6].

Về tiền sử bệnh kèm theo của người khuyết tật

Kết quả bảng 5 cho thấy: Số người khuyết tật có tiền sử bệnh kèm theo đều cao hơn nhóm không có tiền

sử bệnh kèm theo ở cả hai giới. Tỷ lệ này ở nam giới là 58,3%; ở nữ giới là 57,5%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về mô hình khuyết tật

Mô hình khuyết tật được thể hiện qua kết quả bảng 6. Trong các nhóm thì nhóm khuyết tật về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%. Nhóm khuyết tật về nghe - nói chiếm 28,3%. Nhóm khuyết tật về nhìn 16,1%. Nhóm khuyết tật về trí tuệ chiếm 12,7%; nhóm khuyết tật thần kinh tâm thần chiếm 14,5%; các khuyết tật khác chiếm 17,7%. Kết quả trong NC của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều tác giả khác.

Nhóm khuyết tật về vận động

Trong nhóm khuyết tật về vận động bảng 7 chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh cơ xương khớp (38,1%); liệt nửa người chiếm 25,5%; bàn chân khoèo bẩm sinh và thừa thiếu ngón tay chân chiếm 13,1%; các trường hợp khác như cụt chi... chiếm 17,5%.

Kết quả nghiên cứu của Trần Văn Hải về phục hồi chức năng cho người khuyết tật vận động tại Ninh Bình thấy rằng: Tỷ lệ người khuyết tật do các bệnh lý về cơ xương khớp chiếm 20,7% trong đó chủ yếu là viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp [10]. Theo kết quả nghiên cứu của Phan Thị Hường tại Thái Bình thì trong nhóm khuyết tật vận động, chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh cơ xương khớp (17,1%) [9].

Nhóm khuyết tật về nghe - nói

Phan Thị Hường năm 2017 NC tại Thái Bình cũng nhận thấy trong nhóm khuyết tật về nhìn thì giảm thính lực/điếc chiếm tỷ lệ cao nhất (13,1%); khuyết tật về nói chiếm 9,7%; câm điếc bẩm sinh chiếm 6%. Các khuyết tật về nghe/nói như giảm thính lực, câm điếc bẩm sinh... không chỉ hạn chế chức năng nghe của người khuyết tật mà đặc biệt đối với trẻ em nó còn gây ảnh hưởng sâu sắc

đến sự phát triển ngôn ngữ, trí tuệ của trẻ. Vì vậy, điều trị và PHCN cho người khuyết tật có khó khăn về nghe - nói là vô cùng cần thiết.

Nhóm khuyết tật về nhìn

Từ kết quả NC bảng 9 cho thấy trong nhóm khuyết tật về nhìn thì giảm thị lực/mù chiếm tỷ lệ 29,5%; đục thủy tinh thể chiếm 23%; lác chiếm 11,5%. Sụp mí bẩm sinh chiếm 4,9% và các loại khác chiếm 31,1%. Kết quả NC của Phan Thị Hường thì chiếm tỷ lệ cao nhất là hội chứng Down (5,4%); Thiếu năng trí tuệ không phải Down chiếm 4%. Kết quả NC của Pallab và CS cho tỷ lệ khuyết tật về trí tuệ tại một số quốc gia như Trung Quốc 9,3%; Canada 7,2%; Ethiopia 3,9% [14].

V. KẾT LUẬN

- Số người được giám định là khuyết tật: 378 người trong đó nam chiếm 57,7%, nữ chiếm 42,3%. Số người khuyết tật ở nhóm ≤ 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,9%.

- Về mô hình khuyết tật thì nhóm khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%, nhóm khuyết tật nghe/nói chiếm 28,3%, nhóm khuyết tật về nhìn chiếm 16,1%, nhóm khuyết tật trí tuệ chiếm 12,7%.

VI. KIẾN NGHỊ

Qua các kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

1. Tăng cường công tác giám định y khoa cũng như tuyên truyền để người khuyết tật tham gia giám định, đặc biệt ở nhóm người dưới 18 tuổi. Những người khuyết tật vận động cần được giám định sớm để phục hồi kịp thời.
2. Cần sớm triển khai đồng bộ chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại các tỉnh miền núi để hạn chế các hậu quả của khuyết tật và góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người khuyết tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Phước Thuộc, Lê Thị Liễu (2013), “Nghiên cứu tình hình người khuyết tật tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị năm 2011”, Tạp chí Y học Thực hành số 8571/2013, tr. 82.
2. Vũ Ngọc Dũng (2010), “Nhu cầu và thực trạng phục hồi chức năng người khuyết tật tại nhà trên địa bàn xã Trung nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh năm 2010”, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. Trần Trọng Hải, Nguyễn Thị Minh Thủy và CS (2009), “Nhu cầu và thực trạng cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại một số điểm dân cư vùng đồng bằng sông Hồng”, Đề tài Khoa học công nghệ cấp Bộ Y tế.
4. Nguyễn Thị Huyền Ngân (2014), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hỗ trợ của người chăm sóc chính trong việc phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật tại phường Tân Hà thành phố Tuyên Quang năm 2014”, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.

5. Nguyễn Thị Bích Ngọc (2014), “*Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khuyết tật và xác định một số yếu tố liên quan tại phường Bách Khoa – Hai Bà Trưng – Hà Nội*”, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng
6. Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam – UNFPA (2011), *Người khuyết tật ở Việt Nam: Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 2009*, tr. 35 – 37.
7. Nguyễn Lương Bầu (2005), “*Tình hình người tàn tật và hoạt động của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Tân Yên tỉnh Bắc Giang năm 2005*”. Luận án Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
8. Hoàng Thị Nhâm (2014), “*Nâng cao khả năng hòa nhập cộng đồng cho người khuyết tật tại huyện Hương Khê tỉnh Hà Tĩnh*”, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân, Đại học Huế.
9. Phan Thị Hương (2017), “*Thực trạng và công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/dioxin tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình*”, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
10. Trần Văn Hải (2011), “*Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật về vận động tại thị xã Tam Điệp tỉnh Ninh Bình năm 2011*”, Luận án Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
11. Trần Văn Chương, Lại Thị Quang, Nguyễn Thị Tuất, Đỗ Thị Oanh (1998), “*Kết quả PHCN tại nhà của bệnh nhân liệt nửa người ở huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học*, số 5/1998, tr 76 – 82.
12. Derick Wade (2016), “*Rehabilitation - a new approach. Part four: A new paradigm, and its implications*”, *Clinical Rehabilitation*.
13. Fernanda C. Queirós (2015), “*Developmental Disabilities and Socioeconomic Outcomes in Young Adulthood*”, *Research Articles, Public Health Reports, Volume 130*, pp. 213 – 215.
14. Scott Rains (2010), *The Number of People with Disabilities Worldwide*.



NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI DÂN VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI TRẠM Y TẾ TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Thị Kim Dung¹, Đỗ Huy Giang²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 720 người dân tại 12 xã của huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ thuộc tỉnh Thái Bình nhằm mô tả nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tại trạm y tế và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế. Kết quả cho thấy: Nhu cầu người dân được khám chữa bệnh tại TYT là 66,0%, người dân đến khám chữa bệnh thường xuyên tại TYT là 49,9%, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng của người dân và việc tiếp cận dịch vụ của TYT, cơ sở vật chất tại trạm, thái độ ứng xử, kỹ năng làm việc của nhân viên y tế.

Từ khóa: Trạm y tế xã, nhân viên y tế, chăm sóc sức khỏe.

SUMMARY:

HEALTH CARE NEEDS OF PEOPLE AT THE CLINICS AND SOME FACTORS RELATED TO PEOPLE'S SATISFACTION ABOUT HEALTH CARE SERVICES AT THE CLINICS IN THAI BINH PROVINCE

The study was conducted on 720 people in 12 communes of Vu Thu and Quynh Phu districts of Thai Binh province in order to describe the health care needs of people at the clinics and some factors related to satisfaction of people about health care services at clinics. The results showed that the people's demand to have medical examination and treatment at clinics was 66.0%, and the percentage of people who came for regular medical examination and treatment at clinics was 49.9%, a statistically significant relationship between people's satisfaction and access to clinic services, facilities at the clinics, behaviors, working skills of health workers.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình, SĐT: 0912792567, Email: kimdung.ytb@gmail.com

2. Sở Y tế Thái Bình

Keywords: Commune clinics, medical staff, health care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạm y tế (TYT) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội [1]. Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước đã rất quan tâm đầu tư phát triển mạng lưới y tế tuyến này. Tuy nhiên trên thực tế, bên cạnh các kết quả đạt được, hoạt động của TYT vẫn chưa thích ứng được với sự phát triển của xã hội và sự thay đổi của cơ cấu bệnh tật, chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân [2]. Có nhiều nguyên nhân của tình trạng trên: nguồn kinh phí hạn hẹp, chính sách còn bất cập nên việc phát triển và nâng cao chất lượng, hiệu quả của TYT còn gặp nhiều khó khăn, thách thức.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng: nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tại TYT là rất lớn nhưng điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và trình độ của nhân viên y tế cũng như các cung ứng về thuốc men khi đi khám tại trạm còn hạn chế [2], [3] và chưa có nhiều nghiên cứu xác định về mối liên quan từ các yếu tố trên đến mức độ hài lòng của người dân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế tỉnh Thái Bình**”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân trên 18 tuổi, sống trên 12 tháng tại địa bàn nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2018.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:*

+ *Cỡ mẫu*

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị Z thu được tương ứng với giá trị α ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

d: Sai số tuyệt đối (chọn $d=5\%$)

p: Chọn giá trị p (là tỷ lệ người dân hài lòng với dịch vụ KCB tại trạm y tế xã). Theo tham khảo từ nghiên cứu của Lê Đình Phan, tỷ lệ này là 68,45% [3].

Cỡ mẫu được tính là: $n = 332$ người. Vì chọn mẫu

theo phương pháp chọn mẫu chùm nên cỡ mẫu phải gấp đôi là 720 người dân (tính thêm 10%).

Từ 68 xã của 2 huyện chọn ngẫu nhiên 12 xã, mỗi xã chọn 60 người dân.

+ *Chọn mẫu:* Chọn người dân để điều tra phỏng vấn tại mỗi xã được thực hiện theo kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Bốc thăm ngẫu nhiên hộ gia đình đầu tiên. Sử dụng kỹ thuật “cồng liền cồng” với quy định bên phải để điều tra các đối tượng tiếp theo cho đến khi đủ cỡ mẫu của xã đó thì dừng lại.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Sử dụng bộ phiếu được thiết kế sẵn phỏng vấn trực tiếp người dân.

Số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tại trạm y tế

Bảng 3.1. Thông tin chung về người dân tham gia trong nghiên cứu (n=720)

Thông tin		Huyện	Quỳnh Phụ (n=360)		Vũ Thư (n=360)		Tổng (n=720)	
			n	%	n	%	n	%
Giới tính	Nam		149	41,4	152	42,2	301	41,8
	Nữ		211	58,6	208	57,8	419	58,2
Tuổi	Dưới 25 tuổi		11	3,1	5	1,4	16	2,2
	Từ 25-60 tuổi		239	66,4	254	70,6	493	68,5
	Trên 60 tuổi		110	30,6	101	28,1	211	29,3
Trình độ học vấn	Dưới THPT		249	69,2	262	72,8	511	71,0
	Từ THPT trở lên		111	30,8	98	27,2	209	29,0
Nghề nghiệp	Nông dân		193	53,6	160	44,4	353	49,0
	Công nhân		52	14,4	44	12,2	96	13,3
	Học sinh, sinh viên		4	1,1	0	0	4	0,6
	Công, viên chức		12	3,3	21	5,8	33	4,6
	Lao động tự do		56	15,6	94	26,1	150	20,8
	Nghỉ hưu, mất sức		41	11,4	35	9,7	76	10,6
	Khác		2	0,6	6	1,7	8	1,1
Tham gia BHYT	Có		342	95,0	341	94,7	683	94,9
	Không		18	5,0	19	5,3	37	5,1

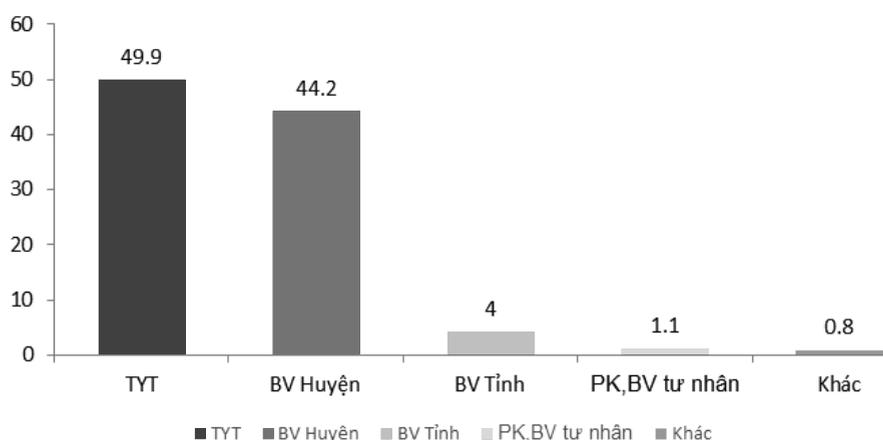
Kết quả cho thấy, tỷ lệ nam giới là 41,8%, còn lại là nữ giới 58,2%, có 68,5% người được hỏi có độ tuổi từ 25-60 tuổi và trên 60 tuổi chiếm 29,3%. Hầu hết đối tượng có trình độ học vấn THCS chiếm 71,0%; trình độ từ THPT trở lên chiếm tỷ lệ 29,0%. Nông dân và lao động tự do là nghề nghiệp phổ biến nhất trong số đối tượng được hỏi chiếm tỷ lệ lần lượt là 49,0% và 20,8%. Tỷ lệ người dân tham gia BHYT là 94,9%.

Bảng 3.2. Loại hình dịch vụ y tế người dân sử dụng tại trạm y tế

Loại dịch vụ y tế	Huyện		Vũ Thư (n=360)		Tổng (n=720)	
	n	%	n	%	n	%
KCB tại trạm	221	61,4	254	70,6	475	66,0
KCB tại nhà	70	19,4	42	11,7	112	15,6
Dịch vụ dự phòng/KHHGD	41	11,4	54	15,0	95	13,2
Khác	28	7,8	10	3,6	38	5,2

Loại hình dịch vụ y tế người dân sử dụng gần nhất tại TYT là khám chữa bệnh tại trạm chiếm 66,0%.

Biểu đồ 3.1. Địa điểm người dân thường xuyên đến khám chữa bệnh



Trong số 720 người dân được hỏi có 49,9% lựa chọn TYT để khám bệnh khi bị ốm; 44,2% chọn khám bệnh ở BV huyện.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ hài lòng của người dân và tiếp cận trạm y tế xã (n=720)

Các chỉ số		Mức độ hài lòng		Hài lòng		(OR; CI; p)
		Chưa hài lòng	Hài lòng	n	%	
Địa điểm, vị trí	Khó tìm	16	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=14,08 CI(10,8 – 18,4)
	Dễ tìm	50	7,1	654	92,9	
Biển chỉ dẫn	Khó tìm	18	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=14,6 CI(11,1 – 19,2)
	Dễ tìm	48	6,8	654	93,2	

Thời gian cung cấp DV	Không phù hợp	30	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=19,2 CI(13,9 – 26,4)
	Phù hợp	36	5,2	654	94,8	
Thông tin về hoạt động của TYT	Không rõ ràng	32	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=20,2 CI(14,6 – 28,1)
	Rõ ràng	34	4,9	654	95,1	
Các DV CSSK	Không rõ ràng	34	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=14,08 CI(10,8 – 18,4)
	Rõ ràng	32	4,7	654	95,3	
Giới thiệu về các DV CSSK mới	Không rõ ràng	36	100,0	0	0,0	p<0,05 OR=14,08 CI(10,8 – 18,4)
	Rõ ràng	30	4,4	654	95,6	

Mối liên quan giữa sự hài lòng của người dân với mức độ tiếp cận TYT, có 95,1% đánh giá thông tin về hoạt động của TYT rõ ràng; trong số những người chưa hài lòng thì 100% đều đánh giá thông tin hoạt động TYT không rõ ràng, với p<0,05, OR=20,2 và CI(14,6-21,8) chỉ ra có mối liên quan giữa sự hài lòng của người dân với thông tin hoạt động TYT.

Trong số những người hài lòng về TYT có 95,3% đánh giá thông tin các dịch vụ hiện có rõ ràng, 100% người chưa hài lòng về TYT đều đánh giá thông tin các dịch vụ hiện có của TYT chưa rõ ràng. Với p<0,05, OR=14,08, CI(10,8 – 18,4) khẳng định có mối liên quan giữa sự hài lòng với sự rõ ràng thông tin các dịch vụ hiện có của TYT.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ hài lòng của người dân và cơ sở vật chất

Các chỉ số	Mức độ hài lòng	Chưa hài lòng		Hài lòng		(OR;CI;p)
		N	%	N	%	
Diện tích, địa điểm	Chưa tốt	34	97,1	1	2,9	P<0,05 OR=83,6 CI(11,4 – 615)
	Đáp ứng tốt	198	28,9	487	71,1	
Bàn ghế, quạt và các vật dụng hỗ trợ	Chưa tốt	52	100,0	0	0,0	P<0,05 OR=3,7 CI(3,3 – 4,2)
	Đáp ứng tốt	180	26,9	488	73,1	
Trang thiết bị cung cấp dịch vụ	Chưa tốt	161	72,5	61	27,5	P<0,05 OR=3,5 CI(3,1 – 3,9)
	Đáp ứng tốt	71	14,3	427	85,7	
Vệ sinh môi trường	Chưa tốt	40	100,0	0	0,0	P<0,05 OR=10,9 CI(8,5 – 14,1)
	Đáp ứng tốt	192	28,2	488	71,8	
Khuôn viên	Chưa tốt	33	100,0	0	0,0	P<0,05 OR=3,4 CI(3,1 – 3,9)
	Đáp ứng tốt	199	29,0	488	71,0	

Trong số những người hài lòng với TYT có 85,7% đánh giá TTB cung cấp dịch vụ tốt, và 72,5% những người chưa hài lòng về TYT đánh giá TTB cung cấp dịch vụ chưa tốt. Với p<0,05; OR=3,5; CI(3,1-3,9) chỉ ra có mối liên quan giữa sự hài lòng với TTB cung cấp dịch vụ tại TYT.

Trong số những người hài lòng với TYT có 71,8% đánh giá vệ sinh môi trường tốt, đồng thời 100% người chưa hài lòng về TYT đều đánh giá vệ sinh môi trường chưa tốt. Với p<0,05; p<0,05; OR=10,9; CI=(8,5-14,4) chỉ ra có mối liên quan giữa sự hài lòng của người dân với vệ sinh môi trường của trạm.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ hài lòng của người dân và thái độ ứng xử, kỹ năng làm việc của nhân viên y tế

Các chỉ số		Mức độ hài lòng		Chưa hài lòng		Hài lòng		(OR;CI;p)
		N	%	N	%	N	%	
Thái độ giao tiếp ứng xử	Chưa tốt	36	100,0	0	0,0	609	89,0	P<0,05 OR=9,1 CI(7,4 – 11,9)
	Tốt	75	11,0	609	89,0			
Hướng dẫn thủ tục hành chính	Chưa tốt	45	100,0	0	0,0	609	84,6	P<0,05 OR=10,2 CI(8,1 – 12,7)
	Tốt	66	9,8	609	84,6			
Thái độ phục vụ	Chưa tốt	38	100,0	0	0,0	609	84,6	P<0,05 OR=9,3 CI(7,5 – 11,6)
	Tốt	73	10,7	609	84,6			
Năng lực giải quyết công việc	Chưa tốt	72	83,7	14	16,3	595	93,8	P<0,05 OR=78,5 CI(40,6 – 151,5)
	Tốt	39	6,2	595	93,8			
Giải thích về bệnh và phương pháp điều trị	Chưa tốt	72	82,8	15	17,2	594	93,8	P<0,05 OR=73,1 CI(38,4 – 139,2)
	Tốt	39	6,2	594	93,8			
Tư vấn chế độ CSSK trong và sau điều trị	Chưa tốt	72	80,9	17	19,1	592	93,8	P<0,05 OR=33,2 CI(20,1 – 54,5)
	Tốt	39	6,2	592	93,8			

Trong số những người hài lòng về TYT có 89,0% đánh giá nhân viên có thái độ giao tiếp tốt đồng thời 100% người chưa hài lòng đều đánh giá thái độ giao tiếp chưa tốt. Với $p<0,05$; $OR=9,1$; $CI=(7,4-11,9)$ chỉ ra có mối liên quan giữa sự hài lòng của người dân với thái độ giao tiếp ứng xử của NVYT.

Trong số những người hài lòng về TYT có 93,8% đánh giá năng lực giải quyết công việc của NVYT tốt, 93,8% đánh giá giải thích về bệnh và phương pháp điều trị tốt, 93,8% đánh giá tư vấn chế độ chăm sóc trong và sau điều trị tốt; đồng thời, trong những người chưa hài lòng về TYT đánh giá các chỉ số trên chưa tốt lần lượt là 83,7%; 82,8%; 80,9%. Với $p<0,05$, OR lớn và khoảng tin cậy không chứa 1, chỉ ra có mối liên quan giữa sự hài lòng của người dân với năng lực giải quyết công việc của NVYT, giải thích về bệnh và phương pháp điều trị, tư vấn chăm sóc trong, sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong số những người trả lời phỏng vấn, tỷ lệ có BHYT chiếm đa số với 94,9%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ người dân tham gia BHYT trung bình các xã $85,12 \pm 4,55\%$; và cao hơn nhiều

so với tỷ lệ có bảo hiểm trên cả nước tính tới năm 2016 chỉ đạt 86,6% dân số [3].

Loại hình dịch vụ được người dân sử dụng gần đây nhiều nhất là khám tại trạm (66,0%); 15,6% số trường hợp sử dụng dịch vụ KCB tại nhà. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ dự phòng/KHHGD và 5,2% sử dụng dịch vụ khác. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu được thực hiện tại 3 xã huyện Đà Bắc tỉnh Hòa Bình: nguyên nhân tới cơ sở y tế trong lần gần đây nhất đa phần là chữa bệnh(64,5%), tiếp đến là kiểm tra sức khỏe và nhận tư vấn (20%), các dịch vụ tiêm phòng kế hoạch hóa gia đình chỉ chiếm 9,4% và 6,1% [2].

Trong số những người được hỏi, chỉ khoảng một nửa lựa chọn trạm y tế khi bị ốm (49,9%), còn lại 44,2% lựa chọn bệnh viện huyện, 4% lựa chọn đến khám tại bệnh viện tỉnh và 1,1% lựa chọn phòng khám tư nhân... cao hơn kết quả tương tự tại Hòa Bình [2], với tỷ lệ khám chữa bệnh tại TYTX là 40%. Tuy nhiên tỷ lệ này lại thấp hơn đáng kể so với số liệu được báo cáo trong một nghiên cứu của Điện Biên [3], trong số 300 người được hỏi, có 92,0% lựa chọn khám tại TYT khi bị ốm. Rõ ràng, tỷ lệ 49,9% người lựa chọn khám tại TYT khi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe là tỷ lệ thấp, đặc biệt khi tỷ lệ có BHYT trong

những người được hỏi lên tới 94,9%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có rất nhiều yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân với TYT, yếu tố tiếp cận TYT (6 biến số), cơ sở vật chất của trạm (5 biến số), thái độ giao tiếp ứng xử và năng lực giải quyết công việc (6 biến số) với 17 biến số cụ thể trong phân tích đa biến đều có $p < 0,05$ và OR lớn, khoảng tin cậy $CI_{95\%}$ không chứa 1. Như vậy có mối liên quan mạnh mẽ giữa cơ sở vật chất trạm, năng lực giải quyết công việc với sự hài lòng của người dân. Hiện có rất ít nghiên cứu một cách toàn diện đến yếu tố liên quan, ảnh hưởng hoặc tác động trực tiếp đến sự hài lòng của người dân sử dụng dịch vụ y tế đối với TYT. Mỗi một nghiên cứu đề cập chuyên sâu đến một khía cạnh liên quan sự hài lòng của người dân khác nhau. Các nghiên cứu trong và ngoài nước [4],[5] đã tổng hợp nghiên cứu tiếp cận TYT dưới 4 góc độ: 1- Về khoảng cách tới TYT, 2- Về kinh tế, 3- Về văn hóa tập quán của từng cộng đồng dân cư, 4- Về dịch vụ y tế bao gồm: thái độ NVYT, thủ tục hành chính, thời gian chờ đợi...

V. KẾT LUẬN

3.1. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tại trạm y tế

Người dân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế nhưng chưa thực sự hài lòng về tình trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị thuốc tại trạm y tế: 94,9% người dân sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, 66% người dân khám chữa bệnh tại trạm, 44,9% người dân lựa chọn trạm y tế để khám chữa bệnh, 53,8% người dân không đến khám tại trạm là do thiếu thuốc men, 41,5% thiếu trang thiết bị.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân khi sử dụng dịch vụ trạm y tế xã: đó là cơ sở vật chất trang thiết bị của trạm y tế, khả năng tiếp cận với trạm y tế, thái độ ứng xử và năng lực làm việc của nhân viên y tế.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục thực hiện các giải pháp đồng bộ về tiếp cận trạm, về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính, về thái độ và kỹ năng làm việc của NVYT, về kết quả cung cấp dịch vụ để nâng cao hơn nữa chất lượng TYTX.

2. Thường xuyên tập huấn, bồi dưỡng kiến thức về quản lý, tổ chức cơ sở y tế, tham mưu phối hợp đa ngành trong công tác CSSK nhân dân tại tuyến xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Tập (2016), “Khảo sát tình hình bệnh tật và một số yếu tố liên quan của đồng bào dân tộc Chăm tại xã Phước Hải, tỉnh Ninh Thuận”, Tạp chí Y học Cộng đồng, số 33, tháng 7-8/2016, tr.26-31.
2. Lê Đình Phan và CS (2016), Một số yếu tố liên quan đến trạm y tế xã của 3 huyện, thành phố thuộc tỉnh Hòa Bình, Tạp chí Y học dự phòng, 2016; 13(186): 119-128.
3. Sở Y tế tỉnh Điện Biên, Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã tỉnh Điện Biên năm 2013.
4. Hall JA, Dornan MC (1998), “What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature.” Soc Sci Med 27(9):935-9.
5. Mishra P. H. và Gupta S. (2012), Study of patient satisfaction in a surgical unit of a tertiary care teaching hospital, J Clin Orthop Trauma, 3 (1), 43-47.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Nguyễn Đăng Nguyên¹, Lương Xuân Hiến², Nguyễn Xuân Bái², Trần Thị Loan²

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018 tại Trung tâm Giám định Y khoa tỉnh Sơn La. Đối tượng nghiên cứu là những người đến giám định khuyết tật và người chăm sóc (trẻ nhỏ phỏng vấn người giám hộ hoặc người khuyết tật nghe nói). Nghiên cứu nhằm đánh giá công tác chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật tại Sơn La. Về chăm sóc y tế: 100% người khuyết tật đã được chăm sóc y tế tại các tuyến tuy nhiên chủ yếu về lĩnh vực điều trị nội khoa. Về giáo dục: số người khuyết tật không biết đọc viết chiếm 28,6%. Về nghề nghiệp: số người khuyết tật không có việc làm chiếm 19,8%. Số người khuyết tật là nông dân chiếm 28,3%. Số người khuyết tật là công nhân chiếm 2,3%. Số người khuyết tật là công chức nhà nước chỉ chiếm 0,3%. Về hòa nhập gia đình: phần lớn người khuyết tật đã được ăn, ở chung cùng gia đình, được quan tâm chăm sóc. Tuy nhiên chỉ có 46,8% số người khuyết tật được tham gia công việc gia đình. Về hòa nhập xã hội: tỷ lệ người khuyết tật tiếp cận thông tin chiếm 38,8%; được vui chơi, giải trí chiếm 21,4%; sử dụng các dịch vụ công cộng chiếm 29,6%; được dạy nghề/ có cơ hội làm việc chiếm 7,1%; số người KT được tham gia các hoạt động đoàn thể, xã hội phù hợp với lứa tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%.

Từ khóa: Người khuyết tật; giám định y khoa; nội khoa; chăm sóc sức khỏe; bảo hiểm y tế.

ABSTRACT

THE STUDY OF HEALTH CARE FOR DISABLED PEOPLE IN SON LA PROVINCE IN 2018

The study was conducted from January 2018 to December 2018 at Son La Medical Inspection Center. The subjects of the study were those who came to assess their disability and their caregivers (the young children were interviewed, and the guardians and disabled people listened and spoke). The study focused on evaluating

the health care for disabled people in Son La province, which includes the following areas: Health care: 100% of disabled people was received medical care at all local levels, but they were mainly treated in the field of internal medicine. Education: the number of disabled people, who cannot read and write, accounted for 28.6%. Occupation: The number of disabled people who are unemployment constituted 19.8%. The number of disabled people who are farmers made up 28.3%. The number of disabled people who are workers was 2.3%. And the number of handicapped people who are government officers accounted for only 0.3%.

Family integration: The majority of disabled people was able to eat, live with their families and was taken care of. However, there were only 46.8% of disabled people participating in household chores. Social integration: The proportion of disabled people accessing general information accounted for 38.8%. The number of disabled people who are able to play and entertain themselves accounted for 21.4%. The number of them can use public services accounted for 29.6%. The percentage of disabled people who are received the vocational training and have job opportunities accounted for 7.1%. The number of disabled people allowed to participate in unions and social activities which are suitable to their ages accounted for the lowest rate of 4.5%.

Key Words: Disabled people, medical survey, internal medicine, health care, health insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sơn La là một tỉnh miền núi nghèo, giao thông đi lại khó khăn, chịu nhiều hậu quả nặng nề của chiến tranh. Tỷ lệ người dân tộc thiểu số đông, sống rải rác ở các khu vực vùng cao, vùng sâu, vùng xa. Nhiều năm gần đây, được sự quan tâm đầu tư của Chính phủ bằng nhiều dự án cho nhiều lĩnh vực, nền kinh tế của tỉnh bước đầu có những thay đổi. Đời sống kinh tế, văn hoá xã hội ngày càng được

1. Trung tâm Pháp y Sơn La
2. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

» Ngày nhận bài: 10/01/2020 | » Ngày phản biện: 01/02/2020 | » Ngày duyệt đăng: 08/02/2020

nâng cao, đời sống vật chất không ngừng cải thiện, các nhu cầu của con người cũng nâng lên, trong đó có nhu cầu về chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt việc giải quyết chế độ cho các đối tượng chính sách là công việc được chú trọng thường xuyên. Ngoài các đối tượng như thương binh, bệnh binh, người có công với nước... thì người khuyết tật cũng là một trong những nhóm đối tượng đặc biệt cần được quan tâm sâu sắc.

Kết quả nghiên cứu về: "Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật tại tỉnh Sơn La năm 2018" sẽ góp phần đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác khám giám định y khoa cũng như chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Giám định Y khoa tỉnh Sơn La.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Người đến giám định khuyết tật và người chăm sóc (trẻ nhỏ phỏng vấn người giám hộ hoặc người khuyết tật nghe nói) tại Hội đồng Giám định Y khoa tỉnh Sơn La năm 2018.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: $n = 378$ người.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu có chủ đích, cụ thể:

- Đối tượng là toàn bộ người (hoặc người giám hộ) đến khám giám định khuyết tật.

- Hồ sơ giám định từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018, các hồ sơ này được lập theo mẫu thống nhất có khám lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu:

Tổ chức thực hiện:

Bước 1: Thực hiện Quy trình khám giám định khuyết tật.

Bước 2: Phỏng vấn về công tác quản lý chăm sóc người khuyết tật.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Toàn bộ số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS13.0

- Kết quả nghiên cứu được trình bày bằng tỷ lệ %, biểu đồ.

- Sử dụng test thống kê y học để so sánh các kết quả nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ người KT được khám chữa bệnh tại các tuyến (n=378)

Nơi khám chữa bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuyến xã	223	59,0
Tuyến huyện	51	13,5
Tuyến tỉnh	41	10,8
Tuyến TW	40	10,6
Khác (tư nhân, thầy lang)	23	6,1

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Người khuyết tật đã được tiếp cận dịch vụ y tế khám chữa bệnh, trong đó tuyến xã

chiếm 59,0%, tuyến huyện chiếm 13,5%, tuyến tỉnh chiếm 10,8%, tuyến trung ương chiếm 10,6%.

Bảng 2. Các lĩnh vực y tế người khuyết tật cần được chăm sóc (n=378)

Lĩnh vực y tế	Nhu cầu		Thực tế	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều trị nội khoa	166	44,0	166	44,0
Phẫu thuật	61	16,1	47	12,4
Dụng cụ trợ giúp	38	10,0	6	1,6
Phục hồi chức năng	297	78,6	46	12,2

Kết quả Bảng 2 cho thấy: 78,6% người khuyết tật có nhu cầu PHCN. 44% người khuyết tật có nhu cầu điều trị nội khoa; 16,1% người khuyết tật có nhu cầu phẫu thuật và 10% có nhu cầu sử dụng dụng cụ trợ giúp. Thực tế trong chăm sóc y tế thì duy nhất nhu cầu khám bệnh và điều trị nội khoa của người khuyết tật được đáp ứng hoàn toàn. Nhu cầu phẫu thuật đáp ứng được 12,4%. Nhu cầu sử dụng các dụng cụ trợ giúp và phục hồi chức năng mới chỉ đáp ứng được một tỷ lệ rất nhỏ.

Bảng 3. Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế và nhu cầu phẫu thuật của người khuyết tật

Điều kiện kinh tế	Nhu cầu phẫu thuật				p
	Có (n=61)		Không (n=317)		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nghèo, cận nghèo	22	36,1	116	36,6	> 0,05
Trung bình, khá	39	63,9	201	63,4	

Kết quả Bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ người khuyết tật thuộc nhóm gia đình có điều kiện kinh tế nghèo/cận nghèo có nhu cầu phẫu thuật chiếm 36,1%, thuộc nhóm gia đình điều kiện kinh tế trung bình/khá chiếm 63,9%. Sự khác biệt về nhu cầu phẫu thuật giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

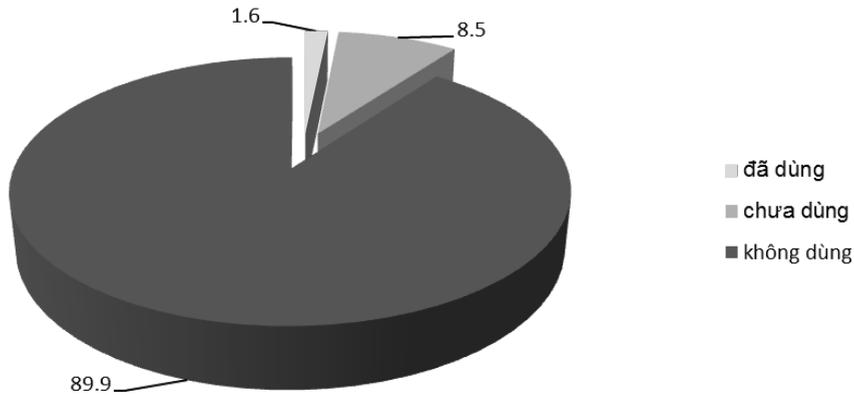
Bảng 4. Tình hình phẫu thuật của người khuyết tật (n=47)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nơi phẫu thuật	Tuyến tỉnh	31	66,0
	Tuyến trung ương	16	34,0
Chi phí	Miễn phí hoàn toàn	1	2,1
	Miễn phí 1 phần	45	95,7
	Tự chi trả	1	2,1
Khó khăn	Chi phí phẫu thuật	46	97,9
	Chi phí đi lại	43	91,5
	Nhân lực phục vụ	37	78,7
	Thông tin về cuộc phẫu thuật	13	27,6
	Tư vấn sau phẫu thuật	9	19,1

Kết quả Bảng 4 cho thấy: 66% người khuyết tật được phẫu thuật tại tuyến tỉnh; 34% tại tuyến trung ương. Chỉ có 1 người khuyết tật được miễn phí hoàn toàn khi phẫu

thuật. Những khó khăn mà người khuyết tật gặp phải khi phẫu thuật là vấn đề kinh phí và nhân lực phục vụ.

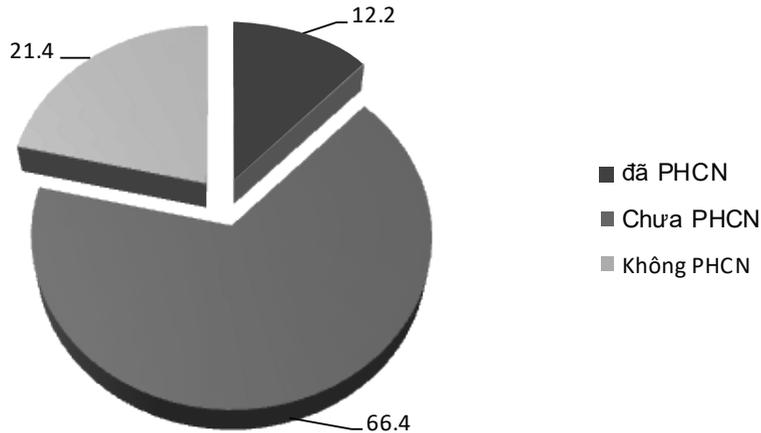
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người khuyết tật được sử dụng dụng cụ trợ giúp (n=378)



Kết quả Biểu đồ 3.1 cho thấy: Tỷ lệ người KT đã được sử dụng dụng cụ trợ giúp chiếm 1,6%. Số người

KT có nhu cầu nhưng chưa được sử dụng dụng cụ trợ giúp là 8,5%.

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ người khuyết tật được phục hồi chức năng (n=378)



Kết quả Biểu đồ 3.2 cho thấy: Có 46 người khuyết tật đã được PHCN chiếm tỷ lệ 12,2%. Số người khuyết tật có nhu cầu nhưng chưa được PHCN là 251 người chiếm

66,4%. Số người khuyết tật không có nhu cầu PHCN là 81 người chiếm 21,4%.



Bảng 5. Tình hình phục hồi chức năng cho người khuyết tật (n=46)

	Thông tin chung	Số lượng	Tỷ lệ %
Nơi phục hồi chức năng	Tuyển trung ương	2	4,3
	Tuyển tỉnh	44	95,7
	Tuyển huyện/xã	-	-
Chi phí	Miễn phí hoàn toàn	46	100
	Miễn phí 1 phần	-	-
Lĩnh vực phục hồi chức năng	Vận động	29	63,0
	Ngôn ngữ - giao tiếp	13	28,3
	Hướng dẫn sử dụng dụng cụ trợ giúp	6	13,0
	Hướng dẫn tự phục vụ chăm sóc bản thân	25	54,3

Kết quả Bảng 5 cho thấy: Phần lớn người khuyết tật được PHCN tại tuyển tỉnh chiếm 95,7%. Có 2 người khuyết tật được PHCN tại tuyển trung ương chiếm 4,3%. 100% người khuyết tật được PHCN miễn phí hoàn toàn

(bảo hiểm y tế chi trả). Các lĩnh vực được PHCN bao gồm: Vận động chiếm tỷ lệ 63%; tự chăm sóc bản thân chiếm 54,3%; ngôn ngữ - giao tiếp chiếm tỷ lệ 28,2%; hướng dẫn sử dụng dụng cụ trợ giúp 13%.

Bảng 6. Trình độ học vấn của người khuyết tật (n=378)

	Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Không biết đọc, viết	108	28,6
	Chưa hết tiểu học	25	6,6
	Tiểu học	115	30,4
	THCS	73	19,3
	THPT	51	13,5
Nghề nghiệp	Còn nhỏ	166	44,0
	Không làm gì	83	22,0
	Nông dân	99	26,2
	Công nhân	9	2,3
	Công chức, viên chức	1	0,3
	Khác	20	5,2
	Trung cấp trở lên	6	1,6

Từ kết quả Bảng 6 cho thấy: Số người khuyết tật không biết đọc, viết chiếm 28,6%; biết đọc, viết nhưng chưa hết tiểu học chiếm 6,6%; số người khuyết tật học hết tiểu học chiếm 30,4%. Chỉ có 13,5% số người khuyết tật học PTTH và 1,6% có trình độ trung cấp trở lên. Trừ 166

người khuyết tật <18 tuổi thì số người khuyết tật không có việc làm chiếm 22%; người khuyết tật làm nghề nông chiếm 26,2%. Người khuyết tật là công nhân chiếm 2,3%. Số người khuyết tật là công chức nhà nước chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 0,3%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế và trình độ học vấn của người khuyết tật

Điều kiện kinh tế	Trình độ học vấn				P
	Không biết đọc, viết		Biết đọc viết		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nghèo, cận nghèo	45	41,7	93	34,4	> 0,05
Trung bình, khá	63	58,3	177	65,5	

Từ kết quả Bảng 7 cho thấy: Có sự khác nhau về tỷ lệ người khuyết tật không biết đọc, viết giữa nhóm có điều kiện kinh tế gia đình nghèo, cận nghèo và nhóm điều kiện

kinh tế gia đình mức trung bình, khá (41,7% và 58,3%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 8. Tỷ lệ người khuyết tật được hòa nhập gia đình (n=378)

Các lĩnh vực hòa nhập	Số lượng	Tỷ lệ %
Ở chung với gia đình	325	86,0
Ăn uống chung cùng gia đình	307	81,2
Được quan tâm chăm sóc	296	78,3
Tham gia các hoạt động gia đình	177	46,8

Từ kết quả Bảng 8 cho thấy: Trừ 53 người KT sống độc thân, số người KT được ở chung cùng gia đình chiếm 86%. Số người KT được ăn uống chung cùng gia đình

chiếm 81,2%. Số người KT được gia đình quan tâm chăm sóc chiếm 78,3%. Số người KT được tham gia vào các hoạt động của gia đình chiếm 46,8%.

Bảng 9. Tỷ lệ người khuyết tật được hòa nhập cộng đồng (n=378)

Nội dung hòa nhập	Số lượng	Tỷ lệ %
Được tiếp cận thông tin	147	38,8
Được vui chơi, giải trí	81	21,4
Được sử dụng các dịch vụ công cộng	112	29,6
Được dạy nghề/có cơ hội làm việc	27	7,1
Được hỗ trợ từ các hội	129	34,1
Tham gia các hoạt động sản xuất có thu nhập (kể cả tự sản xuất)	173	45,8
Tham gia các hoạt động đoàn thể, xã hội phù hợp với lứa tuổi	17	4,5

Từ kết quả Bảng 9 cho thấy: Trong các hoạt động hòa nhập cộng đồng số người KT được tiếp cận thông tin chiếm 38,8%. Số người KT được vui chơi, giải trí chiếm 21,4%. Số người KT được sử dụng các dịch vụ công cộng chiếm 29,6%. Số người KT được dạy nghề/có cơ hội làm

việc chiếm 7,1%. Số người KT được hỗ trợ từ các hội chiếm 34,1%. Số người KT tham gia các hoạt động sản xuất có thu nhập (kể cả tự sản xuất) chiếm 45,8%. Số người KT được tham gia các hoạt động đoàn thể, xã hội phù hợp với lứa tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%.

IV. BÀN LUẬN

Chăm sóc y tế: Tại các cơ sở nội trú, đặc biệt với tuyến tỉnh, tuyến trung ương, do đội ngũ nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cao với sự giúp đỡ của các trang thiết bị hiện đại thì người khuyết tật sẽ nhận được sự chăm sóc tốt nhất. Sự hợp tác đa chuyên khoa dễ dàng được thực hiện. Tuy nhiên, nhiều cơ sở PHCN không có giường điều trị nội trú nên rất khó khăn với những người khuyết tật ở xa trung tâm. Mặt khác, những vấn đề của người khuyết tật không thể giải quyết trong một thời gian ngắn mà phải hàng tháng có khi hàng năm. Điều này sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống của chính họ và gia đình. Ngoài ra các vấn đề về tài chính, nhân lực phục vụ, điều kiện đi lại, thủ tục hành chính... là những khó khăn người khuyết tật phải đối mặt khi sử dụng các dịch vụ y tế.

Phẫu thuật: Bảo hiểm y tế góp phần quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người lao động nói chung và người khuyết tật nói riêng, nhằm bảo đảm cho họ tái tạo được sức lao động, duy trì và phát triển nền sản xuất xã hội, đồng thời phát triển mọi mặt trong cuộc sống của con người. Bảo hiểm xã hội bao gồm bảo hiểm y tế là một bộ phận cơ bản, là xương sống của hệ thống an sinh xã hội. Tuy nhiên, việc hoạch định các quy định về chế độ chính sách của bảo hiểm y tế còn nhiều bất cập đặc biệt ở những nước chậm phát triển đã ảnh hưởng không nhỏ đến chăm sóc sức khỏe cho mọi người trong đó có người khuyết tật. Vì vậy, việc tìm hiểu hỗ trợ của Chính phủ trong chi trả cho các dịch vụ cần thiết cho người khuyết tật và hiệu quả của sự hỗ trợ này là một vấn đề đáng lưu tâm nghiên cứu [1].

Sử dụng dụng cụ trợ giúp: Nhiều người khuyết tật từ chỗ phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác, nay nhờ có dụng cụ trợ giúp đã có thể tự di chuyển, tự chăm sóc, phục vụ bản thân, được hòa nhập xã hội, thậm chí tham gia lao động sản xuất tạo thu nhập. Nhiều trẻ khuyết tật nhờ có dụng cụ trợ giúp đã được vui chơi cũng như đến trường học như những trẻ bình thường khác. Vì vậy cung cấp dụng cụ trợ giúp là một nhiệm vụ không thể thiếu trong chương trình phục hồi chức năng.

Phục hồi chức năng: Tại Sơn La, công tác PHCN cho người khuyết tật chủ yếu tập trung tại Trung tâm PHCN tỉnh và khoa PHCN của Bệnh viện đa khoa tỉnh. Từ

năm 2017 chương trình PHCN dựa vào cộng đồng mới bắt đầu được triển khai tại Sơn La. Chương trình đã tổ chức hướng dẫn cách điều tra, thu thập thông tin, giới thiệu Hệ thống quản lý sức khỏe, phục hồi chức năng người khuyết tật cho 164 cán bộ, viên chức và cộng tác viên; Điều tra, khảo sát, cập nhật thông tin vào hệ thống quản lý thông tin của 500 hộ gia đình; Khám 350 lượt người và sàng lọc 98 người khuyết tật cần ưu tiên hỗ trợ dụng cụ tập phục hồi chức năng phù hợp tại cộng đồng. Do nguồn kinh phí hỗ trợ của trung ương còn hạn chế, chưa có nguồn hỗ trợ đối ứng của địa phương nên các chỉ tiêu, chỉ số thực hiện còn thấp [2].

Nhìn chung, với các tỉnh miền núi, vùng sâu vùng xa thì PHCN nói chung và đặc biệt PHCN dựa vào cộng đồng vẫn là nhu cầu cấp bách đối với người khuyết tật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

- Về chăm sóc y tế: 100% người khuyết tật đã được chăm sóc về y tế tại các tuyến tuy nhiên chủ yếu về lĩnh vực điều trị nội khoa. Các lĩnh vực khác chưa đáp ứng được theo nhu cầu của người khuyết tật: Phẫu thuật (12,4%/16,1%); dụng cụ trợ giúp (1,6%/10%); phục hồi chức năng (12,2%/78,6%).

- Về giáo dục: Số người khuyết tật không biết đọc viết chiếm 28,6%. Số người khuyết tật có học vấn mức trung học phổ thông chiếm 13,5%. Số người khuyết tật có trình độ từ trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp 1,6%.

- Về nghề nghiệp: Số người khuyết tật không có việc làm chiếm 19,8%. Số người khuyết tật là nông dân chiếm 28,3%. Số người khuyết tật là công nhân chiếm 2,3%. Số người khuyết tật là công chức nhà nước chỉ chiếm 0,3%.

- Về hòa nhập gia đình: Phần lớn người khuyết tật đã được ăn, ở chung cùng gia đình, được quan tâm chăm sóc. Tuy nhiên chỉ có 46,8% số người khuyết tật được tham gia công việc gia đình.

- Về hòa nhập xã hội: Tỷ lệ người khuyết tật tham gia các hoạt động để hòa nhập xã hội còn thấp: Tiếp cận thông tin chiếm 38,8%; được vui chơi, giải trí chiếm 21,4%; sử dụng các dịch vụ công cộng chiếm 29,6%; được dạy nghề/ có cơ hội làm việc chiếm 7,1%; số người KT được tham gia các hoạt động đoàn thể, xã hội phù hợp với lứa tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Minh Châu (2015), Vai trò của phục hồi chức năng lao động đối với người khuyết tật, Giáo trình Phục hồi chức năng lao động cho người khuyết tật, NXB Y học, tr. 18 - 27.
2. Sở Y tế Sơn La, Bệnh viện Phục hồi chức năng (2018), *Kế hoạch triển khai hoạt động Chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng năm 2018*, Số 69/KH-BVPHCN.
3. Tổng cục Thống kê - UNICEF - (2019), *Trẻ em khuyết tật ở Việt Nam – Kết quả điều tra Quốc gia về người khuyết tật ở Việt Nam 2016 - 2017*.
4. Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt nam – UNFPA (2011), Người khuyết tật ở Việt Nam: *Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 2009*, tr. 35 – 37.
5. Lisbet Grut, Gubela M. (2012), *Accessing community health services: challenges faced by poor people with disabilities in a rural community in South Africa*.
6. Monika Mitra, PhD, Linda M. Long-Belli (2015), *A Prenatal Health Framework For Women with Physical Disabilities*.
7. Nancy A. Miller, PhD, Adele Kirk, PhD (2014), *“The Relation Between Health Insurance and Health Care Disparities Among Adults With Disabilities”*, American Journal of Public Health, Vol 104(3), pp. 85 -90.



TỰ ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN KHU KHÁM BỆNH THEO YÊU CẦU Ở BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Thị Thuyết¹

TÓM TẮT

Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 là bệnh viện tuyến cuối của Quân đội, xếp hạng đặc biệt cấp quốc gia (2010). Trải qua chặng đường 68 năm xây dựng và phát triển, việc nâng cấp quy mô và phân hạng bệnh viện luôn đảm bảo song hành với chất lượng khám, chữa bệnh cho bộ đội và nhân dân. Cùng với chú trọng phát triển đội ngũ bác sĩ, hệ thống máy móc trang bị y tế, thì việc bồi dưỡng năng lực thực hành chăm sóc sức khỏe người bệnh cho đội ngũ điều dưỡng viên có tác động trực tiếp, tích cực đến sức khỏe người bệnh, kết quả đó đã góp phần nâng cao vị thế, uy tín của bệnh viện.

Từ khóa: Điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chăm sóc sức khỏe người bệnh.

SUMMARY

SELF ASSESSMENT OF THE PATIENT HEALTH CARE CAPACITOR OF NURSERY AREA AT REQUEST AT THE MILITARY CENTER HOSPITAL 108

Military Central Hospital 108 is the Army's last line hospital, with a national special rating (2010). Over the course of 68 years of construction and development, the upgrading of hospital sizes and classifications has always ensured in parallel with the quality of medical examination and treatment for soldiers and people. Along with focusing on developing a contingent of doctors and medical equipment systems, fostering the capacity of practicing healthcare for patients will have a direct and positive impact on health. healthy patients, which has contributed to improving the status and reputation of the hospital.

Key words: Nursing at the on demand clinic, 108 Military Central Hospital, healthcare for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc nâng cao sức khỏe người bệnh là nhiệm vụ chính của điều dưỡng viên trong các cơ sở y tế. Tại khu khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện TWQĐ 108, điều dưỡng viên là lực lượng không thể thiếu trong công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh. Người điều dưỡng đóng vai trò chủ đạo trong các hoạt động hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của người bệnh, nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ; chăm sóc tâm lý; hỗ trợ điều trị và tránh các nguy cơ không an toàn từ môi trường bệnh viện. Ở khu khám bệnh theo yêu cầu mỗi điều dưỡng viên có thể chăm sóc từ 1 đến 3 người bệnh, tiến hành theo dõi thường xuyên người bệnh nặng, cấp cứu; chăm sóc người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật và chăm sóc cho mọi đối tượng người lớn, trẻ em, trẻ sơ sinh... Điều này cho thấy vai trò rất quan trọng của điều dưỡng khi thực hành chăm sóc. Nếu điều dưỡng không có đủ kiến thức chuyên môn, kỹ năng, thái độ, trách nhiệm chăm sóc người bệnh hoặc không có đủ thời gian và phương tiện để thực hiện những công việc trên sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng chăm sóc sức khỏe và sự an toàn của người bệnh. Ngược lại nếu hoạt động chăm sóc của điều dưỡng có chất lượng tốt sẽ giảm được thời gian nằm viện của người bệnh, giảm chi phí điều trị, chất lượng điều trị được nâng cao, góp phần làm gia tăng uy tín, vị thế của bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay.

II. MỤC TIÊU, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu nghiên cứu

Theo tiêu chuẩn đánh giá của Hội Điều dưỡng Việt Nam: năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của đội ngũ điều dưỡng trong các cơ sở y tế nói chung, ở khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện TWQĐ 108 nói riêng được biểu hiện cụ thể ở: trình độ năng lực chuyên môn, phương

1. Khoa khám bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108

Email: phamthuyetbv108@gmail.com

» Ngày nhận bài: 23/12/2019 | » Ngày phản biện: 10/01/2020 | » Ngày duyệt đăng: 31/01/2020

pháp tác phong công tác; ở thái độ nghề nghiệp (lòng yêu nghề, sự trân quý đồng nghiệp và người bệnh); phản ánh kỹ năng làm việc (thao tác chuyên môn, sử dụng máy móc trang thiết bị y tế, giao tiếp ứng xử với người bệnh...), được đồng nghiệp và người bệnh tin tưởng, thừa nhận. Trong xu hướng hội nhập, phát triển mạnh mẽ hiện nay, các quốc gia trên thế giới luôn coi trọng và ưu tiên phát triển các chỉ số con người (HDI): sức khỏe, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, thu nhập,... Theo đó, Chính phủ Việt Nam đã ký văn bản thỏa thuận khung thừa nhận lẫn nhau giữa các nước ASEAN về việc công nhận dịch vụ điều dưỡng trong khu vực, nhằm tăng cường chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng làm điều kiện cho Bộ Y tế, Hội Điều dưỡng Việt Nam có cơ sở nghiên cứu, bàn thảo, thống nhất xây dựng khung nội dung chương trình đào tạo, bồi dưỡng, sử dụng nguồn nhân lực điều dưỡng có hiệu quả, đáp ứng tốt yêu cầu hội nhập của các nước trong khu vực và thế giới. Bộ Y tế, Hội Điều dưỡng Việt Nam đã ban hành bộ chuẩn năng lực của điều dưỡng Việt Nam với cấu trúc thành 03 lĩnh vực (năng lực thực hành chăm sóc, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp và năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp).

Quán triệt, thực hiện nghiêm túc các chỉ thị, hướng dẫn của Bộ Y tế, Cục Quân y- Bộ Quốc phòng, Bệnh viện TWQĐ 108 đã ban hành Bộ tiêu chí chuẩn đánh giá năng lực chăm sóc người bệnh và tiến hành áp dụng toàn bệnh viện làm cơ sở đánh giá và phát triển năng lực điều dưỡng viên trong quá trình chăm sóc sức khỏe người bệnh. Tuy nhiên, việc khảo cứu, đánh giá năng lực của điều dưỡng viên tại Bệnh viện TWQĐ 108 đạt đến đâu so với Bộ tiêu chí này? Những yếu tố nào có liên quan đến việc phát triển năng lực của điều dưỡng viên? Làm thế nào để nâng cao năng lực người điều dưỡng của bệnh viện? Từ những lý do trên, tác giả thực hiện bài viết: *Tự đánh giá năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2019*, với hai mục tiêu cụ thể sau:

(1)- Đánh giá mức độ năng lực tự chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ năm 2019.

(2)- Đề xuất một số biện pháp cụ thể nhằm bồi dưỡng, nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang (thu thập, phân tích, đánh giá kết quả người bệnh trên hồ sơ bệnh án); kết hợp

nghiên cứu định lượng và định tính trên nền lý thuyết về năng lực điều dưỡng; sử dụng Test đánh giá mối liên hệ tương quan giữa điều dưỡng viên với người bệnh. *Nghiên cứu định lượng*: khảo sát đối tượng bằng mẫu phiếu điều tra chuẩn bị trước các items. *Nghiên cứu định tính*: tiến hành trao đổi phỏng vấn sâu đồng chí Chủ nhiệm Khoa khám bệnh, 10 điều dưỡng viên + 20 người bệnh và người nhà (10 người bệnh + 10 người nhà bệnh nhân); sử dụng thống kê toán học chạy hàm SPSS (2.0) để phân tích, lý giải cho ra kết quả thực tế của các items khảo sát.

- *Đối tượng nghiên cứu*: Lấy mẫu 60 điều dưỡng và 120 người bệnh và người nhà (80 người bệnh + 40 người nhà bệnh nhân).

- *Thời gian nghiên cứu*: Tiến hành từ (5 – 10/2019).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Để đánh giá khách quan, chính xác thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay. Tác giả xây dựng bộ 7 tiêu chí khảo sát trên đại diện mẫu hai nhóm khách thể nghiên cứu, gồm: 60 điều dưỡng viên + 120 người bệnh và người nhà người bệnh với các biểu hiện items cụ thể như sau:

1. *Thái độ, trách nhiệm chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên.*

2. *Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả.*

3. *Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe người bệnh đúng quy trình.*

4. *Duy trì thời gian tiếp xúc, chăm sóc sức khỏe người bệnh liên tục.*

5. *Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và người nhà bệnh nhân.*

6. *Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà bệnh nhân.*

7. *Xác định ưu tiên chăm sóc dựa trên nhu cầu của người bệnh và gia đình bệnh nhân.*

Tiến hành chia bộ 7 tiêu chí đánh giá trên thành 3 mức độ với quy ước điểm cụ thể như sau: *Tốt (3 điểm), Khá (2 điểm), Trung bình (1 điểm).*

$$\text{Sử dụng công thức tính khoảng điểm: } L = \frac{n-1}{n}$$

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 $1 \div < 1.67$ điểm).

Sau khi có được () của từng tiêu chí, chúng tôi sẽ có kết luận về thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay. Sau khi thực hiện quy trình phát phiếu khảo sát, thu phiếu, phân tích cho ra kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1. Kết quả khảo sát thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay. Theo tự đánh giá của 60 điều dưỡng viên

TT	Nội dung tiêu chí	Mức độ biểu hiện			ĐTB	Thứ bậc
		Tốt	Khá	Trung bình		
1	Thái độ, trách nhiệm chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên.	27	29	04	2.38	4
2	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả.	30	27	03	2.45	2
3	Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe người bệnh đúng quy trình.	32	28	00	2.53	1
4	Duy trì thời gian chăm sóc sức khỏe người bệnh liên tục.	29	28	03	2.43	3
5	Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và người nhà bệnh nhân.	22	29	09	2.21	7
6	Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà bệnh nhân.	25	27	08	2.28	6
7	Xác định ưu tiên chăm sóc dựa trên nhu cầu của người bệnh và gia đình bệnh nhân.	26	28	06	2.33	5
Điểm trung bình chung					2.37	

Bảng 2. Kết quả khảo sát thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay. Theo tự đánh giá của 120 người bệnh và người nhà (80 người bệnh + 40 người nhà bệnh nhân)

TT	Nội dung tiêu chí	Mức độ biểu hiện			ĐTB	Thứ bậc
		Tốt	Khá	Trung bình		
1	Thái độ, trách nhiệm chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên.	54	58	08	2.40	4
2	Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả.	62	57	01	2.65	1
3	Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe người bệnh đúng quy trình.	59	58	03	2.46	2
4	Duy trì thời gian chăm sóc sức khỏe người bệnh liên tục.	55	60	05	2.42	3

5	Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và người nhà bệnh nhân.	52	59	09	2.36	5
6	Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà bệnh nhân.	47	56	17	2.25	7
7	Xác định ưu tiên chăm sóc dựa trên nhu cầu của người bệnh và gia đình bệnh nhân.	50	57	13	2.30	6
Điểm trung bình chung					2.40	

Để gia tăng tính thuyết phục về thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay, tác giả tiến hành phỏng vấn đồng chí Chủ nhiệm Khoa khám bệnh; 10 điều dưỡng viên và 20 người bệnh và người nhà người bệnh.

Kết quả trao đổi với đồng chí Đại tá, TS. Bùi Văn Tân - Chủ nhiệm Khoa khám bệnh về kết quả thực hiện chức trách nhiệm vụ của đội ngũ điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu cho thấy: 100% điều dưỡng viên được lãnh đạo, chỉ huy bệnh viện và khoa tuyển chọn kỹ lưỡng, đảm bảo số lượng, chất lượng tốt, các điều dưỡng khu khám bệnh theo yêu cầu được đào tạo cơ bản về chuyên môn, chuyên ngành, có trình độ cao đẳng trở lên; phẩm chất đạo đức tốt, phương pháp tác phong làm việc khoa học, hiệu quả, đáp ứng tốt nhu cầu khám, chữa bệnh theo yêu cầu của người bệnh và người nhà.

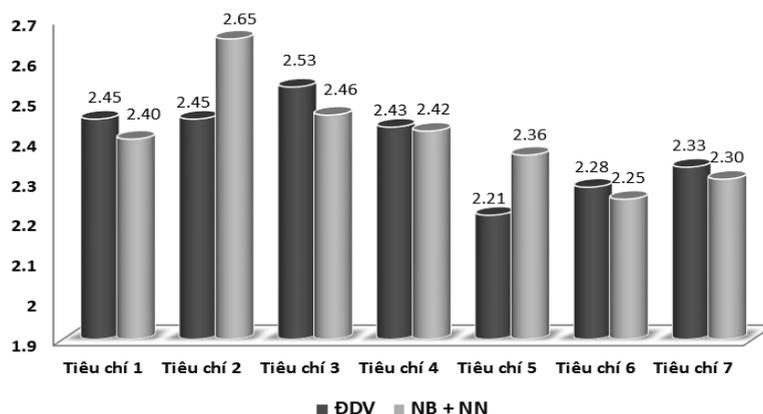
Kết quả phỏng vấn với 10 điều dưỡng: Xây dựng bộ tiêu chí trên là phù hợp với nội dung nghiên cứu và thể hiện rõ ý được hỏi, làm cho người được hỏi dễ trả lời theo các nội dung câu hỏi. Các điều dưỡng đều khẳng định họ đã luôn quán triệt nhận thức rõ về chức trách, nhiệm vụ được giao; thường xuyên phối hợp tốt với bác sĩ trong

việc khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe người bệnh. Luôn tận tụy với công việc chuyên môn, thường xuyên gần gũi, chia sẻ nỗi đau với người bệnh, coi họ như những người thân trong gia đình.

Kết quả phỏng vấn 20 người bệnh và người nhà: Người bệnh khẳng định khi họ được đến Bệnh viện TWQĐ 108 thăm, khám, điều trị thì tâm lý rất yên tâm về trình độ tay nghề các điều dưỡng, bác sĩ ở đây; bệnh viện được trang bị nhiều máy móc hiện đại, đồng bộ; cảnh quan bệnh viện sạch sẽ và có không gian thoáng đãng làm thỏa mãn nhu cầu thẩm mỹ các khách hàng và để lại nhiều ấn tượng tốt đẹp về bệnh viện sau thời gian được điều trị tại đây. Người nhà bệnh nhân cho rằng việc người thân họ được đến khám, chữa bệnh tại một cơ sở y tế lớn, có uy tín và thương hiệu như Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là đáng mừng, đáp ứng nhu cầu của nhiều bệnh nhân và người nhà. Họ luôn tin tưởng khi người bệnh được điều trị ở Bệnh viện 108 sẽ có nhiều cơ hội khỏi bệnh hơn so với một số cơ sở y tế ở tuyến địa phương.

Từ số liệu khảo sát thu được ở Bảng 1 và 2. Tác giả tiến hành xây dựng Biểu đồ đánh giá thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay:

Biểu đồ: Năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng viên khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108



IV. KẾT LUẬN

1. Căn cứ kết quả khảo sát 60 điều dưỡng viên ở Bảng 1 cho thấy: 100% điều dưỡng viên đều đồng tình đánh giá cao nội dung bộ tiêu chí khảo sát năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay; bảo đảm phù hợp với đối tượng, nhiệm vụ nghiên cứu. Nhận xét cả 7 tiêu chí đều được đánh giá mức độ khá và tốt. Trong đó biểu hiện cao nhất là Tiêu chí 3 “*Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe người bệnh đúng quy trình*”, (ĐTB = 2.53); tiếp đến là các Tiêu chí 2,4,1,7,6 và thấp nhất là Tiêu chí 5 “*Sử dụng hiệu quả các kênh truyền thông và phương tiện nghe nhìn trong giao tiếp với người bệnh và người nhà bệnh nhân*”, (ĐTB = 2.21).

2. Căn cứ kết quả khảo sát 120 người bệnh và người nhà ở Bảng 2 cho thấy: Người bệnh và người nhà đều có sự đánh giá cao bộ tiêu chí khảo sát thực trạng năng lực chăm sóc sức khỏe người bệnh của điều dưỡng khu khám bệnh theo yêu cầu ở Bệnh viện TWQĐ 108 hiện nay; các tiêu chí phù hợp với đối tượng, nhiệm vụ nghiên cứu. Nhận xét, cả 7 tiêu chí đều được đánh giá mức độ khá và tốt. Trong đó biểu hiện cao nhất cả là Tiêu chí 2 “*Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả*”, (ĐTB = 2.65); tiếp đến là các tiêu chí 3,4,1,5,7, thấp nhất là Tiêu chí 6 “*Xác định nhu cầu và tổ chức hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà bệnh nhân*”, (ĐTB = 2.25).

Độ lệch chuẩn trung bình của hai nhóm khách thể được khảo sát là 004; Xác suất $P = 99.96\%$, điều đó cho thấy kết quả khảo sát trên hai nhóm khách thể (điều dưỡng

viên + người bệnh và người nhà) có mối liên hệ tuyến tính với nhau, đảm bảo độ tin cậy khoa học. Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa năng lực thực hành chăm sóc sức khỏe người bệnh với thâm niên công tác, sự trải nghiệm chuyên môn, tính chất công việc, sự hài lòng của điều dưỡng viên với công việc chuyên môn chăm sóc sức khỏe người bệnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện cùng lãnh đạo, chỉ huy khoa khám bệnh thường xuyên làm tốt nhiệm vụ giáo dục, tuyên truyền, định hướng giá trị nghề nghiệp, qua đó củng cố xu hướng nghề cho đội ngũ điều dưỡng viên; làm cho các điều dưỡng viên nhận thức đầy đủ, sâu sắc vai trò, vị trí, vinh dự và trách nhiệm cao cả, vẻ vang của mình đối với người bệnh và bệnh viện.

2. Thường xuyên mở các lớp tập huấn, bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn, phương pháp tác phong làm việc cho điều dưỡng viên; xây dựng kế hoạch tổ chức các hội thi điều dưỡng viên giỏi, tạo điều kiện cho các điều dưỡng viên nâng cao tay nghề chuyên môn, phương pháp tác phong làm việc.

3. Phát huy vai trò các tổ chức đoàn thanh niên, hội phụ nữ trong cổ vũ, động viên các đoàn viên là điều dưỡng viên nêu cao vai trò trách nhiệm trong công tác, góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện.

4. Lãnh đạo, chỉ huy khoa thường xuyên chỉ đạo, hướng dẫn ban chấp hành công đoàn, hội phụ nữ làm tốt công tác thi đua, khen thưởng những tập thể, cá nhân có thành tích cao trong thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2018 và Quý III năm 2019.
2. 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.
3. Bộ Y tế, Quyết định số 2151/QĐ- BYT (04/ 6/ 2015) “Về đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, hướng tới sự hài lòng người bệnh”.
4. Đảng cộng sản Việt Nam, Nghị quyết số 20- NQ/TU (25/10/2017) “Về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”.

KHOẢNG TRỐNG NĂNG LỰC NGÀNH CÔNG NGHỆ KỸ THUẬT MÔI TRƯỜNG

Phan Thị Thu Trang¹, Trần Thị Tuyết Hạnh¹, Đỗ Thị Hạnh Trang¹, Lưu Quốc Toán, Trần Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Quỳnh Anh¹, Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Thị Nhung¹, Lê Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu áp dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, thực hiện 21 cuộc phỏng vấn sâu với các đối tượng là nhà hoạch định chính sách, người sử dụng lao động trong lĩnh vực y tế, môi trường, cơ sở đào tạo có tham gia đào tạo chương trình cử nhân/kỹ sư công nghệ kỹ thuật môi trường. Có 10 danh mục năng lực dành cho đối tượng người đi làm việc trong lĩnh vực CNKTMT bậc đại học được xây dựng. Ngoài ra, một số kỹ năng mềm khác như tin học, tiếng Anh được đánh giá là khá quan trọng đối với đối tượng này.

Từ khóa: Khoảng trống năng lực, môi trường, công nghệ kỹ thuật môi trường.

ABSTRACT

COMPETENCY GAP OF ENVIRONMENTAL ENGINEERING AND TECHNOLOGY IN VIETNAM

The study applied a cross-sectional study design with a combination of qualitative and quantitative methods. There were 21 indepth interviews with policy makers, employers in health, environment sectors or academic institution providing training program on bachelor/technician of environmental technology. In this study, a list of 10 competencies for B.EET was developed. In addition, other soft skills such as computer skill, English are considerably important to B.EET.

Key works: Competency gap, environment, environmental engineering and technology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang trong thời kỳ phát triển công nghiệp hóa, hiện đại hóa, rất nhiều khu công nghiệp, khu chế xuất liên tục mọc lên. Bên cạnh những mặt tích cực thì Việt Nam đang phải đối mặt với rất nhiều vấn đề nghiêm

trọng trong lĩnh vực môi trường gây ra nhiều tác động xấu đến con người và xã hội. Bên cạnh các nguyên nhân như buông lỏng quản lý, tuân thủ pháp luật về bảo vệ môi trường thì đội ngũ kỹ sư và cử nhân công nghệ kỹ thuật môi trường (CNKMT) tuy được khá nhiều đơn vị hiện đang đào tạo nhưng khoảng trống năng lực của cử nhân CNKTMT vẫn còn thiếu hụt về đội ngũ cán bộ sức khỏe môi trường. Sự thiếu hụt này dẫn tới thiếu khả năng phân tích, dự báo các vấn đề ô nhiễm có thể xảy ra để phòng ngừa, ngăn chặn sớm.

Mặc dù chương trình đào tạo về CNKTMT đã trở nên phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam tuy nhiên chưa hề có đơn vị nào ban hành danh mục các chuẩn năng lực. Nghiên cứu đã phân tích xác định khoảng trống năng lực cũng như đề xuất danh mục năng lực cho nhóm đối tượng này góp phần thuận lợi cho quá trình xây dựng vị trí việc làm cho cán bộ có bằng cấp về CNKTMT.

Xu thế của các trường đại học trên thế giới hiện nay là đào tạo dựa trên năng lực. Để có thể xây dựng được chương trình đào tạo dựa trên năng lực, yêu cầu tất yếu là phải xây dựng và ban hành các chuẩn năng lực tương ứng với từng ngành và trình độ đào tạo. Chuẩn năng lực dành cho cử nhân quy định nội dung kiến thức, thái độ, kỹ năng thực hành, khả năng về công nghệ và giải quyết vấn đề, công việc thuộc lĩnh vực mà cán bộ có trình độ cử nhân cần đảm nhận.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

(1). Các nhà hoạch định chính sách nhân lực trong lĩnh vực CNKTMT;

(2). Lãnh đạo các đơn vị sử dụng lao động và người lao động trong lĩnh vực CNKTMT thuộc các khối quản lý hành chính nhà nước, khối các đơn vị sự nghiệp, các cơ sở y tế và các doanh nghiệp;

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

Tác giả chính Phan Thị Thu Trang, Email: pttt@huph.edu.vn, SĐT: 0855418222

(3). Các chuyên gia đang công tác trong lĩnh vực CNKTMT;

(4). Các văn bản liên quan đến lĩnh vực CNKTMT

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/2019 đến 06/2019 tại Hà Nội

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Đại diện tất cả các nhóm cơ quan, đơn vị tham gia lập kế hoạch tuyển dụng, sử dụng và đào tạo lao động, nghiên cứu trong lĩnh vực CNKTMT được đưa vào nghiên cứu này. Các cơ quan thuộc khối quản lý hành chính sự nghiệp được lựa chọn bao phủ cả 3 cấp trung ương, tỉnh (Hà Nội), huyện (thuộc địa bàn Hà Nội). Các đơn vị thuộc các khối cơ quan/doanh nghiệp khác được lựa chọn thuận tiện (để có khả năng tiếp cận, để có khả năng khai thác nhiều thông tin). Trên thực tế, nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn sâu được tất cả 21 người, với 05 phiếu từ người quản lý, hoạch định chính sách nhân lực; 04 phiếu từ khối quản lý hành chính nhà nước; 01 phiếu từ các đơn vị sự nghiệp; 03 phiếu từ các cơ sở y tế và 10 phiếu từ các doanh nghiệp. 40 mẫu phiếu tự điền từ người lao động trong lĩnh vực CNKTMT/cựu sinh viên cử nhân CNKTMT được mời tham gia nghiên cứu, tỉ lệ phản hồi là 63,5%.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua việc nghiên cứu, rà soát tài liệu sẵn có (Các chính sách/chiến lược quốc gia liên quan đến phát triển nhân lực ngành kỹ thuật môi trường/tài nguyên môi trường/môi trường) và phỏng vấn sâu lãnh đạo/đại diện các đơn vị sử dụng lao động.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu phỏng vấn được gõ băng, ghi chép và phân tích theo chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng tại Quyết định số 67/2019/YTCC-HD3 ngày 01/04/2019. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, sự tham gia là tự nguyện. Thông tin cá nhân được giữ bí mật và được mã hóa, đảm bảo không để lộ danh tính của người cung cấp thông tin.

III. KẾT QUẢ

1. Đề xuất danh mục năng lực cần thiết của cử nhân công nghệ kỹ thuật môi trường

Kết quả tổng quan về các năng lực của cử nhân CNKTMT trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy đến thời điểm này trên thế giới cũng như tại Việt Nam hiện chưa có tổ chức, Bộ ngành nào ban hành Danh mục Chuẩn năng lực Cử nhân CNKTMT. Tuy nhu cầu thực tế và thế mạnh của từng trường mà các trường đã chủ động đưa ra chuẩn đầu ra cho chương trình đào tạo năng lực Cử nhân CNKTMT. Các chuẩn đầu ra mà các trường đã ban hành thường chia theo 3 nhóm: các chuẩn về kiến thức, các chuẩn về kỹ năng (trong đó có các kỹ năng cứng và các kỹ năng mềm) và các chuẩn về thái độ. Cần nhắc kết quả tổng quan tài liệu (đặc biệt là các chuẩn đầu ra CN/ kỹ sư CNKTMT tại các trường Đại học Tài nguyên và Môi trường Hà Nội, Đại học Tài nguyên và Môi trường TP Hồ Chí Minh, ĐH Khoa học Tự nhiên, Đại học Xây dựng) nhu cầu thực tế tại Việt Nam, nhóm nghiên cứu đề xuất 12 năng lực để cân nhắc xin ý kiến các bên liên quan chỉnh sửa, hoàn thiện và đưa vào chuẩn đầu ra cử nhân CNKTMT tại Trường ĐHYTCC.

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu một số lãnh đạo đơn vị sử dụng lao động trong cả lĩnh vực y tế (2 người) và trong lĩnh vực môi trường (2 ở khối tư nhân, 1 ở đơn vị hành chính sự nghiệp thuộc Tổng cục Môi trường) và tổ chức hội thảo chuyên gia lần thứ nhất để xin ý kiến của các chuyên gia là những người có kinh nghiệm trong công tác đào tạo cử nhân/kỹ sư CNKTMT và nhà quản lý về danh mục dự thảo năng lực này. Theo góp ý của các chuyên gia, chuẩn năng lực số 6 “Tính toán thiết kế kỹ thuật trong các công trình xử lý nước cấp, nước thải, khí thải, các hệ thống thông gió và kiểm soát tiếng ồn, hệ thống thu gom xử lý chất thải rắn... cho sản xuất và sinh hoạt” và số 9 “Ứng dụng các mô hình dự báo diễn biến chất lượng môi trường” là các năng lực cần thiết nhưng phù hợp hơn với các kỹ sư CNKTMT được đào tạo tại các trường Đại học Xây dựng, Đại học Bách khoa Hà Nội. Do đó, danh mục dự thảo các năng lực cần thiết của cử nhân/kỹ sư CNKTMT dự kiến áp dụng tại trường ĐHYTCC đã điều chỉnh, bỏ bớt 2 năng lực này, chỉ còn 10 năng lực như sau:

1. Áp dụng được kiến thức khoa học cơ sở ngành và chuyên ngành CNKTMT trong nghiên cứu, điều tra, giải quyết các vấn đề liên quan đến môi trường đất, nước, không khí ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng.
2. Lấy mẫu, quan trắc môi trường tự nhiên và môi trường lao động.
3. Phân tích mẫu môi trường, thống kê xử lý số liệu

môi trường, phiên giải và viết báo cáo đánh giá chất lượng môi trường.

4. Làm việc thành thạo trong phòng thí nghiệm phân tích môi trường và vận hành được ít nhất 1 thiết bị công nghệ cao sử dụng trong phân tích môi trường.

5. Quản lý, giám sát và vận hành các công trình xử lý hoặc hệ thống kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện, trong các doanh nghiệp và khu dân cư.

6. Đánh giá tác động môi trường theo đúng các quy định hiện hành, đánh giá tác động sức khỏe, đánh giá và truyền thông nguy cơ sức khỏe môi trường.

7. Kiểm soát môi trường doanh nghiệp.

8. Thuyết trình, giao tiếp, làm việc độc lập và theo nhóm, hợp tác với các đối tác, ban ngành liên quan chuyên nghiệp và hiệu quả.

9. Tự học, tự nghiên cứu để phát triển năng lực cá nhân và nghề nghiệp, thích ứng với môi trường không ngừng thay đổi và đáp ứng nhu cầu thực tế.

10. Có trình độ tin học và tiếng Anh (tối thiểu trình độ B hoặc B1 châu Âu hoặc tương đương), đủ để thực

hiện các công việc của cán bộ CNKTMT.

2. Phân tích khoảng trống về năng lực của cử nhân công nghệ kỹ thuật môi trường tại Việt Nam năm 2019

Trong nghiên cứu đánh giá nhu cầu đào tạo này, nhóm nghiên cứu đã tiếp cận được 14 đơn vị hoạt động trong lĩnh vực có liên quan đến công nghệ kỹ thuật môi trường và có sử dụng cán bộ có trình độ chuyên môn về công nghệ kỹ thuật môi trường, trong đó có 01 đơn vị quản lý, hoạch định chính sách, 03 đơn vị hành chính sự nghiệp, 01 cơ sở y tế, 07 doanh nghiệp công và tư nhân và 02 cơ sở đào tạo.

Tổng cộng nghiên cứu thu được 40 phiếu tự điền từ những người lao động hiện đang làm việc tại các đơn vị tham gia, có bằng cấp chuyên môn và công tác trong lĩnh vực công nghệ kỹ thuật môi trường để tìm hiểu những năng lực thực tế cần có để đáp ứng yêu cầu công việc, qua đó xây dựng chương trình đào tạo phù hợp. Phần lớn các đối tượng cung cấp thông tin có bằng đại học trở lên. 62,5% đối tượng nghiên cứu hiện đang làm việc tại các doanh nghiệp trong lĩnh vực môi trường và 45% có số năm công tác dưới ≤5 năm (Bảng 1).

Bảng 1. Thông tin đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu tự điền

Đối tượng trả lời phiếu tự điền	Tần số	Tỷ lệ
Loại cơ sở	N	%
Đơn vị hành chính	18	42,1
Doanh nghiệp	17	44,7
Cơ sở đào tạo	5	13,2
Trình độ chuyên môn	N	%
Sau đại học	14	35
Đại học	25	62,5
Cao đẳng	0	0
Trung cấp/ khác	1	2,5
Số năm công tác	N	%
≤5 năm	18	45
>5 năm	22	55
Cơ quan công tác	N	%
Ngành y	15	37,5
Ngành môi trường	23	57,5
Công nghiệp/ chế xuất	2	5

Có 40 đối tượng trả lời phiếu tự điền đánh giá tính cần thiết của các kỹ năng mà người làm công tác CNKTMT cần có, kết quả đánh giá được thể hiện dưới đây (Bảng 2).

Bảng 2. Những năng lực cần thiết nhất theo đánh giá của cán bộ làm việc trong lĩnh vực CNKTMT

Các năng lực cần thiết nhất	N	%
Lấy mẫu, quan trắc môi trường; phân tích, tổng hợp và báo cáo số liệu	33	82,5
Có trình độ tin học và tiếng Anh (tối thiểu trình độ B hoặc B1 châu Âu hoặc tương đương), đủ để thực hiện các công việc của cán bộ CNKTMT	31	77,5
Áp dụng được kiến thức khoa học cơ sở ngành và chuyên ngành CNKTMT trong nghiên cứu, điều tra, giải quyết các vấn đề liên quan đến môi trường đất, nước, không khí ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng	28	70
Thuyết trình, giao tiếp, làm việc độc lập và theo nhóm, hợp tác với các đối tác, ban ngành liên quan chuyên nghiệp và hiệu quả.	21	52,5
Phân tích mẫu môi trường, thống kê xử lý số liệu môi trường, phiên giải và viết báo cáo đánh giá chất lượng môi trường.	16	40
Tự học, tự nghiên cứu để phát triển năng lực cá nhân và nghề nghiệp, thích ứng với môi trường không ngừng thay đổi và đáp ứng nhu cầu thực tế.	15	37,5
Kiểm soát môi trường doanh nghiệp.	13	32,5
Đánh giá tác động môi trường theo đúng các quy định hiện hành, đánh giá tác động sức khỏe, đánh giá và truyền thông nguy cơ sức khỏe môi trường.	13	32,5
Quản lý, giám sát và vận hành các công trình xử lý hoặc hệ thống Kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện, trong các doanh nghiệp và khu dân cư	12	30
Làm việc thành thạo trong phòng thí nghiệm phân tích môi trường và vận hành được ít nhất 1 thiết bị công nghệ cao sử dụng trong phân tích môi trường.	8	20
Tổng số người đánh giá	40	100

Theo kết quả Bảng 2 năng lực được đề cập nhiều nhất gồm “Lấy mẫu, quan trắc môi trường, tổng hợp và báo cáo số liệu”; “Có trình độ tin học và tiếng Anh tối thiểu trình độ B hoặc B1 châu Âu hoặc tương đương, đủ để thực hiện các công việc của cán bộ CNKTMT” và; “Áp dụng được kiến thức khoa học cơ sở ngành và chuyên ngành CNKTMT trong nghiên cứu, điều tra, giải quyết các vấn đề liên quan đến môi trường đất, nước, không khí ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng”. Các năng lực được nhắc đến ít nhất là “Quản lý, giám sát và vận hành các công trình xử lý hoặc hệ thống kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện, trong các doanh nghiệp và khu dân cư”; “Làm việc thành thạo trong phòng thí nghiệm phân tích môi trường và vận hành được ít nhất 1 thiết bị công nghệ cao sử dụng trong phân tích môi trường”.

Từ kết quả 10 danh mục năng lực của cử nhân

CNKTMT đã xây dựng với sự góp ý của các chuyên gia, nhóm nghiên cứu đã tiến hành yêu cầu các đối tượng tham gia nghiên cứu tự điền vào bộ câu hỏi về tần suất áp dụng các kỹ năng về CNKTMT trong công việc nhằm xác định những khoảng trống về năng lực giữa nội dung chương trình đào tạo và thực tế yêu cầu của công việc. Nội dung nghiên cứu chú trọng tìm hiểu các năng lực chưa được đào tạo và các năng lực đã được đào tạo nhưng chưa đáp ứng được yêu cầu công việc.

3. Đề xuất các năng lực cần có trong chương trình đào tạo tại Trường Đại học Y tế Công cộng

Nghiên cứu xây dựng danh mục 10 năng lực cần có của cử nhân CNKTMT dự kiến để xây dựng chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo tại Trường ĐH YTCC đã được chỉnh sửa, cập nhật và phân theo 3 nhóm (kiến thức, thái độ, kỹ năng – gồm kỹ năng nghề nghiệp và kỹ năng mềm).

Bảng 3. Các năng lực dự kiến trong chương trình đào tạo tại trường Đại học Y tế Công cộng

Kiến thức
1. Diễn giải các kiến thức cơ sở ngành về khoa học môi trường, các văn bản quy phạm pháp luật về môi trường, đảm bảo chất lượng xét nghiệm, các kỹ thuật quan trắc và phân tích chất lượng môi trường, các quá trình chuyển hoá trong môi trường.
2. Sử dụng kiến thức khoa học cơ sở ngành và chuyên ngành công nghệ kỹ thuật môi trường trong nghiên cứu, điều tra, giải quyết các vấn đề liên quan đến môi trường đất, nước, không khí ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng.
Thái độ
3. Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong lĩnh vực công nghệ kỹ thuật môi trường, ý thức được an toàn nghề nghiệp trong chuyên môn, có tính kỷ luật, tinh thần trách nhiệm trong công việc, cẩn thận, tỉ mỉ, kiên trì, trung thực, khách quan.
4. Có ý thức bảo vệ tài nguyên môi trường và trách nhiệm tuyên truyền nâng cao nhận thức về bảo vệ môi trường cho cộng đồng và xã hội
Các chuẩn đầu ra về kỹ năng nghề nghiệp
5. Lập kế hoạch cho các hoạt động lấy mẫu, quan trắc và phân tích mẫu môi trường, kiểm soát môi trường, đảm bảo an toàn, sức khoẻ và môi trường của các nhà máy, doanh nghiệp.
6. Triển khai các hoạt động đảm bảo an toàn, sức khoẻ và môi trường của các nhà máy, doanh nghiệp; lấy mẫu, quan trắc, phân tích mẫu môi trường và vận hành công trình xử lý, hệ thống kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện.
7. Đánh giá và truyền thông nguy cơ sức khoẻ môi trường-nghề nghiệp, đánh giá tác động sức khoẻ và đánh giá tác động môi trường theo các quy định hiện hành.
Các chuẩn đầu ra về kỹ năng mềm
8. Thuyết trình, giao tiếp, làm việc độc lập và theo nhóm, hợp tác với các đối tác, ban ngành liên quan chuyên nghiệp và hiệu quả.
9. Có trình độ tin học và tiếng Anh (tối thiểu trình độ B hoặc B1 châu Âu hoặc tương đương), đủ để thực hiện các công việc của cán bộ công nghệ kỹ thuật môi trường
10. Tự học, tự nghiên cứu để phát triển năng lực cá nhân và nghề nghiệp, thích ứng với môi trường không ngừng thay đổi và đáp ứng nhu cầu thực tế

IV. BÀN LUẬN

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng gặp một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, số lượng đối tượng nghiên cứu ít và phạm vi nghiên cứu chỉ thực hiện tại Hà Nội nên có thể chưa bao phủ được nhu cầu nhân lực của toàn ngành CNKTMT trong cả nước. Để khắc phục hạn chế này, nhóm nghiên cứu đã cố gắng liên hệ và mời các đối tượng tham gia nghiên cứu đến từ ngành Y tế, ngành tài nguyên môi trường, từ các tuyến khác nhau (trung ương, tỉnh, huyện) và gồm cả khối doanh nghiệp tư nhân, doanh nghiệp có

vốn nước ngoài là những đơn vị mà CNCNKTMT có thể tham gia làm việc để tối đa hóa sự đa dạng của đối tượng nghiên cứu. Thứ hai là, mặc dù việc đào tạo cử nhân/ kỹ sư CNKTMT đã được thực hiện tại Việt Nam hàng chục năm qua nhưng chưa hề có bất kỳ một nghiên cứu đánh giá nhu cầu đào tạo nào về loại hình đào tạo này được thực hiện. Điều này được thể hiện qua rà soát của nhóm nghiên cứu cũng như sự thừa nhận của một số cán bộ giảng dạy tại một số trường đại học có đào tạo chuyên ngành này. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu gặp nhiều khó khăn trong

việc so sánh, bàn luận các kết quả được phát hiện trong nghiên cứu này với các nghiên cứu tương tự tại Việt Nam và do vậy hầu như chỉ giải thích kết quả tìm được của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đề xuất 10 danh mục năng lực dự kiến đề xuất đối với chương trình đào tạo cử nhân CNKTMT tại Trường ĐHYTCC được thể hiện tại Bảng 4.

Các năng lực nhiều nhân viên thiếu tự tin chủ yếu là

những kỹ năng chuyên sâu vào từng lĩnh vực cụ thể như kiểm soát môi trường doanh nghiệp, kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện, doanh nghiệp và khu dân cư hoặc sử dụng thiết bị công nghệ cao, tin học và tiếng Anh

Ngoài kiến thức, kỹ năng chuyên môn thì một số kỹ năng mềm (đặc biệt là ngoại ngữ, tin học, kỹ năng giao tiếp, thuyết trình và làm việc nhóm) được đánh giá là rất quan trọng và cần thiết để có thể làm việc hiệu quả trong lĩnh vực CNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thanh Hương, Trần Thị Tuyết Hạnh, Trần Khánh Long, "Đánh giá nhu cầu đào tạo Thạc sĩ chuyên ngành Sức khỏe môi trường và Thạc sĩ Y tế công cộng định hướng Sức khỏe môi trường tại Việt Nam năm 2016". Trường Đại học Y tế Công cộng, 2017.
2. Nguyễn Thuý Quỳnh, Lê Thị Thanh Hương, Trần Thị Tuyết Hạnh, "Đánh giá nhu cầu đào tạo cử nhân Y tế công cộng chuyên ngành Sức khỏe môi trường Nghề", Trường Đại học Y tế công cộng, 2008.
3. Bộ Tài nguyên và Môi trường, "Quyết định số 2467/QĐ-BTNMT về việc Phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực ngành tài nguyên và môi trường giai đoạn 2012-2020," Hà Nội, 2011.
4. Quốc hội, "Luật Bảo vệ môi trường 2014 số 55/2014/QH13", 2014.
5. Bộ Tài nguyên và Môi trường, "Thông tư 35/2015/TT-BTNMT ngày 30/6/2015 về Bảo vệ môi trường khu kinh tế, khu công nghiệp, khu chế xuất, khu công nghệ cao," Hà Nội, 2015.

NHU CẦU ĐÀO TẠO NGÀNH CÔNG NGHỆ KỸ THUẬT MÔI TRƯỜNG

Lê Thị Thanh Hương¹, Đỗ Thị Hạnh Trang¹, Lưu Quốc Toán¹, Trần Thị Thu Thủy¹, Phan Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Nhung¹, Nguyễn Quỳnh Anh¹, Trần Thị Tuyết Hạnh¹, Nguyễn Thị Hương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cho thấy, nhu cầu nhân lực CNKTMT trong khối quản lý hành chính nhà nước, khối hành chính sự nghiệp ở cả ngành Y tế và ngành môi trường đã bão hòa. Các cán bộ hiện có của những đơn vị này có nhu cầu đào tạo ngắn hạn nhằm cập nhật kiến thức, kỹ năng về CNKTMT. Tuy nhiên, khối doanh nghiệp tư nhân, trung tâm tư vấn, quan trắc tư nhân, khu chế xuất, khu công nghiệp, đặc biệt là khu chế xuất/công nghiệp có vốn nước ngoài vẫn có nhu cầu nhân lực CNKTMT được đào tạo chính quy, với nhu cầu từ 3-5, thậm chí là 10 người/trung tâm hoặc đơn vị tư vấn trong 5-10 năm tới.

Có 10 danh mục năng lực dành cho đối tượng người làm việc trong lĩnh vực CNKTMT bậc đại học được xây dựng. Ngoài ra, một số kỹ năng mềm khác như tin học, tiếng Anh được đánh giá là khá quan trọng đối với những đối tượng này.

Nghiên cứu đã xây dựng được 10 chuẩn đầu ra dự kiến dành cho chương trình đào tạo cử nhân CNKTMT, trong đó chia thành các nhóm chuẩn đầu ra về kiến thức (2 chuẩn), chuẩn đầu ra về thái độ (2 chuẩn), và 6 chuẩn đầu ra về kỹ năng (3 chuẩn kỹ năng về nghề nghiệp và 3 chuẩn kỹ năng mềm), trong đó chú trọng thể mạnh của Trường Đại học Y tế Công cộng về nội dung “An toàn, sức khỏe và môi trường”. Bộ chỉ tiêu tay nghề dự kiến của chương trình cử nhân CNKTMT tại Trường ĐHYTCC cũng đã được xây dựng với 82 chỉ tiêu, trong đó có những chỉ tiêu chú trọng cho lĩnh vực an toàn, sức khỏe và môi trường.

Chương trình đào tạo cử nhân CNKTMT dự kiến tại Trường ĐHYTCC được xây dựng với 140 tín chỉ.

Từ khóa: Nhu cầu đào tạo, cử nhân công nghệ kỹ thuật môi trường, Việt Nam.

ABSTRACT:

ASSESSMENT ON THE NEED OF TRAINING ENVIRONMENTAL ENGINEERING AND TECHNOLOGY

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

Tác giả chính Lê Thị Thanh Hương, Email: lth@huph.edu.vn, SĐT: 0912056596

The study showed that the need of personnel for bachelor degree in environmental engineering and technology(B.EET) in public organizations (health and environmental sectors) has been already saturated. Employees from these workplaces have the need for short-term training to update knowledge and skills on environmental engineering and technology. However, the private organizations especially foreign invested enterprises still expressed the need of official B.EET, with the quantity of 2 to 5, even 10 B.EET per organization in the next 5 to 10 years.

There are 10 capacity categories for employees at B.EET developed. In addition, some other soft skills such as information technology, English are considered to be quite important for these subjects.

The study has built 10 expected output standards for the program on B.EET, which divided into knowledge output standards (2 standards), attitude output standards (2 standards), and 6 outcome standards for skills (3 for occupational skills and 3 for soft skills), in which emphasizes on the strength of Hanoi University of Public Health(HUPH) – “Safety, Health and Environment”. The proposed set of skills targets for B.EET in HUPH has also been developed with 82 targets, including those focusing on Safety, Health and Environment.

The Bachelor of degree in environmental engineering and technology program at HUPH is built with estimated 140 credits.

Key words: Training needs, bachelor’s degree on Environmental engineering and technology, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi một người mong muốn được tuyển dụng vào một vị trí công việc mà vị trí đó đòi hỏi phải được đào tạo mới đáp ứng được, hoặc khi họ đã được tuyển vào làm việc tại một vị trí nhất định nhưng không đủ năng lực để đáp ứng

yêu cầu công việc thì những người đó sẽ có “nhu cầu” được “đào tạo” để nâng cao năng lực cần thiết nếu như họ muốn được tuyển dụng vào vị trí đó hoặc nếu họ muốn tiếp tục được người sử dụng lao động giữ lại để thực hiện công việc hiện tại. “Nhu cầu đào tạo” sẽ nảy sinh khi có một ‘khoảng cách’ giữa năng lực đòi hỏi cần phải có của một người để thực hiện công việc của họ và năng lực thực tế mà họ có (1).

Hiện nay, ở Việt Nam có khá nhiều trường đại học đang đào tạo về lĩnh vực môi trường trong đó có các chuyên ngành: Quản lý môi trường, công nghệ môi trường, kỹ thuật môi trường, khoa học môi trường ... Tuy nhiên, hiện chưa thấy báo cáo đánh giá về nhu cầu đào tạo nào được triển khai cho ngành Công nghệ kỹ thuật môi trường (CNKTMT), cũng như báo cáo về việc nhu cầu tuyển dụng các đối tượng này ở các đơn vị khác nhau trên toàn quốc.

Trường Đại học Y tế Công cộng (ĐHYTCC) là cơ sở đào tạo đầu ngành về lĩnh vực y tế công cộng (YTCC) tại Việt Nam. Trường ĐHYTCC cần tiếp cận và định hướng đào tạo đa ngành, trong đó có việc đáp ứng nhu cầu đào tạo về lĩnh vực môi trường nói chung và cử nhân/kỹ sư CNKTMT nói riêng, trong đó Trường chú trọng khía cạnh đặc thù về YTCC trong những định hướng đào tạo mới nhằm phát huy thế mạnh đào tạo của trường, cũng như thu hút được các đối tượng đào tạo tương lai.

Từ những cơ sở đó nhà Trường đã tiến hành đánh giá nhu cầu đào tạo Cử nhân công nghệ kỹ thuật môi trường để cung cấp bằng chứng khoa học về nhu cầu đào tạo của ngành học này tại Trường trong những năm học tới.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

(1). Các nhà hoạch định chính sách nhân lực trong lĩnh vực CNKTMT;

(2). Lãnh đạo các đơn vị sử dụng lao động và người lao động trong lĩnh vực CNKTMT thuộc các khối quản lý hành chính nhà nước, khối các đơn vị sự nghiệp, các cơ sở y tế và các doanh nghiệp;

(3). Các chuyên gia đang công tác trong lĩnh vực CNKTMT;

(4). Các văn bản liên quan đến năng lực cần có của cử nhân CNKTMT (số liệu thứ cấp do nhóm nghiên cứu rà soát để tìm hiểu nhu cầu nhân lực ngành)

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/2019 đến 06/2019 tại Hà Nội

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Đại diện tất cả các nhóm cơ quan, đơn vị tham gia lập kế hoạch tuyển dụng, sử dụng và đào tạo lao động, nghiên cứu trong lĩnh vực CNKTMT được đưa vào nghiên cứu này. Trên thực tế, nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn sâu được tất cả 23 lãnh đạo cơ quan hoạch định chính sách và sử dụng lao động. Trong đó, 05 phiếu từ người quản lý, hoạch định chính sách nhân lực; 04 phiếu từ khối quản lý hành chính nhà nước; 01 phiếu từ các đơn vị sự nghiệp; 03 phiếu từ các cơ sở y tế và 10 phiếu từ các doanh nghiệp.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu về nhu cầu nhân lực CNKTMT trong thị trường lao động Việt Nam được thu thập thông qua việc nghiên cứu, rà soát các tài liệu sẵn có (Các chính sách/chiến lược quốc gia liên quan đến phát triển nhân lực ngành kỹ thuật môi trường/tài nguyên môi trường/môi trường) và phỏng vấn sâu lãnh đạo/đại diện các đơn vị sử dụng lao động.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu phỏng vấn được gỡ băng, ghi chép và phân tích theo chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng tại Quyết định số 67/2019/YTCC-HD3 ngày 01/04/2019. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, sự tham gia là tự nguyện. Thông tin cá nhân được giữ bí mật và được mã hóa, đảm bảo không để lộ danh tính của người cung cấp thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cho tới thời điểm hiện tại, chưa có quy định, văn bản nào cập nhật về nhu cầu đào tạo nhân lực của ngành tài nguyên môi trường và CNKTMT ở Việt Nam, đồng thời nhóm nghiên cứu cũng chưa tìm được bất kỳ báo cáo/nghiên cứu đánh giá nhu cầu đào tạo cử nhân CNKTMT nào được công bố. Về các văn bản của Nhà nước, năm 2011, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực Việt Nam thời kỳ 2011-2020 tại Quyết định số 1216/QĐ-TTg ngày 22 tháng 7 năm 2011 (2). Sau đó, Bộ trưởng Bộ Tài nguyên và Môi trường (TNMT) đã ban hành Quyết định số 2476/QĐ-BTNMT ngày 30/12/2011 phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực ngành tài nguyên và môi trường giai đoạn 2012 – 2020 (3) có nêu rõ định hướng phát triển nhân lực ngành tài nguyên và môi trường được chia thành 2 giai đoạn (2011-2015 và 2016-2020), trong đó có định hướng cụ thể cho giai đoạn 2016 - 2020 như sau:

+ Tiếp tục tăng cường và mở rộng đào tạo đại học, sau đại học các chuyên ngành về tài nguyên và môi trường,

trong đó lưu ý các chuyên ngành về quản lý, kinh tế ngành tài nguyên và môi trường.

Về nhu cầu nhân lực quản lý nhà nước ngành tài nguyên và môi trường theo từng lĩnh vực:

+ Lĩnh vực môi trường: Nhân lực hiện có khoảng 10.000 người, giai đoạn 2012 - 2020 cần thay thế và tuyển mới khoảng 10.000 người phục vụ công tác quản lý nhà nước.

+ Ngoài ra, nhu cầu nhân lực công tác trong lĩnh vực công nghệ kỹ thuật môi trường cũng được đề cập bởi một số văn bản cụ thể. Chẳng hạn, Nghị định số 80/2014/NĐ-CP ngày 6 tháng 8 năm 2014 của Chính phủ về thoát nước và xử lý nước thải quy định các đô thị, các khu công nghiệp, khu kinh tế, khu chế xuất, khu công nghệ cao, khu dân cư nông thôn tập trung phải có nhân lực, trang thiết bị và phương tiện kỹ thuật cần thiết để thực hiện các yêu cầu và nhiệm vụ của công tác quản lý, vận

hành hệ thống thoát nước mưa và nước thải (Khoản 3, Điều 17, Chương III) (2). Thông tư 35/2015/TT-BTNMT ngày 30/6/2015 của Bộ trưởng Bộ TNMT về bảo vệ môi trường khu kinh tế, khu công nghiệp, khu chế xuất, khu công nghệ cao (sau đây gọi chung là khu công nghệ) phải có ít nhất ba (03) người quản lý vận hành nhà máy xử lý nước thải tập trung, trong đó cán bộ phụ trách phải có trình độ cao đẳng trở lên thuộc các chuyên ngành công nghệ môi trường, công nghệ hóa học, công nghệ sinh học, kỹ thuật điện hoặc kỹ thuật cấp, thoát nước (Khoản 3c, Điều 9, Chương III) (2).

Nhu cầu đào tạo ngành công nghệ kỹ thuật môi trường (CNKTMT)

Thực trạng đã được đào tạo về các năng lực cần thiết của đối tượng làm việc trong lĩnh vực CNKTMT và loại hình đào tạo của đối tượng nghiên cứu (đào tạo ngắn hạn, đào tạo chính quy) được thể hiện trong bảng sau:

Năng lực	Chưa được đào tạo		Đào tạo ngắn hạn		Đào tạo chính quy	
	N	%	N	%	N	%
- Áp dụng được kiến thức khoa học cơ sở ngành và chuyên ngành CNKTMT trong nghiên cứu, điều tra, giải quyết các vấn đề liên quan đến môi trường đất, nước, không khí ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng.	0	0	4	10	36	90
- Phân tích mẫu môi trường, thống kê xử lý số liệu, phiên giải và biết báo cáo đánh giá chất lượng môi trường.	2	5	10	25	28	70
- Có trình độ tin học và tiếng Anh (tối thiểu B1 theo khung châu Âu), đủ để thực hiện các công việc của cán bộ CNKTMT.	4	10	15	37,5	21	52,5
- Lấy mẫu, quan trắc MTTN và MTLĐ	5	12,5	10	25	25	62,5
- Làm việc trong phòng thí nghiệm và vận hành được thiết bị công nghệ cao sử dụng trong phân tích môi trường.	6	15	13	32,5	21	52,5
- Đánh giá tác động môi trường theo các quy định hiện hành, đánh giá tác động sức khỏe, đánh giá và truyền thông nguy cơ sức khỏe môi trường.	8	20	6	15	26	65
- Thuyết trình, giao tiếp, làm việc độc lập và theo nhóm, hợp tác với các đối tác, ban ngành liên quan chuyên nghiệp và hiệu quả.	9	22,5	14	35	17	42,5
- Tự học, tự nghiên cứu để phát triển năng lực cá nhân và nghề nghiệp, thích ứng với môi trường không ngừng thay đổi và đáp ứng nhu cầu thực tế.	13	32,5	14	35	13	32,5
- Quản lý, giám sát và vận hành các công trình xử lý hoặc hệ thống kiểm soát ô nhiễm đất, nước, không khí, chất thải rắn và nước thải trong bệnh viện, trong các doanh nghiệp và khu dân cư.	11	27,5	6	15	23	57,5
- Kiểm soát môi trường doanh nghiệp	14	35	10	25	16	40

Kết quả phỏng vấn các nhà quản lý cho thấy họ cũng ưu tiên hình thức đào tạo chính quy hơn, tuy nhiên bên cạnh cấu phần lý thuyết họ nhấn mạnh vấn đề thực hành, tham quan thực tiễn trong chương trình học thì cử nhân CNMT tốt nghiệp mới có thể đáp ứng yêu cầu công việc.

Tuy nhiên cũng có đơn vị quan tâm nhiều hơn đến khả năng làm việc, thay vì hình thức và quá trình đào tạo.

“Không quan trọng chính quy hay tại chức, cần cứ vào công việc cụ thể, làm được việc là được” (SD_DN_3).

Nhu cầu đào tạo đối với từng năng lực công nghệ kỹ thuật môi trường

Kết quả nghiên cứu cho thấy Trên 70% đối tượng tham gia phát vấn đều nhận định 10 kỹ năng cán bộ CNMT cần có đều quan trọng và cần/ rất cần đào tạo. Một số kỹ năng được trên 90% đối tượng cho là cần đào tạo trong chương trình của nhà trường chủ yếu là các kỹ năng mềm về khả năng chủ động trong làm việc nhóm và cá nhân, thuyết trình, tự nghiên cứu phát triển cá nhân và nghề nghiệp, cập nhật kiến thức đáp ứng nhu cầu thực tế. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả phỏng vấn sâu các cán bộ quản lý. Một số đối tượng quản lý cũng nhấn mạnh nhân viên làm việc trong lĩnh vực CNMT cần có thêm kỹ năng về:

- Lãnh đạo, quản lý thời gian
- Lập kế hoạch cho các chương trình/hoạt động quan trắc môi trường, quản lý phòng thí nghiệm theo tiêu chuẩn quy định, phân tích chất lượng môi trường.
- Quan trắc, giám sát môi trường trong hoạt động y tế (bao gồm quan trắc trong labo và quan trắc hiện trường)
- Cập nhật văn bản pháp luật
- Khả năng đánh giá đúng, đủ nguồn tác động môi trường để đưa ra các giải pháp bảo vệ môi trường từ các hoạt động sản xuất kinh doanh, các loại ngành nghề

Đề xuất các năng lực cần có trong chương trình đào tạo tại Trường Đại học Y tế Công cộng

Ngoài danh mục 10 năng lực nhóm nghiên cứu đề xuất dựa trên tổng quan các chương trình đào tạo cử nhân CNKTMT hiện có trong và ngoài nước và kết quả Hội thảo chuyên gia lần 1, kết quả phỏng vấn sâu cán bộ quản lý có đề xuất thêm một số chỉnh sửa để đáp ứng nhu cầu thực tế. Dựa trên các kết quả góp ý này, danh mục 10 năng lực cần có của cử nhân/kỹ sư CNKTMT dự kiến để xây dựng chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo tại Trường ĐH YTCC đã được chỉnh sửa, cập nhật và phân theo 3 nhóm (kiến thức, thái độ, kỹ năng – gồm kỹ năng nghề nghiệp và kỹ năng mềm).

IV. BÀN LUẬN

Nhu cầu nhân lực liên quan tới CNKTMT cũng được thể hiện trong Nghị định số 80/2014/NĐ-CP ngày 6 tháng 8 năm 2014 của Chính phủ về thoát nước và xử lý nước thải quy định các đô thị, các khu công nghiệp, khu kinh tế, khu chế xuất, khu công nghệ cao, khu dân cư nông thôn tập trung, trong đó yêu cầu phải có nhân lực, trang thiết bị và phương tiện kỹ thuật cần thiết để thực hiện các yêu cầu và nhiệm vụ của công tác quản lý, vận hành hệ thống thoát nước mưa và nước thải (Khoản 3, Điều 17, Chương III). Ở cấp Bộ, Thông tư 35/2015/TT-BTNMT ngày 30/6/2015 của Bộ trưởng Bộ TNMT về bảo vệ môi trường khu kinh tế, khu công nghiệp, khu chế xuất, khu công nghệ cao (sau đây gọi chung là khu công nghiệp) phải có ít nhất ba (03) người quản lý vận hành nhà máy xử lý nước thải tập trung, trong đó cán bộ phụ trách phải có trình độ cao đẳng trở lên thuộc các chuyên ngành công nghệ môi trường, công nghệ hóa học, công nghệ sinh học, kỹ thuật điện (4)

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện ra rằng, do có sự ràng buộc về cơ chế tự chủ tài chính, các đơn vị trong khối hành chính sự nghiệp mặc dù thực sự có nhu cầu nhân lực làm việc trong lĩnh vực CNKTMT nhưng lại có xu hướng tuyển dụng 1 vị trí làm việc có thể làm được nhiều công việc khác nhau để tiết kiệm chi phí.

Trong khi đó, với khối doanh nghiệp tư nhân, đặc biệt tại các viện nghiên cứu, các trung tâm tư vấn, quan trắc và đánh giá tác động môi trường thì lại cần những người được đào tạo bài bản, chính quy về lĩnh vực CNKTMT để có thể thực hiện các yêu cầu công việc một cách nhanh chóng. Tại nhóm đơn vị này, số lượng nhân lực chính quy về lĩnh vực CNKTMT dao động từ 3-5 nhân lực/đơn vị trong 5 năm tới và trong giai đoạn dài hơn là tới 10 người/đơn vị.

Hạn chế của nghiên cứu là đối tượng và phạm vi nghiên cứu chỉ thực hiện ở khu vực Hà Nội, do đó chưa đánh giá được toàn diện về nhu cầu nhân lực ngành CNKTMT trong cả nước. Ngoài ra, mặc dù ngành CNKTMT đã và đang được đào tạo tại nhiều trường ở Việt Nam, tuy nhiên chưa hề có bất kỳ nghiên cứu nào liên quan đến đánh giá nhu cầu nhân lực ngành CNKTMT được thực hiện, dẫn đến việc so sánh và bàn luận kết quả nghiên cứu gặp nhiều khó khăn. Cần có thêm các nghiên cứu mới để dự báo được số lượng nhân lực ngành CNKTMT cho giai đoạn 5 năm tới và dài hơn là 10 năm tới để làm căn cứ cho việc xác định nhu cầu đào tạo cho ngành này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được danh mục gồm 10 chuẩn đầu ra chia làm 3 cấu phần: kiến thức, thái độ, kỹ năng cho chương trình cử nhân CNKTMT.

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được danh mục gồm 82 chỉ tiêu tay nghề tương ứng với các CĐR về kỹ năng nghề nghiệp.

Chương trình đào tạo được xây dựng với tổng số 140 tín chỉ (130 tín chỉ bắt buộc và 10 tín chỉ tự chọn), được đào tạo trong 4 năm.

Các CĐR, chỉ tiêu tay nghề và thiết kế chương trình đào tạo đều thể hiện được mục tiêu của chương trình là vừa cung cấp cho người học kiến thức, kỹ năng cơ bản của ngành CNKTMT đồng thời có thể mạnh về định hướng HSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường, “Quyết định 2476 /QĐ-BTNMT Phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực ngành tài nguyên và môi trường giai đoạn 2012-2020”, Hà Nội, 2011.
2. Bộ Tài nguyên và Môi trường, “Thông tư 35/2015/TT-BTNMT ngày 30/6/2015 về Bảo vệ môi trường khu kinh tế”, Hà Nội, 2015.
3. Thủ tướng Chính phủ, “Quyết định số 1216/QĐ-TTg ngày 22 tháng 7 năm 2011 phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực Việt Nam thời kỳ 2011-2020”, Hà Nội, 2011.
4. Bakari E. Capacity to Provide Support for Improving Reproductive and Child Health Services in Tanzania, “Performance Needs Assessment of Zonal Training Centre, Ministry of Health”, Tanzania, 2003.



THỰC TRẠNG THỰC HIỆN QUI TRÌNH CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẼ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2019

Lê Thị Thùy Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thực hiện qui trình và phân tích một số yếu tố thuận lợi, khó khăn đến việc thực hiện quy trình chăm sóc thiết yếu BM-TSS trong và ngay sau đẻ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh năm 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu được thực hiện từ 01/01/2019 đến 25/8/2019 tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh, quan sát 189 ca sinh thường.

Kết quả: Tỷ lệ ca đẻ cán bộ y tế thực hành đúng từ 35-40 bước quy trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh chiếm 63,5%; từ 30-34 bước đạt 33,9%; dưới 29 bước chiếm 2,6%. Tỷ lệ thực hiện đúng các bước chuẩn bị của hộ sinh từ 8 đến 10 bước đạt 87,8%; thực hiện đủ 5 bước trong kỹ năng đỡ đầu thai nhi đạt 78,9%; thực hiện đủ 5 bước trong kỹ năng đỡ vai thai nhi đạt 74,1%; thực hiện đủ 2 bước trong kỹ năng đỡ mông và chi thai nhi đạt 64,1%; thực hiện đúng cả 12 bước thực hành đỡ đẻ đạt 39,7%; 74,6% hộ sinh thực hành đúng từ 12-14 bước các việc cần làm ngay sau đẻ. Bệnh viện đã có các văn bản hướng dẫn về chăm sóc thiết yếu BM-TSS trong và ngay sau đẻ, lãnh đạo bệnh viện tạo điều kiện cho nhân viên đi tập huấn, ủng hộ việc áp dụng quy trình thực hành mới.

Kết luận: Công tác đào tạo, cập nhật kiến thức, kỹ năng thực hành thực hiện chăm sóc thiết yếu BM-TSS trong và ngay sau đẻ cho bác sĩ, hộ sinh tham gia đỡ đẻ, kể cả kỹ năng đỡ đẻ thường ngôi chỏm được bệnh viện tổ chức tập huấn thường xuyên.

Từ khóa: Chăm sóc thiết yếu, bà mẹ và trẻ sơ sinh, EENC.

ABSTRACT:

THE REALITY OF IMPLEMENTING EARLY ESSENTIAL NEWBORN CARE (EENC) DURING INTRANATAL AND POSTNATAL PHASE IN QUANG NINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2019

Objectives: To describes the reality of implementing EENC and analyze some favorable and unfavorable factors affecting the implementation process of intranatal and postnatal Early Essential Newborn Care BM-TSS in Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019.

Methods: Descriptive cross-sectional study in conjunction with Qualitative and Quantitative Research methods. The study is conducted from Jan 01, 2019 to Aug 25, 2019 at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital with data from 189 cases of normal childbirth.

Results: The rate of childbirth cases in which medical staff properly implemented 35-40 steps of EENC accounts for 63.5%; from 30-34 steps reach 33.9% while under 29 steps accounts for 2.6%. 87,8% of nurse-midwife properly implemented 8 to 10 EENC preparatory steps; 78,9% fully practiced 5 steps of proper fetal head support; 74,1% fully practiced 5 steps of proper fetal shoulder support; 64,1% fully practiced 2 steps of proper fetal buttock and limbs support; 39,7% fully practiced 12 steps of proper baby delivery; 74,6% correctly practiced 12 to 14 steps of immediate postnatal necessities. The hospital has prepared guidelines for BM-TSS Essential Care during intranatal and postnatal phase and the hospital leaders have facilitated favorable conditions for staff to attend training and support the application of new practice procedures.

1. Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh

SĐT: 0912167602, Email: thuytrangbvsn@gmail.com

» Ngày nhận bài: 03/02/2020 | » Ngày phản biện: 08/02/2020 | Ngày duyệt đăng: 14/02/2020

Conclusion: The hospital regularly organized for intranatal and postnatal BM-TSS Essential Care training, knowledge updating and skill practicing sessions for doctors and nurse-midwives, even for normal Occiput Anterior delivery.

Keywords: Essential Care, EENC, mothers and newborns.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em luôn là một trong những ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà Nước. Chính vì vậy, các chỉ số về sức khỏe bà mẹ - trẻ em ở nước ta được cải thiện một cách đáng kể trong vài thập kỷ qua. Chất lượng chăm sóc cuộc đẻ đóng vai trò rất quan trọng trong bảo đảm sự an toàn cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng thực hành lâm sàng lỗi thời và có hại trong và ngay khi sinh của cán bộ y tế làm tăng nguy cơ tử vong và mắc bệnh ở bà mẹ và trẻ sơ sinh (6,7,8). Chất lượng chăm sóc thường bị hạn chế do thiếu hướng dẫn quy trình rõ ràng và hạn chế về năng lực của nhân viên y tế cũng như các vấn đề khác của hệ thống y tế (9). Thực trạng trên, việc cải thiện kiến thức, tuân thủ quy trình thực hành là nội dung cốt lõi trong can thiệp nâng cao chất lượng chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh của Bộ Y tế. Quyết định số 4673/QĐ- BYT ngày 10/11/2014 phê duyệt “Tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ”(1) là các hướng dẫn chuyên môn nhằm đảm bảo cuộc đẻ an toàn, giảm tai biến sản khoa, tử vong mẹ, tử vong trẻ sơ sinh và giúp trẻ ra đời với sự khởi đầu tốt lành nhất. Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh là một bệnh viện chuyên khoa đầu ngành lĩnh vực Sản Nhi của tỉnh. Quy trình chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ trẻ sơ sinh (CSTY BM-TSS) trong và ngay sau đẻ là một quy trình quan trọng được bệnh viện ưu tiên triển khai trong cải thiện dịch vụ. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng thực hiện qui trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh năm 2019”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời điểm nghiên cứu từ tháng 1/2019 đến 8/2019 tại Bệnh viện sản nhi Quảng Ninh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Quan sát 189 ca đẻ thường do hộ sinh thực hành đỡ đẻ hỗ trợ bằng bảng kiểm “Chăm sóc thiết yếu BM-TSS trong và ngay sau đẻ”. Tiêu chuẩn lựa chọn: hộ sinh đồng ý tham gia nghiên cứu với mẫu ca đẻ là thai đủ tháng, chuyển dạ ngôi chòm, trẻ sơ sinh thở được.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu điều tra định lượng được tính theo công thức cỡ mẫu một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được; P: Tỷ lệ bà mẹ, trẻ sơ sinh được chăm sóc thiết yếu trong và ngay sau đẻ. Theo nghiên cứu tác giả Ngô Thị Minh Hà (2017) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chỉ có 59% số ca sinh thường được thực hiện đầy đủ các bước chăm sóc thiết yếu trong và ngay sau đẻ $p = 59,1$; Δ : Sai số mong muốn = 0,05; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Thay các giá trị có $n = 189$.

Chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Quan sát kỹ năng thực hành chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh của hộ sinh, trong một ca đẻ có 01 hộ sinh đỡ đẻ.

Nghiên cứu định tính: Chọn mẫu chủ đích để thực hiện 4 cuộc phỏng vấn sâu, thực hiện 02 cuộc thảo luận nhóm.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu định lượng: Được thu thập xử lý số liệu trên phần mềm Epidata 3.0 và SPSS 20.0

Số liệu định tính: Các băng ghi âm được gỡ và tổng hợp lại theo các chủ đề chính để tìm hiểu đánh giá việc triển khai sử dụng thực hiện quy trình, bao gồm các yếu tố ảnh hưởng thuận lợi và các khó khăn, vướng mắc trong quá trình triển khai qui trình tại khoa.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong NCYHS Trường Đại học Y tế Công cộng số 154/2019/YTCC-HD3 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học ngày 18 tháng 4 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số thông tin chung về hộ sinh tại khoa Sản đẻ

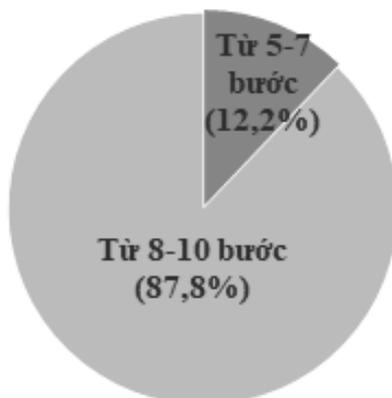
Theo báo cáo thống kê tại khoa sản đẻ có 22 hộ sinh, đối tượng nghiên cứu phần lớn từ 26 đến 35 tuổi

chiếm 59,1%; trên 36 tuổi chiếm 22,8%; dưới 25 tuổi là 18,1%. Trình độ chuyên môn: Hộ sinh cao đẳng chiếm 31,8%, trung cấp chiếm 15%, không có hộ sinh trình độ đại học. Về thời gian công tác: là một bệnh viện mới hoạt động được 5 năm lên thời gian công tác của hộ sinh dưới 4 năm chiếm một nửa (50,0%); từ 5 năm đến

9 năm chiếm 13,6%; còn lại từ 10 đến 14 năm và 15 trở lên đều chiếm tỷ lệ 18,2%. 100% hộ sinh tại khoa sản đều được đào tạo thực hành qui trình chăm sóc thiết yếu BM-TSS.

2. Quan sát thực hành quy trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh

Biểu đồ 1. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng các bước chuẩn bị

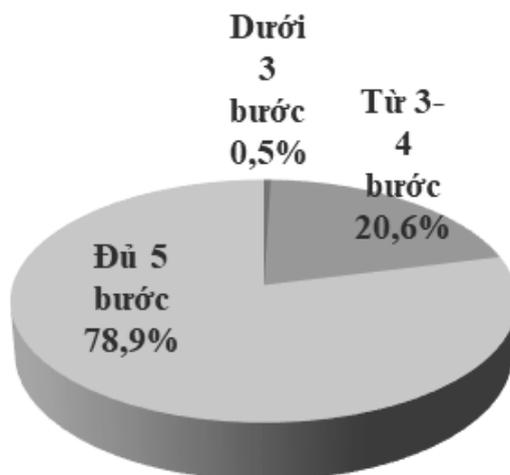


Tỷ lệ hộ sinh thực hiện đúng các bước chuẩn bị từ 8 đến 10 bước đạt 87,8%; còn lại từ 5-7 bước đạt 12,2%.

Công tác chuẩn bị trước sinh cho một cuộc đẻ của hộ sinh thực hiện cơ bản là tốt. Trong đó đặt lên bụng mẹ một miếng

vải khô, chuẩn bị dụng cụ kẹp, cắt dây rốn thực hiện tốt 100%. Việc thực hiện đeo găng lần 2 thực hiện tốt đạt 89,9%; kiểm tra bóng hút trên bàn đẻ đạt 84,1%; kiểm tra túi và mặt nạ đạt 75,5%; rửa tay lần thứ hai đạt tỷ lệ thấp nhất (61,9%).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng kỹ năng đỡ đầu thai nhi

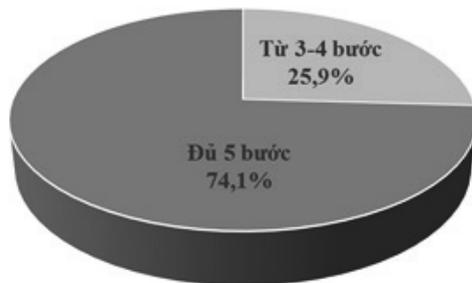


Hộ sinh thực hiện đủ 5 bước trong kỹ năng đỡ đầu thai nhi đạt 78,9%, từ 3-4 bước đạt 20,6%, dưới 3 bước đạt 0,5%

Hộ sinh thực hiện kỹ năng tay kia giữ tăng sinh môn

cho khỏi rách đạt tỷ lệ cao 97,4%; còn kỹ năng chờ cho đầu thai nhi tự xoay, người đỡ đẻ mới giúp nó xoay tiếp cho chậm sang hẳn 1 phía (trái ngang hay phải ngang) chỉ đạt với tỷ lệ 93,1% trong bước thực hành đỡ đầu thai nhi.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng kỹ năng đỡ vai thai nhi

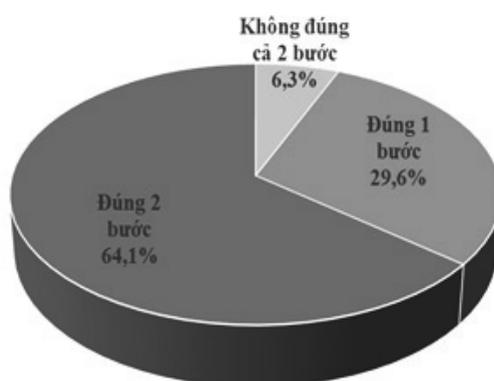


Thực hành kỹ năng đỡ vai thai nhi có 74,1% ca đẻ hộ sinh thực hiện đúng đủ 5 bước, còn lại 25,9% ca đẻ thực hiện đúng từ 3-4 bước.

Thực hiện thực hành đỡ vai thai nhi giúp cho vai trước và sau sổ tốt, trong đó thực hiện đúng bước áp 2 bàn tay vào 2 bên thái dương của thai đạt 98,4%, bàn tay kia vẫn giữ

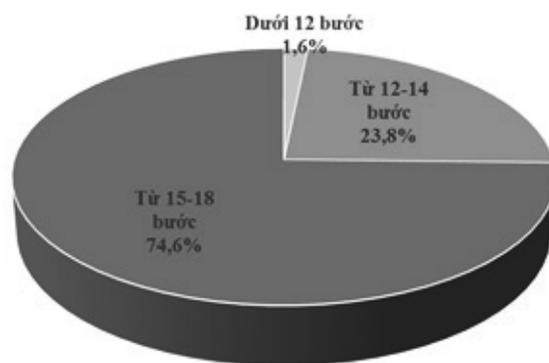
tăng sinh môn để tránh bị rách khi vai sổ đạt 96,8%, đỡ vai sau đạt 95,2%, kéo nhẹ vai xuống về phía chân người đỡ đẻ đạt 90,5%, chỉ có kiểm tra có dây rốn quấn cổ không nếu có nói lỏng thêm, nếu dây rốn quấn cổ chặt thì phải luân 2 kẹp, kẹp cắt dây rốn giữa 2 kẹp rồi mới đỡ tiếp thì qua quan sát thấy hộ sinh tỷ lệ đạt thấp chiếm 89,9%.

Biểu đồ 4. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng đỡ mông và chi thai nhi



Số ca đẻ thực hành đúng cả 2 kỹ năng đỡ mông và chi thai nhi đạt 64,1%, đúng 1 bước đạt 29,6% và không đúng cả 2 bước chiếm 6,3%.

Biểu đồ 5. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng các bước cần làm ngay sau đẻ

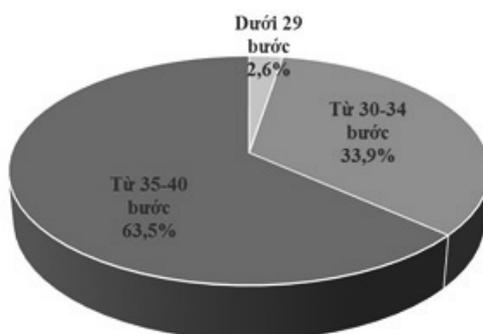


Hộ sinh thực hành đúng các bước chăm sóc sau đẻ đạt tỷ lệ khá cao, đúng từ 15-18 bước đạt 74,6%, từ 12-14 bước đạt 23,8%, dưới 12 bước đạt 1,6%.

Các bước thực hành chăm sóc sau sinh của hộ sinh, có một số bước hộ sinh thực hành kỹ năng rất tốt, tỷ lệ cao trên 90% như: Đọc to thời điểm sinh, bỏ tã vải ướt trên người trẻ, đội mũ cho trẻ, tiêm oxytocin cho mẹ, kiểm tra kẹp dây rốn và kéo dây rốn có kiểm soát.

Một số kỹ năng như tư vấn cho mẹ dấu hiệu trẻ đòi bú, thực hiện trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ, kiểm tra xem có trẻ thứ hai không, chỉ đạt với các tỉ lệ lần lượt là (78,8%; 76,2%; 73,5%). Đặc biệt bước thực hành và hướng dẫn xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ đến khi tử cung co tốt và 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau đẻ cho bà mẹ qua quan sát đạt tỷ lệ thấp (54,2%).

Biểu đồ 6. Tỷ lệ ca đẻ hộ sinh thực hành đúng 40 bước quy trình Chăm sóc thiết yếu



Qua quan sát ca đẻ hộ sinh thực hiện 40 bước qui trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh cho thấy tỉ lệ đạt từ 35-40 bước chiếm 63,5%, từ 30 đến 34 bước đạt 33,9%, dưới 29 bước chiếm 2,6 %.

3. Một số yếu tố thuận lợi và khó khăn trong thực hiện chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ tại Bệnh viện

Nhằm giảm tai biến sản khoa và tử vong trẻ sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh đã áp dụng quy trình EENC. Qua chia sẻ phỏng vấn Phó Giám đốc được biết Bệnh viện đã có các văn bản hướng dẫn về chăm sóc thiết yếu BM, TSS trong và ngay sau đẻ, lãnh đạo bệnh viện tạo điều kiện cho nhân viên đi tập huấn, ủng hộ việc áp dụng quy trình thực hành mới.

Bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối Sản Nhi được quan tâm của tỉnh và ngành nên được đầu tư, trang bị đầy đủ cơ sở vật chất cũng như trang thiết bị để thực hiện chăm sóc BM và TE cho toàn tỉnh và khu vực lân cận.

“...*Bệnh viện Sản nhi* là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của tỉnh nên được chú trọng đầu tư trang thiết bị đầy đủ, đạt tiêu chuẩn nên không có khó khăn khi áp dụng quy trình chăm sóc thiết yếu ban đầu...” (PVS – Phó GD Bệnh viện)

Thực hiện đúng qui trình, đầu tiên là an toàn cho

người bệnh, các bước từ khâu chuẩn bị theo thứ tự, thực hiện đúng các kỹ thuật sẽ đảm bảo hạn chế sai sót, hạn chế tối thiểu vấn đề tai biến, nhầm lẫn... có thể xảy ra. Qui trình này có ý nghĩa đối với cả sản phụ và cả nhân viên y tế:

Cùng với việc nhân viên y tế thực hiện quy trình chăm sóc thiết yếu BM-TSS trong và ngay sau đẻ ngoài ra còn cơ sở hỗ trợ giúp cho việc kiểm tra, giám sát thực hiện quy trình.

Qui trình mới cơ bản là các chăm sóc thường ngày nhân viên y tế vẫn làm nhưng lại làm do thói quen, để thực hiện đúng theo hướng dẫn cần phải có thời gian làm quen và được giám sát, hướng dẫn đầy đủ.

Với qui trình này mẹ và trẻ cần được ở trong phòng đẻ ít nhất là 90 phút sau khi trẻ được bú xong bữa bú đầu tiên tuy nhiên thời gian áp dụng da kề da thường ít, điều đó có ảnh hưởng đến việc hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú sớm ngay sau sinh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hộ sinh thực hiện chuẩn bị trước sinh khi đỡ đẻ khá tốt, tỷ lệ thực hiện đúng từ 8-10 bước kỹ năng chuẩn bị trước sinh đạt 87,8% trong đó có kỹ năng rửa tay lần thứ nhất (92,1%). Tuy nhiên, còn

một số kỹ năng chuẩn bị trước cuộc sinh như rửa tay lần thứ 2 có (38,1%) hộ sinh không thực hiện kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu tác giả Ngô Thị Minh Hà (30,3%) (5). Không kiểm tra túi và mặt nạ (24,1%) tương đồng với kết quả với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Công Lên (28,3%) (4).

Với 5 thao tác đỡ đầu thai nhi như giữ một tay nhẹ nhàng ở đầu trẻ khi đầu trẻ bị đẩy dần ra ngoài theo con co đỡ hỗ trợ tăng sinh môn, ấn nhẹ phía sau đầu trẻ, thở ngắn hoặc thở nhanh nông khi đầu trẻ từ từ chui ra, để đầu trẻ xoay tự nhiên, không vận đầu trẻ chờ đến con co tiếp theo để sổ vai hộ sinh thực hành rất tốt tỷ lệ đạt đều trên 90%, thực hiện đầy đủ 5 bước với kỹ năng này đạt 78,8 % cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Công Lên (18%) (4).

Còn nhiều ca hộ sinh thực hành đỡ mông và chi thai nhi chưa đúng, tuy chỉ có 2 bước nhưng tỷ lệ hộ sinh thực hiện đúng 2 bước đạt 64,1% cao hơn 14,1% so với nghiên cứu của Huỳnh Công Lên (50%) (4); không thực hiện đúng 2 bước chiếm 6,3%.

Cũng theo nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ CBYT thực hành tốt kỹ năng thực hành 40 bước qui trình chuyên môn của BYT, thực hiện được từ 35-40 bước qui trình đạt 63,5 %, dưới 29 bước vẫn đạt 6,3%. Điều này cho thấy, hộ sinh tham gia đỡ đẻ vẫn chưa thay đổi một số thói quen trong thực hành chăm sóc thiết yếu cho BM, TSS. Với những thao tác không được hộ sinh đánh giá cao về tầm quan trọng, hộ sinh có khả năng bỏ qua hoặc vẫn thực hiện nhưng không đảm bảo yêu cầu.

V. KẾT LUẬN

Thực hiện qui trình

Chuẩn bị thực hành cho một cuộc sinh khá tốt, tỷ lệ thực hiện đúng các kỹ năng đạt 88% tuy nhiên vẫn còn 12% thực hiện kỹ năng chưa được đầy đủ cần được cải thiện và tuân thủ đúng hơn.

Thực hiện các bước chăm sóc thiết yếu BM, TSS

đôi với trẻ thờ được trong và ngay sau đẻ (6 bước chăm sóc thiết yếu) nhìn chung thực hiện khá tốt: Lau khô cho trẻ trong vòng 5 giây sau sinh (80,4%); cho trẻ da kề da với mẹ ngay sau sinh (76,2%); thực hiện tiêm Oxytocin cho mẹ trong vòng 1 phút sau sinh (100%); kiểm tra dây rốn trước khi kẹp, chỉ kẹp khi dây rốn ngừng đập (thông thường là 1-3 phút) đạt tỉ lệ (97,4%); kéo dây rốn có kiểm soát, nhẹ nhàng theo hướng của cơ chế đẻ trong khi tay đỡ trên bụng sản phụ đẩy từ cung theo chiều ngược lại (97,4%); tư vấn cho mẹ về những dấu hiệu đòi bú của trẻ (chảy nước dãi, mở miệng, lè lưỡi/liếm, gặm tay, bò trườn) đạt tỉ lệ (78,8%).

Cán bộ y tế thực hiện chưa tốt: Xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ đến khi tử cung co tốt và 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau đẻ (54,5%).

Kỹ năng thực hành 40 bước Qui trình Chăm sóc thiết yếu BM, TSS chỉ có 19,6% nên CBYT cần thực hiện đầy đủ hơn.

Một số yếu tố thuận lợi, khó khăn:

- Lãnh đạo BV quan tâm và khuyến khích thực hiện.
- CBYT nhiệt tình thực hiện vì cho là có nhiều lợi ích cho BM, TSS và thuận lợi trong việc theo dõi sau sinh.
- Đây là một can thiệp và thực hiện qui trình đơn giản, chi phí thấp, có thể cứu sống nhiều trẻ sơ sinh trong khi đẻ.
- Có thể phòng ngừa đa số trẻ tử vong với ba can thiệp
 - + Cái ôm đầu tiên
 - + Phòng ngừa trẻ non tháng nhẹ cân
 - + Phòng ngừa và xử trí trẻ sơ sinh bệnh lý
- Loại trừ các bước thực hành chăm sóc sơ sinh có hại và lỗi thời
- Phải chú trọng vào tăng cường, cải thiện chất lượng chăm sóc trong sinh và sau sinh trong vòng 24 giờ đầu.
- Khó khăn chúng tôi rút ra từ nghiên cứu này: Trong tư vấn bà mẹ, bà mẹ không hiểu và không thực hiện đúng hướng dẫn cho trẻ tiếp xúc da kề da và cho trẻ bú mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Quyết định về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ.
2. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
3. Bộ Y tế (2017), Chỉ thị 06 CT- BYT về việc tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh.
4. Huỳnh Công Lên (2017) về “Đánh giá việc thực hiện CSTY bà mẹ, TSS trong và ngay sau đẻ tại Bệnh viện đa khoa tuyến huyện tỉnh Đắk Lắk năm 2017”.
5. Ngô Thị Minh Hà (2017) “Thực hiện CSTY bà mẹ và TSS trong và ngay sau đẻ của Hộ sinh tại khoa Sản đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2017”
6. Sobel HL, Silvestre MA, Mantaring JB, Oliveros YE, Nyuntu S. Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatr* 2011;100(8):1127–33.
7. Save the Children USA. A situational analysis of newborn health and interventions in Vietnam: towards the development of a newborn health action plan. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn_content/uploads/Vietnam_English.pdf; September 2006, Accessed date: 18 April 2018.
8. Obara H, Sobel H. Quality maternal and newborn care to enhance a healthy start for every newborn in the World Health Organization Western Pacific Region. *BJOG* 2014;121(Suppl. 4):154–9.
9. Dickson KE, Kinney MV, Moxon SG, et al. Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: an overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 15(Suppl. 2):S1. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S1>.

ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA BÁC SĨ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ NĂM 2019

Khúc Thị Thanh Vân¹, Vũ Văn Tâm¹, Dương Minh Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản trị nhân lực không chỉ đơn thuần là việc thực hiện các thủ tục hành chính liên quan đến con người mà cần được xem như một chiến lược phát triển của bất kỳ tổ chức nào ngay cả ngành Y tế. Để khẳng định được thương hiệu thì một đội ngũ nhân lực có năng lực, nhiệt tình cao là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của bệnh viện. Việc tạo động lực cho nhân viên y tế nói chung và bác sĩ nói riêng trong bệnh viện là rất cần thiết để bảo đảm lợi ích cho cả hai phía giúp cho các bác sĩ có tinh thần làm việc hăng say hơn, giữ họ gắn bó lâu dài với công việc và cống hiến hết mình cho hoạt động của đơn vị. Nhằm giúp cho các nhà quản lý có thêm thông tin để duy trì và nâng cao động lực cho đội ngũ bác sĩ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019**”.

Mục tiêu: Mô tả động lực làm việc và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí năm 2019

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bác sĩ có động lực làm việc cao chiếm 91,2%; tỷ lệ này ở cán bộ lãnh đạo, quản lý là 94,7% và ở nhân viên là 82,6%.

Trong nhóm các yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ thì yếu tố có động lực cao nhất là “yếu tố công việc” chiếm 93.2% và thấp nhất là “yếu tố chế độ chính sách, cơ chế quản lý” chiếm 61.9%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc: Yếu tố lương và khen thưởng ảnh hưởng rất nhiều đến động

lực làm việc. Yếu tố thăng tiến trong công việc cũng rất quan trọng. Nhu cầu đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ có tác động tích cực đến động lực làm việc của các bác sĩ. Yếu tố môi trường giúp bác sĩ có động lực khi làm việc.

Từ khóa: Động lực làm việc, động lực bác sĩ.

ABSTRACT:

MOTIVATION AND SOME FACTORS AFFECTING IT AMONG DOCTORS IN VIETNAM - SWEDEN UONG BI HOSPITAL, 2019

Rationale: Human resource management is not merely the implementation of administrative procedures related to people but should be considered as a development strategy of any organization, even the health sector. To affirm the brand, a highly qualified, enthusiastic human resource is one of the factors determining the success of the hospital. It is essential to motivate medical staff in general and doctors in particular in hospitals to ensure benefits for both sides to help doctors work harder, keep them engaged. long-term with the work and devote themselves to the operation of the unit. In order to help managers have more information to maintain and improve motivation for the team of doctors, we conduct research on the topic “**Doctor’s motivation and some influencing factors in the disease. Institute of Vietnam - Sweden Uong Bi in 2019**”

Objective: Describe working motivation and analyze some factors affecting doctor’s working motivation at Vietnam-Sweden Uong Bi Hospital in 2019.

Method: Cross-sectional descriptive study combining qualitative and quantitative.

1. Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

Tác giả chính Khúc Thị Thanh Vân, SĐT: 0963636898, Email: thanhvankhuc@gmail.com

2. Trường Đại học Y tế Công cộng

Results: The study showed that the proportion of doctors with high working motivation accounted for 91.2%; This rate for leaders and managers is 94.7% and for employees is 82.6%.

Among the factors related to the work motivation of doctors, the highest motivating factor is “work factor”, which accounts for 93.2% and the lowest is “policy, management mechanism”. accounting for 61.9%.

A number of factors affecting work motivation: The salary and bonus factors greatly affect motivation. Advancement factors at work are also important. The need for training to improve professional qualifications has a positive impact on the motivation of doctors. Environmental factors help doctors be motivated at work.

Keywords: Motivation to work, motivation of a doctor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản trị nhân lực không chỉ đơn thuần là việc thực hiện các thủ tục hành chính liên quan đến con người mà cần được xem như một chiến lược phát triển của bất kỳ tổ chức nào ngay cả ngành Y tế. Đội ngũ nhân lực có năng lực, nhiệt tình cao là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của một tổ chức [1]. Do vậy, các nhà quản lý luôn phải tìm ra những cách thức khác nhau và xây dựng các chính sách phù hợp để tạo động lực làm việc cho nhân viên của mình.

Động lực làm việc (ĐLLV) có liên kết chặt chẽ đối với sự hài lòng về công việc, điều mà có thể giữ người lao động gắn bó lâu dài với công việc đó [10]. Động lực với công việc cho nhân viên y tế (NVYT) nói chung và bác sĩ nói riêng ngày càng cần thiết, ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình hoạt động của bệnh viện (BV), làm tăng hiệu quả cung ứng các dịch vụ y tế cho khách hàng/người bệnh, đồng thời nâng cao uy tín bệnh viện. Đây là yếu tố quyết định sự tồn tại của mỗi BV hiện nay khi đang trong giai đoạn chuyển sang tự chủ toàn bộ về tài chính, nhân sự, cũng như việc thông tuyến bảo hiểm y tế (BHYT)...

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về động lực làm việc, kết quả chỉ ra rằng nhân viên y tế đang dần mất động cơ làm việc; những ưu đãi phi vật chất và các công cụ quản lý nguồn nhân lực đóng vai trò quan trọng trong việc tạo động lực trong nghiên cứu về động lực của nhân viên y tế tại Benin, Kenya của hai nhà khoa học Inke Mathauer, Ingo Imhoff năm 2006 [9].

Tại Việt Nam, kết quả các nghiên cứu cũng cho thấy, động lực làm việc của nhân viên y tế tại các đơn vị cũng khác nhau, chịu sự chi phối của nhiều nguyên nhân: Đặc thù ngành, đặc điểm vùng miền, các yếu tố bên ngoài và bên trong cơ quan...[2], [7], [8].

Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, là BVĐK hạng I trực thuộc BHYT, với chức năng là BV vùng của khu Đông Bắc. BV cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tỉnh Quảng Ninh, một phần các tỉnh Hải Dương, Hải Phòng, Bắc Ninh... có quy mô hơn 1000 giường bệnh với 993 cán bộ.

Tuy tình trạng quá tải người bệnh không thường xuyên xảy ra, nhưng BV đang đối mặt với thực trạng khó tuyển dụng nguồn CBYT đặc biệt là bác sĩ có chất lượng do cạnh tranh của hệ thống y tế tư nhân với những ưu đãi tốt và đãi ngộ cao. Trong giai đoạn 2013-2018 BV chưa tuyển dụng thêm được bác sĩ có trình độ cao, mặt khác trong thời gian này tỷ lệ bác sĩ nghỉ việc cũng tăng dần, đến năm 2018 có 10 bác sĩ xin nghỉ và chuyển công tác.

Qua các báo cáo cho thấy, các bác sĩ làm việc tại bệnh viện ngày càng chịu nhiều áp lực, không chỉ về chuyên môn mà còn về các thủ tục hành chính để đảm bảo chất lượng khám, chữa bệnh.

Do những đặc thù ngành và những yêu cầu về chất lượng dịch vụ như vậy động lực nào giúp các BS hoàn thành nhiệm vụ, tận tâm với nghề và hài lòng với công việc của mình. Yếu tố nào liên quan đến động lực làm việc của các BS tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí? Cho đến nay chưa có đề tài nào nghiên cứu về ĐLLV của BS tại BV. Bệnh viện đã tiến hành đề tài nghiên cứu: “Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019” để giúp cho các nhà quản lý hiểu rõ các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của các bác sĩ, từ đó xây dựng các quy chế duy trì, thu hút nhân lực và nâng cao được ĐLLV của đội ngũ BS tại Bệnh viện.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019.
2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bác sĩ làm việc 06 tháng trở lên tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2019

+ Tiêu chí lựa chọn: Toàn bộ bác sĩ làm việc tại bệnh viện từ 06 tháng trở lên, loại hợp đồng: Viên chức, hợp đồng không xác định thời hạn.

+ Tiêu chí loại trừ: Bác sĩ đang đi học, đang nghỉ chế độ (nghỉ phép, nghỉ ốm, nghỉ thai sản).

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$, tỷ lệ rút hồ sơ nghiên cứu với $p = 0,855$; chọn $d = 0,05$. Kết quả tính cỡ mẫu $n = 190$, tổng số mẫu nghiên cứu $n = 147$ bác sĩ.

Chỉ tiêu nghiên cứu

1. Nhóm biến số về thông tin chung
2. Nhóm biến số về động lực làm việc
3. Chủ đề nghiên cứu định tính: Nhận định về động lực làm việc của bác sĩ. Một số yếu tố liên quan

2.3. Công cụ thu thập số liệu: Phiếu phát vấn (phiếu điều tra), máy ghi âm, giấy, bút.

Bộ công cụ trong đề tài được áp dụng từ bộ công cụ của nghiên cứu liên quan đến động lực làm việc của nhân viên đã được việt hóa, khẳng định tính giá trị, độ tin cậy trong nghiên cứu của Mbindyo và cộng sự (2008) [11]; Mischa Willis- Shattuck và cộng sự (2008) [12] và tại các nghiên cứu ở Việt Nam: Ninh Trọng Thái (2016) tại Bệnh viện Thể thao Việt Nam [6]; Nguyễn Đình Toàn tại Bệnh viện Lạng Giang (2013) [4]. Bộ công cụ gồm 7 tổ hợp và 42 tiểu mục: Yếu tố về sự thành đạt, yếu tố về sự thừa nhận thành tích, yếu tố về sự thăng tiến, yếu tố công việc, yếu tố về chế độ chính sách và cơ chế quản lý, yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp, yếu tố điều kiện làm việc. Các tiểu mục được đánh giá sử dụng thang đo Likert với 5 mức độ từ 1-5 điểm.

Ngoài ra, các yếu tố đo lường DLLV của BS Bệnh viện được đánh giá bằng phương pháp nhất quán nội tại qua hệ số tin cậy Cronbach's Alpha.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Nhóm điều tra gồm 05 người, công tác tại Bệnh viện là những người có mối quan

hệ tốt với nhân viên, không giữ vai trò quản lý, không phải là đối tượng nghiên cứu. Nhóm đã thảo luận để thống nhất nội dung bộ câu hỏi, kỹ thuật và cách thức tiến hành thu thập số liệu và điều tra thử nghiệm 15 phiếu (10% cỡ mẫu), sau đó chỉnh sửa và hoàn thiện bộ công cụ trước khi thu thập số liệu chính thức.

Phương pháp xử lý - Phân tích số liệu:

Dữ liệu thu thập được đã được nhập vào phần mềm quản lý số liệu thống kê Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong NCYHS Trường Đại học Y tế Công cộng số 74/2019/YTCC-HD3 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học ngày 03 tháng 4 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 147 BS tham gia nghiên cứu, ĐTNČ là nam giới chiếm 55,1%; tuổi trung bình của các BS là 36,27 (độ lệch chuẩn 8,53), người trẻ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 60 tuổi. Đa số các BS tham gia nghiên cứu đều đã có gia đình (84,4%), chỉ có 15,7% BS còn đang độc thân và BS góa bụa hoặc ly hôn. Các BS có trình độ chuyên môn sau đại học Tiến sỹ/CKII, Ths/CKI là chủ yếu (55,8%), trình độ BS chiếm tỷ lệ 44,2%.

2. Thu nhập và công việc của đối tượng nghiên cứu

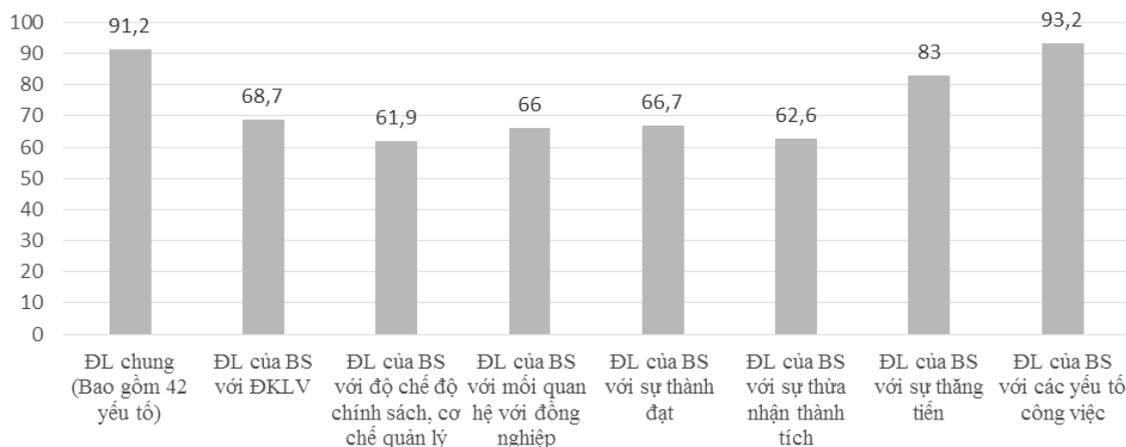
Trong nghiên cứu, hầu hết những BS là người tạo ra thu nhập chính của gia đình chiếm 81,6%, đa số họ đều có thu nhập trung bình/tháng trên 5 triệu (95,9%).

Thời gian công tác tại Bệnh viện từ 1-5 năm chiếm 32,7%, từ 6-10 năm chiếm 31,3%, từ 11-20 năm chiếm 26,5% và trên 20 năm là 9,5%. Các BS đang công tác trong Bệnh viện đều là viên chức (85,7%), chỉ có 14,3% là hợp đồng lao động, chủ yếu làm công tác chuyên môn (83%), có 17% làm công tác quản lý (bảng 2).

3. Đánh giá chung về các yếu tố có động lực theo từng khía cạnh

Kết quả cho thấy 91,2% bác sĩ có động lực với công việc, nhóm yếu tố có động lực cao nhất là "nhóm các yếu tố bản thân công việc" chiếm 93,2%; tiếp đến là nhóm yếu tố "sự thăng tiến" chiếm 83%. Tỷ lệ BS có động lực ở các khía cạnh khác dao động từ 61,9% - 68,7%.

Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ BS có động lực theo các nhóm yếu tố



4. Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ học vấn và thời gian công tác với động lực làm việc chung của bác sĩ. Nhóm nữ bác sĩ có động lực làm việc gấp 5,03 lần các bác sĩ nam ($p=0,038$; 95% CI: 1,07-23,56). Nhóm bác sĩ có trình độ học vấn sau đại học có động lực làm việc gấp 4,64 lần những bác sĩ đại học ($p=0,019$; 95% CI: 1,22-17,65). Những bác sĩ công tác tại Bệnh viện trên 5 năm có động lực hơn, gấp 5,48 lần những bác sĩ làm việc dưới 5 năm tại bệnh viện ($p=0,01$; 95% CI: 1,59-18,85).

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, thu nhập chính trong gia đình, thu nhập trung bình/tháng, chức vụ và loại lao động với động lực làm việc chung của bác sĩ ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Khi tiến nghiên cứu qua phát vấn 147 bác sĩ công tác tại Bệnh viện cho kết quả 66 bác sĩ là nữ chiếm 44,9%. Tỷ lệ này đồng nhất với nghiên cứu của Mai Thanh Tùng tại Trung tâm Y tế huyện Long An năm 2018 và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sơn tại BVĐK Gò Vấp, Đồng Tháp năm 2014, Nguyễn Việt Triều tại BVĐK Hoàn Mỹ, Cà Mau năm 2015, Ninh Trọng Thái tại Bệnh viện Thể thao Việt Nam năm 2016, Vũ Duy Năng tại Bệnh viện Đa khoa công an tỉnh Nam Định năm 2017 [2], [3], [5-7].

Trong nghiên cứu có 91,2% bác sĩ có nhiều động lực làm việc chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu

khác: Nguyễn Việt Triều tại BVĐK Hoàn Mỹ năm 2015 (85,5%) [7]; Vũ Duy Năng tại BV Công an tỉnh Nam Định (88,6%) [2]; Mai Thanh Tùng tại TTYT huyện Long An năm 2018 (74,5%) và đặc biệt cao hơn kết quả của Trần Tường Vi tại BVĐK tỉnh Trà Vinh năm 2018 (49,2%) [5], [7], [8].

Điều này có thể lý giải rằng khi xem xét cụ thể từng chi tiết mọi người sẽ đánh giá đúng cảm nhận của bản thân, nhưng khi đánh giá tổng thể thì mọi người có quan điểm theo hướng tích cực hơn. Đây là vấn đề mà các nhà quản lý cần quan tâm khi đánh giá động lực làm việc của bác sĩ. Cần phải đánh giá động lực của họ theo từng khía cạnh của công việc và bối cảnh của khoa mà họ đang làm việc. Như thế, việc đánh giá sẽ chính xác và sẽ giúp cho các nhà quản lý có những giải pháp cụ thể, phù hợp nhằm cải thiện động lực làm việc của bác sĩ.

Như vậy có thể thấy, Bệnh viện đã tạo ra một môi trường làm việc tốt, tạo động lực cho các NVYT nói chung và các BS nói riêng làm việc chăm chỉ thay vì chỉ đơn giản là làm việc để lĩnh lương hàng tháng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ĐLLV chung với các yếu tố: Giới tính, trình độ học vấn và thời gian công tác của bác sĩ Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.

Những bác sĩ là nữ có động lực làm việc cao hơn 5,03 lần những bác sĩ nam ($p=0,038$). Tuy tỷ lệ nữ giới thấp hơn nam giới nhưng họ lại có động lực làm việc cao hơn. Điều này cho thấy bệnh viện nên có những chính sách phù hợp để duy trì động lực làm việc cho các bác sĩ nữ và thúc đẩy động lực làm việc với các bác sĩ nam. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sơn (2014) đã nghiên cứu động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Lập Vò, tỉnh Đồng Tháp cho thấy 02 yếu tố giới tính và thu nhập chính trong gia đình có ý nghĩa thống kê [3].

Nhu cầu được học tập, phát triển chuyên môn nghề nghiệp là nhu cầu chính đáng của bất kỳ một nhân viên nào. Trong bối cảnh hiện nay thì nhu cầu này càng trở lên quan trọng và cần thiết hơn. Vì công tác khám chữa bệnh có liên quan trực tiếp đến sức khỏe, sinh mạng của người bệnh, do vậy việc cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ chuyên môn cần được đảm bảo xuyên suốt.

Các BS cho rằng, việc đào tạo không chỉ trang bị cho họ những kỹ năng nghề nghiệp mà còn chỉ ra rằng họ đang được chính cơ quan của mình đầu tư vào, điều này khiến các BS cảm thấy được khuyến khích và có động lực hơn điều này lý giải cho kết quả nhóm bác sĩ có trình độ học vấn sau đại học có nhiều động lực làm việc gấp 4,64 lần những bác sĩ đại học ($p=0,019$)

Bên cạnh đó, thời gian công tác cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới ĐLLV chung của các BS. Những bác sĩ công tác tại Bệnh viện trên 5 năm có nhiều động lực hơn, gấp 5,48 lần những bác sĩ làm việc dưới 5 năm tại Bệnh viện ($p=0,01$). Những BS đã làm việc lâu dài tại Bệnh viện sẽ hiểu rõ được định hướng phát triển của cơ quan, các chế độ chính sách và cơ chế quản lý từ đó yên tâm công tác và có nhiều ĐLLV hơn những BS mới về bệnh viện công tác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu về động lực làm việc của bác sĩ

tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí năm 2019

Tỷ lệ BS có ĐLLV tương đối cao chiếm 91,2 % Bs có nhiều ĐLLV. Với bảy nhóm yếu tố liên quan đến ĐLLV thì nhóm yếu tố công việc có động lực cao nhất 93,2%. Đứng thứ 2 là ĐLLV của BS với sự thăng tiến (83%). Các yếu tố còn lại: Điều kiện làm việc, chế độ chính sách và cơ chế quản lý, mối quan hệ với đồng nghiệp, sự thành đạt và sự thừa nhận thành tích lần lượt là 68,7%, 61,9%, 66%, 66,7% và 62,6%.

Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ:

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ học vấn và thời gian công tác của các bác sĩ với động lực làm việc chung.

- Những bác sĩ là nữ có động lực làm việc gấp 5,03 lần những bác sĩ là nam giới.

- Những bác sĩ có trình độ học vấn sau đại học có động lực làm việc gấp 4,64 lần những bác sĩ đại học.

- Những bác sĩ công tác tại bệnh viện trên 5 năm có động lực hơn, gấp 5,48 lần những bác sĩ làm việc dưới 5 năm tại Bệnh viện

Một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí

Yếu tố ảnh hưởng tích cực: Cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ. Yếu tố thăng tiến trong công việc, yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp.

Yếu tố ảnh hưởng tiêu cực: Yếu tố lương và các khoản thu nhập. Yếu tố đào tạo tập huấn và nâng cao trình độ chuyên môn. Yếu tố tham gia đóng góp ý kiến vào các quyết định quan trọng của Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Gia Huệ (2014), *Tổ chức và quản lý bệnh viện*.
2. Vũ Duy Năng (2017), *Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2017*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng.
3. Nguyễn Hoàng Sơn (2014), *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Lập Vò, Đồng Tháp năm 2014*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
4. Nguyễn Đình Toàn (2013), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang năm 2013*, Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Mai Thanh Tùng (2018), *Động lực làm việc của bác sĩ khối dự phòng và một số yếu tố ảnh hưởng tại trung tâm y tế huyện, tỉnh Long An năm 2018*, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y tế Công cộng.

6. Ninh Trọng Thái (2016), *Động lực làm việc của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Thể thao Việt Nam và một số yếu tố liên quan năm 2016*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế Công cộng.
7. Nguyễn Việt Triều (2015), *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ, Minh Hải, Cà Mau năm 2015*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
8. Trần Tường Vi (2018), *Động lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2018*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
9. Inke Mathauer và Ingo Imhoff (2006), “Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools”, *Human Resources Health*.
10. Louma và Marc (2006), “Increasing the Motivation of health care workers”, *Capacity Project Technical Brief 7*.
11. P. M. Mbindyo et al (2009), “Developing a tool to measure health worker motivation in district hospital in Kenya”, *Human Resources for health*.
12. Mischa Willis-Shattuck et al (2008), “motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review”.

TỔ CHỨC KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ XÃ HỘI TẠI VIỆT NAM: THỰC TRẠNG VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Bùi Thị Mỹ Anh¹

TÓM TẮT

Với định hướng thực hiện bao phủ Bảo hiểm Y tế toàn dân, tỷ lệ tham gia BHYT tại Việt Nam đạt 87,6%, tháng 12/2018; chất lượng khám chữa bệnh (KCB) BHYT càng cải thiện; quỹ BHYT đang trở thành nguồn tài chính cơ bản của cơ sở khám chữa bệnh. Tuy nhiên, thực tế quá trình tổ chức KCB BHYT vẫn còn một số tồn tại, bất cập. Nghiên cứu này nhằm phân tích thực trạng tổ chức KCB BHYT, từ đó đưa ra những khuyến nghị điều chỉnh chính sách phù hợp. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng nguồn số liệu thứ cấp và thông tin định tính thu thập từ cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) và cơ sở khám chữa bệnh tại 7 tỉnh, thành phố đại diện theo các vùng sinh thái.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tính đến 6 tháng đầu năm 2018, tổng số cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT là 2.316 đơn vị, trong đó có 1.669 cơ sở KCB công lập. Khó khăn trong tổ chức KCB BHYT là: Các cơ sở KCB chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng; công tác giám định còn vướng mắc về cả quy trình, nội dung, phương pháp và công cụ giám định. Vì vậy, trong thời gian tới để cải thiện công tác tổ chức KCB BHYT cần có những điều chỉnh chính sách liên quan đến hợp đồng KCB BHYT, thực hiện “thông tuyến”, và giám định BHYT.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh, hợp đồng bảo hiểm y tế, giám định bảo hiểm y tế, Việt Nam.

SUMMARY:

IMPLEMENTATION OF MEDICAL TREATMENT WITH SOCIAL HEALTH INSURANCE IN VIETNAM: FACTS AND RECOMMENDATIONS

With the target of universal health coverage (UHC), the social health insurance coverage in Vietnam has

achieved 87.6% in 2018, the quality of medical treatment has improved and the health insurance fund is becoming a basic financial source for the health facilities in Vietnam. In fact, the implementation of medical treatment with health insurance remains some difficulties.

A cross-sectional study was conducted in 2019 employing with the quantitative (secondary data) and qualitative approaches that collected from Vietnam Social Insurance agencies and social insurance in 7 provinces of Vietnam, aimed to analyze the current situation of medical treatment with health insurance implementing, thereby to suggest the recommendations for policy-making in the upcoming period.

The results indicated that at the first of 6 months in 2018, the total numbers of 2,316 health facilities contracted for medical treatment with health insurance, in which 1,669 public healthcare facilities. The role of the health facilities had not been active in the negotiating contract terms with social health insurance agencies. There were some problems related to the process of supervision. Therefore, it is necessary to make adjustments of policies related to contract of medical treatment, supervision and assessment of medical treatment with health insurance to improve the quality of health care services, especially at the commune level.

Keywords: Health insurance, medical and health care treatment, health insurance contract, health insurance supervision, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế xã hội là hình thức Bảo hiểm y tế trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động và quyền lợi KCB được hưởng không theo mức đóng góp mà theo nhu cầu

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thúy Nga, Điện thoại: 0966132466, Email: ntnn@huph.edu.vn

khám, chữa bệnh. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và Chính phủ. Nguồn tài chính từ quỹ BHYT xã hội được coi là nguồn tài chính công, có vai trò đặc biệt quan trọng để bảo đảm công bằng trong đóng góp tài chính y tế thông qua cơ chế chia sẻ rủi ro [1]. Tính đến tháng 12/2018, số người tham gia BHYT tại Việt Nam là 82,25 triệu người, tỷ lệ bao phủ đạt 87,6% [2]. Chất lượng KCB BHYT ngày càng cải thiện, quỹ BHYT đang trở thành nguồn tài chính cơ bản phục vụ cho hoạt động của bệnh viện. Chính sách BHYT đã bảo đảm nguyên tắc chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT, đồng thời cũng đảm nhận nhiều chính sách phúc lợi xã hội khác [3].

Tuy nhiên, thực tiễn quá trình tổ chức KCB BHYT vẫn còn một số tồn tại, bất cập liên quan đến thực hiện hợp đồng KCB, chính sách “thông tuyến” và giám định BHYT. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu phân tích thực trạng tổ chức KCB BHYT (hợp đồng KCB BHYT, chính sách “thông tuyến” và giám định BHYT), từ đó đưa ra những khuyến nghị điều chỉnh chính sách phù hợp với thực tiễn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phân tích số liệu sẵn có và định tính. Nghiên cứu được thực hiện tại 7 tỉnh, thành phố đại diện cho 6 vùng kinh tế xã hội gồm: Lai Châu, Bắc Ninh, Thanh Hóa, Đắk Lắk, Cần Thơ, Đồng Nai và Hà Nội.

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 7 tỉnh, thành phố thực hiện khảo sát.

Số liệu sơ cấp: Thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các bên liên quan:

- Vụ Bảo hiểm y tế (Bộ Y tế), Sở Y tế (lãnh đạo và chuyên viên)

- Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam (BHXH) và cơ quan BHXH tỉnh (lãnh đạo và chuyên viên của Phòng Giám định Bảo hiểm y tế, Phòng Tài chính – Kế toán)

- Cơ sở khám chữa bệnh có ký hợp đồng KCB BHYT tuyến trung ương, tuyến tỉnh, huyện và tư nhân

- 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 Việt Nam, báo cáo đánh giá thực hiện Luật BHYT từ 63 tỉnh thành phố, được 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

3.1. Hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Tính đến 6 tháng đầu năm 2018, tổng số cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT là 2.316 đơn vị, trong đó có 1.669 cơ sở KCB công lập [2],[4] (Bảng 1).

Bảng 1: Số cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT năm 2015 -2018

Cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT	2015	2016	2017	2018
1. Theo sở hữu				
- Cơ sở KCB nhà nước	1.475	1.676	1.608	1.669
- Cơ sở KCB tư nhân	320	418	561	647
- Cơ sở KCB khác	294			
2. Theo tuyến				
- Tuyến TW	69	70	44	44
- Tuyến tỉnh và tương đương	536	572	645	656
- Tuyến huyện và tương đương	1.206	1.195	1.242	1.407
- Tuyến xã và tương đương	278	257	240	211
3. Tổng số	2.089	2.094	2.169	2.316

Theo quy định tại Điều 25, Luật BHYT: “*Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*” [3].

Quy định “... là văn bản thỏa thuận...” tại Luật BHYT chưa thể hiện tính pháp lý ràng buộc (hợp đồng loại nào: dân sự, trách nhiệm hay kinh tế). Theo đề xuất của cơ quan BHXH Việt Nam, hợp đồng KCB BHYT có thể thuộc loại “Dân sự” vì liên quan đến việc đảm bảo quyền lợi của bên thứ 3. Ngoài ra, khi sửa đổi luật, cần bổ sung điều kiện, nguyên tắc thẩm định hồ sơ, điều kiện ký hợp đồng (TLN BHXH Việt Nam).

Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò “thỏa thuận” của phần lớn các cơ sở KCB chưa được phát huy, các cơ sở KCB chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng. Cụ thể như tại Đồng Nai: “...*Cơ quan BHXH luôn đặt ra thẩm quyền riêng cho mình đi thẩm định lại, đưa ra bản hợp đồng KCB riêng, yêu cầu bệnh viện thực hiện...*” (TLN Đồng Nai)

Nhiều địa phương cho rằng mẫu hợp đồng KCB BHYT chưa đủ các điều khoản, ví dụ chưa có điều khoản về quản lý quỹ, giải quyết vượt quỹ, chấm dứt hợp đồng... Các điều khoản cụ thể của hợp đồng cũng cần được điều chỉnh tùy theo từng điều kiện và khả năng cung ứng của từng cơ sở KCB.

Ngoài ra, theo báo cáo của Ngân hàng thế giới (2014), hệ thống giám sát và hợp đồng cung cấp dịch vụ KCB chưa đảm bảo được chất lượng dịch vụ y tế và bảo vệ quyền lợi của người tham gia BHYT [5].

Kinh nghiệm quốc tế

Tại hầu hết các quốc gia, việc ký hợp đồng là một phần quan trọng trong quá trình quản lý chức năng mua sắm dịch vụ. Ký hợp đồng KCB BHYT giữa cơ quan BHYT và cơ sở KCB cần phải có khung pháp lý và cơ chế thực thi hiệu quả. Ký hợp đồng nghĩa là “*Lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ; xác định những dịch vụ cần cung cấp; ai cung cấp; đàm phán hợp đồng; giám sát việc tuân thủ hợp đồng (đặc biệt là các mục tiêu về hiệu quả thực hiện); quản lý giám định, kiểm tra; và giải quyết mâu thuẫn*” [5].

3.2. Thực hiện quy định “Thông tuyến”

Điều 22, khoản 4 của Luật BHYT quy định: “*Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, người tham gia BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã hoặc Phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền KCB BHYT tại Trạm y tế hoặc Phòng khám đa*

khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh” (Hay còn gọi là “*thông tuyến*”) [2].

“*Chính sách “thông tuyến” nhằm đảm bảo quyền lợi cho người bệnh, tuy nhiên gây tăng chi phí KCB BHYT và “phá vỡ” cơ chế chuyển tuyến; khó kiểm soát chi phí, giảm số lượt KCB BHYT tại Trạm y tế; một người có thể BHYT có thể KCB nhiều nơi, cơ sở KCB ban đầu không kiểm soát được chi phí*” (TLN - Thanh Hóa, Đồng Nai). Lợi dụng chính sách “thông tuyến” KCB BHYT một số cơ sở KCB, đặc biệt là các cơ sở KCB tư nhân đã có tình trạng “thu gom” người bệnh đến KCB BHYT bằng nhiều hình thức như tặng quà khuyến mại, miễn phí vận chuyển, không phải đóng phần đồng chi trả, tăng cường chỉ định các dịch vụ kỹ thuật... làm gia tăng chi phí KCB BHYT, gây lãng phí quỹ KCB BHYT.

Ngoài ra, khi quy định thông tuyến được áp dụng thì số lượt người có thể BHYT đến KCB tại TYT đã giảm thiểu rất nhiều ví dụ như tại Bắc Ninh, Thanh Hóa và Lai Châu. Kết quả phỏng vấn sâu người dân cho thấy họ có nhu cầu KCB BHYT tại xã nhưng do thiếu thuốc nên không đến khám: “*Khi đi khám tại TYT, họ không cấp thuốc vì lý do đã vượt trần*” (PVS người dân).

Kinh nghiệm quốc tế

Các nước Tây Ban Nha, Anh, Mỹ và các nước Scandivannia đều quy định về việc đăng ký tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu (gate keeper – “người gác cổng”) và sau đó được chuyển đến các chuyên khoa. Riêng tại các nước Áo, Bỉ và một số chương trình BHYT tại Thụy Sĩ thì người bệnh được tự do đi khám tại cơ sở CSSK ban đầu hoặc tuyến hai. Việc đăng ký KCB ban đầu nhằm kiểm soát những chi phí không cần thiết ở tuyến trên, sử dụng hiệu quả hệ thống y tế. Một nghiên cứu năm 2014 so sánh hệ thống không có “Người gác cổng” ở Áo với hệ thống có “Người gác cổng” ở Mỹ cho thấy số lượng bệnh nhân ở Áo đi khám chữa bệnh ở tuyến tỉnh và trung ương gấp 4 lần ở Mỹ, và chi phí y tế cao hơn khoảng 2% so với Mỹ. Tuy nhiên, các cơ sở y tế đóng vai trò gác cổng phải là đa khoa, và có chuyên môn về sơ cấp cứu. Khi chuyển tuyến cần chuyển tất cả các thông tin của người bệnh lên tuyến trên và ngược lại [5].

3.3. Giám định Bảo hiểm y tế

Thực trạng

Theo quy định tại điều 29 của Luật BHYT [4], việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch và nội dung giám định BHYT bao gồm:

a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh;

c) Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, thực tế công tác giám định còn nhiều vướng mắc về cả quy trình, nội dung giám định, phương pháp và công cụ giám định [2]. Cách thức giám định đôi khi chưa khách quan. Giám định theo quý, giám định theo chuyên đề của cơ quan BHXH gây khó khăn trong việc lưu trữ, bảo quản hồ sơ bệnh án. Các đoàn giám định BHYT chưa thống nhất chung nội dung giám định nên còn gây khó khăn cho các cơ sở y tế. Tình trạng giám định xuất toán xong lại giám định lại, gây áp lực cho cơ sở KCB.

Theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH về quy trình giám định giao cho bộ phận giám định giám định tính hợp lý của chỉ định chẩn đoán và điều trị có thể là chưa phù hợp với năng lực của giám định viên, dẫn đến đôi lúc chưa chính xác vì đội ngũ giám định BHYT còn yếu và thiếu về chuyên môn. Năng lực của các giám định viên không

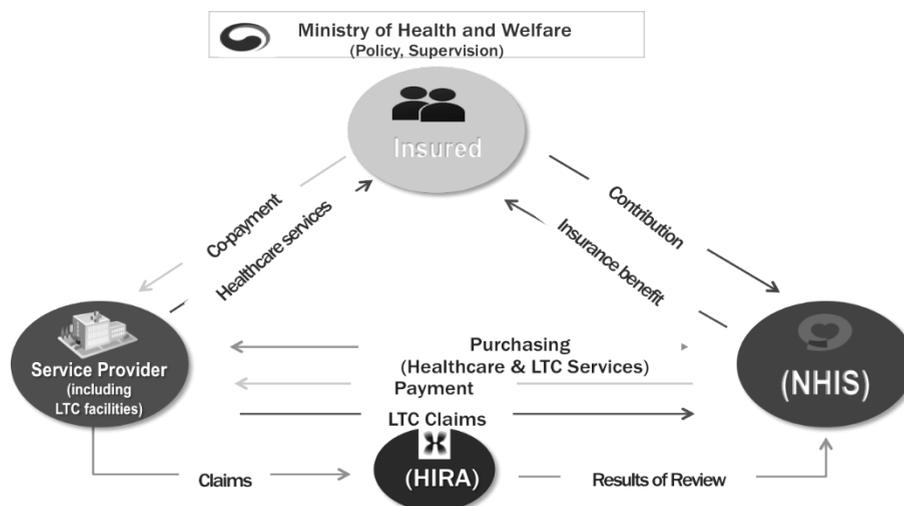
đồng đều nên ảnh hưởng đến chất lượng giám định. Căn cứ chấp nhận thanh toán hay xuất toán đôi khi chưa hợp lý vì cán bộ giám định máy móc, áp đặt các quy định của văn bản, trên thực tế các bệnh viện đã áp dụng những thủ thuật, chỉ định đó cho bệnh nhân [2].

Ngoài ra, khối lượng hồ sơ giám định quá lớn (quy định 30% tại huyện tương đương 7.000 hồ sơ tại huyện Thới Lai, Cần Thơ), trong khi chỉ có một cán bộ giám định kiêm nhiệm (BHXH huyện là PGĐ kiêm nhiệm) là có chuyên môn về y tế. Hơn nữa, phần mềm giám định chưa hoàn thiện nên việc ứng dụng để thực hiện và xử lý kết quả còn khó khăn và hiệu quả chưa cao.

Kinh nghiệm quốc tế

Theo kinh nghiệm tại Hàn Quốc, chức năng giám định được giao cho một tổ chức độc lập là HIRA (*Sơ đồ 2*). Tổ chức HIRA chịu trách nhiệm giám định và quản lý hồ sơ bệnh án, giám sát và đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Cơ quan BHYT chịu trách nhiệm mở rộng đối tượng, thu phí BHYT, chi trả cho cơ sở KCB, đàm phán về “giá” dịch vụ với cơ sở KCB, đào tạo, hợp tác quốc tế và một số hoạt động khác. Về nguồn kinh phí hoạt động cho HIRA, hàng năm cơ quan BHYT đóng góp 92,8 % kinh phí [5].

Sơ đồ 2: Mô hình quản lý BHYT tại Hàn Quốc



IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Hợp đồng KCB BHYT

Cơ quan BHYT thực hiện chức năng mua dịch vụ y tế cho người có thẻ BHYT thông qua việc ký hợp đồng KCB BHYT, để có thể thực hiện tốt chức năng này cần:

- Xây dựng tiêu chí/điều kiện ký hợp đồng cụ thể để

lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ, xác định những dịch vụ cần cung cấp, ai cung cấp.

- Cải tiến quy trình ký hợp đồng KCB BHYT với cơ sở KCB. Tăng cường vai trò của cơ sở KCB trong thương thảo hợp đồng.

- Nâng cao năng lực giám định BHYT với đội ngũ

giám định viên đủ năng lực để giám sát và phối hợp với cơ sở KCB cung cấp dịch vụ KCB đảm bảo chất lượng dịch vụ KCB BHYT.

◦ Xác định khung pháp lý, quyền và trách nhiệm các bên liên quan trong hợp đồng. Đảm bảo cơ chế thực thi hiệu quả.

Thực hiện “Thông tuyến”

“Thông tuyến” chỉ là giải pháp tạm thời trong khi chất lượng KCB tại tuyến y tế cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu KCB. Do vậy, cần có lộ trình tăng cường chất lượng dịch vụ y tế cho tuyến y tế cơ sở nhằm sử dụng hiệu quả hệ thống y tế cơ sở, giảm tải tuyến trên. Nhà nước cần đầu tư ngân sách để phát triển cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và các khuyến khích về tài chính để thu hút nhân lực cho tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là TYT xã.

Giám định KCB BHYT

Trước hết, nên xác định cụ thể phạm vi, nội dung giám định tại Điều 29 của Luật BHYT, trong đó nêu rõ trách nhiệm giám định và trách nhiệm chuyên môn của cơ sở KCB. Đồng thời, hoàn thiện quy trình, nội dung, phương pháp và công cụ giám định.

◦ Xây dựng tiêu chuẩn của giám định viên, và tiến tới có thể bắt buộc giám định viên có chứng chỉ đào tạo về giám định BHYT để đảm bảo đội ngũ giám định có đủ năng lực thẩm định và chịu trách nhiệm về kết quả giám định.

◦ Hoàn thiện phần mềm giám định (công cụ quan trọng để thực hiện công tác giám định) để tăng cường giám định qua phần mềm, tiết kiệm thời gian và nguồn lực.

◦ Thành lập hội đồng thẩm định độc lập có chức năng, thẩm quyền thực hiện thanh quyết toán chi phí KCB BHYT và giải quyết các vấn đề trong quá trình thẩm định quyết toán chi phí KCB BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm y tế giai đoạn 2015-2018*. 2018.
2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo số 5265/BC-BHXH kiểm điểm công tác chỉ đạo, điều hành năm 2018*. 2018.
3. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách Bảo hiểm y tế*. 2018.
4. Ministry of Health and Health Partnership Group, *Joint Annual Health Review, 2013: Towards Universal Health Coverage*. 2013.
5. World Bank, *Moving Towards Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. 2014.



HOẠT ĐỘNG ỨNG PHÓ VỚI HẠN HÁN CỦA NGÀNH Y TẾ NINH THUẬN NĂM 2016

Hà Văn Như¹, Lưu Quốc Toàn¹, Nguyễn Xuân Trường², Hoang Văn Nhật², Nguyễn Anh Sơn², Lê Minh Định³, Lê Trọng Lưu³, Nguyễn Nhị Linh⁴, Nguyễn Đình Ngọc⁴

TÓM TẮT

Hạn hán năm 2015-2016 là đợt hạn hán trầm trọng nhất ở Ninh Thuận kể từ năm 2005, gây ảnh hưởng lớn đến đời sống và sức khỏe của người dân. Nghiên cứu này mô tả thực trạng ứng phó với hạn hán của ngành Y tế tỉnh Ninh Thuận. Kết quả cho thấy nhiều hoạt động ứng phó với hạn hán đã được ngành Y tế thực hiện. Phòng chống dịch bệnh cho cộng đồng là hoạt động nổi bật, bao gồm giám sát dịch bệnh, truyền thông giáo dục sức khỏe về sử dụng nước sạch, vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và các biện pháp chống nắng nóng bảo vệ sức khỏe người dân. Công tác khám chữa bệnh cho người dân cũng được tăng cường tại bệnh viện cũng như tại cộng đồng. Hoạt động ứng phó hạn hán của ngành Y tế được triển khai khi có hạn hán xảy ra và khi có chỉ đạo của chính quyền và ngành Y tế. Công tác chuẩn bị sẵn sàng, nâng cao năng lực ứng phó hạn hán của ngành Y tế còn nhiều hạn chế. Ngành Y tế chưa có kế hoạch ứng phó hạn hán, hoạt động nâng cao năng lực ứng phó hạn hán của ngành Y tế chưa được thực hiện. Ngành Y tế Ninh Thuận cần tăng cường năng lực ứng phó hạn hán thông qua xây dựng kế hoạch ứng phó với hạn hán của ngành từ tỉnh đến huyện và xã; tập huấn nâng cao kiến thức, kỹ năng ứng phó với hạn hán cho cán bộ y tế.

Từ khóa: Hạn hán, ngành Y tế, Ninh Thuận, ứng phó hạn hán.

SUMMARY:

THE COPING ACTIVITIES OF HEALTH SECTOR TO THE DROUGHT IN NINH THUAN PROVINCE 2016

A serious drought event happened in 2015 and 2016 in Ninh Thuan province that caused serious social life

and health effects. Series of responses to the event have been implemented by the health sector of Ninh Thuan, aiming to minimize health impacts of the drought and protect the community health. The response activities include epidemic surveillance and prevention, supervision of water quality, provision of health communication and education to communities, provision of health care services for the affected communities. There was not any evidence of health sector's preparation for response to severe drought has been found. Therefore, improvement of preparation for response to drought in particular and to natural disaster in general, including develop drought response plan, provision of training health staff and drilling and other preparations should be implemented by the health sector.

Key words: Response to drought, Ninh Thuan province, department of health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam chịu ảnh hưởng của hầu hết các loại thiên tai liên quan đến khí hậu. Trong bối cảnh biến đổi khí hậu toàn cầu, hạn hán nặng đã xảy ra tại một số tỉnh của Việt Nam, gây thiệt hại nặng về kinh tế, ảnh hưởng đến đời sống và sức khỏe của cộng đồng bị ảnh hưởng. Trong giai đoạn 2014 – 2016 có nhiều tỉnh tại Việt Nam bị hạn hán nặng. Tính đến tháng 04 năm 2015, một số tỉnh miền Trung và Tây Nguyên, trong đó Ninh Thuận là tỉnh bị ảnh hưởng nặng nhất. Đây là năm hạn hán trầm trọng nhất ở Ninh Thuận kể từ năm 2005. Theo báo cáo của Ủy Ban nhân dân (UBND) tỉnh Ninh Thuận, tính đến giữa tháng 4 năm 2015, gần 6 tháng Ninh Thuận không có mưa, trong khi đó lượng mưa năm 2014 chỉ bằng 60% so với lượng mưa trung bình hàng năm[2]. Ngày 14/3/2016, UBND tỉnh

1. Trường ĐH Y tế Công cộng

2. Văn phòng Bộ Y tế

3. Sở Y tế Ninh Thuận

4. CDC Ninh Thuận

Tác giả chính Hà Văn Như, email: hvn@huph.edu.vn

Ninh Thuận đã Quyết định công bố thiên tai do hạn hán diễn ra tại một số địa phương của tỉnh từ ngày 01/3/2016. Theo Quyết định các địa phương chịu thiệt hại do hạn hán bao gồm: Huyện Ninh Hải (05 xã); huyện Ninh Phước (01 xã); huyện Ninh Sơn (06 xã); Thuận Bắc (06 xã); huyện Bác Ái và huyện Thuận Nam[3].

Do hạn hán xảy ra từ từ, thường không gây hậu quả trực tiếp tới sức khỏe (từ vong, chấn thương) như các loại thiên tai khác, tuy nhiên hạn hán có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến điều kiện sống và sức khỏe của con người. Thiếu nước sinh hoạt và sản xuất là hiện tượng phổ biến tại các vùng bị hạn hán. Thiếu nước sinh hoạt, đặc biệt là nước ăn uống có thể gây ra nhiều nguy cơ đối với sức khỏe của cộng đồng. Do không đủ nước cung cấp cho các nhu cầu của cơ thể con người, mặt khác vì thiếu nước, cộng đồng có thể phải sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh dẫn đến các nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường nước. Nghiên cứu này mô tả hoạt động ứng phó, bảo vệ sức khỏe cộng đồng của cộng đồng ngành Y tế Ninh Thuận, làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo sâu hơn và đề xuất khuyến nghị nhằm tăng cường năng lực ứng phó với hạn hán của ngành Y tế, góp phần giảm thiểu các tác động sức khỏe của cộng đồng bị ảnh hưởng.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu định tính.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện trong tháng 7 năm 2019 tại 04 xã bị hạn hán nặng nhất, bao gồm xã Phước Tiến và xã Phước Thành huyện Bác Ái; xã Hòa Sơn và Mỹ Sơn huyện Ninh Sơn, tỉnh Ninh Thuận.

Đối tượng nghiên cứu:

- Cán bộ y tế: Đại diện lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC); đại diện lãnh đạo Trung tâm y tế (TTYT) huyện, và Trạm y tế (TYT) xã.

- Đại diện lãnh đạo Ủy ban nhân dân (UBND) xã.

- Đại diện người dân: Trưởng thôn/bản, đại diện Hội phụ nữ xã, đại diện Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh (TNCS) xã và đại diện Hội người cao tuổi xã.

Phương pháp thu thập số liệu: Phương pháp phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm (TLN) với đối tượng nghiên cứu được sử dụng để thu thập thông tin. Tổng số 11 cuộc PVS đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) đã được thực hiện. Tổng số bốn cuộc TLN đã được thực hiện tại nhà sinh hoạt cộng đồng của thôn.

Phân tích số liệu: Các băng ghi âm PVS và TLN được gỡ, đánh máy dưới dạng văn bản, mã hóa thông tin

theo chủ đề nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu được phân tích và tổng hợp theo chủ đề và trích dẫn minh họa cho kết quả nghiên cứu.

Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua (QĐ số 371/2018/YTCC-HD38).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Hoạt động ứng phó với hạn hán của chính quyền các cấp

Kết quả nghiên cứu cho thấy các đối tượng có nhận định chung là Chính quyền các cấp, ngành Y tế và những ban ngành khác đã triển khai nhiều hoạt động ứng phó với hạn hán, nhằm giảm tối đa tác động của hạn hán tới đời sống và sức khỏe của cộng đồng.

Chính phủ: Chính phủ đã cử nhiều đoàn công tác đến thăm và chỉ đạo công tác chống hạn, tập trung các giải pháp trước mắt bảo đảm cung cấp nước sạch và lương thực cho người dân. Giải pháp lâu dài, củng cố và nâng công suất hệ thống hồ chứa nước và hệ thống thủy lợi của tỉnh, đặc biệt của các huyện trọng điểm. Chính phủ đã cấp 172 tỉ đồng riêng cho hoạt động phòng chống khô hạn.

Khi hạn hán xảy ra, cả hệ thống chính trị và chính quyền các cấp từ Trung ương đến địa phương đã có những ứng phó kịp thời và hiệu quả, bao gồm:

- Chỉ đạo của Chính phủ đối với tỉnh về triển khai các hoạt động ứng phó với hạn hán, nhằm bảo vệ đời sống của người dân, an ninh và an toàn xã hội.

- Chính phủ đã cấp gạo dự trữ để tỉnh cấp cho người dân, không để người dân bị thiếu lương thực.

- Chính phủ cấp kinh phí thực hiện các dự án thủy lợi, chuyển đổi vật nuôi, cây trồng.

- Chính quyền và Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (NN&PTNT) đã cung cấp giống cây trồng, vật nuôi cho người dân.

Một đại diện UBND huyện cho biết: “*Chính phủ đã rất quyết liệt chỉ đạo chính quyền tỉnh, huyện và tôi thăm và chỉ đạo trực tiếp tại huyện này, đi thăm một số xã nữa. Phó Thủ tướng và Bộ trưởng Bộ NN&PTNT đã về thăm và chỉ đạo tại tỉnh cũng như đến tận huyện và một số xã trọng điểm*” (PVS01).

UBND Ninh Thuận: UBND tỉnh đã chỉ đạo các huyện, ban ngành thực hiện các biện pháp ứng phó với hạn hán. UBND tỉnh đã chỉ đạo quân đội, công an tỉnh phối hợp với chính quyền huyện, xã triển khai cấp nước sinh hoạt và lương thực cho người dân ở những vùng thiếu nước sinh hoạt và không sản xuất được lương thực.

UBND huyện và xã: UBND các huyện và xã thực hiện chỉ đạo của UBND tỉnh và của Chính Phủ đã phối hợp với các bên liên quan triển khai các hoạt động hỗ trợ lương thực, nước sinh hoạt và sửa chữa, nâng cấp và làm mới một số công trình thủy lợi nhằm tăng cường cung cấp nước cho

người và vật nuôi. Những hoạt động ứng phó này đã giúp giảm tác hại của hạn hán tới đời sống và sức khỏe của cộng đồng. Một đại diện người dân nói “Người dân ở xã tôi được bộ đội chở nước đến cấp tận nơi 2 lần một tuần, được xã cấp gạo trong thời gian bị hạn hán mất mùa” (TLN01)



Xe của quân khu 5 cấp nước sạch cho người dân Ninh Thuận

Nguồn: Báo Ninh thuận

3.2. Hoạt động ứng phó với hạn hán của ngành Y tế

Kết quả PVS đại diện lãnh đạo các cấp cho thấy ngành Y tế Ninh Thuận đã tích cực triển khai nhiều hoạt động ứng phó với hạn hán. Những hoạt động chủ yếu tập trung vào phòng chống dịch bệnh, khám chữa bệnh, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân, đặc biệt ưu tiên tại những huyện, xã bị ảnh hưởng nặng bởi hạn hán. Một đại diện lãnh đạo Sở Y tế cho biết “Sở Y tế thực hiện nghiêm chỉ đạo của Chính phủ và Bộ Y tế về việc triển khai các nhiệm vụ của ngành Y tế tỉnh, trọng tâm là giám sát và phòng chống dịch bệnh trong hạn hán, đảm bảo công tác khám chữa bệnh cho người dân” (PVS01).

Hoạt động phòng chống dịch bệnh: Đã được ngành Y tế triển khai tích cực trong toàn tỉnh và là một ưu tiên hàng đầu trong hạn hán. Sở Y tế đã triển khai những hoạt động chính sau đây:

- Thực hiện chỉ đạo của Chính phủ, chỉ đạo của Bộ Y tế triển khai các hoạt động phòng chống dịch bệnh và bảo vệ sức khỏe của nhân dân vùng hạn hán trong toàn tỉnh;
- Sở Y tế đã thành lập đoàn kiểm tra giám sát trực tiếp các huyện, xã chịu tác động của hạn hán để chỉ đạo trực tiếp sát với thực tế;
- Chỉ đạo TTYT dự phòng tỉnh (nay là CDC) thực hiện giám sát và phòng chống dịch bệnh, trong đó đặc biệt là kiểm soát vệ sinh nguồn nước, giám sát chất lượng nước được cung cấp, vệ sinh môi trường.

Trung tâm CDC là đơn vị trực tiếp triển khai kế hoạch kiểm soát và phòng chống dịch bệnh của tỉnh. Giám sát chất lượng nước ăn uống bằng xét nghiệm các chỉ số vi sinh và Clo. Một đại diện CDC cho biết: “CDC tỉnh có trách nhiệm xét nghiệm kiểm tra chất lượng nước được các đơn vị cung cấp cho người dân. Xét nghiệm 2 tiêu chuẩn là vi sinh và dư lượng Clo.” (PVS03). Mặc dù nguy cơ dịch bệnh cao trong mùa hạn hán năm 2015-2016, tuy nhiên công tác phòng chống dịch được triển khai hiệu quả nên không có dịch bệnh xảy ra trong địa bàn tỉnh Ninh Thuận “không, trong thời gian hạn hán nặng, năm 2015 đến 2016 trong toàn tỉnh không có vụ dịch nào xảy ra” (PVS02).

Kiểm soát chất lượng nước, hướng dẫn người dân sử dụng nước sạch được thực hiện thường xuyên tại tất cả các huyện, xã bị thiếu nước sạch. Một đại diện TTYT huyện cho biết “Trung tâm CDC tỉnh thường xuyên chỉ đạo và cùng TTYT huyện về các xã để kiểm tra nguồn nước được cộng đồng sử dụng, hướng dẫn người dân sử dụng nước hợp vệ sinh, không sử dụng nguồn nước ao hồ bị ô nhiễm” (PVS05).

Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) cho cộng đồng về phòng chống dịch bệnh và bảo vệ sức khỏe trong hạn hán cũng đã được tăng cường, có sự phối hợp giữa CDC và Trung tâm TTGDSK tỉnh, TTYT huyện và TYT xã. Một cán bộ y tế xã cho biết “Cán bộ y tế của TTYT huyện phối hợp với cán bộ TYT xã thực hiện nhiều buổi nói chuyện về tác hại của hạn hán đối với sức khỏe, hướng dẫn người dân thực hiện một số biện pháp tự bảo vệ sức khỏe và phòng chống dịch bệnh” (PVS10).

Hoạt động TTGDSK cũng được đại diện người dân tái khẳng định “*Bên y tế đã tổ chức những buổi họp dân phổ biến cách vệ sinh phòng chống dịch, nói người dân cần đi khám hoặc báo cho y tế biết nếu có người ốm. Loa truyền thanh của xóm cũng phát bài hướng dẫn người dân không nên lao động khi trời quá nắng nóng...*” (TLN02).

Công tác khám chữa bệnh (KCB) cho người dân: Là một nhiệm vụ thường xuyên của ngành Y tế, trong hạn hán công tác này đã được tăng cường nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân. Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động KCB đã được tăng cường thực hiện tại cộng đồng theo từng đợt “... người dân khi ốm thì đến TYT khám và lĩnh thuốc, có khi lên huyện (BV huyện). Trong năm 2015, 2016 có mấy đợt có đoàn y tế từ tỉnh về tận xóm khám bệnh” (TLN3).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy hạn hán có tác động đến tâm lý, sức khỏe tâm thần của cộng đồng[5], tuy nhiên kết quả nghiên cứu này cho thấy chưa có hoạt động hỗ trợ tâm lý-sức khỏe tâm thần cho người dân được thực hiện tại Ninh Thuận. Một đại diện lãnh đạo TTYT huyện cho biết “*Ngoài chương trình mục tiêu quốc gia về “Sức khỏe tâm thần cộng đồng”, hiện nay tỉnh Ninh Thuận chưa có cơ quan hay tổ chức nào có những hoạt động, dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội, sức khỏe tâm thần cho người dân vùng bị hạn hán*” (PVS08).

Như vậy, ngành Y tế cần có những giải pháp hỗ trợ tâm lý-sức khỏe tâm thần, lồng ghép trong kế hoạch ứng phó với hạn hán.

Công tác chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với hạn hán của ngành Y tế: Mặc dù nhiều hoạt động ứng phó với hạn hán của ngành Y tế Ninh Thuận được đánh giá tích cực, tuy nhiên đại diện lãnh đạo y tế tỉnh, huyện và xã đều có chung quan điểm là có hạn chế trong việc chủ động ứng phó với hạn hán. Một đại diện lãnh đạo Sở Y tế cho biết “*Sở Y tế chỉ có kế hoạch phòng chống lụt bão. Sở chưa có kế hoạch chi tiết phòng chống hạn hán. Tuy nhiên khi hạn hán xảy ra, Sở Y tế đã thực hiện nghiêm túc chỉ đạo của Bộ Y tế về triển khai các hoạt động tại địa phương*” (PVS01). Điều này cũng được đại diện CDC tỉnh tái khẳng định “*Bên này (CDC tỉnh) thực hiện theo công văn chỉ đạo, làm theo đầu việc. Có đầu việc nhỏ chứ không có kế hoạch tổng thể. Có kế hoạch phòng chống bão lụt chứ chưa có kế hoạch ứng phó với hạn hán*” (PVS03). Một đại diện TTYT huyện cho biết “*các hoạt động của y tế huyện thực hiện theo công văn chỉ đạo của Sở Y tế. TTYT huyện dựa trên chỉ đạo của Sở Y tế để chỉ đạo và tổ chức thực hiện các hoạt động tại tuyến xã. Y tế huyện và xã chỉ thực hiện các hoạt động*

theo chỉ đạo từ tuyến trên thôi” (PVS 05). Như vậy, năng lực phòng chống hạn hán nói riêng và phòng chống thiên tai nói chung cần được tăng cường. Trước mắt, kế hoạch đáp ứng với hạn hán của ngành Y tế cần được xây dựng vì đây là cơ sở để ngành Y tế Tỉnh triển khai hoạt động đáp ứng kịp thời khi có hạn hán xảy ra.

Hạn chế của nghiên cứu: Do đây là nghiên cứu đầu tiên về ứng phó với hạn hán của ngành y tế tại Việt Nam nên việc tìm tài liệu tham khảo để so sánh bị hạn chế. Thiếu so sánh với kết quả các nghiên cứu tương tự dẫn đến kết quả nghiên cứu này chỉ dừng lại ở mô tả những hoạt động ứng phó hạn hán của ngành Y tế. Nghiên cứu được tiến hành 3 năm sau kỳ hạn hán nên việc thu thập số liệu gặp một số khó khăn, một số thông tin định tính bị hạn chế độ tin cậy vì sai số nhớ lại của đối tượng nghiên cứu.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Ngành Y tế tỉnh Ninh Thuận đã triển khai nhiều hoạt động ứng phó với hạn hán, bảo vệ sức khỏe nhân dân, trong đó hoạt động giám sát, phòng ngừa dịch bệnh, giám sát chất lượng nước ăn uống, TTGDSK về vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và biện pháp phòng chống nắng nóng cho người dân. Công tác KCB được bảo đảm, đáp ứng được nhu cầu KCB của người dân. Kết quả là không có dịch bệnh lớn xảy ra mặc dù tác động của hạn hán tới đời sống của cộng đồng là rất lớn.

Hạn chế trong ứng phó với hạn hán của ngành Y tế Ninh Thuận là sự chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với hạn hán, do đó việc tăng cường năng lực chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với hạn hán cần được tăng cường. Ngành Y tế cần xây dựng kế hoạch chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với hạn hán, dựa trên kịch bản phù hợp với tình hình của tỉnh; nâng cao năng lực của cán bộ y tế thông qua đào tạo, tập huấn về kiến thức và kỹ năng ứng phó với hạn hán; chuẩn bị phương tiện, trang thiết bị y tế, thuốc và hóa chất cần thiết cho phòng chống dịch, kiểm soát chất lượng nước ăn uống.

Khuyến nghị đối với nhà nghiên cứu: (1) Cần tiếp tục tiến hành các nghiên cứu chuẩn bị và ứng phó với hạn hán của ngành Y tế trong tương lai. Nên tiến hành nghiên cứu có đối chứng, giữa vùng bị hạn hán và không bị hạn hán; (2) Nghiên cứu tác động sức khỏe của hạn hán nói riêng và của thiên tai nói chung với qui mô nghiên cứu rộng hơn và với thiết kế nghiên cứu phù hợp để cung cấp bằng chứng khoa học, giúp cho các nhà quản lý y tế hoạch định chính sách phù hợp, bảo vệ sức khỏe của nhân dân trong vùng hạn hán, thiên tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban Nhân dân tỉnh Ninh Thuận (2015), *cung cấp thông tin tổng hợp về tình hình hạn hán và nhu cầu hỗ trợ trên địa bàn tỉnh, tháng 6 năm 2015.*
2. Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận, tháng 6/2015, *Quyết định về việc công bố thiên tai (hạn hán) xảy ra từ ngày 01/01/2015 trên địa bàn tỉnh Ninh Thuận*
3. Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Thuận, tháng 3/2016, *Quyết định về việc công bố thiên tai (hạn hán) xảy ra từ ngày 01 tháng 3 năm 2016 tại một địa phương trên địa bàn tỉnh Ninh Thuận.*
4. Đặng Thanh Bình, Phan Hoàn, Quý Minh Trung (2016), *Đánh giá tác động của hạn hán thiếu nước đến sản xuất nông nghiệp tại Ninh Thuận, Báo cáo tham luận tại Hội thảo khoa học “Nước và việc làm” ngày 21 tháng 3 năm 2016, truy cập ngày 25 tháng 9 năm 2019 tại <http://kttvntb.gov.vn/Doc.aspx?d=559>.*
5. Tweet Stanke C, Kerac M, Prudhomme C, Medlock J, Murray V. (2013), *Health Effects of Drought: a Systematic Review of the Evidence*, PLOS Currents Disasters. 2013 Jun 5 . Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004.



Tạp chí “Y HỌC CỘNG ĐỒNG” xuất bản 06 số tiếng Việt và 01 số tiếng Anh/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y, Dược học cộng đồng, sức khỏe môi trường, y học lâm sàng, 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 TriệuAn, Nguyễn Ngọc Lan: Điều tra HLAở 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

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>