

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

BÙI THỊ MINH THÁI

**THỰC TRẠNG NĂNG LỰC PHÁT HIỆN, QUẢN LÝ
ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM
TẠI CÁC TRẠM Y TẾ CỦA THÀNH PHỐ HÀ NỘI VÀ
HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP, 2016 - 2019**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

BÙI THỊ MINH THÁI

**THỰC TRẠNG NĂNG LỰC PHÁT HIỆN, QUẢN LÝ
ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM
TẠI CÁC TRẠM Y TẾ CỦA THÀNH PHỐ HÀ NỘI VÀ
HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP, 2016 - 2019**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế

Mã số: 62 72 01 64

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học

- 1. PGS. TS. Hoàng Đức Hạnh**
- 2. PGS.TS. Nguyễn Thị Thi Thơ**

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và thực hiện luận án này, tôi đã nhận được sự hỗ trợ hiệu quả, tạo điều kiện nghiên cứu, làm việc của nhiều đơn vị, các Thầy, Cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và người thân trong gia đình.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Lãnh đạo Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Phòng Đào tạo sau đại học Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cùng các Thầy giáo, Cô giáo đã hết lòng giảng dạy, truyền thụ kiến thức và tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Lãnh đạo, các Bạn đồng nghiệp Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội; Trung tâm Y tế và Trạm Y tế các xã, thị trấn ở hai huyện Thạch Thất và Quốc Oai đã tích cực phối hợp với cán bộ điều tra trong quá trình thu thập số liệu và ủng hộ, giúp đỡ tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu tại địa bàn. Trân trọng cảm ơn những người dân đã đồng ý tham gia công trình nghiên cứu này.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS Hoàng Đức Hạnh; PGS.TS Nguyễn Thị Thi Thơ, người Thầy, người Cô đã giúp tôi lựa chọn, định hướng và trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập cũng như hoàn thành luận án này.

Cuối cùng, để có được ngày hôm nay, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn vô hạn đến Cha, Mẹ hai bên gia đình đã sinh thành, dưỡng dục và nuôi tôi khôn lớn trưởng thành, cảm ơn người bạn đời và hai con đã động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin gửi đến tất cả với lòng biết ơn sâu sắc!

Tác giả luận án

Bùi Thị Minh Thái

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là: Bùi Thị Minh Thái; nghiên cứu sinh khóa 36, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; chuyên ngành Vệ sinh Xã hội học và Tổ chức Y tế, xin cam đoan:

1. Đây là công trình nghiên cứu do bản thân trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy, Cô giáo PGS.TS. Hoàng Đức Hạnh và PGS.TS. Nguyễn Thị Thi Thơ;
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam;
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 25 tháng 9 năm 2020

Người viết cam đoan

Bùi Thị Minh Thái

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ATVSTP:	An toàn vệ sinh thực phẩm
BKLN:	Bệnh không lây nhiễm
CBYT:	Cán bộ y tế
	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease
CINDI:	Intervention
	Can thiệp Quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm
COPD:	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CSSK:	Chăm sóc sức khỏe
	Disability- Aadjusted life years
DALY:	Năm sống tàn tật hiệu chỉnh
ĐTĐ:	Đái tháo đường
	Gross Domestic Product
GDP:	Tổng sản phẩm quốc nội
PVS:	Phòng vấn sâu
KHHGĐ:	Kế hoạch hóa gia đình
TCYTTG:	Tổ chức Y tế thế giới
THA:	Tăng huyết áp
YHCT:	Y học cổ chuyên
TLN:	Thảo luận nhóm
TTYT:	Trung tâm Y tế
TYT:	Trạm Y tế
TTGDSK:	Truyền thông giáo dục sức khỏe
YTDP:	Y tế dự phòng
YTNC:	Yếu tố nguy cơ
YTT:	Y tế thôn

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	3
1.1. Một số khái niệm có liên quan và nội dung cơ bản.....	3
1.1.1. Khái niệm và nhiệm vụ của trạm Y tế xã	3
1.1.2. Bệnh không lây nhiễm	4
1.1.3. Khái niệm điều trị	5
1.1.4. Khái niệm quản lý.....	5
1.1.5. Khái niệm quản lý điều trị	6
1.1.6. Khái niệm năng lực	7
1.1.7. Năng lực quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã .	7
1.1.8. Khái niệm yếu tố nguy cơ và vai trò của việc nhận biết được yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm	8
1.2. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm và một số nguyên tắc/định hướng trong phòng chống bệnh không lây nhiễm trên thế giới và Việt Nam	9
1.2.1. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm trên thế giới và tại Việt Nam	9
1.2.2. Một số nguyên tắc trong phòng chống bệnh không lây nhiễm.....	15
1.3. Giới thiệu về hệ thống Y tế, Y tế dự phòng của thành phố Hà Nội..	21
1.4. Thực trạng năng lực trong phòng chống, quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam	23
1.4.1. Thực trạng về chính sách, tổ chức	23
1.4.2. Thực trạng nhân lực	26
1.4.3. Thực trạng đáp ứng thuốc (dược), trang thiết bị Y tế.....	28
1.4.4. Thực trạng hệ thống thông tin y tế.....	30
1.4.5. Thực trạng phân bổ kinh phí.....	30

1.4.6. Thực trạng kết quả triển khai phòng chống bệnh không lây nhiễm: quản lý, điều trị và giám sát BKLN (thống kê, báo cáo).....	30
1.5. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu.....	35
CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế, thành phố Hà Nội, 2016.....	41
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	41
2.1.2. Thời gian nghiên cứu	42
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu	42
2.1.4. Thiết kế nghiên cứu.....	42
2.1.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	42
2.1.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu	44
2.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017- 2019.	44
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	44
2.2.2. Thời gian nghiên cứu	45
2.2.3. Địa điểm nghiên cứu	45
2.2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	46
2.2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho can thiệp.....	48
2.2.6. Các hoạt động can thiệp.....	48
2.2.7. Đánh giá hiệu quả mô hình	56
2.3. Các bước tổ chức triển khai đề tài (chung cho cả đề tài).....	59
2.3.1. Các bước triển khai chung	59
2.3.2. Các bước triển khai các hoạt động can thiệp	60
2.4. Phân tích số liệu.....	61
2.4.1. Với nghiên cứu định lượng	61

2.4.2. Đối với nghiên cứu định tính	64
2.5. Không chế sai số trong nghiên cứu.....	64
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu	65
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	66
3.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế, thành phố Hà Nội, 2016.....	66
3.1.1. Thực trạng chính sách.....	66
3.1.2. Thực trạng nhân lực	68
3.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao.....	73
3.1.4. Thực trạng thống kê, báo cáo và giám sát	78
3.1.5. Thực trạng nguồn kinh phí phân bổ cho hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của Thành phố Hà Nội	79
3.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ.....	80
3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm Y tế, huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017 – 2019....	86
3.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế	86
3.2.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm.....	99
3.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế.	102
3.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế.....	104
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	115
4.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế, thành phố Hà Nội, 2016.....	115

4.1.1. Thực trạng về chính sách	115
4.1.2. Thực trạng nhân lực y tế	116
4.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao.....	119
4.1.4. Thực trạng thống kê báo cáo và giám sát	120
4.1.5. Thực trạng nguồn kinh phí phân bổ cho hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của Thành phố Hà Nội	121
4.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ liên quan đến quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm.....	124
4.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm Y tế huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017- 2019.	128
4.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế xã và y tế thôn	128
4.2.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm	133
4.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của Trạm Y tế.	135
4.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện khả năng triển khai hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường của các trạm Y tế xã.	137
4.3. Tính đặc thù của các hoạt động can thiệp	147
4.4. Khả năng nhân rộng và yêu cầu đảm bảo cho nhân rộng các hoạt động can thiệp.....	149
4.5. Hạn chế của nghiên cứu.....	152
KẾT LUẬN	153
KHUYẾN NGHỊ.....	156
TÀI LIỆU THAM KHẢO	157

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân bố gánh nặng bệnh tật theo DALYs của bệnh không lây nhiễm theo nhóm thu nhập của các nước, năm 2000 và 2015	10
Bảng 1.2. Xu hướng bệnh tật, tử vong giai đoạn 1976 - 2018 (%).....	13
Bảng 1.3. Mục tiêu toàn cầu phòng, chống bệnh không lây nhiễm.....	17
 Bảng 2.1. Bảng cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính	43
Bảng 2.2. Bảng mô tả đặc điểm hai huyện Thạch Thất và Quốc Oai.....	46
Bảng 2.3. Tổng hợp cỡ mẫu theo tính toán để đánh giá hiệu quả mô hình ...	57
Bảng 2.4. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính.....	58
Bảng 2.5. Tổng hợp công cụ đánh giá hiệu quả can thiệp	59
 Bảng 3.1. Số cán bộ trung bình tại 1 Trạm Y tế tham gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm	68
Bảng 3.2. Tỷ lệ trạm Y tế có cán bộ tham gia và được tập huấn về phòng chống bệnh không lây nhiễm	70
Bảng 3.3. Số cán bộ y tế thôn/cộng tác viên tham gia phòng chống BKLN ..	72
Bảng 3.4. Tỷ lệ các trạm Y tế xã có thuốc thiết yếu dành cho BKLN	73
Bảng 3.5. Tỷ lệ trạm Y tế có trang thiết bị thiết yếu trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã.....	76
Bảng 3.6. Tỷ lệ trạm Y tế thực hiện thống kê báo cáo và giám sát trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã	78
Bảng 3.7. Tỷ lệ trạm Y tế có trang thiết bị thiết yếu trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã.....	79
Bảng 3.8. Tỷ lệ các trạm Y tế có khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ trong phát hiện bệnh không lây nhiễm	80

Bảng 3.9. Tỷ lệ các trạm Y tế có khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ trong quản lý, tư vấn và điều trị.....	82
Bảng 3.10. Điểm trung bình triển khai một số hoạt động liên quan đến phòng, chống và điều trị bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế xã.....	84
Bảng 3.11. Số (tỷ lệ) người bệnh được phát hiện, quản lý điều trị trong năm qua tại trạm Y tế xã trên toàn thành phố năm 2016.....	85
Bảng 3.12. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ Y tế trong phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp.....	86
Bảng 3.13. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của cán bộ Y tế về năng lực chuẩn độ và xử trí tăng huyết áp đo lần đầu	88
Bảng 3.14. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA của cán bộ Y tế.....	89
Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ Y tế trong phát hiện, quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường.....	90
Bảng 3.16. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của cán bộ Y tế về một số nội dung liên quan đến quản lý, điều trị đái tháo đường.....	91
Bảng 3.17. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về ĐTĐ của cán bộ Y tế.....	92
Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng.....	93
Bảng 3.19. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của Y tế thôn về một số nội dung liên quan đến quản lý, điều trị THA.....	94
Bảng 3.20. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA của Y tế thôn.....	95

Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực y tế thôn trong phát hiện, quản lý đái tháo đường tại cộng đồng.....	96
Bảng 3.22. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới một số biến về năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý đái tháo đường tại cộng đồng.....	97
Bảng 3.23. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về ĐTĐ của Y tế thôn.....	98
Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đến sự sẵn có thuốc cho phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế.....	99
Bảng 3.25. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng có thuốc điều trị ĐTĐ	100
Bảng 3.26. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng có thuốc điều trị THA	101
Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp đến năng lực cung cấp các kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế ...	102
Bảng 3.28. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số kỹ thuật/dịch vụ trung bình trạm Y tế thực hiện được trong quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường	103
Bảng 3.29. Số trạm Y tế triển khai các hoạt động sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị, thống kê báo cáo tăng huyết áp và đái tháo đường	104
Bảng 3.30. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới trạm Y tế có sàng lọc tăng huyết áp cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng và Quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm Y tế	105
Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế	106

Bảng 3.32. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế	108
Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc đái tháo đường được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế	109
Bảng 3.34. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số lượng bệnh nhân mắc đái tháo đường được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế	110
Bảng 3.35. Số lượng bệnh nhân trung bình mà 1 trạm Y tế xã phát hiện, quản lý điều trị	111
Bảng 3.36. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện dự phòng biến chứng của bệnh nhân tăng huyết áp	112
Bảng 3.37. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng khám định kỳ/khi có bất thường của bệnh nhân THA	113
Bảng 3.38. Thực hiện về hướng dẫn uống thuốc của cán bộ y tế của người bệnh tăng huyết áp	114

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1. Mười nguyên nhân tử vong toàn cầu năm 2015.....	11
Biểu đồ 3.1. Tình hình thuốc thiết yếu tại các trạm Y tế theo vùng và theo khu vực.....	74
Biểu đồ 3.2. Tình hình trang thiết bị tại trạm Y tế phân theo vùng và theo khu vực.....	77

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Tỷ lệ tử vong toàn cầu do bệnh không lây nhiễm ở cả hai giới, năm 2016.....	9
Hình 1.2. Tổ chức hệ thống Y tế Việt Nam	22
Hình 1.3. Bản đồ hành chính thành phố Hà Nội.....	35
Hình 1.4. Khung lý thuyết đánh giá năng lực quản lý điều trị BKLN.....	38
Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	47

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) như bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang ngày càng gia tăng và trở nên phổ biến, có những tác động nghiêm trọng đến nền kinh tế và xã hội. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), hơn 70% các ca tử vong (39,5 triệu người) trong năm 2015 là hậu quả của các bệnh không lây nhiễm, trong đó hơn ba phần tư số ca tử vong, tức hơn 30 triệu ca tử vong do BKLN xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi điều kiện kinh tế khó khăn, người dân ít có khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiếu kiến thức dự phòng và chăm sóc bản thân [87, 88]. Để hạn chế sự gia tăng của BKLN, TCYTTG đã đưa ra các định hướng kiểm soát BKLN trong đó tiếp cận theo hướng lồng ghép, lấy dự phòng làm nền tảng, đẩy mạnh phòng, chống yếu tố nguy cơ, tư vấn, quản lý điều trị và nâng cao năng lực hệ thống giám sát [78, 96].

Việt Nam là một trong những quốc gia hiện đang phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật kép. Các BKLN có diễn biến phức tạp, gia tăng nhanh chóng và trở thành mối quan tâm, lo ngại của ngành y tế cũng như của toàn xã hội. TCYTTG ước tính trong năm 2014, Việt Nam có khoảng hơn 520.000 trường hợp tử vong thì 73% là do các BKLN [85], đến năm 2016, số ca tử vong đã tăng lên đến 549.000 trường hợp, trong đó tử vong do các BKLN chiếm tới 77% (44% trường hợp tử vong do BKLN trước 70 tuổi) [92]. Trước tình hình gia tăng các BKLN làm ảnh hưởng tới sức khỏe, chất lượng sống của người dân, tổn thất nặng nề về kinh tế, ảnh hưởng tới an sinh xã hội, ngày 20/3/2015 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 376/QĐ - TTg về việc “Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống BKLN giai đoạn 2015 - 2025”. Trong đó, chiến lược đã đặt ra chỉ tiêu 50% số người bị tăng huyết áp, đái tháo đường được phát hiện và 50% số người phát hiện bệnh được quản lý,

điều trị theo hướng dẫn chuyên môn, 90% các trạm y tế xã/phường có đủ thuốc, thiết bị thiết yếu để thực hiện dự phòng, quản lý điều trị một số BKLN phổ biến [20].

Hà Nội là thủ đô, trung tâm kinh tế, văn hóa và chính trị của cả nước, với sự phát triển kinh tế mạnh mẽ [21]. Hà Nội cũng là nơi tập trung đông dân cư với hơn 7,3 triệu người trên diện tích 3.358,9 km², mật độ 2182 người/km², đặc biệt là sự biến động dân số mạnh mẽ do tình trạng di cư dân số từ các tỉnh khác về [47]. Do vậy các hoạt động liên quan đến phòng chống BKLN cũng đang có rất nhiều thách thức. Để thực hiện mục tiêu giảm tỉ lệ mắc và tử vong do các BKLN, thành phố Hà Nội cũng đã triển khai một số hoạt động phòng chống BKLN. Tuy nhiên, các hoạt động phòng chống BKLN giai đoạn này mới chỉ thực hiện ở một số điểm, vẫn còn mang tính chất riêng lẻ, chưa có hệ thống, chưa lồng ghép nên chưa bền vững và kém hiệu quả.

Trước tình hình đó, câu hỏi đặt ra là: Thực trạng triển khai hoạt động phát hiện bệnh, quản lý và điều trị BKLN được triển khai như thế nào tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn của thành phố Hà Nội? Những giải pháp nào hiệu quả, phù hợp thực tế nhằm cải thiện chất lượng hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị BKLN tại các TYT xã của thành phố Hà Nội? Để trả lời được những câu hỏi đó, đề tài nghiên cứu ***“Thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế của thành phố Hà Nội và hiệu quả một số giải pháp can thiệp, 2016 - 2019”*** đã được thực hiện với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế, thành phố Hà Nội, 2016.
2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm y tế huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017 – 2019.

CHƯƠNG 1.

TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm có liên quan và nội dung cơ bản

1.1.1. Khái niệm và nhiệm vụ của trạm Y tế xã

➤ *Khái niệm trạm Y tế xã, phường, thị trấn*

Trạm Y tế xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là trạm Y tế xã) là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế nhà nước, có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã. (Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ Y tế)

➤ *Nhiệm vụ của trạm Y tế xã*

– Thực hiện các hoạt động chuyên môn kỹ thuật:

- + Về Y tế dự phòng;
- + Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh;
- + Về chăm sóc sức khỏe sinh sản;
- + Về cung ứng thuốc thiết yếu;
- + Về quản lý sức khỏe cộng đồng;
- + Về truyền thông, giáo dục sức khỏe;

– Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản

- Phối hợp các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình, thực hiện cung cấp các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật;
- Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân;
- Thường trực ban chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn;
- Thực hiện kết hợp quân- dân y theo tình hình thực tế ở địa phương;
- Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công phân cấp và theo quy định của pháp luật;
- Thực hiện chế độ thống kê báo cáo theo quy định;
- Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc trung tâm Y tế huyện và chủ tịch ủy ban nhân dân cấp xã giao.

1.1.2. Bệnh không lây nhiễm

➤ Khái niệm bệnh không lây nhiễm

Bệnh không lây nhiễm, hay còn gọi là bệnh mãn tính, không phải là kết quả của quá trình lây nhiễm cấp tính do đó không có tính chất lây truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người. Đây là nhóm bệnh có thời gian phát triển chậm, kéo dài trong nhiều năm, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài [69, 89].

➤ Các bệnh không lây nhiễm thường gặp

Hiện nay bốn loại BKLN được quan tâm nhất đó là các bệnh tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ...); ung thư; bệnh đường hô hấp mạn tính (như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản); đái tháo đường (chủ yếu là đái tháo đường típ 2) [69].

1.1.3. Khái niệm điều trị

Điều trị là được coi là một quá trình cung cấp các dịch vụ y tế, quá trình quản lý và chăm sóc bệnh nhân với các nỗ lực khắc phục một vấn đề sức khỏe, thường là sau khi chẩn đoán. Trong lĩnh vực y tế, nó thường đồng nghĩa với liệu pháp hay phép chữa bệnh.

1.1.4. Khái niệm quản lý

Không có một định nghĩa duy nhất cho thuật ngữ quản lý. Tùy từng tình huống cụ thể mà có các định nghĩa về quản lý khác nhau. Một số định nghĩa quản lý thường được sử dụng:

Quản lý là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả: Trong khái niệm quản lý này đề cập đến quản lý con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ, và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo kế hoạch một cách tích cực, có trách nhiệm để đạt được mục tiêu đề ra.

Quản lý là làm cho mọi người biết việc cần làm và làm cho việc đó hoàn thành: Những việc, hoạt động, dịch vụ y tế hoặc chăm sóc sức khỏe được ghi trong kế hoạch hoặc được thông qua phải được thực hiện.

Quản lý còn là quá trình làm việc cùng nhau và thông qua các cá nhân, các nhóm cũng như những nguồn lực khác để hoàn thành mục tiêu của tổ chức.

Quản lý là biết kết hợp những nỗ lực, sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả, động viên con người, tạo ra bộ máy lãnh đạo, chỉ đạo và kiểm tra một tổ chức hoặc một hệ thống nhằm đạt tới một loạt các mục tiêu: Nguồn lực chính để thực hiện các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hay giải quyết mọi công việc khác là nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và kể cả thời gian. Tuy nhiên nguồn lực không phải là vô tận, nên việc sử dụng các

nguồn lực đòi hỏi phải như thế nào để có hiệu quả nhất, nghĩa là với chi phí về nguồn lực nhỏ nhất mà vẫn đạt được mục tiêu đề ra.

Quản lý là tác động của chủ thể lên đối tượng theo mục tiêu nhất định. Chủ thể quản lý là cá nhân hay tổ chức- những đại diện có quyền hạn và trách nhiệm liên kết, phối hợp những hoạt động riêng lẻ của từng cá nhân hướng tới mục tiêu chung nhằm đạt được kết quả nhất định trong quản lý.

Quản lý là các hoạt động hướng tới việc sử dụng và phối hợp các nguồn lực của tổ chức một cách hiệu năng và hiệu quả nhằm đạt được mục tiêu của tổ chức.

1.1.5. Khái niệm quản lý điều trị

Quản lý và quản trị bao gồm các nỗ lực, vận dụng nguồn lực đảm bảo các khung chính sách chiến lược, và thiết lập các văn bản pháp quy hỗ trợ kết hợp với việc giám sát hiệu quả, quan tâm đến thiết kế hệ thống và tính trách nhiệm để từ đó xây dựng sự liên kết trong hệ thống [68]

Trong y tế, quản lý y tế và quản lý điều trị là một trong những chức năng của hệ thống y tế, vận dụng các nguồn lực và thiết lập các chính sách nhằm đảm bảo cho sự phát triển của hệ thống và duy trì các hoạt động y tế, hoạt động điều trị hiệu quả qua đó đạt được các mục tiêu của hệ thống y tế đó là chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân và cộng đồng.

Một số chỉ số dùng để đánh giá năng lực quản lý điều trị:

- Kiến thức, thực hành về quản lý điều trị cho bệnh nhân;
- Số bệnh nhân được quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm,...

Tuy nhiên để có khái niệm cụ thể hơn về quản lý điều trị cần có các nghiên cứu để đưa ra định nghĩa rõ ràng trong thời gian tới.

1.1.6. Khái niệm năng lực

Có rất nhiều khái niệm về “Năng lực” được đưa ra. Từ điển Bách khoa Việt Nam định nghĩa “Năng lực là đặc điểm của cá nhân thể hiện mức độ thông thạo - tức là có thể thực hiện một cách thành thực và chắc chắn - một hay một số dạng hoạt động nào đó” [29]. Theo Trần Trọng Thủy và Nguyễn Quang Uẩn: “Năng lực là tổng hợp những thuộc tính độc đáo của cá nhân phù hợp với những yêu cầu đặc trưng của một hoạt động nhất định, nhằm đảm bảo việc hoàn thành có kết quả tốt trong lĩnh vực hoạt động ấy” [34]. Tác giả khác lại cho rằng, “Năng lực là thuộc tính cá nhân cho phép cá nhân thực hiện thành công hoạt động nhất định, đạt kết quả mong muốn trong những điều kiện cụ thể” [25].

Trên quốc tế, ‘Năng lực’ được định nghĩa là khả năng đáp ứng các yêu cầu của cá nhân hoặc xã hội để thực hiện một hoạt động hoặc hoàn thành một nhiệm vụ nhất định. Chúng được phát triển thông qua hành động và tương tác trong cả bối cảnh giáo dục hoặc nghề nghiệp chính thức và không chính thức, đồng thời đòi hỏi phải vượt ra khỏi sự tái tạo đơn thuần của kiến thức thu được. Ở cấp độ cao nhất, khái niệm “Năng lực” ngụ ý lựa chọn và thích ứng từ bên trong các quá trình thu được những quá trình cần thiết để giải quyết một nhiệm vụ hoặc vấn đề phức tạp chưa biết [61].

1.1.7. Năng lực quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã

Áp dụng các cấu phần trong hệ thống y tế, năng lực của các trạm y tế để thực hiện nhiệm vụ quản lý điều trị BKLN được thể hiện đầy đủ qua 3 nội dung: i) Đầu vào; ii) Quá trình hay việc triển khai các nhiệm vụ; và iii) Kết quả triển khai.

- Đầu vào để thực hiện quản lý điều trị BKLN bao gồm:
 - + Chính sách, tổ chức cho quản lý điều trị BKLN;
 - + Nhân lực của của TYT dành cho quản lý điều trị BKLN;
 - + Thuốc và thiết bị thiết yếu, tài liệu, sổ sách cho quản lý điều trị BKLN;
 - + Hệ thống thông tin y tế;
 - + Kinh phí dành cho hoạt động quản lý điều trị BKLN
- Quá trình hay việc triển khai các nhiệm vụ: các TYT có các nhiệm vụ trong quản lý điều trị BKLN, cụ thể:
 - + Sàng lọc/phát hiện sớm
 - + Quản lý đối tượng là việc lập danh sách người bệnh
 - + Quản lý điều trị BKLN
- Đầu ra (cải thiện tình trạng sức khỏe của cộng đồng/người bệnh):
 - + Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được phát hiện
 - + Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được lập danh sách để quản lý đối tượng
 - + Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được quản lý điều trị
 - + Tăng tỷ lệ điều trị BKLN đạt mục tiêu.

1.1.8. Khái niệm yếu tố nguy cơ và vai trò của việc nhận biết được yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm

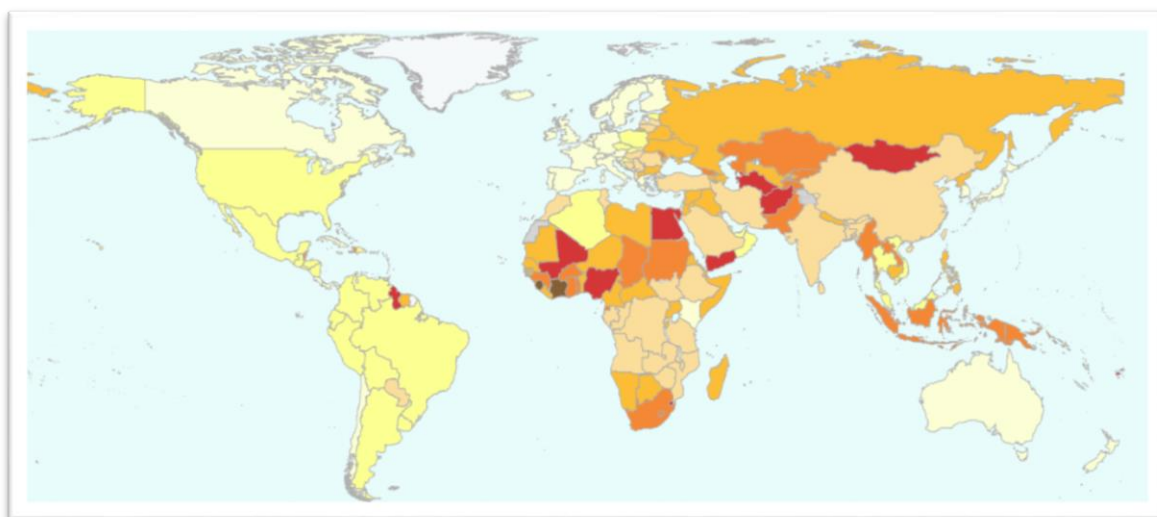
Khác với bệnh lây nhiễm thường xác định được nguyên nhân cụ thể, như trực khuẩn Kok gây bệnh lao, phẩy khuẩn Vibrio cholera gây bệnh Tả... các BKLN thường không có nguyên nhân rõ ràng. Tuy nhiên có những nhóm yếu tố quan trọng tác động đến quá trình phát sinh những bệnh này gọi là các yếu tố nguy cơ (YTNC). Nguy cơ của nhóm BKLN chủ yếu do lối sống thiếu lành mạnh với 4 yếu tố chính là thuốc lá, rượu, bia, ít hoạt động thể lực và chế độ

ăn, uống không hợp lý, và tác động từ các yếu tố môi trường không thuận lợi như môi trường kinh tế - xã hội, môi trường chính trị,.. Tuy nhiên, do đây là nhóm bệnh có thể phòng ngừa và điều trị được, và những bệnh thuộc nhóm này có chung một vài yếu tố nguy cơ, vì vậy kiểm soát tốt những yếu tố nguy cơ chung có thể phòng ngừa được đồng thời nhiều BKLN khác nhau [69, 89].

1.2. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm và một số nguyên tắc/định hướng trong phòng chống bệnh không lây nhiễm trên thế giới và Việt Nam

1.2.1. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm trên thế giới và tại Việt Nam

1.2.2.1. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm trên thế giới



Hình 1.1. Tỷ lệ tử vong toàn cầu do bệnh không lây nhiễm ở cả hai giới, năm 2016

(Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, 2018) [91]

Các bệnh không lây nhiễm hiện đang là thách thức của toàn cầu và gánh nặng lớn đối với xã hội và hệ thống y tế. Tháng 5/2019, tại hội nghị về Y tế thường niên của WHO tại Geneva, Thụy Sĩ, một lần nữa các bệnh không lây nhiễm được nhắc đến là một nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới khi

dẫn đến cái chết của 41 triệu người mỗi năm, chiếm 71% tỷ lệ chết, trong đó có tới 15 triệu người chết sớm trong độ tuổi từ 30- 69 [91].

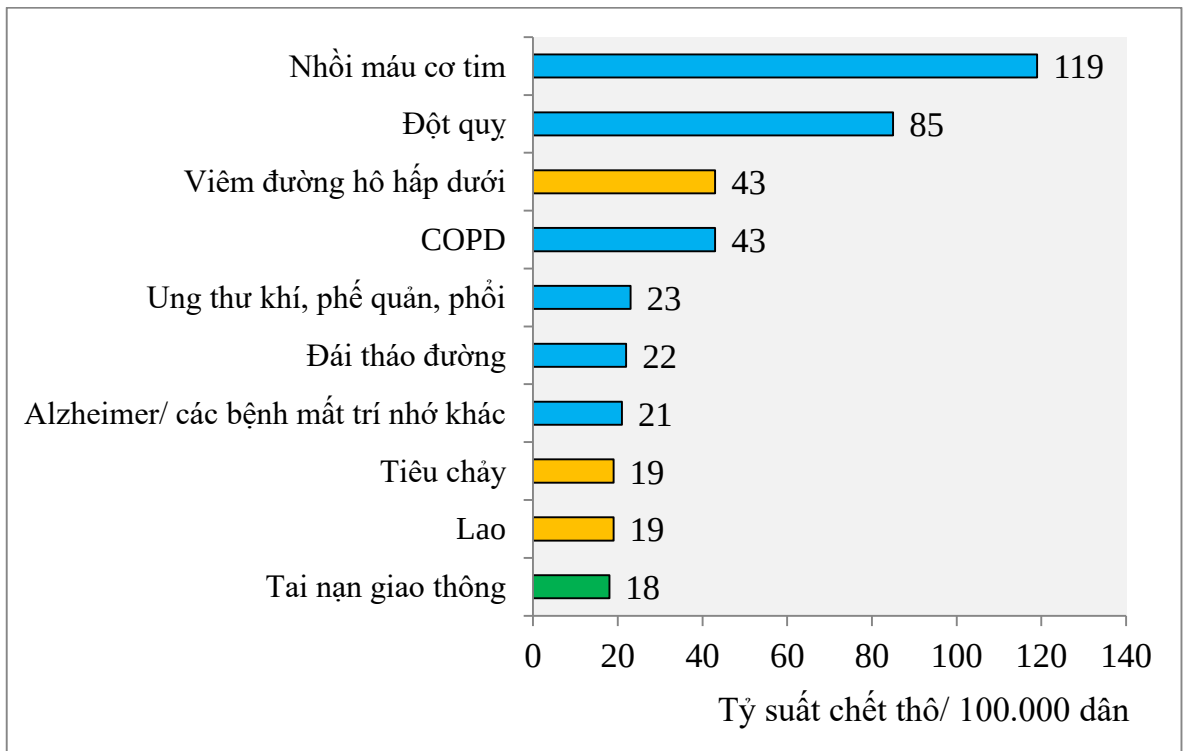
Ngoài ra, đáng nói hơn là có tới hơn 85% số ca tử vong sớm xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, tức là 12,75 triệu người trên toàn cầu tử vong trong độ tuổi từ 30 - 69 mỗi năm do BKLN [87, 88, 91].

Bảng 1.1. Phân bố gánh nặng bệnh tật theo DALYs của bệnh không lây nhiễm theo nhóm thu nhập của các nước, năm 2000 và 2015 [86]

Nhóm thu nhập	Năm 2000		Năm 2015	
	DALYs	Tỷ lệ %	DALYs	Tỷ lệ %
Nhóm nước thu nhập thấp	78.926	6,15	110.345	7,14
Nhóm nước thu nhập dưới trung bình	417.185	36,73	604.304	39,08
Nhóm nước thu nhập trên trung bình	487.966	38,04	566.139	36,61
Nhóm nước thu nhập cao	244.695	19,08	265.640	17,17
Tổng	1.282.773	100,00	1.546.428	100,00

Gánh nặng bệnh tật, tử vong của BKLN được đánh giá khi áp dụng chỉ số DALY (Disability Adjusted life year - Năm sống tàn tật hiệu chỉnh), cho thấy số năm sống khỏe bị mất đi do mắc bệnh, tử vong. Một DALY được coi là một năm sống khỏe bị mất đi.

Trong khi chỉ số DALYs của nhóm BKLN ở các nước có thu nhập trên trung bình và thu nhập cao giảm đi trong vòng 15 năm từ năm 2000 - 2015 thì ở các nước có thu nhập thấp và dưới trung bình, chỉ số DALYs của nhóm BKLN đã tăng lên đáng kể, từ 6,15% năm 2000 tăng lên 7,14% năm 2015 đối với nước có thu nhập thấp và từ 36,73% lên 39,08% giai đoạn 2000 - 2015 với nước có thu nhập dưới trung bình [86].



Biểu đồ 1.1. Mười nguyên nhân tử vong toàn cầu năm 2015

(Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, 2017) [89]

Theo TCYTTG, 6 trên 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu thuộc về các bệnh nhóm BKLN (Biểu đồ 1.1). Đứng đầu 10 nguyên nhân là nhồi máu cơ tim với tỷ suất chết thô là 119/100.000 dân. Tiếp theo là đột quỵ với 85/100.000 dân. Các BKLN khác lần lượt đứng vị trí thứ tư đến thứ bảy với tỷ suất chết thô dao động từ 21 - 43/100.000 dân [89].

Những BKLN vừa được nhắc đến phần lớn thuộc về 4 nhóm bệnh chính đó là tim mạch, ung thư, đái tháo đường và bệnh đường hô hấp mạn tính. Trong khi các bệnh đường hô hấp mạn tính (bao gồm hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) (gây ra 3,9 triệu trường hợp tử vong), bệnh đái tháo đường (là nguyên nhân của 1,6 triệu ca tử vong) là hai căn nguyên gây tử vong đứng thứ 3 và thứ 4, thì tim mạch, ung thư là những nguyên nhân chính với số mắc và số tử vong cao trong nhóm BKLN [87, 88]. Tim mạch là

nguyên nhân gây hàng đầu gây tử vong. Năm 2015 khoảng 422,7 triệu trường hợp mắc bệnh tim mạch và 17,92 triệu ca tử vong [74], chiếm 45% tổng số người tử vong do BKLN [87, 88], và chiếm 31% tổng số trường hợp tử vong toàn cầu [89]. Đứng thứ hai về nguyên nhân tử vong trong nhóm BKLN là ung thư. Trong năm 2015, trên thế giới đã có 17,5 triệu trường hợp được phát hiện mắc ung thư với 8,7 triệu ca tử vong, chiếm 22% số ca tử vong do BKLN. Tổng số gánh nặng bệnh tật của ung thư trên toàn thế giới năm 2015 là 208,3 triệu DALYs tính trên cả hai giới nam và nữ [57].

Bên cạnh việc tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn cầu, nhóm BKLN đang gây ra gánh nặng rất lớn cho sự phát triển kinh tế - xã hội tại các quốc gia, đặc biệt là tại các nước đang phát triển. Theo TCYTTG, tổn thất kinh tế tích lũy do BKLN ở các nước có thu nhập thấp và trung bình ước tính có thể lên tới 7.000 tỷ đô la Mỹ giai đoạn 2011 - 2025 [79]. Báo cáo của Trường Đại học Harvard, Mỹ năm 2010 cho thấy thế giới đã bị tổn thất khoảng 290 tỷ USD cho bệnh ung thư; 863 tỷ USD cho bệnh tim mạch; 2,1 nghìn tỷ cho bệnh COPD, gần 500 tỷ USD cho bệnh đái tháo đường và 2,5 nghìn tỷ USD cho nhóm bệnh tâm - thần kinh. Con số này sẽ tiếp tục tăng lên gấp 2 - 3 lần vào năm 2030 (458 tỷ USD với bệnh ung thư; 1,04 nghìn tỷ USD cho bệnh tim mạch; 4,8 nghìn tỷ USD cho bệnh COPD; 745 tỷ USD cho bệnh đái tháo đường và 6,0 nghìn USD cho bệnh tâm - thần kinh) [95].

Các BKLN có thể ngăn ngừa được thông qua một chiến lược phòng, phát hiện sớm và điều trị tích cực, đồng thời can thiệp hiệu quả giảm các YTNC như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý, và ít vận động thể lực. Khi các YTNC chính được phòng ngừa thì có thể giảm được 1/3 số bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, đột quỵ, đái tháo đường và 40% bệnh nhân ung thư mỗi năm [82].

1.2.2.2. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam

Bảng 1.2. Xu hướng bệnh tật, tử vong giai đoạn 1976 - 2018 (%)

Chương bệnh		1976	1986	1996	2006	2016	2018
Bệnh truyền nhiễm	Mắc	55,5	59,2	37,63	24,94	20.79	18.58
	Chết	53,06	52,10	33,13	12,23	12.24	8.14
Bệnh không lây nhiễm	Mắc	42,65	39,00	50,02	62,40	69.11	71.42
	Chết	44,71	41,80	43,68	61,62	63.34	80.38
Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	Mắc	1,84	1,80	12,35	12,66	10.10	10.00
	Chết	2,23	6,10	23,20	25,15	24.42	11.48

Trong những năm gần đây, bệnh không lây nhiễm tiếp tục có xu hướng gia tăng ở nước ta. Nếu năm 2013, tỷ lệ tử vong do bệnh này chiếm hơn 69%, thì theo thống kê của WHO, ở Việt Nam trong năm 2016, 77% các trường hợp tử vong mỗi năm của nước ta là do các bệnh không lây nhiễm, trong đó các bệnh tim mạch chiếm 31%, ung thư chiếm 19%, các bệnh không lây nhiễm khác chiếm 18%. Và hiện nay, bệnh không lây nhiễm đã chiếm hơn 70% tỷ lệ mắc và hơn 80% các trường hợp tử vong tại Việt Nam.

Bệnh tim mạch bao gồm các bệnh mạch vành, ngời máu cơ tim, đột quy,... là nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất trong số các BKLN, chiếm 33% tổng số các trường hợp tử vong năm 2014 [85]. Số liệu thống kê năm 2003 đã cho thấy bệnh tim mạch tác động tới mọi nhóm tuổi, đặc biệt là nhóm người già là nhóm tuổi chịu tác động rõ rệt nhất tại vùng nông thôn Việt Nam, với 78% các ca tử vong do bệnh tim mạch xảy ra ở nhóm tuổi từ 50 trở lên, và 56% trường hợp xảy ra ở nhóm tuổi từ 70 trở lên [64]. Nghiên

cứu tiếp theo năm 2006 cũng một lần nữa đưa ra những bằng chứng cho thấy tác động của bệnh tim mạch lên các nhóm tuổi khác nhau, đặc biệt là nhóm từ 50 tuổi trở lên [65]. Bên cạnh đó, trong nhóm bệnh tim mạch, đột quỵ là nguyên nhân chính làm tăng gánh nặng bệnh tật ở nam giới, chiếm 10% tổng gánh nặng bệnh tật ở nam giới và 14% gánh nặng do tử vong sớm. Đột quỵ cũng là nguyên nhân thứ hai làm gia tăng gánh nặng bệnh tật ở nữ giới, chiếm 10% tổng gánh nặng bệnh tật ở nữ giới và 17% gánh nặng do tử vong sớm, theo đánh giá đầu tiên về gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam của tác giả Nhung và cộng sự [73]. Ngoài ra, theo điều tra Step năm 2015 cho biết, tỷ lệ có tới 47,3 người dân bị tăng huyết áp (tức là khoảng 20,8 triệu dân), trong đó lại có 39,1% số ca không được phát hiện (tức khoảng 8,1 triệu người). Đây là một con số vô cùng đáng báo động [16].

Đái tháo đường đang có xu hướng ngày càng tăng theo thời gian. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (2018), vào năm 2016, Việt Nam có tỷ lệ tử vong do đái tháo đường là 4% [90]. Tuy nhiên chỉ sau đó 1 năm, theo nghiên cứu được đăng trên Annals of Global Health của tác giả Nguyễn Bích Ngọc và các cộng sự đã chỉ ra, tỷ lệ có khoảng 5,76 triệu người mắc bệnh tiểu đường hiện đang sống ở Việt Nam. Tỷ lệ bệnh đái tháo đường được điều chỉnh theo độ tuổi trong dân số Việt Nam đã tăng thêm 2% so với năm 2016, tức đạt khoảng 6% trong năm 2017 [72]. Theo dự báo, Việt Nam mỗi năm có thêm khoảng 88.000 người mắc đái tháo đường mới [6].

Ung thư là nhóm bệnh đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong theo cơ cấu bệnh tật ở Việt Nam. Theo TCYTTG, Việt Nam đứng thứ 78 trong 172 quốc gia vùng lãnh thổ được xếp hạng và đứng thứ 3 khu vực Đông Nam Á về tỷ lệ chết do ung thư, với 110 ca/100.000 người [84]. Theo ước tính năm 2012 Việt Nam có khoảng 125.000 người được chẩn đoán ung thư và con số này sẽ tăng lên

gần 190.000 vào năm 2020. Ở nam giới, ba bệnh ung thư phổ biến nhất hiện nay là ung thư gan (16.815 trường hợp mắc mới), ung thư phổi (16.082 trường hợp mắc mới) và ung thư dạ dày (9.406 trường hợp mắc mới). Trong khi đó nữ giới, ung thư vú đứng hàng đầu với 11.067 ca mắc, tiếp theo là ung thư phổi (5.783 trường hợp) và ung thư gan (5.182 trường hợp). [6, 84].

Bệnh đường hô hấp mạn tính là nguyên nhân tiếp theo có tỷ lệ tử vong trong nhóm BKLN. Hiện nay trong nhóm bệnh đường hô hấp mạn tính, theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2015, tỷ lệ hiện mắc ước tính của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 4,2% trong khi đó hen phế quản là 3,9% và xu hướng tiếp tục tăng lên trong thời gian tới.

Già hóa dân số ở Việt Nam là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới gánh nặng bệnh tật do BKLN. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đã tăng từ 65 tuổi vào năm 1980 lên 73,1 tuổi năm 2013, đưa Việt Nam trở thành một trong số các quốc gia có tỷ lệ già hóa dân số nhanh nhất. Năm 2010, ở nhóm người từ 70 tuổi trở lên, tử vong do BKLN chiếm 85% tổng tử vong và 86% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY. Đối với nhóm 50-69 tuổi, BKLN chiếm 82% tổng tử vong và 82% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY. Tỷ lệ dân số tuổi cao càng lớn, gánh nặng do BKLN càng tăng. Phân tích cho thấy, BKLN chiếm 8 trên 10 nguyên nhân gây tử vong và 9 trên 10 nguyên nhân gây năm sống tàn tật của người 70 tuổi trở lên.

1.2.2. Một số nguyên tắc trong phòng chống bệnh không lây nhiễm

1.2.2.1. Định hướng phòng chống bệnh không lây nhiễm trên thế giới

Những năm gần đây, trước sự phát triển nhanh chóng của BKLN và gánh nặng của các bệnh này lên sức khỏe toàn cầu, và là một thách thức đối với sự phát triển của mỗi quốc gia và của ngành y tế, TCYTTG với nhiều nỗ

lực khác nhau đã thúc đẩy các quốc gia thực hiện nhiều biện pháp để phòng, kiểm soát, và giám sát các BKLN. Bên cạnh đó TCYTTG đã thông qua dự thảo chiến lược toàn cầu ngăn ngừa các BKLN, nhấn mạnh vai trò quan trọng của chế độ ăn uống lành mạnh, chế độ dinh dưỡng và rèn luyện thân thể trong việc ngăn ngừa và kiểm soát bệnh tật; sự tham gia tích cực của các nước thành viên TCYTTG, các cơ quan Liên Hợp Quốc, và các tổ chức phi chính phủ trong việc chủ động kiểm soát và dự phòng nhằm ngăn chặn và giảm nguy cơ phát triển của các bệnh không lây nhiễm [83]. Đại hội đồng Liên hợp quốc cũng cho thấy tầm quan trọng của việc phòng và kiểm soát BKLN thông qua Hội nghị cấp cao về phòng chống BKLN vào tháng 9/2011. Hội nghị đã thông qua “Tuyên bố chính trị của Đại hội đồng về phòng chống BKLN”, trong đó đưa ra các cam kết về một số nội dung trọng tâm như: 1) tiếp cận với cấp độ chính phủ và toàn xã hội; 2) giảm thiểu yếu tố nguy cơ và xây dựng môi trường lành mạnh; 3) tăng cường chính sách quốc gia và hệ thống y tế; 4) giám sát BKLN; và 5) nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế [80].

Tại hội nghị các Bộ trưởng Bộ Y tế toàn cầu về lối sống lành mạnh và BKLN được tổ chức tại Moscow ngày 28 - 29 tháng 4 năm 2011 với sự tham dự của lãnh đạo Bộ Y tế đến từ 162 quốc gia đã đưa ra Tuyên bố Moscow khẳng định những tác động trầm trọng và ngày càng gia tăng của BKLN và các yếu tố nguy cơ đối với sự phát triển kinh tế, xã hội và sức khỏe con người trên toàn cầu, đồng thời cam kết thực hiện các hành động phòng chống BKLN của Bộ Y tế, quốc gia và của quốc tế [81].

Năm 2017, định hướng phòng chống BKLN một lần nữa đã được đưa vào Chương trình nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững năm 2017. Tại sự kiện này, lãnh đạo Nhà nước và Chính phủ các nước tham gia đã khẳng định BKLN đang là một thách thức lớn đối với sự phát triển bền vững của mỗi

quốc gia và khu vực, đồng thời đưa ra cam kết hành động nhằm giảm gánh nặng bệnh tật, giảm tỷ lệ tử vong sớm do BKLN giai đoạn tới năm 2030. Những mục tiêu cụ thể về BKLN cũng được đưa ra thảo luận các cuộc họp cấp cao của Đại hội đồng liên hợp quốc vào các năm 2011; 2014, và sắp tới là năm 2018 để xây dựng tiến trình và tạo ra sự đồng thuận giữa các quốc gia về mục tiêu giảm gánh nặng bệnh tật của BKLN, giai đoạn 2018 - 2030.

Bảng 1.3. Mục tiêu toàn cầu phòng, chống bệnh không lây nhiễm [52]

Mục tiêu	Nội dung
Mục tiêu toàn cầu 1	Giảm 25% tỉ lệ tử vong chung của các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
Mục tiêu toàn cầu 2	Giảm ít nhất 10% tỉ lệ dùng đồ uống có cồn ở mức có hại
Mục tiêu toàn cầu 3	Giảm 10% tỉ lệ ít hoạt động thể lực
Mục tiêu toàn cầu 4	Giảm 30% mức tiêu thụ muối trung bình quần thể
Mục tiêu toàn cầu 5	Giảm 30% tỉ lệ sử dụng thuốc lá so với hiện tại,
Mục tiêu toàn cầu 6	Giảm 25% tỉ lệ tăng huyết áp so với hiện tại,
Mục tiêu toàn cầu 7	Ngăn chặn sự gia tăng tỉ lệ đái tháo đường và béo phì,
Mục tiêu toàn cầu 8	Ít nhất 50% bệnh nhân cần điều trị được nhận thuốc và tư vấn để phòng ngừa nhồi máu cơ tim và đột quỵ,
Mục tiêu toàn cầu 9	80% các cơ sở y tế công và tư có sẵn các trang thiết bị cơ bản không quá đắt tiền và thuốc thiết yếu, cần thiết cho điều trị các bệnh không lây nhiễm chủ yếu

Nhằm hỗ trợ các quốc gia về định hướng và kỹ thuật, Đại hội Y tế lần thứ 66 đã thông qua “Kế hoạch Hành động Toàn cầu về phòng ngừa và kiểm soát BKLN giai đoạn 2013 - 2020”, với 9 mục tiêu toàn cầu tập trung đến dự

phòng các yếu tố nguy cơ và quản lý các BKLN. Đây sẽ là cơ sở cho các nước trên thế giới xây dựng kế hoạch phòng chống BKLN và đề xuất phương hướng phối hợp mang tính khu vực trong giai đoạn tiếp theo từ đây đến năm 2030 [89]. Chín mục tiêu được mô tả theo bảng 1.3.

1.2.2.2. *Một số chương trình/hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm tại các quốc gia trên thế giới*

Một số quốc gia trên thế giới đã và đang triển khai thành công các chương trình/ hệ thống phòng, chống BKLN. Tại Canada và 23 nước Châu Âu, “*Chương trình CINDI - Can thiệp quốc gia về bệnh không lây nhiễm*” đã được thành lập với sự hỗ trợ của TCYTTG giới đồng thời dựa trên đề xuất của Ủy ban Châu Âu năm 2002 về tính cần thiết thiết lập một chương trình phòng ngừa và kiểm soát các bệnh mạn tính tại khu vực. Mục tiêu của chương trình tập trung vào giám sát để xác định và theo dõi xu hướng của các BKLN và các yếu tố nguy cơ. Điểm mạnh của chương trình đó là các hoạt động được triển khai theo khung chiến lược can thiệp đã được các quốc gia cùng xây dựng, được áp dụng linh hoạt, phù hợp với tình hình thực tiễn về BKLN của từng quốc gia và khu vực. Chương trình CINDI cũng bao gồm các hoạt động trao đổi kinh nghiệm quốc tế giữa các quốc gia, và nâng cao năng lực hệ thống như các chương trình đào tạo, chia sẻ thông tin, các đợt giám sát hỗ trợ giữa các quốc gia.... [77].

Một mô hình khác của hoạt động phòng chống BKLN đã được triển khai tại Campuchia ở tuyến huyện dựa trên đặc điểm của hệ thống y tế công cộng tại quốc gia này. Tuyến huyện là tuyến y tế đầu tiên trong hệ thống y tế công cộng, đã rất thành công trong triển khai phòng chống các bệnh truyền nhiễm và chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em. Ứng dụng hệ thống y tế đầu tiên để cung cấp các dịch vụ y tế và cấp phát thuốc liên quan đến BKLN đã được triển khai

cũng bước đầu đem đến những kết quả nhất định. Tuy nhiên, hạn chế về nhân lực, sự phát triển chưa đồng đều giữa các tuyến và hệ thống chuyển tuyến, cùng việc thiếu thuốc và trang thiết bị dẫn đến hoạt động phòng chống BKLN chưa thực sự hiệu quả, đòi hỏi cần có sự kết hợp giữa các chương trình phòng bệnh và giữa hệ thống y tế nhà nước, y tế tư nhân để tiết kiệm nguồn lực, ngân sách [60].

Đối với các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu triển khai tại tuyến y tế cơ sở được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu cho việc kiểm soát BKLN [67]. Trong năm 2010, TCYTTG đã xây dựng gói can thiệp thiết yếu phòng chống BKLN, ứng dụng phương thức chăm sóc sức khỏe ban đầu để thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát BKLN cho những khu vực khó khăn. Đây là gói can thiệp áp dụng các phương pháp phát hiện sớm và chẩn đoán BKLN bằng công nghệ không đắt tiền, các giải pháp dùng thuốc và không dùng thuốc để kiểm soát các yếu tố nguy cơ và các thuốc có giá chấp nhận được để phòng ngừa, điều trị các BKLN chính [78]. Mô hình gói can thiệp này đã được thử nghiệm tại hai nước Bhutan và Sri Lanka đã thu được một số kết quả nhất định [70]. Tại Bhutan, việc triển khai gói can thiệp thiết yếu phòng chống BKLN tại tuyến xã đã giúp nâng cao năng lực của y tế cơ sở trong chẩn đoán, quản lý BKLN, và hiệu quả của hoạt động khám sàng lọc đối với tăng huyết áp; đái tháo đường, giúp giảm nguy cơ của nhóm bệnh tim mạch. Tuy còn nhiều điểm hạn chế, nhưng mô hình này hiện đang được từng bước triển khai trên toàn quốc [55, 56].

1.2.2.3. Một số nguyên tắc/định hướng trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam

Hiện nay, Việt Nam đang trong giai đoạn “dân số già hóa” thể hiện qua số lượng và tỷ lệ người cao tuổi tăng lên. Theo dự báo tỷ lệ người từ 65 tuổi trở lên sẽ tăng 20% vào năm 2035 và đến năm 2049 tỷ lệ này là 25% [46]. Sự gia tăng người cao tuổi sẽ dẫn đến sự gia tăng nhóm BKLN. Theo các quy định hiện nay như thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/2/2016 quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú, người có bệnh mạn tính, BKLN sẽ chỉ được kê đơn thuốc 30 ngày [7], do đó người bệnh cần quay lại bệnh viện khám lấy thuốc hàng tháng. Sự gia tăng số lượng và tỷ lệ người cao tuổi như dự báo cùng với sự gia tăng tỷ lệ mắc và tử vong của nhóm BKLN sẽ dẫn đến sự quá tải của các bệnh viện, phòng khám trong tương lai do lượng người cao tuổi đến khám và lấy thuốc định kỳ tăng lên.

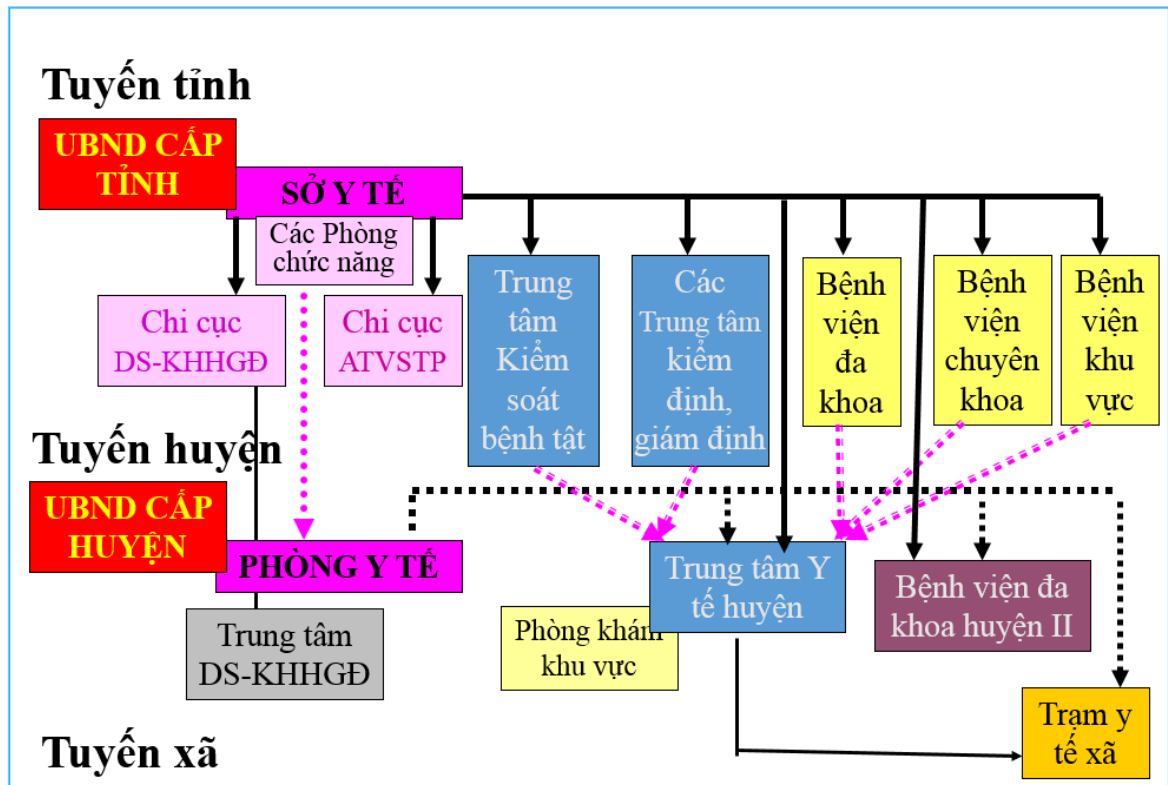
Để giảm gánh nặng của BKLN trong tương lai, Bộ Y tế và Chính phủ đã ban hành nhiều chính sách nhằm từng bước kiểm soát các BKLN, giảm quá tải các bệnh viện tuyến trên thông qua đưa hoạt động quản lý và điều trị BKLN về tuyến y tế cơ sở là tuyến xã. Quyết định số 376/QĐ-TTg của Chính phủ đã phê duyệt “Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2015- 2025”, trong đó nhấn mạnh “90% cơ sở Y tế xã, phường, thị trấn có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu theo quy định phục vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo hệ thống đôi với bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản phù hợp” [20]. Ngoài ra ngày 20/12/2019 Bộ Y tế đã ký Quyết định số 5904/QĐ-BYT ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm Y tế xã” [13].

Một số nguyên tắc trong phòng chống bệnh không lây nhiễm như sau [20]:

- Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân, trong đó các cấp chính quyền trực tiếp chỉ đạo, ngành Y tế là nòng cốt;
- Kiểm soát nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với **chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây nhiễm**;
- Nguồn lực đầu tư cho hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm được huy động từ nhiều nguồn, trong đó ngân sách Nhà nước tập trung vào kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát, phát hiện bệnh sớm.

1.3. Giới thiệu về hệ thống Y tế, Y tế dự phòng của thành phố Hà Nội

Hệ thống Y tế Việt Nam hiện nay mở rộng tới tận xã phường với cơ cấu tổ chức chặt chẽ và công tác chỉ đạo, điều hành thống nhất từ trung ương đến địa phương, phân cấp theo 4 tuyến: Trung ương; tỉnh/thành phố, quận/huyện/thị xã và xã/phường/thị trấn, trong đó TYT xã/ phường là đơn vị y tế đầu tiên tiếp xúc với người bệnh trong cộng đồng. Hiện nay tuyến xã phường có hơn 11.000 TYT xã/phường với hơn 100.000 nhân viên y tế thôn, ấp/cộng tác viên hoạt động tại cộng đồng đóng góp vai trò quan trọng trong hệ thống YTDP. Trạm Y tế là đơn vị y tế cuối cùng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe công lập, đảm nhiệm chức năng chăm sóc sức khỏe ban đầu và hỗ trợ, giám sát các hoạt động của mạng lưới y tế thôn bản trong các nhiệm vụ như tuyên truyền, giáo dục sức khỏe; phát hiện và báo cáo dịch bệnh [8].



Hình 1.2. Tổ chức hệ thống Y tế Việt Nam

Theo Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn", Trạm y tế xã, phường, thị trấn hiện nay có 9 nhiệm vụ chuyên môn, bao gồm: 1) Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật (y tế dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe sinh sản, cung ứng thuốc thiết yếu, quản lý sức khỏe cộng đồng, truyền thông giáo dục sức khỏe); 2) Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản; 3) Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật; 4) Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân; 5) Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công

tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn; 6) Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương; 7) Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.; 8) Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật; 9) Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao [5].

Tuy nhiên, cụ thể đối với nhóm BKLN, một số nhiệm vụ chính trạm y tế xã, phường, thị trấn cần thực hiện bao gồm: i) Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống BKLN; ii) Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về các yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, y tế học đường, dinh dưỡng cộng đồng; iii) Tổ chức các hoạt động khám, chữa bệnh có liên quan. Đồng thời trạm y tế cũng có nhiệm vụ triển khai việc quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, các trường hợp mắc BKLN, bệnh mạn tính và phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường [5].

1.4. Thực trạng năng lực trong phòng chống, quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam

Một hệ thống y tế nói chung và phòng chống BKLN nói riêng cần có các cấu phần cần thiết để vận hành, đó là: Quản lý và quản trị hệ thống, Nhân lực, Tài chính, Dược- Trang thiết bị - Công nghệ, và Hệ thống thông tin y tế. Các cấu phần này đóng vai trò rất quan trọng để y tế hoạt động có hiệu quả.

1.4.1. Thực trạng về chính sách, tổ chức

Lãnh đạo và quản trị bao gồm sự đảm bảo các khung chính sách chiến lược, kết hợp với việc giám sát hiệu quả, xây dựng sự liên kết, các văn bản pháp quy, quan tâm đến thiết kế hệ thống và tính trách nhiệm. Đánh giá thực trạng ngành y tế cho thấy năng lực hoạch định chính sách, chiến lược, năng

lực kiểm tra, theo dõi, giám sát còn hạn chế và bộ máy tổ chức hệ thống y tế còn nhiều điểm bất cập [68]. Thực tế, đã có nhiều văn bản quy phạm pháp luật hoặc những chính sách, kế hoạch được ban hành nhằm hỗ trợ triển khai hoạt động này được hiệu quả nhất. Ngoài những chính sách liên quan đến dự phòng BKLN, như Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 77/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 17 tháng 6 năm 2002 phê duyệt “Chương trình phòng chống một số BKLN giai đoạn 2002 - 2010” với mục tiêu giảm tỷ lệ mắc và tử vong của các BKLN trong đó bao gồm các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và rối loạn sức khỏe tâm thần (động kinh, trầm cảm) [19]. Tiếp theo đó, vào ngày 20/3/2015, Thủ tướng chính phủ đã phê duyệt “Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025”, nhằm hướng đến thực hiện đạt nhiều mục tiêu tự nguyện toàn cầu. Trong đó, chiến lược nhân mạnh, đến năm 2025 đảm bảo 50% số người bị tăng huyết áp, đái tháo đường được phát hiện và 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn, 90% các trạm y tế xã/phường có đủ thuốc, thiết bị thiết yếu để thực hiện dự phòng, quản lý điều trị một số BKLN phổ biến... [20].

Đề tập trung cho công tác quản lý điều trị BKLN tại tuyến cơ sở, Nghị quyết Trung ương Đảng số 20/TW ban hành ngày 25/10/2017 về Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã đưa ra các chỉ tiêu rất quan trọng: i) Đến năm 2025: > 90% dân số được quản lý sức khỏe; 95% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm; ii) Đến năm 2030: > 95% dân số được quản lý sức khỏe; 100% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm [1]. Tiếp theo, Thông tư

39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2018 ban hành quy định về gói dịch vụ cơ bản cho y tế cơ sở đã đề cập đến các thuốc, thiết bị và dịch vụ thiết yếu cho phát hiện, quản lý điều trị BKLN tại tuyến cơ sở [10]. Bên cạnh đó, Quyết định số 2559/QĐ-BYT ngày 20/4/2018 về Tăng cường thực hiện điều trị, quản lý THA, ĐTD theo nguyên lý y học gia đình tại các TYT giai đoạn 2018-2020. Quyết định đã cụ thể hoá Nghị quyết Trung ương Đảng số 20/NQ-TW ban hành ngày 25/10/2017: i) Đến năm 2019, 100% trạm y tế được đào tạo về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTD) theo nguyên lý y học gia đình; ii) Đến năm 2020, ít nhất 70% trạm y tế thực hiện dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý THA theo nguyên lý y học gia đình; ít nhất 40% trạm y tế thực hiện dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý ĐTD theo nguyên lý y học gia đình; và iii) Đến năm 2020, ít nhất 40% người trưởng thành từ 40 tuổi trở lên được đo huyết áp và đánh giá nguy cơ đái tháo đường [11].

Đặc biệt, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 5904/QĐ - BHYT ngày 20/12/2019 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN tại trạm y tế xã", nhằm tăng cường hiệu quả công tác chẩn đoán, điều trị, quản lý BKLN tại TYT xã, chuẩn hóa, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn về BKLN cho TYT xã [15]. Đây là hướng dẫn quản lý điều trị một số BKLN phổ biến đầu tiên dành cho trạm y tế xã.

Tác động của 5 hợp phần đầu vào trên đã tác động tới chất lượng cung ứng dịch vụ y tế bao gồm các hoạt động khám chữa bệnh, dự phòng và nâng cao sức khỏe người dân. Qua đó cũng ảnh hưởng đến chất lượng nâng cao sức khỏe nhân dân cũng như tác động vào sự phát triển kinh tế xã hội của Việt Nam hiện nay [6, 68].

1.4.2. Thực trạng nhân lực

Nhân lực y tế đóng vai trò quan trọng, là yếu tố cần đảm bảo đủ về số lượng với sự phân bổ hợp lý và vững về chuyên môn để có thể đảm nhiệm được nhiệm vụ được giao ở những vị trí khác nhau. Hiện nay theo báo cáo của Bộ Y tế, tính đến năm 2014, trung bình cả nước ước tính có 7,8 bác sĩ/vạn dân, 78% trạm y tế xã có bác sĩ hoạt động và 95% thôn bản có nhân viên y tế hoạt động. Tuy nhiên thực tế cho thấy việc phân bổ nhân lực chưa đồng đều, tình trạng thiếu nhân lực, nhất là bác sĩ tại tuyến y tế cơ sở vẫn là vấn đề tồn tại, đặc biệt là những khu vực Trung du và miền núi phía Bắc. Bên cạnh đó, chất lượng nhân lực y tế, nhất là tuyến y tế cơ sở trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh còn rất hạn chế [6].

Một số nghiên cứu cho thấy năng lực của đội ngũ y cán bộ y tế TYT xã tại một số địa phương còn yếu, không đủ khả năng để chẩn đoán và xử trí các bệnh thông thường (Theo Theo Viện Chiến lược và Chính sách Y tế). Trong một nghiên cứu đánh giá năng lực chuyên môn của nhân viên y tế tuyến xã cho thấy hơn 50% bác sĩ và y sĩ trả lời sai các câu hỏi về bệnh tim mạch và bệnh nội khoa. Y sĩ hiện đang tham gia công tác phòng và khám chữa bệnh ở TYT xã về các BKLN, nhưng thời gian được đào tạo cho các nội dung này trong chương trình đào tạo y sĩ rất hạn chế, chỉ là 5 đơn vị học trình (75 tiết) lý thuyết và 4 tuần thực hành cho tất cả các bệnh thông thường nội khoa. Với chương trình đào tạo chỉ 2 năm như hiện nay, y sĩ sau khi ra trường không thể đủ năng lực để khám, phát hiện bệnh và rất khó để tham gia vào quản lý các BKLN [4]. Thực tế, nghiên cứu của Hồ Văn Hải năm 2012 - 2014 tại huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tàu, chỉ ra, các nhân viên y tế xã có kiến thức về THA còn rất hạn chế: 40% phân độ THA sai, 70% không hiểu mục tiêu điều trị THA và 80% không hiểu rõ về sử dụng thuốc điều trị THA, do có tới 60% nhân viên chưa được tập huấn về chẩn đoán, điều trị THA. Về thực hành: 50%

nhân viên y tế xã đo huyết áp chưa đúng kỹ thuật, 70% tư vấn cho bệnh nhân chưa đầy đủ về các biện pháp thay đổi lối sống, 90% kê đơn thuốc điều trị THA chưa hợp lý [28]. Nghiên cứu tiếp theo năm 2014 trên 116 xã/phường/thị trấn về hoạt động phòng chống BKLN cũng đưa ra một thực trạng tương tự khi cho thấy hoạt động nâng cao năng lực trong phòng chống BKLN tại tuyến y tế cơ sở chưa được quan tâm khi số lượng cán bộ y tế tuyến xã được tập huấn về phòng, chống các BKLN khá thấp, $1,77 \pm 1,07$ [41].

Tuy nhiên thực tế triển khai các hoạt động phòng chống BKLN tại tuyến xã còn gặp phải nhiều khó khăn. Theo đánh giá của Bộ Y tế năm 2014, mặc dù hầu hết các xã/phường/thị trấn đều có trạm y tế với độ bao phủ dịch vụ rộng khắp, nhưng mạng lưới y tế cơ sở vẫn chưa đủ khả năng cung cấp các dịch vụ thiết yếu cho hoạt động phòng chống BKLN, do nhân lực còn hạn chế về số lượng và yếu về chất lượng, đồng thời trang thiết bị và thuốc thiết yếu còn thiếu, và sự phối hợp giữa hệ dự phòng và hệ điều trị dẫn đến một số can thiệp và dịch vụ cần thiết của BKLN chưa thể thực hiện tại tuyến y tế xã, phường. Chính những khó khăn này đã khiến cho nhiều gói dịch vụ trong gói can thiệp thiết yếu phòng chống BKLN theo khuyến cáo của TCYTTG chưa thể thực hiện tại tuyến xã cũng như tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện [4]. Trước đó, trong nghiên cứu năm 2011, tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự cũng nhấn mạnh hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với phòng ngừa BKLN tại Việt Nam chủ yếu dựa trên các yếu tố nguy cơ đơn lẻ chứ chưa có sự kết hợp giữa các yếu tố nguy cơ. Bên cạnh đó, các hoạt động triển khai lại thiếu đi sự hợp tác đa ngành, sự phối hợp giữa các chương trình, trong khi ngân sách cho hoạt động còn hạn hẹp, chi phí cho điều trị và thuốc cao mà chương trình bảo hiểm y tế lại không bao phủ hết các loại thuốc. Ngoài ra, thiếu nguồn nhân lực cả về số lượng và chất lượng cùng với cơ sở vật chất và

trang thiết bị và thuốc thiết yếu theo khuyến nghị của TCYTTG vẫn tiếp tục là vấn đề tồn tại ở các cơ sở y tế tuyến xã cho hoạt động phòng chống BKLN [66]. Nghiên cứu tiếp theo năm 2014 trên 116 xã/phường/thị trấn về hoạt động phòng chống BKLN cũng đưa ra một thực trạng tương tự khi cho thấy hoạt động nâng cao năng lực trong phòng chống BKLN tại tuyến y tế cơ sở chưa được quan tâm khi số lượng cán bộ y tế tuyến xã được tập huấn về phòng, chống các BKLN khá thấp, $1,77 \pm 1,07$. Tình trạng thiếu thuốc, trang thiết bị cho hoạt động phòng và kiểm soát BKLN khá phổ biến, chỉ có 13,8% và 7,8% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thiết bị và thuốc thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế [41].

Ngoài ra, nghiên cứu của Lê Hoàng Nam và các cộng sự trên 20 trạm y tế xã, phường thuộc huyện Hoa Lư và Thành phố Tam Điệp, tỉnh Ninh Bình về thực hành quản lý 4 bệnh gồm tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), hen phế quản (HPQ) và ung thư (UT) của cán bộ y tế tuyến xã năm 2017, đã chỉ ra, kết quả: Chỉ 25% cán bộ y tế làm công tác quản lý BKLN ở tuyến xã là bác sỹ [32]. Nguyễn Thị Phương Lan và cộng sự tại tuyến Y tế cơ sở tỉnh Thái Nguyên cho thấy, có 20% và 10% cán bộ y tế tại trạm y tế tham gia quản lý THA, ĐTĐ. Hoạt động sàng lọc THA, ĐTĐ chủ yếu còn mang tính thụ động [39]. Trong nghiên cứu về năng lực triển khai các hoạt động chuyên môn của Trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, thành phố khu vực phía Bắc, Nguyễn Thị Phương Liên cùng một số tác giả đã chỉ ra : Kiểm soát bệnh không lây nhiễm (11/28 tỉnh) là một trong ba lĩnh vực hoạt động chuyên môn còn hạn chế (<50%) [40].

1.4.3. Thực trạng đáp ứng thuốc (dược), trang thiết bị Y tế

Dược phẩm, vắc-xin và sinh phẩm y tế cũng như những đầu tư cho trang thiết bị y tế cho các tuyến là những yếu tố đầu vào không thể thiếu cho hệ thống y tế vận hành. Tuy nhiên tại Việt Nam hiện nay giá thuốc còn cao, chất

liệu và nguyên liệu làm thuốc còn chưa được kiểm soát chặt chẽ, việc sử dụng thuốc còn chưa an toàn và hợp lý, thiếu tính bền vững trong việc cung ứng còn gặp nhiều thách thức [68]. Ngoài ra, việc đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng và trang thiết bị cho y tế cơ sở còn gặp nhiều khó khăn do nhiều dự án, kế hoạch còn hạn chế về kinh phí nên chưa thể thực hiện, nhiều trạm y tế xã hiện nay còn thiếu về diện tích, thiếu phòng và xuống cấp nghiêm trọng [6].

Thực tế một số nghiên cứu đã chỉ ra : Tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự trong nghiên cứu tại huyện Đông Hỷ, Thái Nguyên năm 2011 đã chỉ ra, bệnh nhân mắc ĐTD rất hiếm khi được điều trị ở TYT xã và chỉ một số ít TYT xã có thuốc để điều trị. Thuốc chống THA có sẵn trong các TYT xã, đặc biệt ở các xã nằm trong dự án của Tổ chức Y tế thế giới. Tuy nhiên, không phải tất cả các loại thuốc dành cho THA đều có sẵn, như không có TYT xã nào có Statins, và chỉ có 3 xã có thuốc chặn kênh Beta. Các quy trình/hướng dẫn giáo dục sức khỏe về phát hiện sớm các BKLN đều không có trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu của huyện Đông Hỷ. Không những vậy, mặc dù tất cả các TYT xã ở huyện Đông Hỷ đều được xếp vào loại đạt tiêu chuẩn quốc gia, tuy nhiên, các dụng cụ và trang thiết bị liên quan đến dự phòng và điều trị BKLN lại không đáp ứng được các tiêu chí của Tổ chức Y tế thế giới cho chăm sóc sức khỏe ban đầu [58].

Hay nghiên cứu vào năm 2014 trên 116 xã/phường/thị trấn về hoạt động phòng chống BKLN đã chỉ ra tình trạng thiếu thuốc, trang thiết bị cho hoạt động phòng và kiểm soát BKLN khá phổ biến, chỉ có 13,8% và 7,8% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thiết bị và thuốc thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế [41].

Báo cáo kết quả thực hiện dự án phòng chống THA, đến hết năm 2013, cho biết : thuốc điều trị THA ở tuyến y tế xã, phường chưa đầy đủ. Các nhóm thuốc hạ huyết áp có trong danh mục thuốc được BHYT chi trả ở các cơ sở

KCB tuyến tỉnh và tuyến huyện (tức là các bệnh viện hạng đặc biệt đến hạng IV) khá đầy đủ, nhưng hạn chế ở tuyến xã (cơ sở y tế khác) [2].

1.4.4. Thực trạng hệ thống thông tin y tế

Hệ thống thông tin y tế được xây dựng nhằm thu thập, phân tích và cung cấp các thông tin tin cậy, kịp thời nhằm giúp cho việc hoạch định chính sách và quản lý các hoạt động của hệ thống y tế. Tuy nhiên hiện nay chính sách về hệ thống thông tin y tế chưa đầy đủ, khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng số liệu còn hạn chế, phân tích và sử dụng số liệu thống kê còn yếu. [68].

1.4.5. Thực trạng phân bổ kinh phí

Ngoài ra, theo khung lý thuyết, một số yếu tố khác cũng tác động đến khả năng cung ứng dịch vụ y tế đó là nguồn kinh phí. Cần huy động đủ nguồn kinh phí đầu tư cho Y tế với cơ cấu hợp lý để đảm bảo người dân có khả năng tiếp cận và sử dụng được các dịch vụ y tế khi cần thiết. Tuy nhiên, thực trạng cho thấy vấn đề kinh phí hiện nay luôn là thách thức đối với hệ thống y tế tại Việt Nam khi nguồn kinh phí chi tiêu cho y tế công còn thấp, sự phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế còn hạn chế, độ bao phủ bảo hiểm y tế chưa cao và kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn [68]. Các số liệu gần đây đều cho thấy tỷ lệ chi công cho tổng chi phí y tế có xu hướng giảm, từ 49,4% năm 2010 xuống 44,1% năm 2012. Tỷ lệ chi ngân sách nhà nước cho y tế chưa đạt 10% tổng chi ngân sách nhà nước do những khó khăn của nền kinh tế vĩ mô. Nguồn chi trả bảo hiểm y tế chỉ đóng góp 15,8% tổng chi y tế năm 2012. Viện trợ quốc tế đã giảm từ 4% năm 2010 xuống 2% năm 2015 [6].

1.4.6. Thực trạng kết quả triển khai phòng chống bệnh không lây nhiễm:

quản lý, điều trị và giám sát BKLN (thống kê, báo cáo)

Với việc phê duyệt chương trình phòng chống BKLN, cũng như các dự án liên quan, từ năm 2002 đến nay, hoạt động phòng, chống BKLN đã được Nhà nước phân bổ ngân sách hàng năm. Đây là nguồn tài chính chủ yếu để

bảo đảm triển khai các hoạt động phòng chống BKLN. Tuy nhiên, do Việt Nam vẫn chưa xây dựng mạng lưới giám sát BKLN, do đó chưa thiết lập được cơ sở dữ liệu quốc gia với số liệu chuẩn hóa, thống nhất, toàn diện và mang tính hệ thống. Hiện tại số liệu có được chỉ mang tính riêng lẻ cho từng BKLN và chủ yếu dựa vào các dự án liên quan, chứ chưa có sự kết nối với nhau, vẫn còn chồng chéo, dẫn đến lãng phí nguồn lực, và nguồn ngân sách. Báo cáo đánh giá về thực trạng hoạt động phòng chống BKLN của hệ y tế dự phòng năm 2014 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương cho thấy một thực trạng tương tự khi tính đến hết năm 2014, hoạt động phòng và kiểm soát BKLN tuy đã được triển khai tại tất cả các tuyến trên toàn quốc nhưng với các mức độ và quy mô khác nhau do hoạt động quản lý và điều phối liên quan đến BKLN chưa được thống nhất. Đầu mỗi chính từng hoạt động còn rời rạc [51].

Hiện nay một số biện pháp đã được đưa ra nhằm nâng cao chất lượng quản lý và triển khai hoạt động phòng, chống BKLN. Đối với tuyến y tế cơ sở, đó là tăng cường phối hợp giữa các đơn vị tổ chức lớp tập huấn đào tạo giảng viên tuyến tỉnh về quản lý điều trị tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) theo nguyên lý y học gia đình tại trạm y tế xã cho học viên là lãnh đạo, cán bộ TTYT, bệnh viện trên địa bàn [18]. Bên cạnh đó, Cục Y tế Dự phòng – Bộ Y tế cũng đề xuất và đưa ra các giải pháp để nâng cao năng lực cho hoạt động này, đó là bổ sung, cập nhật nội dung đào tạo về phòng chống BKLN trong các chương trình đào tạo của các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y; chú trọng các chương trình đào tạo bác sỹ gia đình, cử nhân y tế công cộng, cử nhân điều dưỡng và dinh dưỡng tiết chế; Tăng cường đào tạo nâng cao năng lực phòng chống BKLN cho đội ngũ cán bộ y tế phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ của từng tuyến. Bảo đảm đào tạo và đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống BKLN; Ưu tiên đào tạo lại cán bộ y tế xã, y

tế trường học, y tế cơ quan, xí nghiệp và y tế thôn bản thông qua chương trình đào tạo toàn diện và lồng ghép phòng chống các BKLN nhằm bảo đảm cung cấp dịch vụ trong dự phòng, quản lý điều trị và chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế và cộng đồng,... [22].

Một vài mô hình quản lý BKLN và nâng cao sức khỏe cũng đã được triển khai tại một vài tỉnh/thành phố trong thời gian qua đã cho thấy những kết quả và những khó khăn, thách thức đối với hoạt động phòng chống BKLN tại Việt Nam. Mô hình đánh giá yếu tố nguy cơ và nâng cao sức khỏe tại các trạm y tế xã của Đồng Hỷ, Thái Nguyên của tác giả Lại Đức Trường cho thấy các yếu tố nguy cơ quan trọng của nhóm BKLN tại địa phương đồng thời đưa ra các giải pháp can thiệp phù hợp trên nhóm đối tượng 45 – 64 tuổi thông qua hoạt động: truyền thông giáo dục; huy động sự tham gia và thúc đẩy hoạt động cộng đồng; thực hiện các hoạt động quản lý đối tượng có nguy cơ cao (sàng lọc đối tượng nguy cơ cao, tư vấn tại hộ gia đình và thành lập và duy trì hoạt động của câu lạc bộ sức khỏe), quản lý và theo dõi, giám sát các hoạt động của mô hình; và tổ chức nâng cao năng lực cho cán bộ tại địa phương qua hình thức cầm tay, chỉ việc. Hoạt động của mô hình đã tăng cường hiểu biết của cộng đồng về BKLN để từ đó có những thay đổi hành vi nguy cơ phù hợp. Đồng thời mô hình với các giải pháp đề ra cũng có tác động tốt đối với hoạt động phòng chống tăng huyết áp khi làm giảm tỷ lệ tăng huyết áp độ 2, và độ 3 tới 5,7%, tăng tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp được quản lý tốt 29,7%; cao gấp 9 lần so với tỷ lệ chung của toàn tỉnh [31].

Một vài mô hình khác cũng đã và đang được triển khai trong những năm qua như mô hình quản lý BKLN tại xã Phú Cường, huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình năm 2012 - 2013 với các hoạt động khám sàng lọc phát hiện bệnh nhân, quản lý, điều trị, tư vấn cho bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường. Đồng

thời các hoạt động truyền thông phòng chống tăng huyết áp và đái tháo đường cũng được triển khai tại địa phương. Mô hình đã góp phần nâng cao năng lực cho cán bộ y tế tuyến xã trong phát hiện và quản lý bệnh nhân mắc BKLN và nâng cao nhận thức cộng đồng về yếu tố nguy cơ và nhóm BKLN. Đây cũng là mô hình đầu tiên thử nghiệm tại Hòa Bình để từ đó rút ra bài học kinh nghiệm, đề xuất ứng dụng, nhân rộng mô hình ra các xã khác trên địa bàn tỉnh Hòa Bình [48].

Mô hình dự phòng, phát hiện, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm và tâm thần tại cộng đồng tỉnh Hà Nam cũng đang được triển khai trong thời gian từ 2015 - 2017 với mục đích hỗ trợ và tăng cường hiệu quả các hoạt động dự phòng, giám sát, phát hiện, quản lý một số BKLN và rối loạn tâm thần tại tuyến y tế cơ sở. Sáu hoạt động chính bao gồm: tập trung vào kiện toàn tổ chức mạng lưới y tế từ tuyến tỉnh đến tuyến xã, tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế thông qua các khóa đào tạo ngắn hạn và qua các hoạt động theo hình thức cầm tay, chỉ việc, hỗ trợ các trang thiết bị và dụng cụ cho tuyến xã, triển khai các hoạt động dự phòng tại cộng đồng, củng cố mạng lưới thông tin giám sát về BKLN. Mô hình được triển khai với mong muốn tăng cường năng lực hệ thống y tế để dự phòng, phát hiện sớm, quản lý điều trị BKLN tại cộng đồng, tăng tỷ lệ người có nguy cơ cao được có cơ hội tiếp cận các dịch vụ dự phòng, phát hiện sớm, và tăng số người phát hiện bệnh được điều trị, quản lý tại cộng đồng theo hướng dẫn chuyên môn [50].

Và gần đây, trong năm 2017, tác giả Nguyễn Thị Thúy Nga và cộng sự một lần nữa cũng ghi nhận những khó khăn tương tự của y tế tuyến cơ sở trong triển khai các hoạt động phòng chống BKLN, khi hiện nay hầu hết các trạm y tế mới chỉ tập trung vào hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe liên quan BKLN, chứ chưa đủ tiêu chuẩn để thực hiện khám sàng lọc, chẩn

đoán và điều trị BKLN. Cơ sở vật chất và năng lực của tuyến xã chưa thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến dự phòng và kiểm soát BKLN do đó chưa đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng về vấn đề này [71]. Nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Thành vào năm 2011 cho biết, TYT xã và y tế thôn bản của hai huyện thuộc tỉnh Bắc Giang chỉ phát hiện được gần 30% người mắc THA, còn lại chủ yếu đều là các bệnh viện huyện, tỉnh và các cơ sở y tế tư nhân khác phát hiện ra bệnh nhân. Ngoài ra, chỉ có khoảng 25% người bệnh mắc THA có được dùng thuốc chữa và có sổ theo dõi, còn lại 32,35% tuy được dùng thuốc chữa THA nhưng không có sổ theo dõi, và hơn 41% người bệnh không được dùng thuốc cũng không có sổ theo dõi thường xuyên. Không những vậy, chỉ có 2,31% người mắc THA điều trị tại TYT xã, tỷ lệ chưa được điều trị ở đâu cũng khá cao, chiếm tới hơn 36% [27]. một số huyện thuộc Bắc Giang, có tới 32% người bệnh chỉ được phát hiện THA khi đã có dấu hiệu của bệnh này, khoảng 18% được phát hiện trong khi khám sức khỏe, gần 15% là trong khi đi khám bệnh khác, tức là chỉ có khoảng 35,8% người bệnh được phát hiện do khám sàng lọc chủ động. Nghiên cứu này cũng chỉ ra, người THA được quản lý chủ yếu ở bệnh viện các tuyến (khoảng 22,8%) và điều đáng lo ngại là không một đối tượng nghiên cứu nào được quản lý THA ở TYT xã [26]. Hay theo báo cáo kết quả thực hiện dự án phòng chống THA, đến hết năm 2013, Tuy dự án đã được triển khai ở tất cả 63 tỉnh, thành phố trên cả nước, trên 70 ngàn cán bộ y tế đã được đào tạo, tập huấn về phòng chống THA, nhưng dự án này mới triển khai quản lý, khám sàng lọc tại 1116 xã, với 2,5 triệu người được khám và 724 695 người được quản lý điều trị bệnh, tức chỉ chiếm khoảng 10% tổng số xã phường trên toàn quốc [20].

Nhìn chung, kết quả thực hiện chương trình mục tiêu Quốc gia về Phòng chống BKLN đã chỉ ra, vẫn còn tồn tại một số khó khăn, hạn chế. Trong đó cho biết, tỷ lệ phát hiện, can thiệp, quản lý, điều trị các BKLN còn rất thấp:

Thông qua các chương trình sàng lọc, các dự án mới góp phần phát hiện khoảng gần 400.000 người THA (chiếm 3% trong tổng số khoảng 13 triệu người hiện mắc THA), phát hiện 66.000 người mắc ĐTĐ, khoảng 5000 bệnh nhân mắc COPD và hen phế quản. Trong số được phát hiện, tỷ lệ được quản lý điều trị cũng đạt thấp.

1.5. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu

Hà Nội là thủ đô của Việt Nam, trung tâm chính trị, kinh tế - xã hội và văn hóa, tiếp giáp với các tỉnh Thái Nguyên, Vĩnh Phúc ở phía Bắc, Hà Nam phía Nam, Bắc Giang, Bắc Ninh và Hưng yên phía Đông và Hòa Bình và Phú Thọ phía Tây. Với diện tích 3.358,9 km², dân số Hà Nội tính đến năm 2016 là 7.328.4 triệu người và mật độ 2182 người/km² [47]. Tỷ lệ bác sĩ tại Hà Nội hiện nay là 12,5 bác sĩ/10.000 dân.



Hình 1.3. Bản đồ hành chính thành phố Hà Nội

Hà Nội gồm 31 trung tâm y tế thành phố và Quận, huyện, thị xã; 12 quận nội thành và 18 huyện, thị ngoại thành; 52 phòng khám đa khoa trực thuộc 30 trung tâm Y tế, với 584 xã, phường, thị trấn gồm 386 xã, 177 phường, 21 thị

trấn. Trong đó có 227 trạm Y tế vùng 1 (168 trạm thuộc nội thành), 332 trạm Y tế vùng 2 và 25 trạm Y tế vùng 3 thuộc ngoại thành. Đặc thù của Hà Nội là các trạm Y tế vùng 1 thuộc nội thành do vị trí nằm gần các bệnh viện lớn trực thuộc trung ương và là nơi trình độ dân trí cao, điều kiện kinh tế người dân khá giả nên các trạm Y tế trực thuộc nội thành Hà Nội đa số không đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm Y tế.

Qua cuộc khảo sát thực địa tại các huyện ngoại thành và nội thành, cho thấy hoạt động phòng chống BKLN tại ngoại thành Hà Nội chọn đơn vị trạm Y tế là nơi khám chữa bệnh ban đầu, phát hiện, điều trị, quản lý, tư vấn BKLN, còn nội thành Hà Nội các phòng khám đa khoa là đơn vị phát hiện, điều trị, quản lý, tư vấn BKLN, nhưng thực sự cũng chưa đạt hiệu quả. Ngoại thành Hà Nội thì 100% các trạm Y tế đều có khám chữa bệnh BHYT và người dân đến khám tại trạm Y tế nhiều hơn, nhất là các trạm Y tế ở vùng xa như Ba Vì, Thạch Thất, Quốc oai, Mỹ Đức, Ứng Hòa, Mê Linh, Sóc Sơn.....

Hệ thống Y tế Dự phòng tại Hà Nội trong đó có các hoạt động phòng chống THA, bệnh ĐTĐ, Ung thư và COPD được phân bổ ở các đơn vị thường trực là riêng rẽ khác nhau, chưa quy về một đầu mối phụ trách triển khai (CDC Hà Nội: phòng chống THA, phòng chống bệnh ĐTĐ; Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hà Nội: COPD; Viện ung bướu Hà Nội: phòng chống Ung thư).

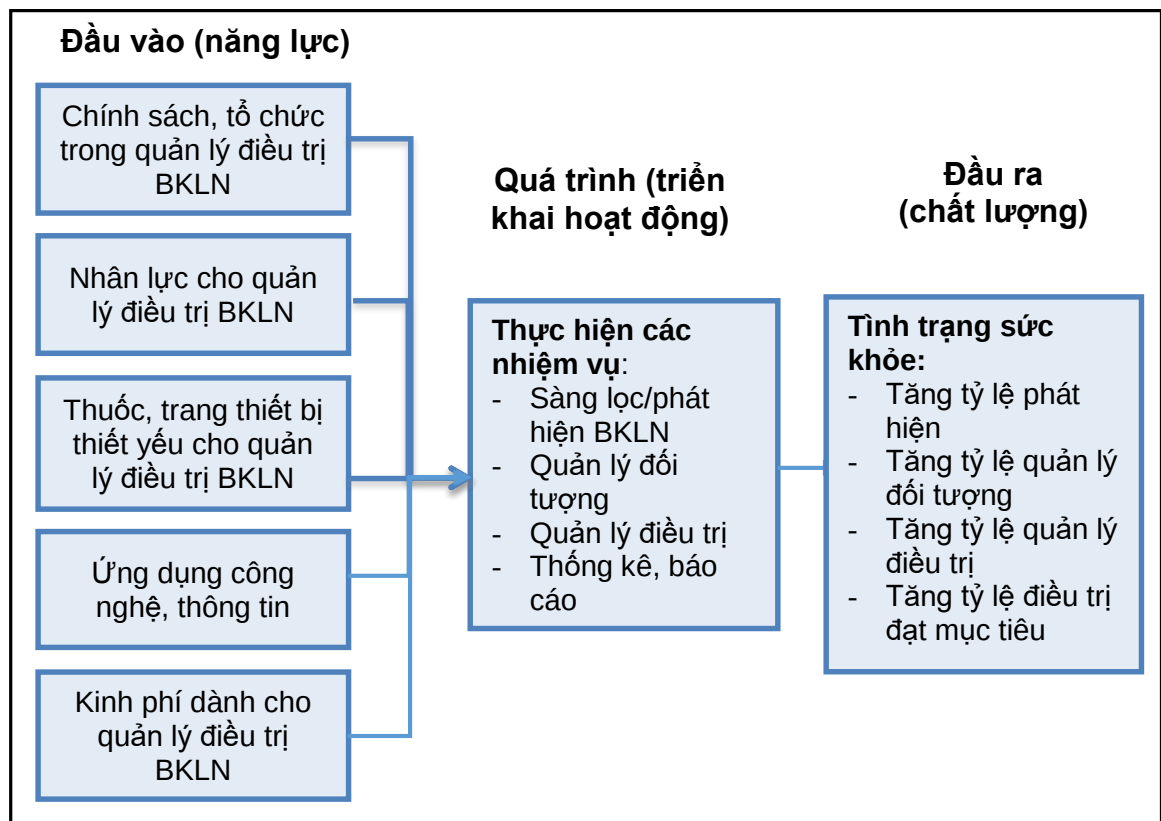
Hoạt động phòng chống BKLN của Hà Nội giai đoạn 2011- 2015 mà Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (nay là CDC Hà Nội) là đơn vị thường trực thuộc Sở Y tế Hà Nội thực hiện triển khai 2 dự án phòng chống THA và phòng chống bệnh ĐTĐ: trực tiếp xây dựng kế hoạch, tổ chức thực hiện, giám sát, thống kê, báo cáo hai hoạt động này và chủ yếu là hoạt động tổ chức khám sàng lọc cho người dân tại các trạm Y tế và mua thuốc cấp phát, quản lý hàng tháng tại đơn vị; còn chương trình phòng chống ung thư do bệnh viện U

bướu triển khai, phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn (COPD) do bệnh viện Lao và bệnh phổi Hà Nội triển khai. Giai đoạn 2011 - 2015 hoạt động phòng chống THA triển khai khám sàng lọc được 71 xã, phường, thị trấn của 30 quận, huyện, thị xã; hoạt động phòng chống bệnh ĐTD triển khai được 104 xã, phường, thị trấn ở 30 quận, huyện, thị xã. Do vậy, hoạt động phòng chống BKLN chưa đồng bộ tại 584 xã, phường, thị trấn và chưa quy về một đầu mối triển khai, và thực tế cho thấy khi chương trình không mua thuốc cấp phát cho người bệnh thì hoạt động phát hiện, quản lý, điều trị, tư vấn tại trạm Y tế lại kém hiệu quả, chưa bền vững. Năm 2016 do nguồn kinh phí mục tiêu cắt giảm, do vậy hoạt động mua thuốc không có kinh phí để mua cấp; hoạt động khám sàng lọc tại các trạm Y tế thực sự tốn kém. Do vậy, Hà Nội chỉ đạo 100% trạm Y tế khám, đo huyết áp cho tất cả các bệnh nhân đến khám tại trạm và hoạt động khám phát hiện mới tại các đơn vị triển khai trong đợt khám sức khỏe định kỳ. Hoạt động phòng chống bệnh ĐTD cũng được phân cấp chỉ tiêu tới các đơn vị TTYT quận/huyện/thị xã, khám phát hiện ca mắc mới tiền ĐTD, ĐTD tại phòng khám đa khoa, lồng ghép phát hiện sớm trong các đợt khám sức khỏe định kỳ. Hoạt động phòng chống COPD do viện Lao và bệnh phổi Hà Nội, phòng chống ung thư thuộc bệnh viện Ung bướu là cơ quan thường trực triển khai, thực chất các đơn vị này chủ yếu tập trung công tác điều trị và chưa tập trung dự phòng các bệnh này tại cộng đồng.

Thực hiện Quyết định số 4016/QĐ- UBND Hà Nội ngày 06/8/2018 về việc thành lập Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội (CDC Hà Nội) trên cơ sở tổ chức lại TTYT dự phòng Hà Nội trực thuộc Sở Y tế; quyết định quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của CDC Hà Nội, Khoa phòng chống BKLN của Trung tâm được thành lập và trực tiếp triển khai các hoạt động phòng chống các BKLN (THA, ĐTD); Tháng 3/2016

Sở Y tế Hà Nội đã có công văn chỉ đạo 30 quận, huyện, thị xã bố trí đầu mối triển khai hoạt động phòng chống BKLN nằm ở khoa Y tế công cộng và quản lý các bệnh xã hội, nhưng đa số các quận, huyện, thị xã còn bố trí ở nhiều khoa, phòng: Kế hoạch nghiệp vụ, xét nghiệm, dịch tễ, Y tế công cộng; hoạt động phòng chống ung thư ở khoa sức khỏe sinh sản, y tế công cộng...; COPD ở khoa Y tế công cộng, kế hoạch nghiệp vụ... Quận, huyện, thị xã còn bố trí lẻ tẻ chưa quy về một đầu mối thống nhất triển khai các hoạt động BKLN.

Khung lý thuyết



Hình 1.4. Khung lý thuyết đánh giá năng lực quản lý điều trị BKLN

Khung lý thuyết: Dựa vào nhiệm vụ của các trạm y tế trong quản lý điều trị BKLN và áp dụng khung lý thuyết trong đánh giá hệ thống y tế của Tổ chức Y tế Thế giới để xây dựng khung lý thuyết cho đề tài.

Khung lý thuyết: Năng lực của các trạm y tế để thực hiện nhiệm vụ quản lý điều trị BKLN được thể hiện đầy đủ qua 3 nội dung: i) đầu vào; ii) Quá trình hay việc triển khai các nhiệm vụ; và iii) Kết quả triển khai

- Đầu vào để thực hiện quản lý điều trị BKLN bao gồm:
 - Chính sách, tổ chức: Các văn bản chính sách, các hướng dẫn hiện hiện quản lý điều trị BKLN. Các văn bản chỉ đạo hướng dẫn từ tuyến trên (Bộ Y tế, Sở Y tế) đến các Viện hoặc các Trung tâm KSBT, TTYT huyện về quản lý điều trị BKLN.
 - Nhân lực của của TYT dành cho quản lý điều trị BKLN bao gồm các nội dung: sự phân công cán bộ chuyên trách, cán bộ tham gia, cán bộ đã được đào tạo/tập huấn các kỹ năng cần thiết để thực hiện nhiệm vụ quản lý điều trị BKLN.
 - Thuốc và thiết bị thiết yếu cho chẩn đoán và điều trị BKLN. Ngoài ra còn cần có các phác đồ điều trị, các hướng dẫn lâm sàng, các sổ sách cũng như bệnh án ngoại trú để thực hiện nhiệm vụ quản lý điều trị BKLN.
 - Công nghệ thông tin: Việc ứng dụng công nghệ thông tin rất quan trọng cho việc quản lý người bệnh như các phần mềm, các công cụ điện tử.
 - Kinh phí dành cho hoạt động quản lý điều trị BKLN: Kinh phí dành cho sàng lọc/phát hiện tại cộng đồng. Tại các TYT, hoạt động quản lý điều trị BKLN là nhiệm vụ khám chữa bệnh của trạm và được bảo hiểm y tế thanh toán.

- Quá trình hay việc triển khai các nhiệm vụ: các TYT có các nhiệm vụ trong quản lý điều trị BKLN, cụ thể:
 - Sàng lọc/phát hiện sớm: Các hoạt động sàng lọc/phát hiện sớm tại cộng đồng do YTTB thực hiện và gửi đến TYT. Bên cạnh đó TYT cũng thực hiện sàng lọc cơ hội tại TYT.
 - Quản lý đối tượng: Là việc lập danh sách người bệnh (dù họ được phát hiện và quản lý điều trị tại đâu).
 - Quản lý điều trị: TYT có nhiệm vụ quản lý điều trị THA độ 1, 2 chưa có biến chứng, quản lý điều trị duy trì người bệnh ĐTD đã được chẩn đoán và điều trị ban đầu tại tuyến trên và đến khi ổn định chuyển về cho TYT. Với COPD/hen, TYT có thể điều trị triệu chứng. TYT cũng có nhiệm vụ chăm sóc giảm nhẹ người bệnh ung thư....
- Đầu ra (cải thiện tình trạng sức khỏe của cộng đồng/người bệnh):
 - Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được phát hiện
 - Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được lập danh sách để quản lý đối tượng
 - Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được quản lý điều trị
 - Tăng tỷ lệ điều trị BKLN đạt mục tiêu.

CHƯƠNG 2.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tương ứng với 2 mục tiêu nghiên cứu, đề tài bao gồm 2 thiết kế nghiên cứu. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu được trình bày theo từng mục tiêu nghiên cứu.

2.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế, thành phố Hà Nội, 2016.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tài liệu sẵn có: *Tài liệu được chọn vào nghiên cứu bao gồm tài liệu điện tử hoặc tài liệu giấy của Trung ương và của Hà Nội về các nội dung sau:*
 - + Các văn bản hiện hành liên quan đến hoạt động phòng chống BKLN trong đó tập trung vào 4 nhóm bệnh: Đái tháo đường, Tăng huyết áp, Ung thư và Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
 - + Các kế hoạch chiến lược, kế hoạch triển khai phòng chống BKLN.
 - + Các tài liệu hướng dẫn, báo cáo liên quan đến hoạt động phòng, chống BKLN.
- Con người
 - + Lãnh đạo các đơn vị tham gia quản lý hoạt động của các TYT, bao gồm Sở Y tế, TTYTDP thành phố, TTYT huyện, phòng y tế, trạm trưởng TYT xã.
 - + Cán bộ tham gia vào hoạt động phòng, chống BKLN tại các TYT.
 - + Nhân viên y tế thôn.

- Các Trạm y tế xã/phường/thị trấn: (được gọi tắt là TYT) bao gồm các trang thiết bị, thuốc và sổ sách báo cáo lưu tại TYT.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

- Tháng 7 năm 2016 đến tháng 12 năm 2018.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ các Trạm y tế xã/phường/thị trấn trên địa bàn thành phố Hà Nội.

2.1.4. Thiết kế nghiên cứu

- Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

2.1.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu được tính toán theo từng phương pháp thu thập số liệu.

- Cỡ mẫu phát vấn (điều tra qua bộ câu hỏi tự điền gửi đến các Trạm y tế): Chọn toàn bộ 584 TYT xã/phường trên địa bàn thành phố Hà Nội.
- Cỡ mẫu điều tra trực tiếp tại các trạm y tế: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ, cỡ mẫu điều tra TYT được tính như sau:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cho TYT xã/phường/thị trấn

p: Tỷ lệ (%) TYT triển khai được các nhiệm vụ cơ bản trong phòng, chống BKLN (tức là thực hiện được 3 nhiệm vụ về phòng chống BKLN). Do không có số liệu tham khảo nên lấy $p = 0,5$ để có cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất. $Z = 1,96$ ứng với mức sai số 5%.

d: độ chính xác tuyệt đối. Cân đối giữa nguồn lực và thời gian cho phép, chọn $d = 0,1$.

Thay số vào ta được $n = 97$ và điều tra sẽ được thực hiện tại 100 TYT xã/phường/thị trấn trên tổng số 584 trạm Y tế.

- Cách chọn mẫu: Do Hà Nội chia làm khu vực nội thành và ngoại thành, mà tỷ số TYT của ngoại thành: nội thành = 2 : 1, do đó dựa theo tỷ lệ phân bố này, chọn 66 TYT xã và 34 TYT phường/thị trấn. Cách chọn mẫu được thực hiện như sau:
 - + Lập danh sách các quận/huyện của mỗi khu vực nội thành và ngoại thành với thứ tự tên của quận/huyện theo thứ tự ABC.
 - + Trong danh sách trên, tại mỗi quận/huyện, lập danh sách các TYT theo tên với thứ tự ABC.
 - + Trong danh sách TYT của mỗi khu vực nội thành và ngoại thành chọn ngẫu nhiên hệ thống lần lượt được 66 TYT cho khu vực 1 và 34 TYT cho khu vực 2.
- c) Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: chọn mẫu chủ đích, số lượng được tính theo bảng sau:

Bảng 2.1. Bảng cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính

STT	Đơn vị	Đối tượng	PVS	TLN
1	Sở Y tế	Lãnh đạo Sở Y tế Trưởng phòng Nghiệp vụ Y	2	
2	TTYTDP Hà Nội	Lãnh đạo	1	
		Cán bộ có liên quan		1
3	TTYT 2 quận, 2 huyện	Lãnh đạo trung tâm	4	
		Cán bộ có liên quan		4
4	10 Trạm Y tế	Trạm trưởng	10	
		Cán bộ TYT		8
		Nhân viên y tế thôn		8
		Cán bộ chuyên trách về BKLN	13	
	Tổng số		30	21

2.1.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Phương pháp phát vấn: Phương pháp phát vấn thông qua bộ câu hỏi tự điền gửi đến các TYT để thu thập số liệu về nhân lực, thuốc, trang thiết bị, số lượt bệnh nhân tới khám tại các TYT.
 - + Công cụ: Q1. Bộ câu hỏi tự điền dành cho TYT.
- Phỏng vấn kết hợp quan sát: Phỏng vấn trạm trưởng kết hợp quan sát sổ sách, báo cáo để xác định các minh chứng cho việc triển khai hoạt động dự phòng, phát hiện, quản lý và điều trị BKLN của các TYT xã.
 - + Công cụ: Q2. Bảng kiểm các hoạt động tại TYT.
- Nghiên cứu định tính: thông qua PVS, TLN nhằm bổ sung, làm rõ hơn nội dung nghiên cứu định lượng. Công cụ bao gồm:
 - + Q3. Hướng dẫn PVS cho lãnh đạo các đơn vị.
 - + Q4. Hướng dẫn PVS cho cán bộ tham gia hoạt động phòng chống BKLN.
 - + Q5. Hướng dẫn thảo luận nhóm cho cán bộ y tế.

2.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017- 2019.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng quản lý y tế: TTYT và Phòng Y tế huyện, Trạm trưởng TYT.
- Đối tượng cung cấp dịch vụ y tế:
 - + CBYT xã, nhân viên y tế thôn
 - + Các trạm y tế: trang thiết bị, thuốc thiết yếu cho phát hiện, điều trị một số BKLN, hoạt động triển khai
- Đối tượng sử dụng dịch vụ tại TYT:

- + Đối tượng sử dụng dịch vụ là người bệnh. Chọn người mắc THA được quản lý điều trị tại TYT làm đại diện cho người bệnh sử dụng dịch vụ tại TYT vào đánh giá vì số người mắc ĐTDĐ được quản lý điều trị tại các TYT thường thấp.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

- Tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2019.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Chọn chủ đích huyện Thạch Thất, một huyện ngoại thành của Hà Nội làm huyện can thiệp vì các lý do sau:

Hà Nội được chia thành khu vực nội thành (gồm 12 quận) và ngoại thành (18 huyện). Tại khu vực nội thành, chủ yếu bao gồm các TYT vùng 1 là những nơi gần với bệnh viện nên chủ yếu TYT có vai trò chính trong các hoạt động dự phòng và triển khai các chương trình y tế. Tại khu vực ngoại thành, chủ yếu bao gồm các TYT vùng 2 và 3, là những nơi xa bệnh viện nên triển khai đầy đủ các chức năng của một TYT. Do đó, nghiên cứu can thiệp của đề tài sẽ được thực hiện tại khu vực ngoại thành của Hà Nội.

Huyện Thạch Thất có điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội đặc trưng cho khu vực ngoại thành của Hà Nội.

- Chọn chủ đích huyện Quốc Oai là một huyện ngoại thành của Hà Nội làm huyện chứng vì có các đặc điểm dân cư, địa lý và văn hóa xã hội tương đối giống với huyện Thạch Thất.

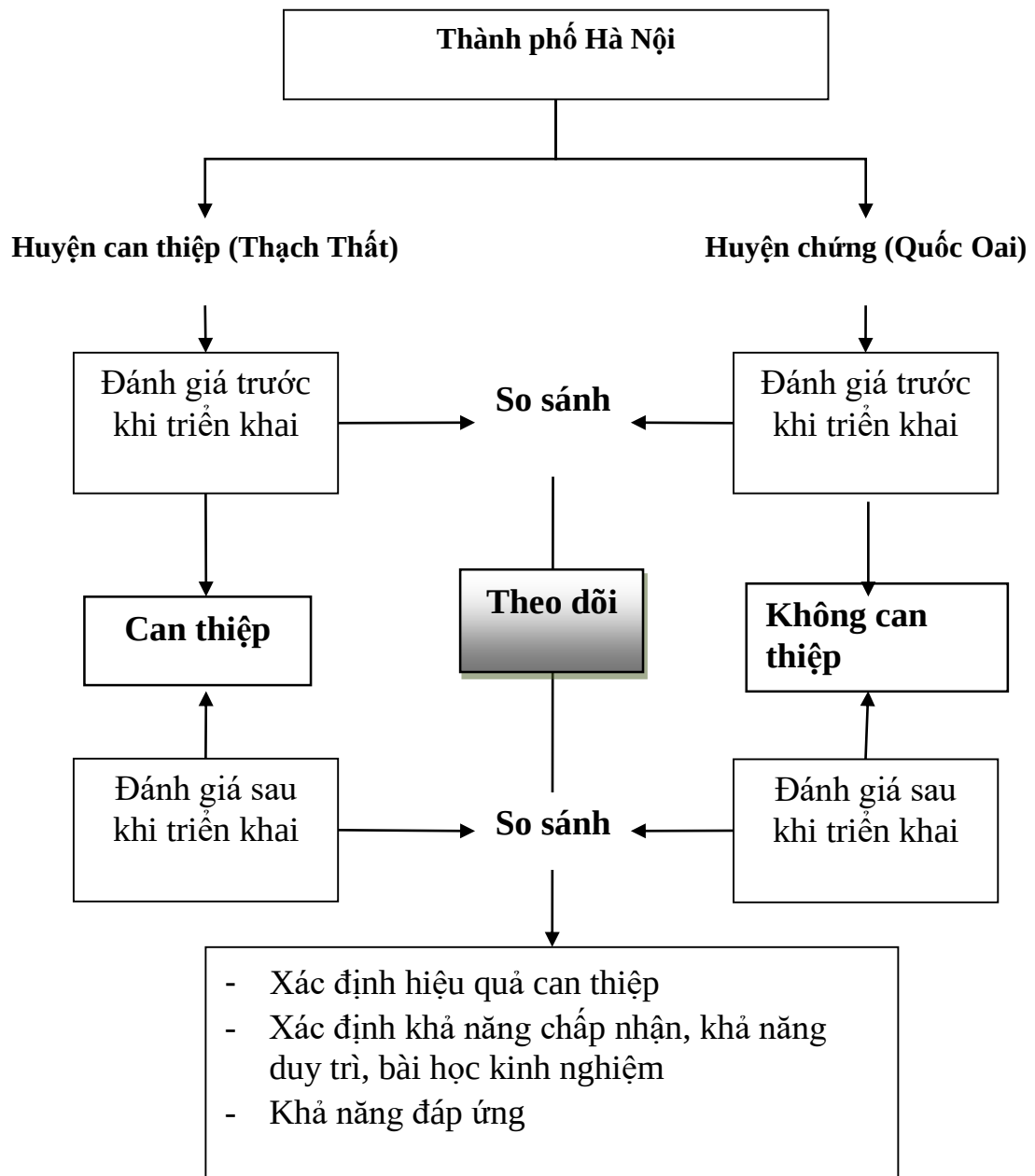
Bảng 2.2. Bảng mô tả đặc điểm hai huyện Thạch Thất và Quốc Oai

STT	Đặc điểm/Nội dung	Thạch Thất	Quốc Oai
2	Diện tích (Héc ta)	18,4	14,7
3	Dân số (người)	204.471	186.549
4	Đơn vị hành chính (Số TYT xã/thị trấn)	22 xã/01 thị trấn	20 xã/01 thị trấn
4.1	Số TYT xã vùng 1	2	2
4.2	Số TYT xã vùng 2	19	17
4.3	Số TYT xã vùng 3	2	2
5	Thu nhập bình quân đầu người	3,5 triệu/người/năm	3,2 triệu/người/năm
6	Tổng số hộ gia đình	47.400	46.500
7	Số thôn	198	110
8	Nhân viên Y tế thôn	204	111
9	Nghề nghiệp người dân chủ yếu	Nông nghiệp	Nông nghiệp

2.2.4. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng có đối chứng
 Kết quả đánh giá được so sánh như sau:

- So sánh ngang giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở 2 giai đoạn trước và sau can thiệp.
- So sánh dọc so sánh trước và sau can thiệp trong cùng nhóm.



Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.2.5. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho can thiệp*

Chọn toàn bộ 23 TYT xã huyện Thạch Thất để can thiệp. Trong đó:

- Chọn toàn bộ CBYT tham gia hoạt động phòng, chống BKLN của các TYT xã được can thiệp. Ước tính mỗi TYT có 3 cán bộ tham gia hoạt động phòng, chống BKLN. Do đó có 69 CBYT sẽ được can thiệp.
- Chọn toàn bộ 204 cán bộ y tế thôn ở huyện Thạch Thất sẽ được can thiệp.

Sau khi các CBYT, YTT được nâng cao năng lực họ sẽ áp dụng các hướng dẫn, quy trình chuyên môn này đối với toàn bộ người bệnh được quản lý tại TYT và người dân (từ 40 tuổi trở lên) trên cộng đồng.

- Tương ứng, tại huyện Quốc Oai các hoạt động theo thường quy, không can thiệp và làm nhóm chứng.

2.2.6. *Các hoạt động can thiệp*

2.2.6.1. *Cơ sở xây dựng hoạt động can thiệp*

Hoạt động can thiệp được thiết kế dựa theo Quy định về chức năng, nhiệm vụ cụ thể của trạm Y tế xã về nội dung phát hiện, quản lý, điều trị BKLN được thực hiện theo thông tư số 33/2015 ngày 27/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc “Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn”; Trạm Y tế xã thực hiện 9 nhiệm vụ chuyên môn quy định, bao gồm: 1) Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật (y tế dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe sinh sản, cung ứng thuốc thiết yếu, quản lý sức khỏe cộng đồng, truyền thông giáo dục sức khỏe); 2) Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản; 3) Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân

tuyên kỹ thuật và theo quy định của pháp luật; 4) Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân; 5) Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn; 6) Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương; 7) Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.; 8) Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật; 9) Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao [5].

Cụ thể đối với nhóm BKLN, một số nhiệm vụ chính trạm y tế xã, phường, thị trấn cần thực hiện bao gồm: 1) Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống BKLN; 2) Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về các yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, y tế học đường, dinh dưỡng cộng đồng; 3) Tổ chức các hoạt động khám, chữa bệnh có liên quan. Đồng thời trạm y tế cũng có nhiệm vụ triển khai việc quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, các trường hợp mắc BKLN, bệnh mạn tính và phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường [5].

Các hoạt động can thiệp được xây dựng dựa vào:

- Kết quả mục tiêu 1 về thực trạng năng lực trong triển khai các hoạt động quản lý điều trị một số BKLN tại TYT.
- Theo khuyến cáo của TCYTTG, để hoạt động phòng, chống BKLN hiệu quả và đáp ứng được nhu cầu hiện nay cần có sự chuyển đổi từ cách tiếp cận riêng lẻ từng bệnh sang cách tiếp cận lồng ghép. Trong đề tài, chọn 2 nhóm BKLN phổ biến (tăng huyết áp và đái tháo đường) để xây dựng các hoạt động can thiệp.

- Theo Bộ Y tế, hệ thống y tế với 6 cấu phần, cụ thể các hoạt động can thiệp tập trung vào:
 - + Nhóm can thiệp về tổ chức, quản trị.
 - + Nhóm can thiệp về nhân lực.
 - + Nhóm can thiệp về trang thiết bị, thuốc thiết yếu, và các tài liệu cần thiết.
 - + Nhóm giải pháp về thông kê, báo cáo.
 - + Nhóm can thiệp về kinh phí.
 - + Nhóm can thiệp về kỹ thuật, dịch vụ.

Dựa trên kết quả đánh giá thực trạng triển khai hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN (Mục tiêu 1) để xây dựng cụ thể các nội dung can thiệp một cách phù hợp.

2.2.6.2. Các nội dung can thiệp

➤ **Nhóm can thiệp về tổ chức, quản trị**

Hiện nay chưa có văn bản quy định rõ về phân tuyến nhiệm vụ và phân tuyến kỹ thuật cho các TYT xã về phòng, chống BKLN. Những hoạt động chính trong nhóm can thiệp về tổ chức, quản trị bao gồm:

- Xây dựng và ban hành văn bản quy định về nhiệm vụ của TYT xã trong phát hiện, quản lý và điều trị BKLN. *(Nội dung trong tài liệu tập huấn do Lãnh đạo CDC Hà Nội ký phê duyệt, Quyết định 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 của Bộ Y tế ban hành [12]);*
- Xây dựng và phê duyệt phân tuyến kỹ thuật trong BKLN trong phát hiện, quản lý và điều trị tại các TYT xã. *(Nội dung trong tài liệu tập huấn do Lãnh đạo CDC Hà Nội ký phê duyệt, Quyết định 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 của Bộ Y tế ban hành [12]).*

➤ **Nhóm can thiệp về nhân lực**

Các hoạt động cơ bản bao gồm:

- Phân công nhiệm vụ cụ thể cho các CBYT trong TYT. Phân công nhiệm vụ cụ thể cho cán bộ trạm Y tế xã do Trung tâm Y tế huyện Thạch Thất phân công nhiệm vụ và treo bảng phân công tại mỗi trạm Y tế: phân công trạm trưởng, mỗi thành viên trong trạm Y tế).
- Xây dựng các quy trình về chuyên môn trong phát hiện, quản lý và điều trị BKLN. *(Theo quyết định 2919/QQĐ-BYT ngày 06/8/2014 của Bộ Y tế [3] và đến ngày 20/12/2019 thì Bộ y tế ban hành QĐ 5904/QĐ-BYT [15] về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN tại TYT xã”, QĐ này bãi bỏ nội dung phần 2- Chẩn đoán và điều trị một số bệnh mạn tính thường gặp trong tài liệu chuyên môn ‘Hướng dẫn khám, chữa bệnh tại TYT xã, phường’ tại QĐ số 2919/QQĐ-BYT ngày 06/8/2014 của Bộ Y tế).*
- Đào tạo, tập huấn, nâng cao năng lực cho CBYT về phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN, cụ thể:
 - + Tập huấn về phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường, mỗi khoá 3 ngày.

Kết quả: 26 cán bộ của 23 trạm Y tế xã, thị trấn và 3 cán bộ của TTYT huyện Thạch Thất tham dự, kết quả đạt loại giỏi 5/26 đạt 19,2%; Loại khá 18/26 đạt 69,2%, trung bình 3/26 đạt 11,5%.

- + Tập huấn về kỹ năng tư vấn, tư vấn dinh dưỡng, vận động thể lực, cai nghiện thuốc lá, rượu, bia, mỗi khoá 3 ngày.

Kết quả: 52 cán bộ của 23 trạm Y tế xã, thị trấn và 6 cán bộ của TTYT huyện Thạch Thất tham dự, kết quả đạt loại giỏi 6/52 đạt 11,5%; Loại khá 40/52 đạt 76,9%, trung bình 6/52 đạt 11,5%.

- + Tập huấn về thống kê, báo cáo, mỗi khóa 2 ngày.
Đối tượng tham dự: 25 cán bộ của 23 trạm Y tế xã, thị trấn và 2 cán bộ của TTYT huyện Thạch Thất tham dự, kết quả đạt loại giỏi 6/25 đạt 24%; Loại khá 16/25 đạt 64%, trung bình 3/25 đạt 12%.
- Nhân viên y tế thôn sẽ được tập huấn, nâng cao năng lực về phát hiện người nguy cơ, phát hiện:
 - + Tập huấn về sàng lọc/phát hiện THA, ĐTD tại cộng đồng, quản lý người tiền bệnh, người bệnh, hướng dẫn cách hỗ trợ chăm sóc người bệnh THA, ĐTD ở hộ gia đình: mỗi khoá huấn luyện 3 ngày;
Kết quả: 8 lớp tập huấn YTT với 198 người dự, kết quả đạt loại giỏi 36/198 đạt 18,2%; Loại khá 108/198 đạt 54,5%; trung bình 54/198 đạt 27,3%.
 - + Kỹ năng truyền thông phòng, chống THA, ĐTD cộng đồng: 2 ngày.
Kết quả: tập huấn cho 196 người tham dự, kết quả Loại khá 158/196 đạt 80,6%; trung bình 38/196 đạt 19,4%.
- Giám sát hỗ trợ sau huấn luyện giúp CBYT, YTTX áp dụng kiến thức đã học vào thực tế, với kết quả 180 lượt giám sát hỗ trợ chuyên môn tại cộng đồng và thực hành triển khai tại TTYT và 23 TYT xã/thị trấn của huyện Thạch Thất. *(Có xây dựng bảng công cụ giám sát hỗ trợ ở phụ lục đính kèm).*
- ***Nhóm can thiệp về trang thiết bị, thuốc thiết yếu và tài liệu***
Các hoạt động bao gồm:
 - Dựa vào kết quả đánh giá ban đầu, rà soát lại tình trạng của trang thiết bị và thuốc thiết yếu phục vụ cho công tác phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN.

- Tổ chức các buổi họp, thảo luận với TTYT huyện, TYT, cơ quan bảo hiểm y tế để tìm ra các giải pháp khắc phục để đảm bảo sự sẵn có thuốc thiết yếu cho phát hiện và điều trị một số BKLN.

(Tổ chức họp thảo luận, TTYT huyện Thạch Thất xây dựng văn bản gửi Bảo hiểm xã hội thành phố Hà Nội xin duyệt mức kê đơn thuốc bảo hiểm Y tế cho điều trị THA, ĐTĐ từ 7 ngày lên 15 ngày và sau đó được duyệt 30 ngày- Có văn bản số 412 ngày 12/4/2018 của TTYT huyện Thạch Thất về phê duyệt đề án điều trị bệnh THA, văn bản số 534 ngày 11/5/2018 về phê duyệt đề án điều trị bệnh đái tháo đường”.

- Cung cấp một số trang bị thiết yếu như máy đo huyết áp, máy thử đường huyết cho các TYT còn thiếu.

Kết quả: Cung cấp 230 bộ máy đo huyết áp cho mỗi cán bộ y tế thôn 01 bộ, mỗi trạm Y tế 1- 2 bộ.

- Cung cấp tài liệu hướng dẫn chi tiết, biểu mẫu/sổ sách, các quy trình thực hiện cho các TYT và YTT. (Cung cấp biểu mẫu báo cáo, sổ hướng dẫn quy trình nhiệm vụ cho Y tế thôn)

➤ ***Nhóm can thiệp về thống kê, báo cáo (thông tin y tế)***

- Đào tạo, tập huấn cho cán bộ về thống kê, báo cáo (kết hợp với nhóm can thiệp về nhân lực).
- Cung cấp các biểu mẫu, sổ sách (kết hợp với nhóm can thiệp về cung cấp thiết bị, thuốc và sổ sách, biểu mẫu).

➤ ***Nhóm can thiệp về kinh phí thông qua bảo hiểm y tế***

Để có nguồn kinh phí bền vững, các hoạt động quản lý điều trị THA, ĐTĐ được dựa trên cơ chế của bảo hiểm y tế. Các hoạt động trong nhóm can thiệp này bao gồm:

- Tổ chức các hội thảo giữa y tế và bảo hiểm xã hội thành phố để thảo luận và thống nhất cơ chế về thời gian cấp thuốc tại TYT xã, trần cho thuốc BHYT, thử đường máu nhanh (trong phạm vi nghiên cứu) của BHYT với một số BKLN.
- Nâng cao năng lực cho TYT để đáp ứng với các yêu cầu của bảo hiểm y tế về các thủ tục hành chính, về các tiêu chí chuyên môn.

➤ ***Nhóm can thiệp về cung cấp kỹ thuật, dịch vụ***

Chuyên giao kỹ thuật cho các TYT về phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN. Các hoạt động sẽ được lồng ghép vào hoạt động:

- Đào tạo, tập huấn, nâng cao năng lực cho cán bộ trong nhóm giải pháp về nhân lực.
- Giám sát hỗ trợ cho TYT xã và nhân viên y tế thôn trong việc triển khai các kỹ thuật, dịch vụ trong phát hiện và quản lý BKLN.

2.2.6.3. *Các hoạt động triển khai thường quy sau khi can thiệp*

➤ ***Hoạt động tại trạm y tế xã***

Sau khi được can thiệp theo 6 nội dung can thiệp như đã nêu trên, các TYT triển khai thường quy các nhiệm vụ trong phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN theo quy định:

- Chẩn đoán xác định THA;
- Phát hiện và gửi bệnh nhân lên tuyến trên để chẩn đoán xác định ĐTĐ
- Lập danh sách, quản lý đối tượng người mắc THA, ĐTĐ
- Thực hiện tư vấn cho người mắc bệnh.
- Quản lý điều trị ngoại trú các trường hợp THA độ 1, 2.
- Điều trị duy trì ĐTĐ theo phác đồ điều trị của tuyến trên

Danh sách các nhiệm vụ và dịch vụ/kỹ thuật mà TYT xã cần thực hiện đối với phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN được đề cập chi tiết ở phụ lục 1 đính kèm.

➤ ***Hoạt động của YTT tại cộng đồng***

- Đi thăm các hộ gia đình để:
 - + Sàng lọc phát hiện THA, ĐTĐ cho người dân thông qua đo huyết áp cho người dân, chấm điểm nguy cơ mắc ĐTĐ.
 - + Truyền thông thay đổi hành vi liên quan đến THA, ĐTĐ
 - + Theo dõi, hỗ trợ người bệnh tại nhà, bao gồm: đôn đốc họ uống thuốc, thay đổi hành vi và đi khám đúng hẹn.
- Tham gia nói chuyện sức khỏe tại họp thôn, xóm về phòng, chống THA, ĐTĐ
- Lập danh sách các đối tượng nguy cơ cao, người tiền bệnh, người mắc THA, ĐTĐ
- Định kỳ tham dự giao ban và báo cáo trạm y tế các kết quả công việc:
 - + Hộ gia đình đã đi thăm;
 - + Danh sách người nghi ngờ THA;
 - + Danh sách người nguy cơ cao mắc ĐTĐ;
 - + Danh sách bệnh nhân THA, ĐTĐ đang quản lý,

Danh sách các kỹ thuật, dịch vụ mà y tế thôn cần thực hiện được xây dựng theo được đề cập chi tiết ở phụ lục 2 đính kèm.

Kết quả thăm hộ gia đình đánh giá yếu tố nguy cơ mắc BKLN ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại Thạch Thất như sau:

Tổng số 23 xã thực hiện ở 198 thôn được 68.092 người, đánh giá được 64.501/68.092 đạt 94,7%.

Số người bình thường 52.187/64.501 đạt 80,9%; số người nguy cơ mắc THA 25%, số người tiền THA 9,5%; số người mắc THA 17,3%; Số người nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ 16,1%; số người mắc bệnh ĐTĐ 2,5%.

2.2.7. *Đánh giá hiệu quả mô hình*

Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp giữa điều tra định lượng và nghiên cứu định tính để đánh giá trước và sau can thiệp tại nhóm can thiệp và nhóm chứng với cùng một phương pháp, công cụ đánh giá.

2.2.7.1. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu đánh giá*

- Cỡ mẫu đánh giá đối với TYT, CBYT, YTT: Toàn bộ các TYT, CBYT tham gia hoạt động phòng, chống BKLN, YTT của huyện Thạch Thất và Quốc Oai được chọn vào đánh giá.
- Cỡ mẫu đối với người bệnh THA được quản lý tại TYT: Số bệnh nhân bị tăng huyết áp được quản lý điều trị tại TYT được chọn vào đánh giá được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu

- β : Lực mẫu. Lấy $1 - \beta = 90\%$
- $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ($1 - \alpha = 95\%$), test hai phía.
- p_1 : Tỷ lệ bệnh nhân nhận quản lý, điều trị đầy đủ trước can thiệp (ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng). Ước tính tỷ lệ này trước can thiệp là 0,5).
- p_2 : Tỷ lệ bệnh nhân nhận được quản lý điều trị đầy đủ sau can thiệp.
Mong đợi tỷ lệ này tăng 30% ở nhóm can thiệp. (Tỷ lệ này không tăng ở nhóm chứng). Vậy $p_2 = 0,5 + 0,5 \times 30\% = 0,65$.
- $p = (p_1 + p_2)/2$

Thay số vào và làm tròn thì cỡ mẫu tối thiểu là 240 bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý điều trị tại TYT. Trên thực tế, nghiên cứu thực hiện với 252 - 257 bệnh nhân THA tại mỗi huyện tại thời điểm trước và sau can thiệp.

Cách chọn mẫu: Tại mỗi TYT cần chọn $252 : 23 = 11$ bệnh nhân với cách chọn như sau: Dựa trên danh sách bệnh nhân (tăng huyết áp được quản lý tại TYT trong 6 tháng tính từ thời điểm đánh giá, chọn ngẫu nhiên hệ thống 11 bệnh nhân vào đánh giá. Tương tự như vậy với nhóm can thiệp, trước và sau can thiệp.

Bảng 2.3. Tổng hợp cỡ mẫu theo tính toán để đánh giá hiệu quả mô hình

STT	Đối tượng	Cỡ mẫu đánh giá trước/sau can thiệp đối với nhóm can thiệp	Cỡ mẫu đánh giá mỗi lần ở nhóm chứng
1	TYT xã (mẫu toàn bộ)	23	21
2	Cán bộ y tế xã (Toàn bộ cán bộ tham gia PC BKLN)	69	63
3	Nhân viên y tế thôn (mẫu toàn bộ)	199	107
4	Bệnh nhân THA được quản lý tại TYT	254	252

Tuy nhiên, do nhiều lý do thực tế, nên cỡ mẫu thực để đánh giá hiệu quả mô hình như sau:

STT	Đối tượng	Nhóm được can thiệp		Nhóm chứng	
		TCT	SCT	TCT	SCT
1	TYT xã (mẫu toàn bộ)	23	23	21	21
2	Cán bộ y tế xã (Toàn bộ cán bộ tham gia PC BKLN)	69	69	58	62
3	Nhân viên y tế thôn (mẫu toàn bộ)	196	194	105	104
4	Bệnh nhân THA được quản lý tại TYT	253	257	252	254

- Cỡ mẫu đối tượng nghiên cứu định tính nhằm đánh giá sự chấp nhận và khả năng duy trì của các bên liên quan về các biện pháp can thiệp: Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính bằng phương pháp chọn mẫu chủ đích. Số mẫu được chọn như sau:

Bảng 2.4. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính

STT		Đối tượng	PVS	TLN
1	TTYT huyện Thạch Thất	Lãnh đạo trung tâm	1	
		Cán bộ chuyên trách	1	
		Cán bộ có liên quan		1
2	TYT của huyện Thạch Thất	Trạm trưởng	8	
		Cán bộ TYT		5
		Nhân viên y tế thôn/ cộng tác viên		5
		Cán bộ chuyên trách BKLN	8	
		Tổng số	18	11

2.2.7.2. Phương pháp và công cụ đánh giá

- Phỏng vấn kết hợp quan sát: Phỏng vấn trạm trưởng kết hợp quan sát sổ sách, báo cáo để xác định các minh chứng cho việc triển khai hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị BKLN của các TYT xã.
- Phỏng vấn để đánh giá kiến thức, thực hành của CBYT, YTT.
- Phỏng vấn có cấu trúc với người bệnh THA
- Nghiên cứu định tính thông qua PVS, TLN nhằm đánh giá khả năng chấp nhận, tính khả thi và khả năng duy trì các biện pháp can thiệp.

Bảng 2.5. Tổng hợp công cụ đánh giá hiệu quả can thiệp

Phương pháp thu thập số liệu	Tên công cụ
Phỏng vấn có cấu trúc	Q6. Bộ câu hỏi dành cho CBYT
	Q7. Bộ câu hỏi dành cho YTT
	Q8 Bộ câu hỏi dành cho người THA
Phỏng vấn sâu	Q9a. Hướng dẫn PVS đánh giá sự chấp nhận và khả năng duy trì giải pháp can thiệp
Thảo luận nhóm	Q9b. Hướng dẫn thảo luận nhóm đánh giá sự chấp nhận và khả năng duy trì giải pháp can thiệp

Các tiêu chí đánh giá:

- Đánh giá về sự sẵn có thuốc, thiết bị dựa theo danh mục thuốc, thiết bị thiết yếu của Bộ Y tế.
- Đánh giá về kỹ thuật, dịch vụ TYT, YTT cần thực hiện theo thông tư của BYT quy định.
- Đánh giá triển khai nhiệm vụ: tổng 100 điểm và phân tương ứng cho các nhiệm vụ. Kết quả hoạt động = tổng điểm cho các nhiệm vụ mà TYT thực hiện.
- Kiến thức/thực hành đạt: Trả lời các ý đúng câu hỏi về kiến thức đạt từ trên 50% tổng số điểm trở lên.

2.3. Các bước tổ chức triển khai đề tài (chung cho cả đề tài)**2.3.1. Các bước triển khai chung**

- Xây dựng và thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu.
- Đào tạo, tập huấn cho cán bộ tham gia nghiên cứu.
- Thu thập số liệu.
- Phân tích số liệu.

2.3.2. Các bước triển khai các hoạt động can thiệp

- Bước 1. Điều tra ban đầu đánh giá thực trạng năng lực trong phòng, chống BKLN tại TTYT huyện và TYT xã tại nhóm can thiệp và nhóm chứng.
- Bước 2. Phân tích và xác định các vấn đề cần can thiệp.
- Bước 3. Triển khai các hoạt động can thiệp.
 - + Hội thảo xây dựng các giải pháp can thiệp có sự tham gia của các đơn vị có liên quan tuyến thành phố, huyện, xã.
 - + Hội thảo xây dựng cơ chế về bảo hiểm y tế.
 - + Xây dựng và ban hành các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan
 - + Đào tạo, tập huấn và chuyển giao các kỹ thuật.
 - + Cung cấp thiết bị, vật tư tiêu hao, tài liệu, biểu mẫu, sổ sách cần thiết.
 - + Giám sát hỗ trợ nhằm duy trì các thực hành đúng và điều chỉnh các thực hành chưa đúng cũng như tập huấn tại chỗ nếu cần thiết.
 - + Định kỳ theo dõi hệ thống ghi nhận và báo cáo số liệu.
 - + Hội thảo đánh giá giữa kỳ để chỉnh sửa các giải pháp can thiệp cho phù hợp.
- Bước 4. Điều tra đánh giá hiệu quả của các giải pháp can thiệp được triển khai thí điểm. Trên cơ sở kết quả đánh giá, nghiên cứu rút ra những kinh nghiệm, bài học cho việc duy trì và triển khai mở rộng.

2.4. Phân tích số liệu

2.4.1. Với nghiên cứu định lượng

Thu thập và phân tích số liệu:

- Xây dựng hệ thống nhập và quản lý số liệu thuận lợi cho việc tổ chức, bảo mật thông tin, đảm bảo chất lượng, lưu giữ và phân tích dữ liệu nghiên cứu.
- Số liệu của các bảng sau khi được làm sạch, sẽ được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0.
- Xác định các tỷ lệ, trị số trung bình và đánh giá kết quả can thiệp như sau: So sánh kết quả trước - sau dựa trên phương pháp kinh điển so sánh 2 tỷ lệ, dùng test χ^2 .
- Xác định các tỷ lệ, trị số trung bình và đánh giá kết quả can thiệp như sau:
 - + So sánh kết quả trước - sau: Dựa trên phương pháp kinh điển so sánh 2 tỷ lệ, dùng test χ^2 , tính tỷ lệ % cải thiện sau can thiệp theo công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{(p_1 - p_2) \times 100}{p_1}$$

Trong đó:

- p_1 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp.
- p_2 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm sau can thiệp.
- CSHQ là chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp hoặc nhóm chứng.
- + Hiệu quả thực sự của can thiệp được tính bằng cách so sánh trước - sau và so sánh với nhóm chứng:

$$\text{Hiệu quả can thiệp (HQCT)} = \text{CSHQ}_{(\text{nhóm can thiệp})} - \text{CSHQ}_{(\text{nhóm chứng})}$$

- Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua chỉ số khác biệt trong khác biệt (difference in difference, viết tắt là DID) [94].

Phương pháp giúp so sánh các nhóm can thiệp và đối chứng dựa trên những khác biệt trong kết quả ở từng thời kỳ quan sát, trong đó các số liệu được thu thập theo chiều dọc trong nhóm can thiệp và nhóm chứng. Đề tài là nghiên cứu can thiệp và nhóm can thiệp và nhóm chứng được đo lường qua 2 giai đoạn khác nhau (qua 2 nghiên cứu cắt ngang khác nhau) nên có thể áp dụng được phương pháp phân tích này. Đề tài áp dụng phương pháp DID vì cách phân tích này loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa 2 nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa 2 nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác (mà không phải là do can thiệp). Đề tài áp dụng phân tích DID với các giả định sau đây: i) Việc phân nhóm can thiệp và nhóm chứng không phụ thuộc vào kiến thức, thái độ và hành vi của các đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp. Theo thông tin về 2 địa bàn can thiệp và chứng, nghiên cứu này đảm bảo việc chọn huyện can thiệp và huyện chứng đáp ứng giả định này; ii) Chiều hướng của sự khác biệt (nếu có) ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo thời gian là như nhau giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Trong nghiên cứu này, thời gian can thiệp là 1 năm nên có thể thỏa mãn giả định này; iii) Các thành phần/cấu trúc của quần thể nghiên cứu ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp là ổn định. Như đã trình bày ở trên, thời gian can thiệp là 01 năm và hai xã không có biến động lớn về dân số trong suốt thời gian nghiên cứu nên giả định về cấu trúc

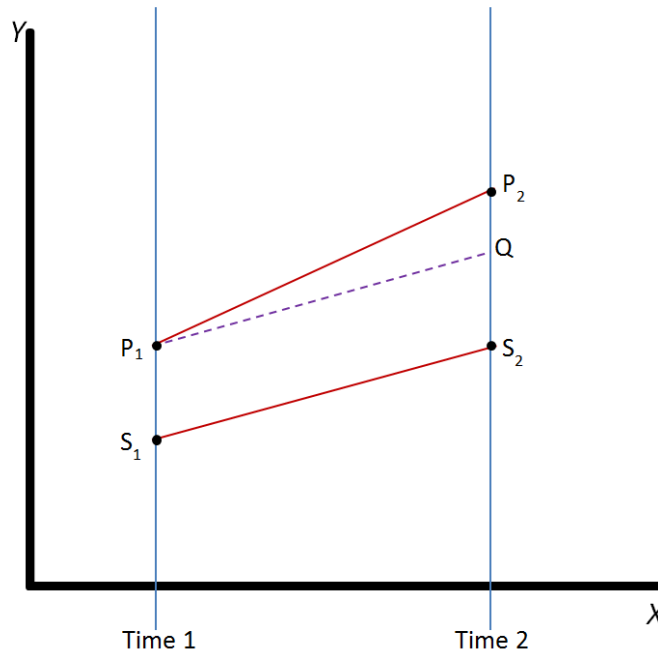
của quần thể ở 2 nhóm là không thay đổi. Khi đó, phân tích DID được thực hiện thông qua mô hình hồi quy sau:

$$\text{Logit}(y) = \beta_0 + \beta_1 * \text{Thời gian} + \beta_2 * \text{Can thiệp} + \beta_3 * (\text{Thời gian} * \text{Can thiệp}) + \beta_4 * \text{biến độc lập khác} + \varepsilon$$

Trong đó:

- β_0 là hằng số của mô hình hồi quy
- β_1 là hệ số hồi quy của biến “thời gian”. Biến “thời gian” là biến gồm có hai giá trị: 0 - trước can thiệp và 1 - sau can thiệp. Hệ số hồi quy β_1 là sự thay đổi trung bình trước và sau can thiệp ở nhóm chứng. Hệ số này thể hiện sự thay đổi thuần túy của biến kết quả trước và sau nghiên cứu khi không có can thiệp.
- β_2 là hệ số hồi quy của biến “can thiệp”. Biến “can thiệp” là biến gồm có hai giá trị: 0 – nhóm chứng và 1 – nhóm can thiệp. Hệ số hồi quy β_2 là sự khác biệt trung bình ước tính của biến kết quả (trong nghiên cứu này là kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước khi can thiệp. Hệ số này chính là sự khác biệt cơ bản (baseline) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp.
- β_3 là hệ số hồi quy của biến tương tác giữa “thời gian” và “can thiệp”. Đây chính là sự khác biệt mà nghiên cứu trong các sự khác biệt (difference in differences) đang mong muốn ước tính. Hệ số hồi quy β_3 cho biết liệu sự thay đổi trung bình của biến kết quả (trong nghiên cứu này là kiến thức, thái độ và hành vi của đối tượng nghiên cứu) trước và sau can thiệp là có khác nhau giữa 2 nhóm.

Sơ đồ minh họa cho phân tích DID



2.4.2. Đối với nghiên cứu định tính

Qua phân tích thông tin đã mã hoá, sẽ xác định những chủ đề, mô hình và những vấn đề chung. Thông tin từ những cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, hội thảo cũng như giữa các hoạt động khác nhau sẽ được đối chiếu để khẳng định mối liên quan và giá trị của các phát hiện.

2.5. Không chế sai số trong nghiên cứu

- Thiết kế các bảng kiểm, bộ câu hỏi có cấu trúc, các hướng dẫn cho phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, các biểu mẫu thu thập thông tin, các hướng dẫn chi tiết về cách sử dụng và thu thập thông tin cho các biểu mẫu một cách rõ ràng, dễ hiểu.
- Thử nghiệm và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu.
- Điều tra viên giải thích rõ với đối tượng phỏng vấn là nghiên cứu này sẽ không gây bất cứ ảnh hưởng không tốt nào đến công việc của họ cũng như đơn vị của họ.

- Tập huấn đầy đủ cho các điều tra viên, mỗi nhóm điều tra gồm 3 người, hai điều tra viên và một giám sát viên có trách nhiệm đảm bảo các thông tin được thu thập đúng và đủ trước khi rời khỏi thực địa.
- Giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình nghiên cứu.
- Làm sạch số liệu và nhập kép trước khi phân tích.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (Số IRB-VN01057-29/2017 ngày 15/12/2017). Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng, đầy đủ về nội dung, mục đích nghiên cứu và có quyền đồng ý hoặc không đồng ý tham gia. Thông tin thu thập được chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu và không gây bất cứ ảnh hưởng nào đến người trả lời và đơn vị được điều tra. Nghiên cứu can thiệp được sự đồng ý của Lãnh đạo các đơn vị Y tế.

Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho những đơn vị tham gia nghiên cứu nhằm góp phần cải thiện chất lượng các hoạt động phòng, chống BKLN và đồng thời đề xuất các khuyến nghị về công tác đào tạo, ban hành các hướng dẫn, quy định và những biện pháp cần thiết để cải thiện kỹ năng cũng như quản lý của hoạt động phòng, chống BKLN tại tuyến Y tế cơ sở.

CHƯƠNG 3.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế, thành phố Hà Nội, 2016.

3.1.1. Thực trạng chính sách

Chính sách và tổ chức phòng chống BKLN của Hà Nội hiện nay đã được thực hiện. Hàng năm, Sở Y tế và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội vẫn luôn xây dựng kế hoạch hoạt động phòng chống BKLN trên địa bàn thành phố Hà Nội Tuy nhiên, theo nhận định của các lãnh đạo các trung tâm liên quan hoạt động phòng chống BKLN, tổ chức bộ máy hệ thống phòng chống BKLN vẫn còn nằm rải rác, lẻ tẻ chưa có đầu mối thường trực.

“...Đầu mối tuyến thành phố vẫn nằm rải rác tại 3 cơ sở...Chiến lược lâu dài là cần thiết, tuy nhiên kế hoạch ngắn hạn cần thực hiện cụ thể từng bước một. Vấn đề chính sách cũng cần được quan tâm, có thể tăng hỗ trợ kinh tế....”

- PVS Cán bộ TTYT-

“...Tổ chức chỉ đạo chưa thống nhất: Tuyến thành phố ung thư là bệnh viện ung bướu Hà Nội quản lý, COPD do bệnh viện Lao phổi quản lý. Tại tuyến huyện là khoa YTCC phụ trách, tuyến xã cũng đã có chuyên trách riêng...”

- PVS Lãnh đạo TTYT -

Bên cạnh đó, các ý kiến cũng đánh giá việc nhiều đầu mối tổ chức từng chương trình riêng lẻ, chưa có sự gắn kết và thống nhất có thể gây khó khăn rất lớn trong việc ra chỉ đạo, một mặt có thể dẫn đến chồng chéo hoạt động nhưng cũng có thể bỏ sót hoạt động.

Ngoài vấn đề về tổ chức, chính sách phòng chống BKLN hiện nay cũng gặp phải những vấn đề nhất định. Đó là thiếu đi các chính sách hỗ trợ về kinh phí, về trang thiết bị tất yếu cũng như chính sách tiền đề cho sự phối hợp giữa các ban ngành trong hoạt động phòng chống BKLN.

“...Môi trường chính sách phòng chống BKLN: công tác phối hợp ban ngành đoàn thể chưa được cao, vẫn chủ yếu là bên y tế...”

- PVS Cán bộ TTYT -

“...Khoảng trống trong môi trường chính sách: Thanh quyết toán trong BHYT như thế nào? Cấp phát thuốc ra sao tại tuyến y tế cơ sở, vì muốn quản lý được thì phải khám điều trị được thì sẽ phù hợp hơn...”

- PVS Lãnh đạo TTYT-

Thông qua PVS, các đơn vị y tế dự phòng của Hà Nội đã và đang tiếp cận đến những chính sách liên quan phòng chống BKLN, nhưng chính sách được nhận định là vẫn còn tồn tại nhiều bất cập: như chính sách hiện chưa quy định rõ ràng, cụ thể sự phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể, chính bởi vậy, công tác này thực hiện chưa tốt. Ngoài ra, vấn đề chính sách liên quan đến thanh quyết toán trong BHYT cũng chưa rõ ràng và chưa thực sự thỏa đáng, người bệnh và cán bộ y tế còn nhiều thắc mắc.

3.1.2. Thực trạng nhân lực

Bảng 3.1. Số cán bộ trung bình tại 1 Trạm Y tế tham gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm

Cán bộ TB (thấp nhất- cao nhất)	Theo vùng			Theo khu vực		Chung (N=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Số cán bộ hiện đang công tác						
Tổng số cán bộ tại TYT	7,31 (2-11)	6,43 (1-12)	6,36 (4-8)	7,6 (2-11)	6,43 (1-12)	6,77 (1-12)
Bác sỹ	0,94 (0-4)	0,92 (0-2)	0,8 (0-1)	1 (0-2)	0,9 (0-4)	0,93 (0-4)
Y sỹ	2,42 (0-7)	2,99 (0-8)	3,08 (1-7)	2,11 (0-7)	3,03 (0-8)	2,77 (0-8)
Điều dưỡng/ y tá	2,91 (0-8)	1,5 (0-4)	1,4 (0-4)	3,44 (0-8)	1,49 (0-6)	2,04 (0-8)
Các cán bộ khác	2,02 (0-8)	1,85 (0-6)	2,2 (1-7)	1,99 (0-4)	1,91 (0-8)	1,93 (0-8)
Số cán bộ tham gia phòng chống BKLN						
Tổng số cán bộ tham gia	3,85 (0-11)	4,6 (0-11)	4,84 (0-8)	3,49 (0-11)	4,65 (0-11)	4,32 (0-11)
Bác sỹ	0,94 (0-2)	1 (0-2)	1 (1-1)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)
Y sỹ	1,93 (0-7)	2,44 (0-8)	2,77 (1-4)	1,48 (0-4)	2,52 (0-8)	2,29 (0-8)
Điều dưỡng	1,11 (0-8)	0,95 (0-4)	0,92 (0-3)	1,19 (0-8)	0,94 (0-5)	1,01 (0-8)
Các cán bộ khác	0,89 (0-6)	1,09 (0-6)	1,32 (0-7)	0,79 (0-4)	1,12 (0-7)	1,02 (0-7)

Trên toàn thành phố, mỗi trạm y tế có trung bình gần 7 CBYT/trạm, chủ yếu là y sỹ và điều dưỡng (trung bình 2,8 và 2,0; tương ứng), còn trung bình

số cán bộ là bác sĩ ở các TYT khá thấp, chưa đến 1 người/ trạm. Trong đó, có khoảng 4 cán bộ tham gia trong hoạt động phòng chống BKLN, với nhân lực chủ yếu là y sỹ (2,3 cán bộ/trạm). Mặc dù trung bình cán bộ/TYT tại khu vực nội thành cao hơn ngoại thành (7,6 cán bộ so với 6,4 cán bộ, tương ứng), tuy nhiên số cán bộ trung bình tham gia phòng chống BKLN tại mỗi TYT ngoại thành lại cao hơn khu vực nội thành (4,7 cán bộ so với 3,5 cán bộ). Trong khi vùng 1 có số cán bộ trung bình/TYT cao nhất (7,3 cán bộ) thì vùng 3 lại có số cán bộ trung bình/TYT thấp nhất (6,4 cán bộ). Tuy nhiên ngược lại, so với hai vùng 1 và 2, số cán bộ trung bình tham gia hoạt động phòng chống BKLN tại các TYT vùng 3 cao hơn hai vùng còn lại (4,8 cán bộ so với 3,9 cán bộ tại vùng 1 và 4,6 cán bộ tại vùng 2).

Về số lượng cũng như chất lượng của CB y tế tại TYT xã hiện cũng đang tồn tại nhiều ý kiến khác nhau: Có ý kiến cho rằng, mặc dù số lượng có thể đáp ứng được ổn định nhưng chất lượng cán bộ thực tế chưa đảm bảo. Một số cán bộ của nơi khác lại nhận định hiện nhân lực y tế đang thiếu cả về số lượng và yếu về trình độ chuyên môn:

“...Nhân lực y tế đã phủ đến tuyến cơ sở, về số lượng đã ổn tuy nhiên chất lượng thì chưa đảm bảo”

- PVS Lãnh đạo TTYT

“...Về đội ngũ cộng tác viên, rất ít người có chuyên môn y tế, đa phần là người già, nhiều việc nên gặp rất nhiều khó khăn trong các hoạt động chuyên môn y tế...”

- TLN Cán bộ Y tế xã -

“Nhân lực: số lượng thiếu, chất lượng kém. Mỗi trạm chỉ có 1 bác sĩ, trình độ học vấn lại khác nhau...Mỗi xã có 1 cán bộ chuyên trách kiêm nhiệm nhiều chương trình về phòng chống BKLN... Cán bộ chuyên trách hay thay đổi...”

- TLN Cán bộ Y tế xã

Bảng 3.2. Tỷ lệ trạm Y tế có cán bộ tham gia và được tập huấn về phòng chống bệnh không lây nhiễm

Cán bộ	Theo vùng			Theo khu vực		Toàn TP (n=584)
	TYT vùng 1 (n=227)	TYT vùng 2 (n=332)	TYT vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Tỷ lệ TYT có Bác sỹ	204 (89,9)	294 (88,6)	20 (80)	160 (95,2)	358 (86,1)	518 (88,7)
Tỷ lệ TYT có cán bộ được đào tạo về quản lý điều trị:						
Phòng chống THA	200 (88,1)	301 (90,7)	23 (92)	144 (85,7)	380 (91,4)	524 (89,7)
Phòng chống ĐTD	192 (84,6)	295 (88,9)	22 (88)	140 (83,3)	369 (88,7)	509 (87,2)
Phòng chống COPD/hen phế quản	181 (79,7)	272 (81,9)	21 (84)	136 (81,0)	338 (81,3)	474 (81,2)
Phòng chống ung thư CTC/Vú	176 (77,5)	259 (78,0)	20 (80)	129 (76,8)	326 (78,4)	455 (77,9)

Tính trên toàn thành phố, tỷ lệ TYT có cán bộ được đào tạo về các nội dung liên quan đến phòng chống BKLN đạt 89,7%%. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo về quản lý điều trị các BKLN cao, đạt từ 77,9%-89,7%, trong đó, tỷ lệ được đào tạo quản lý điều trị THA cao nhất. Theo khu vực, Tỷ lệ TYT khu vực nội thành có cán bộ đã từng được đào tạo tương đương khu vực ở ngoại thành. Theo vùng, TYT vùng 1 số cán bộ được tập huấn chỉ đạt hơn 49%, thấp hơn so với TYT vùng 1; 2.

“Tại 14 TYT phường, vẫn còn 1 số phường các bác sỹ chưa được cấp chứng chỉ hành nghề ... Chưa có đào tạo chuyên sâu. Thường triển khai dưới dạng tập huấn điều tra, có TYT thay đổi 3 cán bộ chuyên trách trong vòng 5 tháng nay.”

- PVS Cán bộ TTYT

“Công tác đào tạo chưa đạt hiệu quả cao vì chưa có chương trình thực hành đi kèm....”

- PVS Lãnh đạo TTYT

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cũng cho thấy thực tế hiện nay một số lượng cán bộ làm công tác phòng chống BKLN đã được đào tạo tuy nhiên, công tác đào tạo chưa đem lại hiệu quả cao do thực chất là chưa có đào tạo chuyên sâu, hình thức đào tạo lại chủ yếu được thực hiện dưới dạng tập huấn, điều tra. Chính bởi vậy, đây có thể là nguyên nhân mà nhiều cán bộ vẫn cho rằng chất lượng chuyên môn của cán bộ thực hiện phòng chống BKLN chưa cao.

Ngoài ra, nghiên cứu định tính còn cho thấy nhu cầu, mong muốn của cán bộ y tế về việc đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế, y tế thôn liên quan đến quản lý BKLN.

“Nên tổ chức đào tạo cho cán bộ y tế hơn về quản lý Bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là quản lý bằng phần mềm. Đào tạo liên tục, thường xuyên cho y tế thôn để củng cố kiến thức,....”

- TLN cán bộ y tế xã-

“Mong thành phố tổ chức các hoạt động, các lớp đào tạo cho cán bộ chuyên trách BKLN về việc quản lý và điều trị bệnh này...”

-PVS cán bộ y tế xã-

Bảng 3.3. Số cán bộ y tế thôn/cộng tác viên tham gia phòng chống BKLN

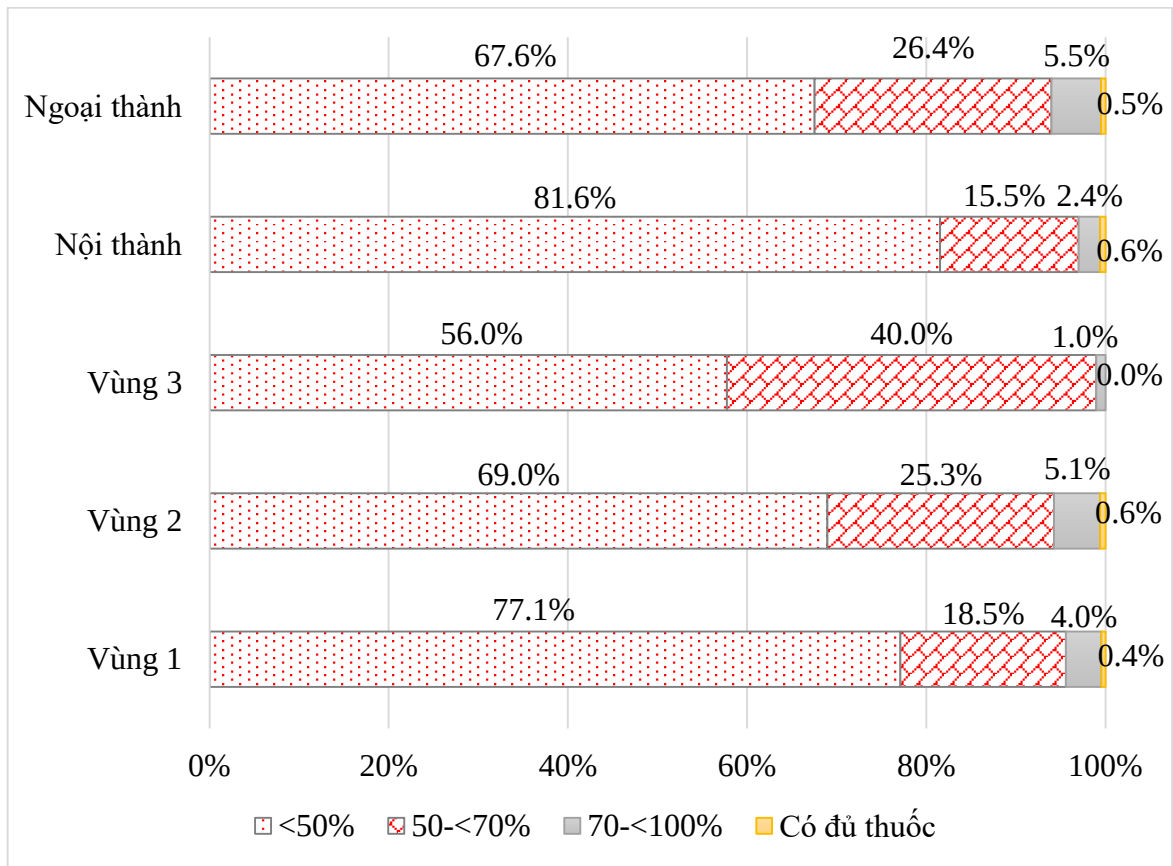
Cán bộ TB (min,max)	Theo vùng			Theo khu vực		Toàn TP (n=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Số cán bộ hiện đang công tác						
Tổng số cán bộ hiện có	14,6 (0-62)	10,0 (0-40)	10,6 (0-36)	16,4 (0-56)	10 (0-62)	11,9 (0-62)
Y tế thôn xóm	2,5 (0-19)	6,4 (0-22)	7,9 (0-18)	1,4 (0-19)	6,3 (0-22)	5,0 (0-22)
Cộng tác viên	14,27 (0-62)	4,35 (0-34)	4,18 (0-23)	17,95 (0-50)	4,39 (0-62)	8,13 (0-62)
Số cán bộ tham gia phòng, chống BKLN						
Tổng số cán bộ hiện có	3,7 (0-50)	4,6 (0-37)	3,2 (0-13)	3,7 (0-50)	4,4 (0-37)	4,2 (0-50)
Y tế thôn xóm	1,1 (0-16)	4,6 (0-20)	4,9 (0-13)	0,2 (0-16)	4,6 (0-20)	3,1 (0-20)
Cộng tác viên	4,0 (0-50)	1,8 (0-34)	0,4 (0-7)	5,4 (0-50)	1,6 (0-34)	2,5 (0-50)

Theo đánh giá, toàn thành phố, trung bình chỉ có khoảng 4 người tham gia trên tổng số gần 12 YTTX/CTV. Theo khu vực, TYT ngoại thành có trung bình cán bộ y tế thôn/CTV phòng chống BKLN cao hơn dù tổng số CB thấp hơn các TYT nội thành. Theo vùng, các TYT vùng 1 có trung bình số CB Y tế thôn/CTV phòng chống BKLN thấp hơn các vùng còn lại dù trung bình lại có nhiều CB nhất.

3.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

Bảng 3.4. Tỷ lệ các trạm Y tế xã có thuốc thiết yếu dành cho BKLN

Thuốc thiết yếu	Theo vùng (%)			Theo khu vực (%)		Chung (n=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Thuốc điều trị THA						
Có nhóm chẹn kênh can xi (amlodipin, nifedipin)	81 (35,68)	174 (52,41)	12 (48)	49 (29,17)	218 (52,4)	267 (45,72)
Có nhóm ức chế men chuyển/ thụ thể (Captopril, Enalapril, Losartan)	26 (11,45)	86 (25,9)	6 (24)	17 (10,12)	101 (24,28)	118 (20,21)
Có nhóm lợi tiểu (Hydrochlorothiazid, Indapamid)	67 (29,52)	166 (50,0)	18 (72)	38 (22,62)	213 (51,2)	251 (42,98)
Nhóm chẹn beta, anpha Propanolol, Atenalol, Prazosin, Doxazosin)	52 (22,91)	111 (33,43)	9 (36)	28 (16,67)	144 (34,62)	172 (29,45)
Thuốc điều trị ĐTD						
Có Metformin	20 (8,81)	45 (13,55)	3 (12)	13 (7,74)	55 (13,22)	68 (11,64)
Có Glygracid	9 (3,96)	22 (6,63)	2 (8)	7 (4,17)	26 (6,25)	33 (5,65)
Thuốc điều trị biến chứng (Chống đông, hạ mỡ máu)						
Aspirin	43 (18,94)	92 (27,71)	8 (32)	25 (14,88)	118 (28,37)	143 (24,49)
Simvastatin	19 (8,37)	45 (13,55)	4 (16)	8 (4,76)	60 (14,42)	68 (11,64)
Thuốc điều trị hen, COPD						
Salbutamol Sulfat dạng hít/xịt	108 (47,58)	183 (55,12)	20 (80)	77 (45,83)	234 (56,25)	311 (53,25)
Beclomethason dipropionat dạng hít/xịt	19 (8,37)	36 (10,84)	5 (20)	9 (5,36)	51 (12,26)	60 (10,27)
Prednisolone	86 (37,89)	260 (78,31)	22 (88)	42 (25,0)	326 (78,37)	368 (63,01)
Hydrocortisone	63 (27,75)	131 (39,46)	12 (48)	40 (23,81)	166 (39,9)	206 (35,27)
Thuốc cấp cứu						
Adrenalin	175 (77,09)	294 (88,55)	23 (92)	122 (72,62)	370 (88,94)	492 (84,25)
Epinephrine	23 (10,13)	54 (16,27)	7 (28)	12 (7,14)	72 (17,31)	84 (14,38)



Biểu đồ 3.1. Tình hình thuốc thiết yếu tại các trạm Y tế theo vùng và theo khu vực

Phần lớn các TYT chỉ có dưới 50% các loại thuốc thiết yếu. Đánh giá theo khu vực, các TYT ở nội thành lại có tỷ lệ có dưới 50% thuốc thiết yếu và cao hơn ngoại thành (Tỷ lệ 81,6% so với 67,6%). Đánh giá theo vùng cho thấy vùng 1 có 77,1% TYT có dưới 50% thuốc thiết yếu và chỉ có 18,5% TYT có từ 70%-<100% thuốc thiết yếu. Tỷ lệ TYT ở các vùng 2 và 3 có từ 70 -<100% thuốc thiết yếu cao hơn vùng 1, lần lượt đạt 25,3% và 40,0%.

Nghiên cứu định tính cũng đồng thời đưa ra vấn đề tương tự khi tình trạng thiếu thuốc thiết yếu vẫn còn tồn tại, mặc dù đã cải thiện hơn.

“... hiện đã tăng thuốc bảo hiểm y tế hơn nhiều, có những loại thuốc đắt như coversyl, tuy nhiên thì thoảng cũng hết thuốc. Trước có sanbutamol nhưng giờ không có..”

- TLN cán bộ TYT-

“Số thuốc điều trị tăng huyết áp tại trạm chỉ có 3 loại thuốc nên có bệnh nhân điều trị chưa về huyết áp mục tiêu, có bệnh nhân ko đáp ứng với thuốc nên phải chuyển viện. Về ĐTĐ: có xét nghiệm đường huyết mao mạch nhưng thuốc ko đầy đủ, hiện nay có 2 loại Metformin và Diamicron nên nhiều khi vẫn phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên...”

- PVS cán bộ Trạm Y tế xã-

Ngoài ra, cán bộ mong muốn được hỗ trợ, cung cấp thêm thuốc và các TTB thiết yếu phục vụ cho quản lý và điều trị BKLN được tốt hơn.

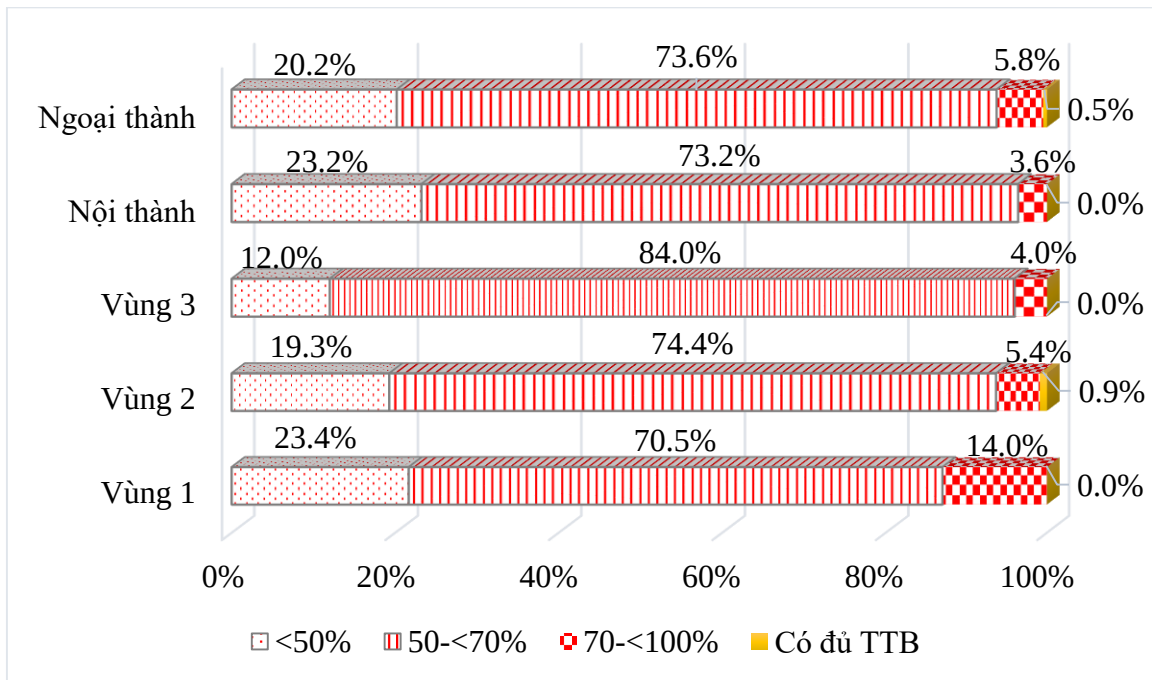
“Rất mong tuyến trên có thêm những giải pháp, hoạt động can thiệp, hỗ trợ để TYT xã có đủ thuốc và trang thiết bị cho cán bộ thực hiện công việc liên quan đến quản lý và điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường và một số bệnh không lây nhiễm khác ở cộng đồng được tốt hơn”

- TLN cán bộ y tế xã-

Bảng 3.5. Tỷ lệ trạm Y tế có trang thiết bị thiết yếu trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã

TT	Trang thiết bị	Theo vùng %			Theo khu vực %		Chung N=584
		TYT vùng 1 n=227	TYT vùng 2 n=332	TYT vùng 3 n=25	Nội thành n=168	Ngoại thành n=416	
I	Đo chỉ số nhân trắc						
1.	Thước đo chiều cao	198 (87,22)	289 (87,05)	22 (88)	150 (89,22)	359 (86,33)	509 (87,16)
2.	Thước đo vòng bụng	207 (91,19)	306 (92,17)	23 (92)	155 (92,22)	381 (91,61)	536 (91,78)
3.	Cân nặng	218 (96,04)	312 (93,98)	23 (92)	164 (97,60)	389 (93,53)	553 (94,69)
II	Phát hiện, điều trị THA						
4.	Máy đo huyết áp	214 (94,27)	316 (95,18)	23 (92)	162 (96,41)	391 (94,00)	553 (94,69)
5.	Ống nghe	220 (96,92)	314 (94,58)	25 (100)	165 (98,20)	394 (94,72)	559 (95,72)
III	Phát hiện, điều trị ĐTD						
6.	Máy đo đường huyết nhanch mao mạch	147 (64,76)	241 (72,59)	17 (68)	108 (64,07)	297 (71,46)	405 (69,35)
IV	Phát hiện, điều trị biến chứng THA, ĐTD						
7.	Máy đo điện tâm đồ	62 (27,31)	115 (34,64)	1 (4)	41 (24,55)	137 (32,85)	178 (30,48)
8.	Máy đo mỡ máu	6 (2,64)	5 (1,51)	1 (4)	5 (2,99)	7 (1,68)	12 (2,05)
9.	Thiết bị xét nghiệm nước tiểu nhanh	122 (53,74)	226 (68,07)	18 (72)	87 (51,50)	281 (67,63)	366 (62,67)
V	Phát hiện, điều trị COPD						
10.	Máy khí dung	194 (85,46)	264 (79,52)	25 (100)	151 (89,82)	332 (79,86)	483 (82,71)
11.	Máy đo lưu lượng đỉnh thở ra	9 (3,96)	14 (4,22)	0 (0)	9 (5,39)	14 (3,36)	23 (3,94)
VI	Phát hiện, điều trị ung thư						
12.	Bộ dụng cụ khám cổ tử cung	203 (89,43)	291 (87,65)	25 (100)	149 (88,62)	370 (88,97)	519 (88,87)
13.	Bộ dụng cụ phết tế bào cổ tử cung	36 (15,86)	59 (17,77)	2 (8)	25 (14,97)	72 (17,27)	97 (16,61)

Trên toàn thành phố, các trang thiết bị mà TYT ít có nhất là máy đo mỡ máu (2,4%) và máy đo lưu lượng đỉnh thở ra (3,9%). Ngoài ra, có thể thấy, tỷ lệ TYT có máy đo huyết áp là khá cao với trung bình là 94,7%. Tuy nhiên, chỉ có 69,4% TYT có máy đo đường huyết nhanh mao mạch. Vậy, phần lớn các TYT có từ 50 - <70% trang thiết bị. Theo khu vực, có 0,5% TYT ở ngoại thành có đủ 100% trang thiết bị, trong khi không TYT nào ở nội thành có đủ trang thiết bị. Theo vùng, vùng 1 có tỷ lệ TYT có dưới 50% trang thiết bị cao nhất (23,8%) và không có TYT nào có đủ 100% trang thiết bị. Vùng 2 có 0,6% TYT có đủ 100% trang thiết bị.



Biểu đồ 3.2. Tình hình trang thiết bị tại trạm Y tế phân theo vùng và theo khu vực

Theo số liệu chung toàn thành phố, phần lớn các TYT có từ 50 - <70% trang thiết bị. Theo khu vực, có 0,5% TYT ở ngoại thành lại có đủ 100% trang thiết bị, trong khi không TYT nào ở nội thành có đủ trang thiết bị. Đánh giá theo vùng cho thấy, vùng 1 có tỷ lệ TYT có từ 70%-<100% trang thiết bị

cao nhất (chiếm 14%), và không có TYT nào có đủ 100% trang thiết bị, trong khi đó tại vùng 2 chỉ có 0,9% TYT có đủ trang thiết bị phục vụ cho hoạt động phòng chống BKLN.

“...máy xét nghiệm đường huyết thì hỏng, chưa sửa được....”

- TLN Cán bộ Y tế xã

“...Hiện TYT chỉ có máy đo huyết áp và xét nghiệm đường huyết nhanh.

- TLN Cán bộ Y tế xã

Qua đây có thể thấy, thực trạng thiếu trang thiết bị cũng được chính các cán bộ y tế xác nhận. Các TYT phần lớn chỉ có được một số trang thiết bị phổ biến như máy đo huyết áp. Ngoài ra, những trang thiết bị không chỉ thiếu mà còn ít khi được bảo dưỡng định kỳ, khi hỏng hóc thì không được sửa hoặc thay thế kịp thời.

3.1.4. Thực trạng thống kê, báo cáo và giám sát

Bảng 3.6. Tỷ lệ trạm Y tế thực hiện thống kê báo cáo và giám sát trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã

	Theo vùng %			Theo khu vực %		Chung N=584
	TYT vùng 1 n=227	TYT vùng 2 n=332	TYT vùng 3 n=25	Nội thành n=168	Ngoại thành n=416	
Thống kê, báo cáo và giám sát BKLN (điểm tối đa=14)	5,22 (0-13)	5,6 (0-12)	4,5 (1-13)	5,22 (0-13)	5,45 (0-13)	5,34 (0-13)

Theo đánh giá, việc thực hiện thống kê, báo cáo và giám sát BKLN tại các TYT ở thành phố đều ở mức dưới trung bình so với quy định, đặc biệt là tại các TYT xã vùng 3.

3.1.5. *Thực trạng nguồn kinh phí phân bổ cho hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của Thành phố Hà Nội*

Nguồn kinh phí cho hoạt động phòng chống BKLN hiện nay chủ yếu đến từ ngân sách quốc gia phân bổ cho các địa phương. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội hiện nay đang thực hiện 2 hoạt động chính đó là phòng chống THA và ĐTD với nguồn kinh phí chủ yếu được cấp từ thành phố, và có xu hướng gia tăng theo các năm. Các hoạt động chính hiện nay trên địa bàn vẫn do tuyến thành phố thực hiện chủ yếu, trong khi tại các tuyến quận/ huyện và phường/ xã, các hoạt động tuy diễn ra nhưng kinh phí từ quận/ huyện/ thị xã và xã/ phường/ thị trấn dành cho còn ít và chưa được chú trọng.

Bảng 3.7. Tỷ lệ trạm Y tế có trang thiết bị thiết yếu trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã

TT	Năm	Kinh phí trung ương	Kinh phí thành phố	Tổng kinh phí
1	Hoạt động phòng chống bệnh ĐTD			
	2015	220 triệu	1,3 tỷ	1,520 tỷ
	2016	60 triệu	1,5 tỷ	1,560 tỷ
	2017	60 triệu	2 tỷ	2,060 tỷ
2	Hoạt động phòng chống THA			
	2015	80 triệu	2,2 tỷ	2,280 tỷ
	2016	60 triệu	2,5 tỷ	2,560 tỷ
	2017	0	2,6 tỷ	2,6 tỷ

Một nguồn kinh phí khác hỗ trợ cho bệnh nhân đến hoạt động khám, điều trị tại các bệnh viện theo bảo hiểm y tế. Năm 2015, Hà Nội có 5.480.163 người tham gia BHYT. Tính đến năm 2016 là 5.860.941 người tham gia BHYT, tăng 6,9% so với năm 2015. Như vậy, đến hết 31/12/2016 Hà Nội đã có hơn 5,8 triệu người tham gia BHYT, và hơn 7,2 triệu lượt bệnh nhân khám chữa bệnh BHYT. Tỷ lệ bao phủ BHYT của Hà Nội đạt 82,4% dân số.

3.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ

Bảng 3.8. Tỷ lệ các trạm Y tế có khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ trong phát hiện bệnh không lây nhiễm

Các dịch vụ	Theo vùng			Theo khu vực		Toàn TP N=584 (%)
	TYT vùng 1 n=227	TYT vùng 2 n=332	TYT vùng 3 n=25	Nội thành n=168	Ngoại thành n=416	
Phát hiện BKLN						
Cân nặng, chiều cao, vòng bụng, vòng eo	123 (54,19)	211 (63,55)	16 (64)	87 (51,79)	263 (63,22)	350 (59,93)
Xác định những người có các yếu tố nguy cơ thúc đẩy BKLN	65 (28,63)	91 (27,41)	5 (20)	55 (32,74)	106 (25,48)	161 (27,57)
Đo huyết áp	157 (69,16)	254 (76,51)	21 (84)	112 (66,67)	320 (76,92)	432 (73,97)
Điện tâm đồ	31 (13,66)	82 (24,7)	2 (8)	18 (10,71)	97 (23,32)	115 (19,69)
Kỹ thuật xác định nguy cơ tim mạch theo bảng kiểm	21 (9,25)	43 (12,95)	0 (0)	15 (8,93)	49 (11,78)	64 (10,96)
Xác định sớm u vú trên lâm sàng	58 (25,55)	139 (41,87)	7 (28)	33 (19,64)	171 (41,11)	204 (34,93)
Khám phụ khoa phát hiện sớm ung thư cổ tử cung	95 (41,85)	167 (50,3)	10 (40)	60 (35,71)	212 (50,96)	272 (46,58)
Tầm soát xác định người có nguy cơ cao COPD	45 (19,82)	86 (25,9)	5 (20)	35 (20,83)	101 (24,28)	136 (23,29)
Xác định hen phế quản theo bảng phân loại	31 (13,66)	76 (22,89)	3 (12)	17 (10,12)	93 (22,36)	110 (18,84)

Nhìn chung trên toàn TP, tỷ lệ TYT có khả năng cung cấp các dịch vụ về phát hiện BKLN còn khá thấp. Trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là hoạt động đo huyết áp (73,97%),... Một số dịch vụ như đo điện tâm đồ, kỹ thuật xác định nguy cơ tim mạch theo bảng kiểm, xác định hen phế quản theo bảng phân loại thì lần lượt chỉ có 19,69%; 10,96% và 18,84% TYT có khả năng cung cấp. Theo khu vực, hầu hết khả năng cung cấp dịch vụ phát hiện BKLN của nội thành thấp hơn ngoại thành. Theo vùng, phần lớn tỷ lệ TYT vùng 2 có khả năng thực hiện phát hiện BKLN cao hơn vùng 1 và 3.

Mặc dù còn hạn chế trong khả năng cung cấp các dịch vụ y tế, tuy nhiên theo ý kiến của các cán bộ tại trạm, hiện nay các TYT đã triển khai các dịch vụ liên quan phòng chống BKLN đa dạng hơn thời gian trước.

“Có đo huyết áp, test nhanh đường máu mao mạch, khí dung, ...”

-TLN cán bộ Y tế xã-

“Kỹ thuật, dịch vụ y tế có thể thực hiện được: Đo huyết áp, vòng eo, chiều cao...”

-TLN cán bộ Y tế thôn-

Bảng 3.9. Tỷ lệ các trạm Y tế có khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ trong quản lý, tư vấn và điều trị

Các dịch vụ	Chia theo vùng			Chia theo khu vực		Toàn TP n (%)
	TYT vùng 1 n (%)	TYT vùng 2 n (%)	TYT vùng 3 n (%)	Nội thành n (%)	Ngoại thành n (%)	
Quản lý, điều trị bệnh nhân tăng huyết áp, tim mạch						
Điều trị bệnh nhân tăng huyết áp độ 1	107 (47,14)	252 (75,9)	20 (80)	67 (39,88)	312 (75,0)	379 (64,9)
Quản lý, điều trị duy trì cho bệnh nhân THA đã được chẩn đoán và điều trị tại BV	101 (44,49)	223 (67,17)	17 (68)	64 (38,1)	277 (66,59)	341 (58,39)
Sử dụng YHCT trong điều trị THA (châm cứu, bấm huyệt,...)	75 (33,04)	142 (42,77)	9 (36)	48 (28,57)	178 (42,79)	226 (38,7)
Phục hồi chức năng vận động người bệnh tai biến mạch máu não	87 (38,33)	133 (40,06)	11 (44)	62 (36,9)	169 (40,63)	231 (39,55)
Bệnh đái tháo đường						
Quản lý, điều trị duy trì cho bệnh nhân ĐTĐ đã được chẩn đoán/điều trị tại BV	67 (29,52)	94 (28,31)	7 (28)	45 (26,79)	123 (29,57)	168 (28,77)
Kỹ thuật tiêm Insulin cho người bệnh ĐTĐ	58 (25,55)	58 (17,47)	3 (12)	38 (22,62)	81 (19,47)	119 (20,38)
Tư vấn chế độ dinh dưỡng và tập luyện cho người bệnh ĐTĐ	76 (33,48)	149 (44,88)	13 (52)	45 (26,79)	193 (46,39)	238 (40,75)
Quản lý, chăm sóc giảm nhẹ bệnh nhân ung thư						
Áp dụng YHCT giảm đau do ung thư	38 (16,74)	56 (16,87)	5 (20)	28 (16,67)	71 (17,07)	99 (16,95)
Hỗ trợ điều trị bệnh nhân COPD						
Đánh giá mức độ nặng của COPD bằng FEV1	14 (6,17)	19 (5,72)	1 (4)	9 (5,36)	25 (6,01)	34 (5,82)
Hướng dẫn người bệnh tập luyện điều trị COPD (kỹ thuật ho, thở cơ hoành	63 (27,75)	136 (40,96)	8 (32)	41 (24,4)	166 (39,9)	207 (35,45)

Dịch vụ quản lý, tư vấn, điều trị ĐTD nhìn chung, trên toàn TP, tỷ lệ TYT có khả năng cung cấp một số kỹ thuật thuộc dịch vụ này còn khá thấp, thấp nhất 12,5% (Quản lý, duy trì BN có rối loạn chuyển hóa) và cao nhất chỉ đạt 40,8% (chế độ dinh dưỡng và tập luyện cho người bệnh ĐTD). Theo vùng, tỷ lệ các TYT vùng 3 có khả năng thực hiện điều trị không dùng thuốc cao hơn 2 vùng còn lại và ngoại thành cao hơn nội thành (42,3% so với 35,7%). Khả năng cung cấp dịch vụ về chế độ dinh dưỡng và tập luyện cho người ĐTD tại các TYT vùng 2 cao hơn so với vùng 1 và 3. Với dịch vụ quản lý, điều trị BN THA, tim mạch, tỷ lệ TYT có khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ này cao hơn so với bệnh ĐTD: cao nhất là điều trị BN THA độ 1 (64,9%); thấp nhất là sử dụng YHCT trong điều trị THA (38,7%). Ngoài ra, hầu hết tất cả các nội dung, các TYT ngoại thành có tỷ lệ TYT thực hiện cao hơn nội thành, TYT vùng 3 đều có khả năng thực hiện cao hơn so với vùng 1 và 2. Về quản lý, chăm sóc giảm nhẹ BN ung thư, tổng số 17,0% TYT xã hiện có khả năng áp dụng YTCT giảm đau bệnh này. Còn quản lý, điều trị BN COPD, chỉ 5,8% TYT có khả năng thực hiện.

Bảng 3.10. Điểm trung bình triển khai một số hoạt động liên quan đến phòng, chống và điều trị bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế xã

Các hoạt động	Chia theo vùng			Chia theo khu vực		Chung
	TYT vùng 1	TYT vùng 2	TYT vùng 3	Nội thành	Ngoại thành	
	X (min-max)					
Quản lý, điều phối (điểm tối đa = 24)	9,73 (0,5-22)	9,38 (1-18)	9,25 (5-14)	9,73 (0,5-22)	9,37 (1-18)	9,55 (0,5-22)
Kiểm soát yếu tố nguy cơ (điểm tối đa = 22)	9,63 (1-18)	7,01 (1-16)	6,82 (0-10)	9,63 (1-18)	6,99 (0-16)	8,31 (0-18)
Phát hiện BKLN (điểm tối đa =18)	8,76 (2-16)	8,37 (3-17)	8,43 (4-11)	8,76 (2-16)	8,38 (3-17)	8,57 (2-17)
Quản lý, tư vấn, điều trị (điểm tối đa=22)	7,99 (1-16)	9,87 (0-18)	8,57 (3-13)	7,99 (1-16)	9,69 (0-18)	8,84 (0-18)
Thống kê, báo cáo và giám sát BKLN (điểm tối đa=14)	5,22 (0-13)	5,6 (0-12)	4,5 (1-13)	5,22 (0-13)	5,45 (0-13)	5,34 (0-13)
Tổng số (điểm tối đa=100)	41,32 (8-76)	40,24 (17-69)	37,57 (23-54)	41,32 (8,5-76)	39,87 (17-69)	40,59 (8,5-76)

Nhìn chung, điểm trung bình của các nội dung liên quan đến: Quản lý điều phối, kiểm soát yếu tố nguy cơ, phát hiện BKLN, quản lý tư vấn điều trị và thống kê, báo cáo giám sát BKLN đều chưa đạt được được 50% so với số điểm tối đa ở từng hạng mục.

Ngoài ra, theo cán bộ tại một số trạm, hiện nay TYT xã đã được thực một số hoạt động hiện nhưng vẫn mang tính bị động và tính chính xác chưa cao.

“...Hiện nay vẫn quản lý bệnh nhân theo cơ chế: Y tế thôn biết rồi báo lên TYT để vào sổ quản lý....” - TLN Cán bộ Y tế xã

“...Các ca tử vong được báo cáo chung về theo sổ A6 tại TYT. Tính chính xác thông tin về số liệu tử vong chưa cao và thông tin chưa đầy đủ thậm chí có thể sót trường hợp” - PVS Lãnh đạo TTYT

Bảng 3.11. Số (tỷ lệ) người bệnh được phát hiện, quản lý điều trị trong năm qua tại trạm Y tế xã trên toàn thành phố năm 2016

	Số bệnh nhân ước tính	Số (tỷ lệ) được phát hiện bệnh	Số (tỷ lệ) được quản lý điều trị tại TYT
<i>Chung toàn thành phố</i>			
Tăng huyết áp	921.148	61.842 (6,71)	1.388 (0,15)
Đái tháo đường	209.817	4.481 (2,13)	1.107 (0,53)
COPD		-	-
Ung thư		-	-

Trong năm 2016, số bệnh nhân ước tính mắc THA của toàn Hà Nội là hơn 921 nghìn người. Tuy nhiên, trong đó chỉ có 0,43% người được phát hiện; 6,71% được quản lý điều trị (quản lý bằng danh sách); còn tỷ lệ được điều trị tại TYT chỉ đạt 0,15%. Số người ước tính mắc ĐTĐ là khoảng hơn 209 nghìn người. Nhưng tỷ lệ người được phát hiện bệnh, được quản lý điều trị bằng danh sách và được quản lý điều trị tại TYT cũng rất khiêm tốn, lần lượt chỉ đạt 0,83%, 2,13% và 0,53%. Chưa thống kê được số liệu liên quan đến bệnh nhân COPD và bệnh nhân Ung thư.

3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm Y tế, huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017 – 2019.

3.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế

3.2.1.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế xã

Bảng 3.12. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ Y tế trong phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất) n=138		Nhóm chứng (Quốc Oai) n=120		p1(*)	p2	p3	p4	HQCT (%)
	Trước (n=69)	Sau (n=69)	Trước (n=58)	Sau (n=62)					
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tiêu chuẩn phân độ THA	36 (52,17)	66 (95,65)	43 (74,14)	53 (85,48)	0,120	<0,001	0,011	0,044	68,05
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tiêu chí điều trị THA đạt mục tiêu	35 (50,72)	65 (94,2)	34 (58,62)	56 (90,32)	<0,001	<0,001	0,374	0,404	31,65
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về những trường hợp THA cần chuyển viện	50 (72,46)	64 (92,75)	46 (79,31)	53 (85,48)	0,374	0,002	0,371	0,179	20,22
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về nguyên tắc điều trị	51 (73,91)	63 (91,3)	46 (79,31)	50 (80,65)	0,855	0,007	0,476	0,077	21,84
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về chỉ định điều trị THA bằng thuốc tại trạm y tế	19 (27,54)	54 (78,26)	20 (34,48)	39 (62,90)	0,002	<0,001	0,398	0,053	101,74
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về xử trí THA đo lần đầu tại trạm y tế	31 (44,93)	61 (88,41)	28 (48,28)	44 (70,97)	0,011	<0,001	0,706	0,013	49,78
Tỷ lệ đạt kiến thức chung về THA (trả lời đúng 6 tiêu mục)	6 (8,70)	45 (65,22)	6 (10,34)	22 (35,48)	0,001	<0,001	0,752	0,001	406,52

Theo bảng trên, p_1 , p_2 , p_3 , p_4 có ý nghĩa như sau:

- p_1 : So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_2 : So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_3 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p_4 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả phân tích cho thấy ở nhóm can thiệp (huyện Thạch Thất), tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về các tiêu mục: i) tiêu chuẩn phân độ THA; ii) tiêu chí điều trị THA đạt mục tiêu; iii) xử trí THA đo lần đầu tại TYT vào thời điểm năm 2019 (sau can thiệp) đều cao hơn đáng kể so với năm 2017 (trước can thiệp). Bên cạnh đó, những chỉ số này ở nhóm can thiệp (huyện Thạch Thất) đều cao hơn nhóm chứng (huyện Quốc Oai) vào thời điểm sau can thiệp. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. HQCT cao nhất là tăng tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đúng về chỉ định điều trị THA bằng thuốc tại trạm y tế (HQCT=101,74%).

Bảng 3.13. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của cán bộ Y tế về năng lực chuẩn độ và xử trí tăng huyết áp đo lần đầu

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
CBYT có kiến thức đúng về tiêu chuẩn phân độ THA			
Huyện được can thiệp	0,15	0,38 (0,18-0,81)	0,012
Thời điểm có can thiệp	0,96	2,05 (0,82-5,15)	0,125
Huyện*Thời điểm can thiệp	7,77	9,82 (2,08-46,31)	0,004
CBYT có kiến thức đúng về xử trí THA đo lần đầu tại TYT			
Huyện được can thiệp	0,31	0,87 (0,43-1,76)	0,706
Thời điểm có can thiệp	1,01	2,62 (1,23-5,56)	0,012
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,1	3,57 (1,12-11,33)	0,031
CBYT đạt kiến thức chung về THA			
Huyện được can thiệp	0,50	0,83 (0,25 – 2,71)	0,752
Thời điểm có can thiệp	2,41	4,77 (1,77 – 12,86)	0,002
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,93	4,13 (1,03 -16,58)	0,045

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp tới kiến thức của CBYT về năng lực chuẩn độ và xử trí THA đo lần đầu. Kết quả cho thấy với cải thiện năng lực của CBYT về bệnh chuẩn độ THA: có tương tác giữa hai biến và sự cải thiện năng lực này có liên quan tới địa bàn có được can thiệp hay không, ($p < 0,05$). Còn với kiến thức xử trí THA đo lần đầu: cũng có tương tác giữa hai biến và sự cải thiện kiến thức này có liên quan tới thời gian can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.14. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA của cán bộ Y tế

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,52	0,83 (0,24 – 2,82)	0,761
Thời điểm được can thiệp	3,76	6,85 (2,34 – 20,09)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	3,40	4,64 (1,10 – 19,50)	0,036
Nhóm tuổi từ 31-50	0,12	0,26 (0,11 – 0,64)	0,004
Nhóm tuổi từ 50 trở lên	0,16	0,32 (0,12 – 0,88)	0,026
Dân tộc kinh	0,19	0,28 (0,08 – 1,04)	0,059
Giới tính nam	0,30	0,83 (0,41 – 1,69)	0,611
Đã được đào tạo cho Y tế thôn	0,20	0,95 (0,63 – 1,45)	0,821

Phân tích đa biến cho thấy không có mối liên quan giữa một số yếu tố về dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo cho Y tế thôn với kiến thức chung về THA của Y tế thôn ($p > 0,05$). Tuy nhiên, phân tích đã tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi từ 31-50 và từ 50 tuổi trở lên với kiến thức về THA của đối tượng này.

**Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ Y tế trong
phát hiện, quản lý, điều trị bệnh đái tháo đường**

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất) n=138		Nhóm chứng (Quốc Oai) n=120		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
	n=69	n=69	n=58	n=62					
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD	25 (36,23)	57 (82,61)	20 (34,48)	40 (64,52)	0,001	<0,001	0,837	0,018	40,89
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tiêu chí điều trị ĐTD đạt mục tiêu	11 (15,94)	53 (76,81)	8	31	<0,001	<0,001	0,735	0,001	119,29
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về những trường hợp ĐTD cần chuyển viện	42 (60,87)	65 (94,20)	34 (58,62)	42 (67,74)	0,300	<0,001	0,797	<0,001	39,20
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về nguyên tắc điều trị ĐTD	50 (72,46)	63 (91,30)	48 (82,76)	53 (85,48)	0,683	0,004	0,169	0,296	22,71
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ĐTD	33 (47,83)	60 (86,96)	42 (72,41)	43 (69,35)	0,713	<0,001	0,005	0,014	86,04
Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tư vấn vận động thể lực cho người bệnh ĐTD	60 (86,96)	68 (98,55)	49 (84,48)	56 (90,32)	0,334	0,009	0,691	0,037	6,42
Tỷ lệ đạt kiến thức chung về ĐTD (trả lời được cả 6 tiêu mục trên)	3 (4,35)	43 (62,32)	2 (3,45)	23 (37,10)	<0,001	<0,001	0,795	0,004	357,28

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Nâng cao năng lực CBYT trong phát hiện, quản lý và điều trị ĐTD, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về các tiêu mục: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD, tiêu chí điều trị ĐTD đạt mục tiêu, những trường hợp ĐTD cần chuyển viện, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ĐTD và tư vấn vận động

thể lực cho người bệnh ĐTĐ ở thời điểm năm 2019 (sau can thiệp) đều cao hơn đáng kể so với năm 2017 (sau can thiệp). Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ CBYT có kiến thức đúng về tiêu chí điều trị ĐTĐ đạt mục tiêu đạt chỉ số HQCT cao nhất với 119,29%.

Bảng 3.16. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của cán bộ Y tế về một số nội dung liên quan đến quản lý, điều trị đái tháo đường

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
CBYT có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ			
Huyện được can thiệp	0,40	1,08 (0,52-2,24)	0,837
Thời điểm có can thiệp	1,32	3,45 (1,63-7,32)	0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,35	2,42 (0,81-7,2)	0,113
CBYT có kiến thức đúng về tiêu chí điều trị bệnh ĐTĐ đạt mục tiêu			
Huyện được can thiệp	0,6	1,19 (0,44-3,18)	0,735
Thời điểm có can thiệp	2,86	6,25 (2,55-15,33)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,77	2,79 (0,81-9,64)	0,104
CBYT có kiến thức đúng về những trường hợp ĐTĐ cần chuyển viện			
Huyện được can thiệp	0,4	1,1 (0,54-2,24)	0,797
Thời điểm có can thiệp	0,56	1,48 (0,70-3,13)	0,301
Huyện*Thời điểm can thiệp	4,84	7,05 (1,84-27,06)	0,004
CBYT có kiến thức đúng về tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ĐTĐ			
Huyện được can thiệp	0,13	0,35 (0,17-0,74)	0,006
Thời điểm có can thiệp	0,35	0,86 (0,39-1,9)	0,713
Huyện*Thời điểm can thiệp	4,98	8,44 (2,65-26,81)	<0,001
CBYT có kiến thức đúng về tư vấn vận động thể lực cho người bệnh ĐTĐ			
Huyện được can thiệp	0,62	1,22 (0,45-3,32)	0,691
Thời điểm có can thiệp	0,96	1,71 (0,60-5,16)	0,338
Huyện*Thời điểm can thiệp	7,19	5,95 (0,56-63,46)	0,140
CBYT đạt kiến thức chung về ĐTĐ			
Huyện được can thiệp	1,18	1,27 (0,21-7,89)	0,796
Thời điểm có can thiệp	12,65	16,51 (3,68 – 74,12)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,20	2,20 (0,31 – 15,6)	0,429

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp về kiến thức của CBYT về một số nội dung liên quan đến quản lý, điều trị ĐTD. Kết quả cho thấy tăng cường cải thiện kiến thức của CBYT về tiêu chẩn chẩn đoán bệnh ĐTD và tiêu chí điều trị bệnh ĐTD đạt mục tiêu: đều có tương tác giữa hai biến và sự cải thiện có liên quan tới thời gian can thiệp ($p < 0,05$). Về kiến thức liên quan đến những trường hợp bệnh nhân mắc ĐTD cần chuyển viện và tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ĐTD: cả hai đều có tương tác giữa hai biến, tuy nhiên, chỉ có sự cải thiện về kiến thức tư vấn dinh dưỡng là có liên quan đến địa bàn được can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.17. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về ĐTD của cán bộ Y tế

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	1,19	1,27 (0,20 – 7,93)	0,798
Thời điểm có can thiệp	12,88	16,57 (3,61 – 75,99)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,26	2,26 (0,32 – 16,07)	0,415
Nhóm tuổi từ 31-50	0,37	0,76 (0,29 – 1,98)	0,575
Nhóm tuổi từ 50 trở lên	0,50	0,93 (0,33 – 2,64)	0,888
Dân tộc kinh	0,70	0,93 (0,21 – 4,05)	0,925
Giới tính nam	0,34	0,90 (0,42 – 1,90)	0,778
Đã được đào tạo cho Y tế thôn	0,23	1,0 (0,64 – 1,56)	0,997

Phân tích đa biến tại bảng trên cho thấy, không có mối liên quan giữa một số yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo cho cán bộ Y tế thôn với kiến thức chung về bệnh ĐTD của CBYT ($p > 0,05$).

3.2.1.2. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của Y tế thôn

Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất)		Nhóm chứng (Quốc Oai)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước (n=196)	Sau (n=194)	Trước (n=105)	Sau (n=104)					
Kiến thức chung về bệnh không lây nhiễm									
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về YTNC của BKLN	23 (11,73)	186 (95,88)	10 (9,52)	80 (76,92)	<0,001	<0,001	0,579	<0,001	9,41
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về nguyên tắc điều trị BKLN	99 (50,51)	165 (85,05)	46 (43,81)	72 (69,23)	0,001	<0,001	0,278	0,004	10,36
Kiến thức về tăng huyết áp									
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về chỉ số tiền THA	45 (22,96)	109 (56,19)	44 (41,90)	32 (30,77)	0,151	<0,001	0,001	<0,001	171,29
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về chỉ số THA	82 (41,84)	159 (81,96)	66 (62,86)	62 (59,62)	0,682	<0,001	0,002	<0,001	101,04
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về ngăn ngừa biến chứng THA	162 (82,65)	190 (97,94)	87 (82,86)	96 (92,31)	0,100	<0,001	0,916	0,030	7,09
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về chế độ ăn giảm muối	135 (68,88)	189 (97,42)	73 (69,52)	91 (87,50)	0,006	<0,001	0,888	0,003	15,57
Tỷ lệ Y tế thôn có kiến thức chung đạt về THA (trả lời đúng cả 4 tiêu mục trên)	6 (3,06)	95 (48,97)	3 (2,86)	30 (28,85)	<0,001	<0,001	0,884	0,003	591,59

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Qua phân tích hiệu quả can thiệp cho thấy năng lực của YTT trong phát hiện quản lý THA đã có sự nâng cao rõ rệt so với trước can thiệp, sự thay đổi

này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, tỷ lệ y tế thôn có kiến thức chung đạt về THA có HQCT rất cao (591,59%).

Bảng 3.19. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới kiến thức của Y tế thôn về một số nội dung liên quan đến quản lý, điều trị THA

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Y tế thôn có kiến thức đúng về YTNC của BKLN			
Huyện được can thiệp	0,55	1,27 (0,54-2,99)	0,580
Thời điểm có can thiệp	14,57	31,43 (12,6-77,95)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	3,69	5,72 (1,62-20,22)	0,007
Y tế thôn có kiến thức đúng về nguyên tắc điều trị BKLN			
Huyện được can thiệp	0,36	1,33 (0,79-2,24)	0,278
Thời điểm có can thiệp	0,97	2,89 (1,50-5,58)	0,002
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,8	1,89 (0,83-4,32)	0,131
Y tế thôn có kiến thức đúng về chỉ số tiền THA			
Huyện được can thiệp	0,11	0,41 (0,23-0,71)	0,001
Thời điểm có can thiệp	0,21	0,62 (0,32-1,19)	0,152
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,86	7,0 (3,15-15,58)	<0,001
Y tế thôn có kiến thức đúng về chỉ số THA			
Huyện được can thiệp	0,12	0,43 (0,25-0,73)	0,002
Thời điểm có can thiệp	0,29	0,87 (0,46-1,66)	0,682
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,97	7,25 (3,24-16,19)	<0,001
Y tế thôn có kiến thức đúng về ngăn ngừa biến chứng THA			
Huyện được can thiệp	0,34	0,96 (0,48-1,92)	0,916
Thời điểm có can thiệp	1,19	2,30 (0,83-6,33)	0,107
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,98	3,98 (0,92-17,28)	0,065
Y tế thôn có kiến thức đúng về chế độ ăn giảm muối			
Huyện được can thiệp	0,41	1,11 (0,53-2,29)	0,785
Thời điểm có can thiệp	20,22	42,73 (16,9-108,03)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,97	4,33 (1,13-16,6)	0,033
Y tế thôn có kiến thức chung đạt về THA			
Huyện được can thiệp	0,96	1,13 (0,21 – 5,95)	0,884
Thời điểm có can thiệp	12,21	16,05 (3,61 – 71,29)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,92	2,13 (0,37 – 12,4)	0,399

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả cải thiện một số năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý THA tại cộng đồng. Kết quả cho thấy cải thiện kiến thức đúng về YTNC và chế độ ăn giảm muối có sự tương tác giữa hai biến. Sự cải thiện kiến thức này liên quan đến thời điểm can thiệp ($p < 0,05$). Kiến thức về chỉ số tiền THA và THA có tương tác giữa hai biến và sự cải thiện kiến thức đúng của hai mục này có liên quan tới việc được can thiệp hay không ($p < 0,05$).

Bảng 3.20. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA của Y tế thôn

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,92	1,08 (0,21 – 5,75)	0,931
Thời điểm có can thiệp	15,57	12,62 (1,12 – 141,73)	0,040
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,98	2,20 (0,38 – 12,83)	0,381
Nhóm tuổi từ 51 trở lên	1,36	1,23 (0,14 – 10,64)	0,848
Dân tộc kinh	0,59	1,25 (0,50 – 3,15)	0,630
Giới tính nam	0,35	0,86 (0,39 – 1,91)	0,706
Đã được đào tạo về Y tế thôn	0,24	0,83 (0,47 – 1,46)	0,514

Phân tích đa biến tại bảng trên cho thấy, không có mối liên quan giữa một số yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo Y tế thôn với kiến thức chung về THA của Y tế thôn ($p > 0,05$).

Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực y tế thôn trong phát hiện, quản lý đái tháo đường tại cộng đồng

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất)		Nhóm chứng (Quốc Oai)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước (n=196)	Sau (n=194)	Trước (n=105)	Sau (n=104)					
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về ngăn ngừa biến chứng ĐTĐ	137 (70,11)	186 (96,07)	77 (73,49)	93 (89,19)	0,013	<0,001	0,572	0,036	15,66
Tỷ lệ YTT có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng cho người ĐTĐ	150 (76,63)	192 (98,88)	85 (80,72)	100 (95,95)	0,004	<0,001	0,456	0,129	10,31
Tỷ lệ Y tế thôn có kiến thức chung đạt về ĐTĐ (trả lời đúng cả các tiểu mục trên)	120 (61,22)	186 (95,88)	68 (64,76)	91 (87,5)	0,001	<0,001	0,569	0,015	21,50

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Theo kết quả quân tích, ở thời điểm sau can thiệp, nhóm y tế thôn ở huyện Thạch Thất có kiến thức đúng về ngăn ngừa biến chứng của bệnh ĐTĐ tăng lên, đạt đến 96,07% cao hơn nhóm ở huyện Quốc Oai. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả can thiệp về Y tế thôn có kiến thức chung đạt về ĐTĐ là 21,5%.

Bảng 3.22. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới một số biến về năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý đái tháo đường tại cộng đồng

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
YTT có kiến thức đúng về định nghĩa ĐTD			
Huyện được can thiệp	0,13	0,47 (0,28-0,79)	0,005
Thời điểm có can thiệp	0,11	0,33 (0,17-0,64)	0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,44	1,05 (0,47-2,37)	0,899
YTT có kiến thức đúng về ngăn ngừa biến chứng ĐTD			
Huyện được can thiệp	0,25	0,84 (0,47-1,51)	0,572
Thời điểm có can thiệp	1,34	2,98 (1,23-7,18)	0,015
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,15	3,5 (1,05-11,66)	0,041
Y tế thôn có kiến thức chung đạt về ĐTD			
Huyện được can thiệp	0,24	0,85 (0,50 – 1,47)	0,569
Thời điểm có can thiệp	1,64	3,88 (1,69 – 8,90)	0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,34	3,96 (1,24 – 12,64)	0,020

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả can thiệp về kiến thức của YTT về định nghĩa ĐTD và ngăn ngừa biến chứng ĐTD. Kết quả cho thấy về cải thiện kiến thức đúng định nghĩa ĐTD: không có tương tác giữa hai biến nhưng cải thiện điểm trung bình của y tế thôn về bệnh THA có liên quan tới cả việc có can thiệp hay không và thời điểm can thiệp ($p < 0,05$). Về kiến thức ngăn ngừa biến chứng ĐTD: có tương tác giữa hai biến và sự cải thiện có liên quan đến thời điểm can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về ĐTD của Y tế thôn

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,22	0,74 (0,41 – 1,32)	0,301
Thời điểm có can thiệp	1,49	2,61 (0,86 – 9,97)	0,092
Huyện*Thời điểm can thiệp	2,50	4,17 (1,29 – 13,47)	0,017
Nhóm tuổi từ 31-50	0,30	0,89 (0,46 – 1,73)	0,738
Nhóm tuổi từ 51 trở lên	0,63	1,52 (0,67 – 3,44)	0,314
Dân tộc kinh	0,63	1,70 (0,82 – 3,51)	0,155
Giới tính nam	0,19	0,61 (0,33 – 1,12)	0,111
Đã được đào tạo về Y tế thôn	0,47	1,56 (0,86 – 2,82)	0,144

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, không có mối liên quan giữa một số yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo Y tế thôn với kiến thức chung về ĐTD của Y tế thôn ($p > 0,05$).

3.2.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm

Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đến sự sẵn có thuốc cho phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p_1	p_2	p_3	p_4	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Thuốc điều trị ĐTD									
Metformin (hoặc tương đương)	1 (4,35)	21 (91,30)	2 (9,52)	1 (4,76)	0,549	<0,001	0,496	<0,001	2048,85
Glibenclamid	2 (8,70)	7 (30,43)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0,063	0,167	0,006	-
Insuline	0 (0,0)	1 (4,35)	0 (0,0)	1 (4,76)	0,311	0,312	-	0,947	-
Có từ 2 nhóm trở lên	1 (4,35)	8 (34,78)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0,009	0,334	0,003	-
Thuốc điều trị THA									
Thuốc ức chế men chuyển ACE (Angiotensin Coverting Enzyme)	6 (26,09)	19 (82,61)	1 (4,76)	20 (95,24)	<0,001	<0,001	0,053	0,187	-1684,21
Thuốc lợi tiểu nhóm Thiazide	2 (8,70)	15 (65,22)	7 (33,33)	2 (9,52)	0,060	<0,001	0,043	<0,001	721,09
Thuốc chẹn Beta giao cảm	0 (0,0)	6 (26,09)	4 (19,05)	0 (0,0)	0,035	0,009	0,028	0,012	-
Thuốc chẹn kênh can xi	13 (56,52)	22 (95,65)	12 (57,14)	18 (85,71)	<0,052	<0,001	0,901	0,907	19,23
Có từ 2 nhóm trở lên	6 (26,09)	20 (86,96)	7 (33,3)	20 (95,24)	<0,001	<0,001	0,862	0,340	47,62

- p_1 : So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_2 : So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_3 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p_4 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Theo kết quả phân tích, ở huyện can thiệp, tỷ lệ TYT xã có sẵn thuốc cho điều trị, phát hiện một số BKLN tại thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp. Trong đó, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị ĐTD trở lên trước can thiệp là 34,78%, cao hơn trước can thiệp (4,35%). Ngoài ra, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị THA trở lên ở thời điểm sau can thiệp cũng cao hơn đáng kể so với trước can thiệp (86,96% so với 26,09%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.25. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng có thuốc điều trị ĐTD

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Tình trạng có thuốc Metformin (điều trị ĐTD)			
Huyện được can thiệp	2,94	2,32 (0,19-27,98)	0,509
Thời điểm có can thiệp	293,23	231 (19,19-2780,55)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,004	0,002 (0,00006-0,069)	0,001

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp tới Tình trạng có thuốc **Metformin (điều trị ĐTD)**. Kết quả cho thấy với *Tình trạng có thuốc Metformin*: có tương tác giữa hai biến và tình trạng có thuốc này hay không, có liên quan tới thời gian can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.26. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng có thuốc điều trị THA

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Thuốc lợi tiểu nhóm Thiazide			
Huyện được can thiệp	4,6	5,25 (0,94-29,34)	0,059
Thời điểm có can thiệp	17,02	19,69 (3,62-107,22)	0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,01	0,01 (0,001-0,12)	<0,001
Tình trạng có từ hai nhóm thuốc điều trị THA trở lên			
Huyện được can thiệp	0,62	0,89 (0,22-3,51)	0,862
Thời điểm có can thiệp	14,82	18,89 (4,06-87,94)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	4,72	3,39 (0,22-52,07)	0,381

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp tới Tình trạng có thuốc **lợi tiểu nhóm Thiazide** và **Tình trạng có ≥ 2 nhóm thuốc điều trị THA**. Theo kết quả phân tích, với *Tình trạng có thuốc lợi tiểu nhóm Thiazide*: có tương tác giữa hai biến và tình trạng có thuốc này hay không, có liên quan tới thời gian can thiệp ($p < 0,05$). Với *Tình trạng có ≥ 2 nhóm thuốc điều trị THA*: không có tương tác giữa hai biến và việc có từ hai nhóm thuốc điều trị THA trở lên có liên quan chặt chẽ tới thời gian can thiệp ($p < 0,01$).

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy tình trạng cung ứng thuốc cũng đã được cải thiện theo đánh giá của cán bộ y tế tại TYT xã.

“Hiện tại thuốc tại cơ sở đủ để điều trị BKLN tại tuyến cơ sở. ĐTĐ có 2 nhóm, THA có 4 nhóm nên tỷ lệ đạt mục tiêu tại xã Đồng Trú - Thạch Thất lên đến hơn 90%”

-TLN Cán bộ Y tế xã-

3.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế.

Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp đến năng lực cung cấp các kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
	Trước	Sau	Trước	Sau				
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT THA	4,78± 0,76	5,39± 0,31	4,95± 0,37	5,07± 0,32	0,108	0,105	0,373	0,345
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT ĐTĐ	3,30± 0,42	7,04± 0,39	3,76± 0,60	6,90± 0,28	<0,001	<0,001	>0,05	0,388

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Tại huyện can thiệp và huyện chứng, số kỹ thuật trung bình mà TYT thực hiện được trong quản lý bệnh THA ở thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên, với bệnh đái tháo đường, số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong quản lý điều trị bệnh này ở huyện can thiệp tại thời điểm sau can thiệp (7,04±0,39) cao hơn gần gấp 2 lần so với trước can thiệp (3,30± 0,42); tương tự ở huyện chứng, điểm trung bình tại thời điểm sau can thiệp (6,90±0,28) cao hơn so với trước can thiệp (3,76±0,60). Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.28. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số kỹ thuật/dịch vụ trung bình trạm Y tế thực hiện được trong quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT THA			
Huyện được can thiệp	0,52	-0,17 ((-1,20) – 0,86)	0,745
Thời điểm có can thiệp	0,49	0,62 ((-0,36) – 1,60)	0,212
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,69	-0,01 ((-1,38) – 1,35)	0,988
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT ĐTĐ			
Huyện được can thiệp	0,74	-0,46 ((-1,91) – 1,00)	0,535
Thời điểm có can thiệp	0,66	3,14 (1,83 – 4,46)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,88	0,59 ((-1,15) – 2,34)	0,498

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp tới số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT THA và ĐTĐ. Với *số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT THA*: không có tương tác giữa hai biến và số kỹ thuật THA trung bình, không có liên quan tới việc được can thiệp và thời gian can thiệp ($p > 0,05$). Với *số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT ĐTĐ*: không có tương tác giữa hai biến và trung bình số kỹ thuật/dịch vụ QLĐT THA mà TYT thực hiện được có liên quan chặt chẽ tới thời gian can thiệp ($p < 0,001$).

3.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế.

Bảng 3.29. Số trạm Y tế triển khai các hoạt động sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị, thống kê báo cáo tăng huyết áp và đái tháo đường

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQC T (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Khám chữa bệnh BHYT									
Được KCB theo BHYT	23 (100)	23 (100)	21 (100)	21 (100)	-	-	-	-	0
Được kê đơn thuốc 30 ngày cho THA, ĐTĐ	0	23 (100)	0	21 (100)	<0,001	<0,001	-	-	-
Đã triển khai bệnh án ngoại trú	0	23 (100)	0	21 (100)	<0,001	<0,001	-	-	-
Đối với THA									
Sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng	0	23 (100)	0	2 (9,5)	<0,001	<0,001	-	<0,001	-
Sàng lọc cơ hội tại TYT	0	23 (100)	0	19 (9,48)	<0,001	<0,001	-	0,130	-
Quản lý danh sách bệnh nhân	0	23 (100)	0	21 (100,0)	<0,001	<0,001	-	-	-
QLĐT tại TYT	18 (78,26)	23 (100)	9 (42,8)	21 (100,0)	<0,001	<0,001	0,016	-	-105,87
Đối với ĐTĐ									
Sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng	0	23 (100)	0	2 (9,5)	<0,001	<0,001	-	<0,001	-
Sàng lọc cơ hội tại TYT	0	23	0	19 (90,48)	<0,001	<0,001	-	0,130	-
Quản lý danh sách bệnh nhân	23 (100)	23 (100)	21 (100,0)	21 (100)	-	-	-	-	0
QLĐT tại TYT	3 (13,04)	17 (73,91)	2 (9,5)	0		<0,001	0,713	<0,001	566,79
Thống kê, báo cáo									
Báo cáo về thuốc, nhân lực, CSVC	0	23 (100)	0	21 (100,0)	<0,001	<0,001	-	-	-
Báo cáo số liệu bệnh	23 (100)	23 (100)	21 (100,0)	21 (100,0)	-	-	-	-	0
Báo cáo số liệu về nguyên nhân tử vong	0	23	0	21 (100,0)	<0,001	<0,001	-	-	-

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả bảng trên cho thấy ở thời điểm sau can thiệp, huyện Thạch Thất (nhóm can thiệp) có một số cải thiện hiệu quả hơn huyện Quốc Oai (nhóm chứng). Cụ thể, sau can thiệp, tỷ lệ Trạm Y tế ở huyện Quốc Oai có sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng chỉ là 9,5%, trong khi của huyện Thạch Thất là 100% ($p < 0,05$). Ngoài ra, tỷ lệ Trạm Y tế có sàng lọc cơ hội của huyện Thạch Thất cũng cao hơn Quốc Oai (100% so với 90,48%; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

Bên cạnh đó, ở thời điểm sau can thiệp, huyện Thạch Thất (nhóm can thiệp) có một số cải thiện hiệu quả phát hiện, quản lý điều trị đái tháo đường hơn huyện Quốc Oai (nhóm chứng). Cụ thể, sau can thiệp, tỷ lệ Trạm Y tế ở huyện Quốc Oai có sàng lọc ĐTD cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng chỉ là 9,5%, trong khi của huyện Thạch Thất là 100% ($p < 0,05$). Ngoài ra, tỷ lệ Trạm Y tế quản lý điều trị ĐTD của huyện Thạch Thất sau can thiệp lên tới 73,91%, trong khi Quốc Oai chưa có đơn vị nào (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Bảng 3.30. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới trạm Y tế có sàng lọc tăng huyết áp cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng và Quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm Y tế

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
TYT có sàng lọc THA cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng			
Huyện được can thiệp	3,26	4,8 (1,27 – 18,15)	0,021
Thời điểm có can thiệp	-	-	-
Huyện*Thời điểm can thiệp	-	-	-
TYT có quản lý điều trị ĐTD			
Huyện được can thiệp	1,39	1,43 (0,21 – 9,59)	0,716
Thời điểm có can thiệp	-	-	-
Huyện*Thời điểm can thiệp	-	-	-

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp tới TYT có sàng lọc THA cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng và Quản lý điều trị THA tại Trạm. Với *TYT có sàng lọc THA cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng*: Chưa tìm thấy tương tác giữa hai biến và có sàng lọc THA cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng có liên quan tới việc được can thiệp ($p < 0,05$).

Với *TYT có quản lý điều trị ĐTD*: Chưa tìm thấy tương tác giữa hai biến và có quản lý điều trị ĐTD không liên quan tới việc được can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc THA tại cộng đồng	0	66491 (97,33)	0	45072 (66,28)	<0,001	<0,001	-	0,004	-
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được phát hiện trong năm	60 (0,21)	2482 (8,93)	1240 (4,86)	2147 (8,18)	<0,001	<0,001	0,0001	0,003	4084,07
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được quản lý	2698 (9,66)	11319 (41,37)	4326 (16,96)	7265 (27,66)	<0,001	<0,001	0,361	0,534	265,17
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLDT tại TYT	999 (3,58)	4153 (14,94)	1345 (5,27)	3548 (13,51)	<0,001	<0,001	0,361	0,424	160,96
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLDT tại TYT đạt mục tiêu	142 (64,56)	190 (86,36)	32 (50,79)	80 (59,26)	0,052	<0,001	0,049	0,0004	17,13

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Một số hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị tăng huyết áp tại huyện Thạch Thất đã đạt được hiệu quả có ý nghĩa thống kê so với huyện Quốc Oai (chúng). Cụ thể, ở thời điểm sau can thiệp, số người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc THA tại cộng đồng của huyện Thạch Thất là 66.491 người (tương ứng 97,33%), cao hơn huyện Quốc Oai (với 45072, tương đương 66,28%); Số người bệnh THA được phát hiện trong năm của Thạch Thất cũng cao hơn Quốc Oai (2.482 bệnh nhân so với 2.147 bệnh nhân). Ngoài ra, số người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu của Thạch Thất cũng cao hơn Quốc Oai ($p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp hầu hết đạt được tỷ lệ cao.

Theo ý kiến đánh giá của các cán bộ y tế tại TYT, các can thiệp cũng đã đem lại những hiệu quả trong phát hiện, quản lý và điều trị THA tại trạm.

“Thực hiện sàng lọc toàn dân, đánh giá yếu tố nguy cơ tại hộ gia đình bởi y tế thôn. Kết quả là phát hiện được rất nhiều bệnh nhân mắc bệnh cũng như người có yếu tố nguy cơ”

-TLN Cán bộ Y tế xã-

“Trước 2016 chỉ quản lý được 58 bệnh nhân THA, nhưng cuối năm 2019 phát hiện được hơn 400 bệnh nhân THA. Nguyên nhân của sự thay đổi là tăng cường khám sàng lọc tại TYT, thăm hộ gia đình và hiệu quả của việc truyền thông”

-TLN Cán bộ Y tế xã-

Bảng 3.32. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Biến đánh giá	SE	Coef (CI 95%)	p
Số người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc tại cộng đồng			
Huyện được can thiệp		-	-
Thời điểm có can thiệp	265,36	2146,29 (1618,58 – 2673,99)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	367,03	744,63 (14,74 – 1474,51)	0,046
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được phát hiện trong năm			
Huyện được can thiệp	42,81	-88,70 (-173,82) – (-3,57)	0,041
Thời điểm có can thiệp	43,77	116,52 (29,48 – 203,57)	0,009
Huyện*Thời điểm can thiệp	60,54	283,17 (162,78 – 403,56)	<0,001
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT			
Huyện được can thiệp	19,57	-20,62 (059,54 – 18,31)	0,295
Thời điểm có can thiệp	20,01	98,57 (58,77 – 138,37)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	27,68	38,56 (-16,49 – 93,60)	0,167
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu			
Huyện được can thiệp	0,76	2,43 (0,91 – 3,95)	0,002
Thời điểm có can thiệp	0,78	5,24 (3,69 – 6,79)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,08	-0,02 (-2,16 – 2,12)	0,985

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp với số lượng bệnh nhân mắc THA được phát hiện, quản lý điều trị THA tại TYT.

Với Số người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc tại cộng đồng, có tương tác giữa hai biến và số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc THA có liên quan chặt chẽ tới thời gian can thiệp ($p < 0,001$). Với số (tỷ lệ) người bệnh THA được phát hiện trong năm: có tương tác giữa hai biến và số người bệnh THA được phát hiện có liên quan chặt chẽ tới việc được can thiệp và thời gian can thiệp ($p < 0,05$). Với số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT: không có tương tác giữa hai biến và tìm thấy mối liên quan giữa số bệnh nhân THA được quản lý điều trị tại TYT và thời gian can thiệp ($p < 0,001$). Với Số người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu: không có tương tác giữa hai biến và số người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu có liên quan chặt chẽ với can thiệp và thời gian can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc đái tháo đường được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p_1	p_2	p_3	p_4	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc ĐTĐ tại cộng đồng	0	66491 (97,33)	0	43775 (66,28)	<0,001	<0,001	-	0,003	-
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTĐ được phát hiện	0	444 (17,85)	16 (0,18)	37 (0,4)	0,005	<0,001	0,466	0,002	-
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTĐ được quản lý	751 (7,58)	2438 (24,75)	788 (8,72)	1226 (13,17)	<0,001	<0,001	-	0,015	175,49
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTĐ được QLĐT tại TYT	0	202 (2,05)	0	0	-	<0,001	-	<0,001	-
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTĐ được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu	-	30 (40,0)	-	-	-	-	-	-	-

- p_1 : So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_2 : So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_3 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p_4 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả bảng trên cho thấy, tại thời điểm sau can thiệp, nhóm được can thiệp đã tăng số lượng bệnh nhân mắc đái được phát hiện, quản lý, điều trị tại TYT lên đáng kể so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả can thiệp tăng tỷ lệ người bệnh ĐTD được quản lý là 175,49%.

Bảng 3.34. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới số lượng bệnh nhân mắc đái tháo đường được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Số người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc ĐTD tại cộng đồng			
Huyện được can thiệp	-	-	-
Thời điểm có can thiệp	265,34	2146,29 (1618,53 – 2674,04)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	368,99	783,12 (49,23 – 1517,02)	0,037
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được phát hiện trong năm			
Huyện được can thiệp	10,32	-4,87 (-25,4) – 15,65	0,638
Thời điểm có can thiệp	10,55	30,86 (9,87 – 51,84)	0,004
Huyện*Thời điểm can thiệp	14,67	43,90 (14,72 – 73,08)	0,004
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được quản lý			
Huyện được can thiệp	9,32	-	-
Thời điểm có can thiệp	9,53	65,62 (46,66-84,58)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	13,25	23,56 ((-2,8)-49,92))	0,079
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được QLĐT tại TYT			
Huyện được can thiệp	-	-	-
Thời điểm có can thiệp	-	-	-
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,67	8,91 (7,58 – 10,23)	<0,001

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp với số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị ĐTD tại

TYT. Với Số người từ 40 tuổi trở lên được sàng lọc ĐTD tại cộng đồng, có tương tác giữa hai biến và số người từ 40 tuổi được sàng lọc ĐTD có liên quan chặt chẽ tới thời gian can thiệp ($p < 0,05$). Với số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được phát hiện trong năm: có tương tác giữa hai biến và số người bệnh THA được phát hiện có liên quan chặt chẽ thời gian can thiệp ($p < 0,05$). Với số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT: không có tương tác giữa hai biến.

Bảng 3.35. Số lượng bệnh nhân trung bình mà 1 trạm Y tế xã phát hiện, quản lý điều trị

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
	Trước	Sau	Trước	Sau				
Đối với THA								
Số người bệnh THA được phát hiện tại cộng đồng trung bình/TYT	117.30± 37.95	517.00± 178.44	206±92	322.52± 188.41	0,047	<0,001	<0,001	0,003
Số người bệnh THA được QLĐT tại TYT trung bình/1 TYT	43.43± 14.08	180.57± 62.43	64.05± 80	162.62± 76.72	0,001	<0,001	0,138	0,424
Đối với ĐTD								
Số người bệnh ĐTD được phát hiện tại cộng đồng trung bình/TYT	32.65± 10,61	107.41± 36,8	37.52± 17	68.38± 52,9	0,0497	<0,001	0,005	0,002
Số người bệnh ĐTD được QLĐT tại trạm y tế trung bình/TYT	0	8.91± 3,01	0	0	-	<0,001	<0,001	0,0001

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Tại thời điểm sau can thiệp, số bệnh nhân THA và ĐTD được phát hiện tại cộng đồng, được quản lý điều trị trên 1 TYT xã của huyện Thạch Thất đều

cao hơn nhiều so với huyện Quốc Oai. Sự khác biệt này hầu hết đều có ý nghĩa thống kê với $p_4 < 0,05$.

Bảng 3.36. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện dự phòng biến chứng của bệnh nhân tăng huyết áp

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất)		Nhóm chứng (Quốc Oai)		p_1	p_2	p_3	p_4	HQCT (%)
	Trước (n=253)	Sau (257)	Trước (n=252)	Sau (n=254)					
Đến TYT khám lại hàng tháng	168 (66,40)	229 (89,11)	135 (53,57)	178 (70,08)	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	3,37
Dùng thuốc theo hướng dẫn của CBYT	185 (73,12)	211 (82,10)	154 (61,11)	161 (63,39)	0,598	0,015	0,004	<0,001	8,55
Theo dõi huyết áp thường xuyên bằng cách đo huyết áp, ghi sổ theo dõi	41 (16,21)	54 (21,01)	27 (10,71)	27 (10,63)	0,975	0,163	0,071	0,001	30,36
Khám định kỳ hoặc khi có bất thường	28 (11,07)	64 (24,90)	18 (7,14)	22 (8,66)	0,527	<0,001	0,125	<0,001	103,64
Dinh dưỡng hợp lý	105 (41,5)	136 (52,92)	96 (38,10)	97 (38,19)	0,983	0,010	0,434	0,001	27,28
Hoạt động thể lực hợp lý	97 (37,74)	103 (40,71)	77 (30,56)	78 (30,71)	0,970	0,492	0,047	0,094	4,03
Hạn chế uống rượu bia	48 (18,68)	74 (28,79)	23 (9,13)	30 (11,81)	0,324	0,042	<0,001	0,031	22,36
Không hút thuốc lá/thuốc lào	16 (6,32)	38 (14,79)	11 (4,37)	23 (9,06)	0,035	0,029	<0,051	0,046	26,36

- p_1 : So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_2 : So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p_3 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p_4 : So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Bảng trên cho thấy tại huyện can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân mắc tăng huyết áp đến TYT khám lại hàng tháng, dùng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ và dinh dưỡng hợp lý có sự gia tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở thời điểm

sau can thiệp so với trước can thiệp. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp ở huyện can thiệp thực hiện dự phòng biến chứng của bệnh này đề cao hơn huyện chứng tại thời điểm sau can thiệp. Tỷ lệ can thiệp về nâng cao tỷ lệ bệnh nhân khám định kỳ hoặc khi có bất thường có HQCT cao nhất, đạt: 103,64%.

Bảng 3.37. Phân tích khác biệt kép (DID) để kiểm soát tương tác của hai biến thời gian và can thiệp tác động tới tình trạng khám định kỳ/khi có bất thường của bệnh nhân THA

Biến đánh giá	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,51	1,62 (0,87 – 3,01)	0,128
Thời điểm có can thiệp	0,41	1,23 (0,64 – 2,36)	0,528
Huyện*Thời điểm can thiệp	0,89	2,17 (0,96 – 4,86)	0,062

Phân tích khác biệt kép (DID) trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp đến việc đi khám định kỳ hoặc khi có bất thường của bệnh nhân THA. Kết quả cho thấy, không có tương tác giữa hai biến và chưa tìm thấy mối liên quan giữa việc đi khám định kỳ hoặc khi có bất thường của bệnh nhân THA với việc can thiệp và thời điểm can thiệp ($p > 0,05$).

Các cán bộ Y tế cũng nhận định can thiệp rất phù hợp và đem lại nhiều lợi ích cho người dân trong cộng đồng qua hoạt động chăm sóc sức khỏe này.

“Các hoạt động can thiệp mang lại hiệu quả nhất định, thông qua số bệnh nhân đến khám định kỳ hàng tháng, dùng thuốc theo hướng dẫn đã tăng lên và được duy trì ổn định hơn....” - TLN cán bộ y tế xã-

“Nhờ có các giải pháp can thiệp mà người dân đã có ý thức ăn uống, dinh dưỡng lành mạnh hơn, để bảo vệ cơ thể. Đặc biệt, nhiều bệnh nhân mắc tăng huyết áp còn chủ động nhờ cán bộ y tế chúng tôi hướng dẫn cách đo để tự theo dõi tại nhà, nhưng vẫn đến tái khám đầy đủ....” - TLN cán bộ y tế xã-

Bảng 3.38. Thực hiện về hướng dẫn uống thuốc của cán bộ y tế của người bệnh tăng huyết áp

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		P ₁	P ₂	P ₃	P ₄	HQCT (%)
	Trước (n=185)	Sau (n=211)	Trước (n=154)	Sau (n=161)					
Đúng loại thuốc	114 (61,62)	138 (65,40)	81 (52,60)	89 (55,28)	0,633	0,435	0,094	0,047	1,04
Đúng giờ, đều đặn	172 (92,97)	207 (98,1)	139 (90,26)	147 (91,30)	0,749	0,012	0,366	0,002	4,37
Đúng liều	106 (50,24)	147 (79,46)	89 (57,79)	73 (45,34)	0,027	<0,001	<0,089	0,009	43,13
Không tự ý bỏ thuốc/ thay thuốc/ giảm liều	14 (7,57)	28 (15,14)	11 (7,14)	5 (3,11)	0,103	<0,001	0,822	0,022	131,88

- p₁: So sánh sự khác biệt của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₂: So sánh sự khác biệt của nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp
- p₃: So sánh sự khác biệt ở thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng
- p₄: So sánh sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả bảng trên cho thấy ở huyện được can thiệp, có hiệu quả về cải thiện việc hướng dẫn uống thuốc đúng giờ, đều đặn của CBYT với người bệnh tăng huyết áp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$ (thời điểm trước can thiệp là 92,97% và sau can thiệp đã tăng lên là hơn 98%). Tuy nhiên, HQCT đạt được chưa cao.

Nghiên cứu định tính cũng đã cho thấy nhận định tính hiệu quả của mô hình can thiệp mang lại cho cán bộ y tế và người dân trong cộng đồng

“Các hoạt động can thiệp bước đầu (như: Máy đo huyết áp cấp cho y tế thôn rất có ý nghĩa, mỗi y tế thôn dc cấp 1 máy đo HA, 1 thước dây,...) phù hợp với tình hình thực tế tại địa phương, nên duy trì hoạt động để giúp cho cả TYT xã và người dân....” - TLN cán bộ y tế xã-

CHƯƠNG 4.

BÀN LUẬN

4.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế, thành phố Hà Nội, 2016.

4.1.1. Thực trạng về chính sách

Theo TCYTTG, một trong những cấu phần quan trọng giúp đánh giá năng lực của một hệ thống cung cấp dịch vụ y tế là: Quản lý và quản trị. Do đó, chính sách và tổ chức đóng một vai trò rất lớn trong việc có thực hiện thành công nhiệm vụ phòng chống BKLN hay không.

Hiện tại Việt Nam đã có một hệ thống văn bản chính sách thuận lợi cho việc triển khai các chương trình y tế liên quan tới phòng chống BKLN. Hệ thống văn bản chính sách bao gồm các văn bản chính sách và chương trình y tế trực tiếp đề cập đến phòng chống BKLN nói chung; các chương trình cụ thể đối với từng nhóm bệnh cụ thể: ung thư, đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; và các chính sách liên quan tới kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh (hút thuốc lá, dinh dưỡng không hợp lý, lạm dụng rượu bia và thiếu hoạt động thể chất).

Các văn bản pháp lý liên quan tới phòng chống BKLN nói chung đều có cùng quan điểm đó chính là lồng ghép công tác phòng chống BKLN vào những chính sách phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống của nhân dân và điều này là hoàn toàn hợp lý trong bối cảnh nước ta đang đối mặt với cả gánh nặng bệnh tật của các bệnh lây nhiễm và BKLN. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện tại các cơ sở y tế, chính sách và cách tổ chức quản trị vẫn không thể tránh khỏi những vướng mắc và hạn chế. Đó là

tình trạng nhiều đầu mỗi tổ chức từng chương trình riêng lẻ, chưa có hệ thống gắn kết và thống nhất. Điều này có thể gây khó khăn rất lớn trong việc ra chỉ đạo, một mặt có thể dẫn đến chồng chéo hoạt động nhưng mặt khác cũng có thể bỏ sót hoạt động. Ngoài ra, như chính sách hiện chưa quy định rõ ràng, cụ thể sự phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể, chính bởi vậy, công tác này thực hiện chưa tốt. Ngoài ra, vấn đề chính sách liên quan đến thanh quyết toán trong BHYT cũng chưa rõ ràng và chưa thực sự thỏa đáng.

Do đó, trong thời gian tới, yêu cầu đặt ra là cần xem xét lại các chính sách liên quan nhằm giúp định hướng rõ ràng hơn cho công tác phòng chống BKLN của cả nước nói chung cũng như của Hà Nội nói riêng.

4.1.2. Thực trạng nhân lực y tế

Nhân lực là một yếu tố rất quan trọng, đóng vai trò quyết định trong bất cứ một hoạt động y tế nào. Nếu không có nguồn nhân lực thì không một hoạt động nào có thể thực hiện được. Đặc biệt trong lĩnh vực y tế nói chung và y tế dự phòng nói riêng, nguồn nhân lực y tế trong hoạt động Y tế dự phòng lại càng phải đòi hỏi sự năng động, trách nhiệm bởi vì công việc khá vất vả và nguồn kinh phí thì vô cùng hạn hẹp.

Tuyến Y tế cơ sở: gồm y tế thôn, bản, xã, phường, thị trấn, quận, huyện, thị xã hay còn gọi là Trạm Y tế (TYT) là đơn vị y tế cuối cùng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe công lập, có nhiệm vụ chính là chăm sóc sức khỏe ban đầu. TYT còn có nhiệm vụ quan trọng nữa là hỗ trợ, giám sát các hoạt động của mạng lưới y tế thôn bản trong các nhiệm vụ như tuyên truyền, giáo dục sức khỏe; phát hiện và báo cáo tình hình dịch, bệnh. Hiện nay, mạng lưới tuyến YTCS có hơn 11.000 TYT xã/phường và hơn 100.000 nhân viên y tế thôn bản/Cộng tác viên hoạt động tại cộng đồng đóng góp vai trò quan trọng

trong hệ thống y tế dự phòng. Về lĩnh vực phòng chống BKLN, tại Trạm y tế xã, kết quả nghiên cứu cho thấy: Hiện tại, có tổng cộng 3.977 cán bộ tại các TYT và 6.918 y tế thôn/CTV tại cộng đồng. Trung bình có khoảng 7 CBYT tại mỗi trạm và 4 cán bộ tham gia phòng chống BKLN. CBYT tham gia phòng chống BKLN chủ yếu là Bác sỹ và Y sỹ, còn điều dưỡng và các cán bộ khác thì trung bình chỉ có khoảng một nửa là có tham gia. Đáng chú ý là dù trung bình tổng số cán bộ tại khu vực nội thành cao hơn khu vực ngoại thành nhưng trung bình số cán bộ tham gia phòng chống BKLN ở khu vực ngoại thành nhiều hơn ở khu vực nội thành.

Các TYT ở vùng 1 cũng có trung bình số cán bộ phòng chống BKLN thấp hơn các vùng còn lại dù trung bình có nhiều cán bộ nhất. Kết quả trên cho thấy, mặc dù tại Trạm y tế xã, số cán bộ tham gia vào công tác phòng chống BKLN là tương đối cao, tuy nhiên, thực tế lại chỉ ra rằng hầu hết các cán bộ này lại làm theo hình thức kiêm nhiệm hoặc tham gia theo kiểu là khi có hoạt động nào đó triển khai thì mới tham gia (theo kiểu vụ việc), chứ không phải cán bộ chuyên trách riêng về BKLN. Do vậy, có thể có những ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả phòng chống bệnh này tại Hà Nội.

Cùng với TYT xã, các cán bộ y tế thôn xóm/cộng tác viên cũng đóng một vai trò quan trọng trong mạng lưới phòng chống BKLN. Tuy nhiên hiện nay, sự tham gia vào cuộc trong hoạt động phòng chống BKLN còn rất ít, đặc biệt là cộng tác viên khi trung bình chỉ có gần 1/3 số cán bộ là có tham gia. Đồng thời cũng tương tự với CBYT, khu vực ngoại thành có trung bình cán bộ cộng đồng phòng chống BKLN cao hơn dù trung bình tổng số cán bộ thấp hơn ở khu vực nội thành. Các TYT vùng 1 cũng có trung bình số cán bộ cộng đồng phòng chống BKLN thấp hơn các vùng còn lại dù trung bình có nhiều cán bộ nhất. Những cán bộ y tế thôn xóm là những người trực tiếp đến từng

hộ gia đình để triển khai các nội dung trong hoạt động chăm sóc sức khỏe người dân nói chung và hoạt động phòng chống BKLN nói riêng, nếu như đối tượng này tham gia vào hoạt động phòng chống BKLN ít thì sẽ là một cản trở khá lớn trong việc thực hiện đạt mục tiêu hoạt động hiệu quả và kịp thời.

Cùng với số lượng, chất lượng cán bộ cũng đóng một vai trò rất quan trọng trong việc thực hiện hoạt động và đào tạo, tập huấn chuyên môn nghiệp vụ là một hình thức phổ biến nhất hiện nay để nâng cao năng lực cho cán bộ Y tế. Tại trạm Y tế, kết quả đã cho thấy, tỷ lệ TYT có cán bộ được đào tạo, tập huấn về phòng chống BKLN khá cao, đạt tới 95,72%; nhưng thực tế chất lượng chuyên môn sâu trong PC BKLN lại chưa đạt cao. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thi Thơ và các cộng sự vào năm 2014 tại 116 trạm Y tế xã/ phường/ thị trấn để mô tả thực trạng triển khai, nhân lực và cơ sở vật chất để triển khai các hoạt động phòng, chống BKLN tại tuyến y tế cơ sở của các tỉnh, thành phố trên toàn quốc cho biết, số lượng cán bộ y tế tuyến xã được tập huấn về phòng, chống các BKLN còn thấp: $1,77 \pm 1,07$ cán bộ được tập huấn về phòng, chống THA, $1,52 \pm 1,03$ đối với bệnh ĐTĐ, rất ít cán bộ được đào tạo về phòng, chống ung thư và bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính [42]. Điều đáng chú ý là hiện tại, tỷ lệ cán bộ TYT được tập huấn về ghi chép tử vong sổ A6 là thấp nhất so với các nội dung phòng chống BKLN và chỉ đạt 51,03%. Đây là một nội dung rất quan trọng trong công tác quản lý tử vong ở nước ta. Tuy nhiên, hoạt động ghi chép tử vong sổ A6 hiện nay còn nhiều bất cập như: ghi chép nguyên nhân tử vong chưa chính xác, còn mang tính hình thức và ở một số nơi còn ghi chép sổ tử vong A6 từ nguồn phòng khai báo tử vong của Ủy ban nhân dân tuyến xã/phường/thị trấn.

Do đó, cần truyền thông tầm quan trọng của nội dung này cho các cán bộ và tập huấn bồi dưỡng kiến thức cho họ để các cán bộ này nâng cao kỹ năng

ghi chép sổ A6 và quan trọng là kiến thức và thực hành để chẩn đoán đúng nguyên nhân chính gây tử vong và mã hóa ICD 10 để các địa phương có được mô hình, gánh nặng bệnh tật tử vong do BKLN, từ đó có các giải pháp để phòng, chống BKLN và khống chế tỷ lệ mắc, tàn tật và tử vong tại mỗi đơn vị của họ.

4.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

Không chỉ với BKLN mà với tất cả các bệnh khác, thuốc thiết yếu là những công cụ cần thiết để chữa khỏi hoặc làm giảm nhẹ bệnh, qua đó, giúp nâng cao chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Nhìn chung, kết quả cho thấy, các TYT vẫn còn thiếu khá nhiều thuốc thiết yếu: Phần lớn các TYT chỉ có dưới 50% các loại thuốc thiết yếu. Phân chí theo vùng, vùng 1 có 77,09% TYT có dưới 50% thuốc thiết yếu và chỉ có 0,44% TYT có đủ 100% thuốc thiết yếu. Vùng 2 cũng chỉ có 0,6% TYT có đủ 100% thuốc còn vùng 3 thì không có TYT nào có đủ thuốc. Theo khu vực, các TYT ở nội thành lại có tỷ lệ có dưới 50% thuốc thiết yếu cao hơn ngoại thành (81,55% so với 67,55%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự vào năm 2014, khi tác giả cho biết, cũng chỉ có 7,8% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thuốc thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế [42]. Cũng giống với thuốc, các trang thiết bị cần có cho công tác phòng chống BKLN tại trạm Y tế xã ở thành phố Hà Nội hiện nay cũng đang thiếu khá trầm trọng: Phân chia theo vùng, vùng 1 có tỷ lệ TYT có dưới 50% trang thiết bị y tế cao nhất (23,79%) và không có TYT nào có đủ 100% trang thiết bị y tế. Vùng 2 có 0,6% TYT có đủ trang thiết bị. Theo khu vực, có 0,48% TYT ở khu vực ngoại thành lại có đủ 100% trang thiết bị, trong khi không có

TYT nào ở khu vực nội thành có đủ trang thiết bị, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự (2014): chỉ có 13,8% TYT xã có trên 70% danh mục thiết bị thiết yếu cho phòng chống BKLN [42]. Thực tế kết quả đã chỉ ra, hiện nay, các TYT xã ở Hà Nội hầu như không có máy đo mỡ máu (2,4%) và máy đo lưu lượng đỉnh thở ra (3,94%). Các dụng cụ, trang thiết bị phổ biến dễ dàng có thể trang bị như ống nghe, máy đo huyết áp hay cân nặng, thước đo chiều cao,... cũng không phải 100% TYT nào cũng có.

Điều này cho thấy, hiện nay, các TYT xã cần được quan tâm rà soát các TTT còn thiếu hoặc bị hỏng để đầu tư, cung cấp thêm nếu có thể, giúp cho hoạt động phòng chống BKLN được thực hiện tốt hơn.

4.1.4. Thực trạng thống kê báo cáo và giám sát

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm hoạt động thống kê báo cáo và giám sát BKLN tại các trạm y tế xã đều đều thấp dưới mức trung bình. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này. Hiện nay không chỉ Hà Nội mà trên cả nước hệ thống giám sát BKLN chưa có tính hệ thống, đầu mỗi triển khai các hoạt động giám sát, thống kê báo cáo BKLN còn nằm rải rác ở cả hệ điều trị và hệ y tế dự phòng. Tại tuyến xã, việc quá tải trong thống kê báo cáo giữa các chương trình mục tiêu, các chương trình giám sát thường quy, sự thiếu kinh phí cho hoạt động báo cáo tại tuyến xã, thiếu về trang thiết bị phục vụ hoạt động báo cáo như máy tính, và thiếu kỹ năng sử dụng máy tính trong báo cáo cũng là những nguyên nhân dẫn đến điểm thống kê báo cáo còn thấp. [51]. Điều này đòi hỏi cần có những chính sách hỗ trợ kinh phí, và kiện toàn tổ chức. Bên cạnh đó sự hỗ trợ từ tuyến trên trong nâng cao năng lực báo cáo, đặc biệt nâng cao năng lực báo cáo qua hệ thống thông tin điện tử sẽ giúp giảm tải công việc và nâng cao chất lượng báo cáo hiện nay ở các TYT xã.

4.1.5. Thực trạng nguồn kinh phí phân bổ cho hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của Thành phố Hà Nội

Chi phí là một trong những yếu tố quyết định đến việc một hoạt động có thể được triển khai trên quy mô rộng hay hẹp, cỡ mẫu nhiều hay ít, số người được hưởng lợi là bao nhiêu, cũng như hoạt động đó có đạt hiệu quả hay không.

Cũng giống như bệnh truyền nhiễm hoặc những dự án y tế khác, để có thể hoạt động và duy trì được, các chương trình chi cho phòng chống BKLN cũng cần một khoản kinh phí nhất định để phân bổ và thực hiện triển khai.

Thông qua kết quả nghiên cứu định tính, các cán bộ cho biết, liên quan đến kinh phí thực hiện hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm, nhiều dịch vụ chưa được bảo hiểm y tế chi trả. Tình hình chung là các TTB, đặc biệt là trang thiết bị xét nghiệm chưa được BHYT chi trả đủ đồng thời ngân sách dành cho hoạt động phòng chống BKLN lại khá hạn hẹp, chính bởi vậy ảnh hưởng rất lớn cho các Trạm y tế trong việc vận hành, hoạt động hiệu quả.

Thực tế trong báo cáo của mình, Bộ Y tế cũng chỉ ra những hạn chế trong tài chính dành cho BKLN, đặc biệt là trong chính sách BHYT. Từ năm 2002 đến nay, hoạt động phòng, chống BKLN đã từng bước được nhà nước quan tâm đầu tư. Các dự án phòng chống bệnh THA, ĐTD, ung thư và COPD đã lần lượt được Chính phủ phê duyệt đưa vào CTMTQG về y tế và được phân bổ ngân sách hàng năm. Chỉ riêng trong 2 năm 2012 và 2013, tổng kinh phí cho các dự án tương đối ổn định, khoảng 200 tỷ đồng/năm (bao gồm cả dự án CSSK tâm thần tại cộng đồng). Đây là nguồn tài chính chủ yếu để bảo đảm các hoạt động phòng chống BKLN, để chi cho nâng cao năng lực, sàng lọc quản lý điều trị, truyền thông và theo dõi đánh giá chương trình. ngoài

nguồn ngân sách nhà nước cấp cho chi thường xuyên, còn có ngân sách đầu tư cho xây dựng cơ bản (xây dựng các trung tâm ung bướu) và nguồn kinh phí huy động từ các nguồn vốn viện trợ, BHYT và viện phí. Tuy nhiên so với nhu cầu hoạt động, đầu tư tài chính cho phòng, chống BKLN còn rất hạn hẹp. Trong giai đoạn 2005-2011, tỷ lệ chi cho phòng chống BKLN trong tổng chi y tế quốc gia hàng năm chỉ chiếm 2,5 - 3,5%, trong khi đó gánh nặng BKLN đang gia tăng và chiếm tới trên 70% tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong. Đối với nguồn CTMTYTQG, ngân sách chi cho hoạt động phòng chống BKLN trong tổng kinh phí CTMTYTQG Y tế chiếm tỷ lệ thấp 12,7% (2013) giảm so với năm 2012 (15,6%). Năm 2014, nguồn tài chính cho các chương trình mục tiêu y tế bị cắt giảm 50 - 70%. Việc phân bổ kinh phí chia cắt theo các chương trình dọc, không có sự phối hợp, lồng ghép và điều phối chung giữa các chương trình. Kinh phí cho hoạt động điều trị bao gồm các nguồn từ ngân sách nhà nước, BHYT và viện phí. Kinh phí cho hoạt động Y tế dự phòng chủ yếu từ nguồn ngân sách nhà nước thông qua chi thường xuyên cấp cho các đơn vị dự phòng và CTMTYTQG. diện bao phủ BHYT mới đạt 70% dân số, trong khi ngân sách từ BHYT hạn hẹp, phạm vi chi trả bị giới hạn, chủ yếu cho các dịch vụ khám chữa bệnh. BHYT không chi trả một số dịch vụ cho hoạt động phòng chống BKLN và cũng chưa có hướng dẫn thanh toán BHYT cho sàng lọc một số bệnh theo Luật BHYT, không thanh toán chi phí tư vấn phòng bệnh. Vướng mắc trong thanh toán BHYT đối với các chi phí thuốc khi nguồn từ ngân sách nhà nước bị cắt giảm [20].

Thực tế, khi nguồn ngân sách từ Trung ương cắt giảm và hoạt động phòng chống BKLN đã dần chuyển đổi từ năm 2016 đến nay, hệ thống phòng chống BKLN cũng chưa thống nhất từ Bộ Y tế đến các địa phương. Mỗi tỉnh, thành hoạt động lẻ tẻ theo các hướng khác nhau và chưa quy về một môi

thống nhất. Vì vậy, công tác triển khai tại các đơn vị cũng gặp không ít khó khăn, vướng mắc. Hà Nội là thủ đô và là Trung tâm văn hóa chính trị của cả nước, trong những năm gần đây Thành phố cấp kinh phí cho hoạt động phòng chống BKLN và CDC Hà Nội đã triển khai và cấp kinh phí cho 30 quận, huyện, thị xã để thực hiện, tuyến quận huyện thị xã kinh phí đầu tư cho hoạt động này còn chưa nhiều.

Hay trong báo cáo vào năm 2017 về “Thực trạng gánh nặng bệnh tật định hướng công tác dự phòng, quản lý bệnh không lây nhiễm giai đoạn tới”, Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế đã nêu ra, một trong những khó khăn, thách thức lớn nhất trong công tác phòng chống bệnh không lây nhiễm đó là: “Nguồn tài chính cho công tác phòng chống BKLN, đặc biệt là cho các hoạt động phòng bệnh còn rất thiếu: Ngân sách NN cho phòng bệnh chỉ đáp ứng được 20-25% nhu cầu thiết yếu về truyền thông, dự phòng, phát hiện sớm trong khi BKLN ngày càng gia tăng và chiếm tới gần 70% tổng gánh nặng bệnh tật thì ngân sách Chương trình mục tiêu quốc gia – là nguồn NSNN chủ yếu cho giải quyết các bệnh này lại bị cắt giảm nhiều và liên tục qua các năm; BHYT chưa chi trả cho các hoạt động dự phòng, tư vấn, phát hiện sớm; Chủ yếu chi cho công tác khám và điều trị tại bệnh viện và cơ sở y tế tuyến trên; Quỹ phòng chống tác hại thuốc lá: chỉ dành riêng cho hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá.

4.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ liên quan đến quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm.

4.1.6.1. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ liên quan đến quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm

Dịch vụ phòng chống BKLN, trong đó cụ thể là quản lý, điều trị bao gồm một số nhóm chính là: Các dịch vụ phát hiện BKLN và Quản lý, tư vấn và điều trị BKLN (Bệnh ĐTĐ, tim mạch/THA, bệnh nhân ung thư và COPD).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết các TYT mới có thể thực hiện được dưới 25% các kỹ thuật dịch vụ. Cụ thể, theo vùng, vùng 3 có tỷ lệ TYT thực hiện được dưới 25% các kỹ thuật, dịch vụ cao hơn so với vùng 1 và vùng 2 (61,23%). Theo khu vực, 66,67% TYT thuộc nội thành thực hiện được dưới 25% các kỹ thuật, dịch vụ, cao hơn so với ngoại thành (47,84%).

Các dịch vụ phòng chống BKLN hiện nay mà TYT xã có khả năng thực hiện được nhìn chung còn khá hạn chế: cao nhất với dịch vụ tư vấn theo chuyên đề thì cũng chỉ có gần 44% TYT có thể thực hiện. Ngoài ra, đối với một số yếu tố thuộc về hành vi lối sống có ảnh hưởng rất lớn đến tình hình mắc các BKLN như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý thì lần lượt cũng chỉ có 29,79%, 27,4%, 25,51% và 39,04% có khả năng thực hiện được. Điều này cho thấy các TYT xã cần nhận được sự quan tâm hơn nữa trong việc truyền thông nâng cao khả năng thực hiện cho các trạm này.

Phát hiện kịp thời luôn là một yếu tố quan trọng trong việc bệnh có được chữa và điều trị hiệu quả hay không, không chỉ riêng với BKLN mà còn với tất cả các bệnh khác. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu đã cho thấy, nhiều TYT xã chưa thực hiện được việc này một cách đầy đủ. Như chỉ có khoảng 59,93%

TYT xã của toàn Hà Nội có thực hiện phát hiện BKLN thông qua đo cân nặng, chiều cao, vòng bụng và vòng eo, hay với kỹ năng khá đơn giản như đo huyết áp, mặc dù tỷ lệ đã cao hơn nhưng cũng chỉ có khoảng 73,97% TYT có khả năng cung cấp dịch vụ, đặc biệt trong đó, tỷ lệ khả năng TYT xã ở thành thị có thể thực hiện được (66,67%) thấp hơn ngoại thành tới khoảng 10%. Một số nội dung khác trong dịch vụ Phát hiện BKLN đều có tỷ lệ TYT xã có thể thực hiện được còn khá thấp và nội thành thường thấp hơn ngoại thành là: Xác định những người có các yếu tố nguy cơ thúc đẩy BKLN, điện tâm đồ, xác định sớm ung thư vú trên lâm sàng, khám phụ khoa phát hiện sớm ung thư cổ tử cung, xác định hen phế quản theo bảng phân loại (18,84%). Đặc biệt, đo thông khí phổi bằng FEV1, kiểm tra lưu lượng đỉnh có thể là hai kỹ thuật khá khó nên với trình độ của TYT xã nên hiện tại mới chỉ có lần lượt khoảng 2,72% và 2,57% TYT xã có khả năng cung cấp.

Ngày 9/8/2016, Bộ Y tế ra quyết định số 4299/QĐ-BYT về việc phê duyệt dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý một số BKLN như: ung thư, tim mạch, ĐTĐ, COPD, hen phế quản, [9]... Điều này cho thấy hoạt động quản lý, tư vấn và điều trị BKLN đóng một vai trò rất quan trọng trong hiệu quả phòng chống bệnh này của nước ta hiện nay. Ngoài ra, cũng trong quyết định này, một trong những chỉ tiêu quan trọng được đưa ra là: 40% tham gia điều trị, quản lý THA, ĐTĐ và một số BKLN khác. Vậy, với bệnh ĐTĐ, kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có hoạt động điều trị không dùng thuốc đối với người tiền ĐTĐ và hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và tập luyện cho người bệnh ĐTĐ là đạt trên 40%. Còn lại những hoạt động khác thì chỉ có từ 12,5% đến 28,77% TYT xã có khả năng thực hiện. Tung tụt với các bệnh THA, tim mạch, ung thư và COPD, tỷ lệ các TYT có

khả năng cung cấp hầu hết các kỹ thuật dịch vụ trong quản lý, tư vấn và điều trị chỉ đạt dưới 40%.

Với các tỷ lệ như vậy, cũng đồng nghĩa với việc khi tính ra số số kỹ thuật dịch vụ mà các TYT thực hiện được, thì con số này rất thấp, trung bình chỉ thực hiện được 1/4 (12,47/48 dịch vụ) số kỹ thuật dịch vụ trong phòng chống BKLN. Đặc biệt phải kể đến việc, số kỹ thuật dịch vụ trung bình mà TYT có thể thực hiện được với quản lý, tư vấn và điều trị bệnh ung thư chỉ là một con số rất nhỏ, 0,25 kỹ thuật. Điều này cho thấy, mặc dù cần phải nâng cao khả năng thực hiện được cả 3 dịch vụ chính trong phòng chống BKLN của tất cả các TYT xã tại Hà Nội, nhưng trong đó cũng đặc biệt lưu tâm đến phòng chống bệnh ung thư.

4.1.6.2. Tình hình sử dụng dịch vụ liên quan đến bệnh không lây nhiễm trong năm qua

Thực tế từ kết quả nghiên cứu cho thấy; số người dân sử dụng dịch vụ liên quan đến BKLN trong năm qua tại các tuyến Y tế dự phòng của Hà Nội trên toàn địa bàn thành phố còn chưa cao và chưa được chú trọng; do hoạt động PC BKLN trên địa bàn chưa quy về một đầu mối thường trực để triển khai, các hoạt động còn lẻ tẻ và chưa lấy dự phòng làm chủ đạo; có sự khác nhau giữa khu vực nội thành và ngoại thành.

Trong các nội dung hoạt động của phòng chống BKLN thì tình trạng thừa cân, béo phì ở người dân là nguyên nhân dẫn đến mắc các BKLN nhưng chưa được các tuyến y tế và người dân chú trọng sử dụng các dịch vụ liên quan về vấn đề này.

Sử dụng dịch vụ ở BN tim mạch, THA là cao nhất ở các tuyến, các vùng và cả khu vực, sau đó là ĐTD. Đặc biệt, sử dụng dịch vụ đối với COPD là

thấp nhất trong các BKLN, và cũng thấp nhất đối với toàn thành phố, các TYT vùng 1,2 và 3 cũng như cả ở khu vực nội thành và ngoại thành.

Tình hình quản lý bệnh nhân BKLN tại TYT xã đối với bệnh tim mạch, THA vẫn là cao nhất ở mọi đơn vị y tế; sau đến bệnh ĐTĐ và thấp nhất là COPD.

Không sử dụng dịch vụ y tế liên quan đối với BKLN trên toàn thành phố có 7 đơn vị (nội thành 4, ngoại thành 3); tim mạch, THA không sử dụng ít nhất ở các đơn vị; cao nhất là tình trạng thừa cân, béo phì, điều này chứng tỏ nhu cầu tư vấn dinh dưỡng phòng chống thừa cân, béo phì chưa được người dân quan tâm; cần truyền thông nâng cao dịch vụ này ở các tuyến cũng như trau dồi kiến thức về dinh dưỡng hợp lý phòng chống thừa cân, béo phì cho cán bộ Y tế (tư vấn dinh dưỡng).

4.1.6.3. Kết quả hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị bệnh nhân mắc Bệnh không lây nhiễm

Kết quả qua thống kê cho thấy, trong năm 2016, số bệnh nhân ước tính mắc tăng huyết áp của toàn Hà Nội là hơn 921 nghìn người. Tuy nhiên, trong đó, chỉ có 0,43% người được phát hiện; 6,71% được quản lý điều trị (quản lý bằng danh sách); còn tỷ lệ được điều trị tại TYT chỉ đạt 0,15%. Số người ước tính mắc bệnh Đái tháo đường là khoảng hơn 209 nghìn người. Nhưng tỷ lệ người được phát hiện bệnh, được quản lý điều trị bằng danh sách và được quản lý điều trị tại TYT cũng rất khiêm tốn, lần lượt chỉ đạt 0,83%, 2,13% và 0,53%. Chưa ghi nhận được số liệu liên quan đến bệnh nhân COPD và bệnh nhân Ung thư.

Bệnh không lây nhiễm đều là những căn bệnh được coi là kẻ gây tử vong âm thầm, do đó, việc nhanh chóng phát hiện, quản lý để tiến tới xử trí, điều trị

kip thời cho mọi bệnh nhân là vô cùng quan trọng. Nhưng số liệu trên đã cho thấy thực trạng vẫn còn những hạn chế và kết quả chưa đạt kỳ vọng trong việc thực hiện nhiệm vụ này của nền y tế nhà nước. Bởi vậy, nhiệm vụ đặt ra trong giai đoạn tiếp theo là cần thực hiện những biện pháp hiệu quả hơn để nâng số bệnh nhân mắc các bệnh không lây nhiễm như Tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD hay Ung thư được sàng lọc phát hiện và quản lý điều trị thường xuyên tại các cơ sở y tế.

4.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm Y tế huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017- 2019.

4.2.1. *Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế xã và y tế thôn*

Nguồn nhân lực, đặc biệt là nhân lực Y tế luôn có vai trò quan trọng, do một trong những yếu tố quyết định đến vai trò của Nhà nước đối với quản lý phát triển y tế là đội ngũ nhân lực. Nguồn nhân lực Y tế có đủ năng lực, chuyên môn, nghiệp vụ, phẩm chất đạo đức... có vai trò quan trọng dẫn đến thành công hay thất bại trong việc nhà nước thực hiện vai trò chủ đạo của mình đối với công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Các chính sách của nhà nước trong lĩnh vực y tế có đáp ứng được nhu cầu của thực tiễn hay không, việc thực hiện các chính sách ấy có hiệu quả hay không, có phát huy được tác dụng hay không... phụ thuộc vào năng lực, phẩm chất, đạo đức của nguồn nhân lực Y tế [45].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, nhóm được can thiệp (huyện Thạch Thất) đã có cải thiện đáng kể về nâng cao năng lực của cán bộ Y tế xã và Y tế thôn trong phát hiện, quản lý, theo dõi điều trị người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường. Ngoài ra, phân tích khác biệt kép (DID) còn cho thấy,

sự cải thiện về năng lực của CBYT và Y tế thôn về bệnh THA và ĐTĐ hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng có được can thiệp hay không ($p < 0,05$).

Về nâng cao năng lực CBYT trong phát hiện, quản lý và điều trị THA, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về các tiêu mục: Tiêu chuẩn phân độ THA, tiêu chí điều trị THA đạt mục tiêu, xử trí THA đo lần đầu tại TYT ở thời điểm năm 2019 (sau can thiệp) đều cao hơn đáng kể so với năm 2017 (trước can thiệp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự với bệnh đái tháo đường, tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về các tiêu mục: Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ, tiêu chí điều trị bệnh ĐTĐ đạt mục tiêu, những trường hợp bệnh ĐTĐ cần chuyển viện, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ĐTĐ và tư vấn vận động thể lực cho người bệnh cũng đã có những cải thiện đáng ghi nhận. Tương tự, với cải thiện năng lực của Y tế thôn về bệnh THA: ở thời điểm sau can thiệp, kiến thức đúng về BKLN và về THA cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Can thiệp sẽ đem đến những hiệu quả cải thiện nhất định. Một số nghiên cứu ở nước ta cũng đưa ra nhận định rằng, sau khi được can thiệp, kiến thức của CBYT về một số nội dung liên quan đến quản lý và phòng chống BKLN được tăng lên (có ý nghĩa thống kê). Như trong nghiên cứu của Lê Quang Thọ về: “Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ” được thực hiện năm 2018. Tác giả đã tiến hành can thiệp trên 94 cán bộ y tế từ TTYT huyện và 10 TYT xã thuộc huyện Hạ Hòa, Phú Thọ thông qua một số hoạt động can thiệp chính: Kiện toàn Ban điều hành phòng, chống các BKLN; Thành lập Nhóm giám sát và hỗ trợ kỹ thuật của tỉnh về triển khai quản lý THA tại tuyến YTCS; Thành lập *Đơn vị điều trị*

THA và Đơn vị phòng, chống THA tại TYTT huyện; Tổ chức các lớp tập huấn về quản lý THA cho cán bộ y tế TTYT huyện và TYT các xã can thiệp (tập huấn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp Tập huấn *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp* ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế: 01 lớp, 24 cán bộ tham dự; tập huấn *Hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN phổ biến cho tuyến YTCS* (tài liệu do Cục Quản lý Khám chữa bệnh ban hành - 2016): 01 lớp, 34 cán bộ tham dự; tập huấn *Kỹ năng truyền thông, tư vấn về phòng chống THA, quản lý THA*). Thông qua những hoạt động trên, tác giả đã chỉ ra: so với nhóm đối chứng so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, điều trị THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2% [33].

Một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng chỉ ra nhận định tương tự. Nghiên cứu tại Brazil vào năm 2019 với mục đích nâng cao kiến thức và kỹ năng của điều dưỡng viên trong công tác phát hiện và quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng, thông qua sử dụng các biện pháp can thiệp gồm đào tạo, giám sát và cung cấp thêm phương tiện trang thiết bị văn phòng cho y tế cộng đồng, cho thấy kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế sau can thiệp tăng cao và mang ý nghĩa thống kê. Kỹ năng đo huyết áp cánh tay đúng kỹ thuật và kết quả đúng tăng sau can thiệp 38,9% lên 77,8%; chăm sóc bệnh nhân THA tăng từ 41,2% lên 89,5%. Thêm vào đó, dựa vào nghiên cứu này đã gợi ý thêm về hình thức đào tạo cho nhóm đối tượng điều dưỡng, đó là làm việc theo nhóm, cùng kết hợp với nhau trong quản lý THA sẽ đem lại được hiệu quả nhất định [75].

Thực tế trong một số nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra, nếu không có những can thiệp thì năng lực của cán bộ sẽ tương đối hạn chế: như trong khảo sát của Hồ Văn Hải năm 2012 - 2014 tại huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tàu, chỉ ra, các cán bộ Y tế xã có kiến thức về THA còn rất hạn chế: 40% phân độ THA sai, 70% không hiểu mục tiêu điều trị THA và 80% không hiểu rõ về sử dụng thuốc điều trị THA, do có tới 60% cán bộ chưa được tập huấn về chẩn đoán, điều trị THA. Về thực hành: 50% cán bộ Y tế xã đo huyết áp chưa đúng kỹ thuật, 70% cán bộ tư vấn cho bệnh nhân chưa đầy đủ về các biện pháp thay đổi lối sống, 90% cán bộ y tế kê đơn thuốc điều trị THA chưa hợp lý [28]. Hay trong nghiên cứu khác của Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự được thực hiện vào năm 2017 cũng chỉ ra tỷ lệ cán bộ Y tế có kiến thức đạt khá thấp: tỷ lệ cán bộ Y tế xã đạt về kiến thức THA là 30,8% trong đó 33,9% cán bộ Y tế có kiến thức đạt về đại cương chung THA, có 44,6% cán bộ Y tế đạt kiến thức về phân độ THA, kiến thức đạt về điều trị THA là 23,6%; Kiến thức cán bộ Y tế đạt về xử trí THA là 41,0% [36]. Những kết quả của các tác giả này có nét tương đồng với phân tích thu được trong nghiên cứu của chúng tôi thu được ở thời điểm trước can thiệp, đó là tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về một số tiêu mục liên quan đến bệnh THA, ĐTD còn hạn chế, mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi có thể cao hơn một chút (do thời gian tiến hành khảo sát, đánh giá cách nhau tương đối xa). Chính bởi vậy, việc can thiệp nâng cao tay nghề, năng lực cho cán bộ Y tế là rất cần thiết.

Trong Quyết định số 376/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 20/3/2015 Quyết định phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025 đã xác định rõ mục tiêu cần đạt là: 90% cán bộ Y tế thực hiện công tác phòng, chống bệnh không

lây nhiễm được đào tạo, tập huấn về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo quy định [20]. Hay trong quyết định số 2559/QĐ- BYT ban hành ngày 20/4/2018 của Bộ Y tế đã nêu rõ mục tiêu: Đến năm 2019, 100% trạm Y tế được đào tạo về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) theo nguyên lý Y học gia đình [11]. Điều này đã cho thấy, việc đào tạo, đào tạo lại và nâng cao năng lực cho cán bộ Y tế tuyến cơ sở là một trong những nhiệm vụ trọng tâm cần được thực hiện trong hoạt động Y tế dự phòng trong đó có phòng và điều trị BKLN. Bởi vậy, những kết quả đạt được trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là một ví dụ để các đơn vị khác tham khảo, giúp việc can thiệp tập huấn bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ Y tế các tuyến đạt được mục tiêu và mong muốn đặt ra.

Cần chú trọng xây dựng và cập nhật kiến thức các hướng dẫn về chuyên môn, kỹ thuật dự phòng, phát hiện, quản lý điều trị, tư vấn và chăm sóc BKLN cho tuyến Y tế cơ sở. Tăng cường đào tạo trong các trường học ngành Y về phòng, điều trị BKLN trong đó có THA, ĐTĐ...Đảm bảo đầy đủ về số lượng, chất lượng cán bộ Y tế cơ sở. Triển khai các hoạt động đào tạo, đào tạo lại, đào tạo liên tục cho cán bộ Y tế cơ sở để đảm bảo sử dụng hiệu quả nhất nguồn nhân lực hiện có trong hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, quản lý điều trị và tư vấn một số BKLN phổ biến trong cộng đồng tại TYT xã theo nguyên lý Y học gia đình và phù hợp với Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 của Bộ Y tế về việc “Ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN phổ biến cho tuyến Y tế cơ sở” đã ban hành.

4.2.2. *Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm*

Để đáp ứng được kịp thời nhu cầu khám chữa bệnh THA, ĐTD nói riêng, cũng như bệnh không lây nhiễm nói chung, đồng thời duy trì được hoạt động quản lý điều trị cho những bệnh nhân mắc bệnh này thì điều thiết yếu là các TYT xã cần phải có đủ và đúng các loại thuốc chữa bệnh cơ bản.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những cải thiện đáng mừng về sự sẵn có của thuốc điều trị BKLN. Ở huyện can thiệp (huyện Thạch Thất), tỷ lệ TYT xã có sẵn thuốc cho điều trị, phát hiện một số BKLN tại thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp. Trong đó, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị ĐTD trở lên sau thiệp là 34,78%; cao hơn trước can thiệp (4,35%). Ngoài ra, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị THA trở lên ở thời điểm sau can thiệp cũng cao hơn đáng kể so với trước can thiệp (86,96% so với 26,09%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra, cán bộ trực tiếp công tác tại Trạm Y tế xã cũng đưa ra nhận định rằng tình hình đảm bảo thuốc điều trị THA cũng như thuốc điều trị bệnh ĐTD đã được cải thiện hơn. Nhận định chúng tôi thu được có nét tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Thọ, thực hiện tại một huyện của tỉnh Phú Thọ, bởi tác giả cho biết: tại các TYT xã nhóm can thiệp, trước can thiệp chỉ có 5 TYT (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị THA (nhóm chẹn kênh can xi: Nifedipin, Amlodipin; nhóm ức chế men chuyển: Perindopril, Captopril, Enalapril; nhóm đối kháng thụ thể: Losartan; nhóm lợi tiểu: hydrochlorothiazid/furosemid; thuốc chống đông máu Aspirin), nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc đáp ứng yêu cầu điều trị THA ở tuyến xã [33].

Thực tế, cung ứng thuốc và vật tư Y tế là một trong 11 nội dung cụ thể của: “Chuẩn thiết yếu đối với hoạt động khám, chữa bệnh ban đầu của các trạm Y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh”. Trong đó quy định rõ, (1) Trung tâm Y tế quận/huyện phối hợp với bệnh viện quận/huyện đảm bảo cung ứng đầy đủ thuốc điều trị và vật tư Y tế tiêu hao cho trạm Y tế theo mô hình bệnh tật và theo danh mục kỹ thuật khám, chữa bệnh đã được phê duyệt; đảm bảo đủ cơ sở thuốc, dụng cụ và trang thiết bị cấp cứu theo quy định; danh mục thuốc tại trạm Y tế phù hợp với danh mục thuốc thiết yếu và danh mục thuốc thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản; bảo quản, cấp phát thuốc đúng quy chế chuyên môn; (2) Trung tâm Y tế quận/huyện triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý sử dụng thuốc, vật tư y tế tiêu hao cho trạm Y tế, đảm bảo việc cung ứng không bị gián đoạn, đủ về số lượng và điều tiết kịp thời tránh lãng phí do quá hạn sử dụng [44]. Một điểm khác cho thấy sự quan tâm của Bộ Y tế trong vấn đề đẩy mạnh cung ứng đủ thuốc cho điều trị bệnh không lây nhiễm, đó là: tăng cường tiếp cận thuốc thiết yếu, hướng dẫn trạm Y tế xã lập kế hoạch dự trữ thuốc đảm bảo an toàn, hiệu quả, phù hợp. Ngoài ra, việc điều trị hiện nay không chỉ dừng lại ở cấp phát thuốc, mà còn đẩy mạnh dịch vụ xét nghiệm cơ bản đáp ứng với các bệnh thông thường tại xã theo gói dịch vụ Y tế cơ bản, đặc biệt là bệnh không lây nhiễm. Thống nhất cơ chế chuyển gửi mẫu và trả kết quả xét nghiệm từ trạm Y tế xã lên trung tâm Y tế huyện với những xét nghiệm không thực hiện được tại trạm Y tế xã [14]. Không những vậy, vào ngày 18/10/2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 39/2017/TT-BYT về việc Quy định gói dịch vụ Y tế cơ bản cho tuyến Y tế cơ sở, có đề cập đến những gói dịch vụ thuốc để chăm sóc sức khỏe ban đầu giúp dự phòng và điều trị đối với các cơ sở Y tế tại tuyến huyện, xã và mọi người dân. Trong đó có một phần rất lớn các loại thuốc thuộc Thuốc điều trị bệnh nhóm

tim mạch, gồm các nhóm thuốc: Thuốc Chống đau thắt ngực, chống loạn nhịp, điều trị tăng huyết áp, điều trị hạ huyết áp, điều trị suy tim, thuốc chống huyết khối và hạ Lipid máu [10].

Một số khuyến cáo và nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng sự sẵn có của trang thiết bị cần thiết, thuốc điều trị cùng với năng lực của cán bộ y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc duy trì huyết áp mục tiêu, quản lý bệnh nhân THA và cả cấp cứu bệnh nhân khi có THA đột ngột [76]. Hay theo Tổ chức Y tế thế giới, một hệ thống y tế nói chung và phòng chống BKLN nói riêng cần có 06 cấu phần cần thiết để vận hành. Cùng với nhân lực, tài chính, hệ thống thông tin y tế và quản lý, quản trị thì Dược- Trang thiết bị - Công nghệ là một cấu phần đóng vai trò rất quan trọng để y tế hoạt động có hiệu quả [68].

Qua thông tin trên, có thể thấy, Chính phủ, Nhà nước và Bộ Y tế luôn coi đáp ứng đủ thuốc cho tuyến Y tế cơ sở là một việc làm quan trọng trong việc nâng cao năng lực cho đội ngũ này, nhằm đảm bảo cung cấp được tốt các dịch vụ sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị được THA, bệnh ĐTĐ nói riêng được tốt hơn. Do vậy, việc cải thiện tỷ lệ trạm Y tế xã trong nghiên cứu của chúng tôi sau can thiệp được trang bị thuốc đầy đủ hơn là phù hợp với chính sách chung của cả nước. Tuy nhiên, để duy trì và đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời vẫn rất cần sự chủ động, dự trù phù hợp của các đơn vị.

4.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của Trạm Y tế.

Theo báo cáo kết quả điều tra các yếu tố nguy cơ của một số BKLN năm 2015 của Bộ Y tế, ở nhóm tuổi từ 18 đến 69, tỷ lệ hiện mắc THA là 18,9%; tỷ lệ có rối loạn đường huyết lúc đói là 3,6% và tỷ lệ ĐTĐ là 4,1%. Ngoài ra,

theo ước tính của Hội Hô hấp Việt Nam, có khoảng 2,5 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Cứ 25 người Việt Nam trưởng thành thì có 1 người mắc ĐTD và 5 người trưởng thành thì có 1 người mắc THA. Trong một xã với khoảng 8.000 dân thì có tới 1.000 người mắc THA và 250 người mắc ĐTD. Tuy nhiên, Bộ Y tế cũng chỉ ra rằng, có tới 70 - 80% bệnh nhân mắc BKLN chưa được quản lý điều trị và một trong những nguyên nhân chủ yếu của tình trạng này là do các dịch vụ sàng lọc, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị bệnh ở tuyến Y tế cơ sở, đặc biệt là ở Trạm Y tế xã còn hạn chế [16].

Để cải thiện vấn đề này, nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành can thiệp và đánh giá việc thực hiện được các dịch vụ, kỹ thuật của TYT. Kết quả cho thấy, ở cả huyện can thiệp và huyện chứng, số kỹ thuật trung bình mà TYT thực hiện được trong quản lý bệnh THA ở thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên với bệnh đái tháo đường, số kỹ thuật/dịch vụ trung bình mà TYT xã thực hiện được trong quản lý điều trị bệnh này ở huyện can thiệp tại thời điểm sau can thiệp ($7,04 \pm 0,39$) cao hơn gần gấp 2 lần so với trước can thiệp ($3,30 \pm 0,42$); tương tự ở huyện chứng, điểm trung bình tại thời điểm sau can thiệp ($6,90 \pm 0,28$) cao hơn so với trước can thiệp ($3,76 \pm 0,60$). Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra, điểm trung bình thực hiện các nhiệm vụ trong phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm của các TYT ở thời điểm sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại thời điểm sau can thiệp, điểm trung bình đạt được của huyện can thiệp là $10,96 \pm 0,45$, cao hơn so với huyện chứng ($9,95 \pm 0,52$ điểm).

4.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện khả năng triển khai hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường của các trạm Y tế xã.

Về số trạm Y tế triển khai được dịch vụ và số bệnh nhân được sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy những cải thiện đáng kể trong công tác phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường sau khi được can thiệp.

Ở thời điểm sau can thiệp, huyện Thạch Thất (nhóm can thiệp) có một số cải thiện hiệu quả đánh kể hơn huyện Quốc Oai (nhóm chứng). Cụ thể, sau can thiệp, tỷ lệ trạm Y tế ở huyện Quốc Oai có sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng chỉ là 9,5%, trong khi của huyện Thạch Thất là 100% ($p < 0,05$). Ngoài ra, tỷ lệ trạm Y tế có sàng lọc cơ hội của huyện Thạch Thất cũng cao hơn ở huyện Quốc Oai (100% so với 90,48%; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$). Ngoài ra, ở thời điểm sau can thiệp, 100% TYT ở huyện Thạch Thất có sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng trong khi trước can thiệp là 0%. Đồng thời, số người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng được sàng lọc đã tăng từ 0 (trước can thiệp) lên tới 66.491 người (sau can thiệp). Ngoài ra, tương tự với bệnh ĐTD, tỷ lệ TYT tại Thạch Thất thực hiện sàng lọc cho người ≥ 40 tuổi và có quản lý tại TYT ở thời điểm sau can thiệp (lần lượt là 100% và 73,91%) cũng đã tăng lên đáng kể so với trước can thiệp (0% và 13,04%). Cùng với đó, số người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng được sàng lọc bệnh ĐTD, số người được phát hiện và được quản lý cũng đã tăng lên nhiều. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phân tích khác biệt kép (DID) còn cho thấy, sự cải thiện về thực hiện các hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường hầu hết đều có liên quan tới thời gian can

thiệt hoặc tình trạng có được can thiệp hay không ($p < 0,05$). Đây là một kết quả khả thi và hiệu quả hơn so với một nghiên cứu của dự án phòng chống THA, đến hết năm 2013, tuy dự án đã được triển khai ở tất cả 63 tỉnh, thành phố trên cả nước, trên 70 ngàn cán bộ Y tế đã được đào tạo, tập huấn về phòng chống THA, nhưng dự án này mới triển khai quản lý, khám sàng lọc tại 1.116 xã, với 2,5 triệu người được khám và 724.695 người được quản lý điều trị bệnh, tức chỉ chiếm khoảng 10% tổng số xã, phường trên toàn quốc [20]. Hay, trong nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Thành vào năm 2011 cho biết, TYT xã và Y tế thôn bản của hai huyện thuộc tỉnh Bắc Giang chỉ phát hiện được gần 30% người mắc THA, còn lại chủ yếu đều là các bệnh viện huyện, tỉnh và các cơ sở y tế tư nhân khác phát hiện ra bệnh nhân. Ngoài ra, chỉ có khoảng 25% người bệnh mắc THA có được dùng thuốc chữa và có sổ theo dõi, còn lại 32,35% tuy được dùng thuốc chữa THA nhưng không có sổ theo dõi, và hơn 41% người bệnh không được dùng thuốc cũng không có sổ theo dõi thường xuyên. Không những vậy, chỉ có 2,31% người mắc THA điều trị tại TYT xã, tỷ lệ chưa được điều trị ở đâu cũng khá cao, chiếm tới hơn 36% [27]. Một số huyện thuộc Bắc Giang, có tới 32% người bệnh chỉ được phát hiện THA khi đã có dấu hiệu của bệnh này, khoảng 18% được phát hiện trong khi khám sức khỏe, gần 15% là trong khi đi khám bệnh khác, tức là chỉ có khoảng 35,8% người bệnh được phát hiện do khám sàng lọc chủ động [26].

Hay trong báo cáo của Cục Y tế Dự phòng vào năm 2017 cho biết, tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là ở hầu hết các trạm y tế xã, phường chưa cung cấp được các dịch vụ dự phòng, phát hiện sớm, quản lý điều trị lâu dài người mắc bệnh tại cộng đồng. Bởi vậy, tỷ lệ bệnh nhân THA, ĐTD được phát hiện, quản lý còn thấp: có gần 60% người mắc tăng huyết áp và gần 70% người đái tháo đường chưa được phát hiện bệnh, mới có 31% số phụ nữ 30-49 tuổi được

sàng lọc ung thư cổ tử cung – là loại ung thư nhiều thứ hai ở phụ nữ, chỉ có 14% bệnh nhân tăng huyết áp, 29% bệnh nhân đái tháo đường và gần 30% người có nguy cơ tim mạch được quản lý, dự phòng và dùng thuốc theo quy định. Trên 70% số ca ung thư được phát hiện ở giai đoạn muộn làm cho kết quả điều trị không mang lại hiệu quả cao [23].

Thực tế, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra, người dân có một phần lớn không biết mình bị mắc THA hoặc ĐTĐ do không được sàng lọc. Như trong nghiên cứu của Chihua Li và L. H. Lumey vào năm 2019 mang tên: “Tác động của sàng lọc bệnh đến nhận thức và quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường trong giai đoạn 2011-2015: kết quả từ nghiên cứu dài hạn về sức khỏe và nghỉ hưu của Trung Quốc” cho biết, trong số hơn 11.000 người tham gia được sàng lọc vào năm 2011, 4594 người được xác định bị tăng huyết áp và 1703 bị tiểu đường khi kiểm tra y tế. Hơn 80% người Trung Quốc và người cao tuổi được chẩn đoán mắc bệnh cao huyết áp và / hoặc bệnh đái tháo vào năm 2011 trả lời khi được điều tra lại vào năm 2015 rằng họ không biết về căn bệnh này. Mặc dù đã có một số cải thiện đã được ghi nhận giữa năm 2011 và 2015, lý do chính cho sự cải thiện nhận thức là được khám sức khỏe do người tham gia nghiên cứu khởi xướng (trên 75%), bởi đơn vị công tác hoặc cộng đồng của họ (12-15%). Những người sống ở khu vực nông thôn có nhiều khả năng không biết về tình trạng mắc BKLN của bản thân hơn [62].

Theo Cục Y tế Dự phòng – Bộ Y tế, một trong số những giải pháp phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam là tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế, trong đó nhấn mạnh đầu tiên là cần tổ chức dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh không lây nhiễm từ Trung ương đến cấp xã trong cả nước [24]. Hay theo Nghị quyết 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 về Tăng cường công tác bảo vệ,

chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới yêu cầu đến năm 2025; 95% TYT xã/phường quản lý điều trị một số BKLN [1]. Do vậy, kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ cung cấp thêm những bằng chứng hoặc là một nội dung tham khảo để thực hiện mở rộng ra những địa phương khác, tiến tới đạt mục tiêu đặt ra trong việc phòng chống BKLN.

Về tần suất đi kiểm tra lại trong giai đoạn ổn định của bệnh nhân

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm của huyện Thạch Thất (huyện được can thiệp) có tần suất đi kiểm tra lại trong giai đoạn điều trị ổn định ≤ 1 lần/tháng cao hơn huyện Quốc Oai (huyện chứng) (90,87% so với 78,14%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong Quyết định số 5904/QĐ-BYT của Bộ Y tế vào ngày 20 tháng 12 năm 2019, trong đó có ban hành tài liệu: “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp tại Trạm Y tế xã”. Tài liệu này đã đưa ra hướng dẫn về khoảng cách giữa các lần khám, xét nghiệm cơ bản và theo dõi bệnh tăng huyết áp, cụ thể như sau: Với bệnh nhân lần đầu phát hiện THA: cần khám lâm sàng toàn diện và làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (hoàn thành trong vòng 3 tháng đầu), các xét nghiệm cơ bản cần nhắc lại định kỳ mỗi 6- 12 tháng 1 lần hoặc sớm hơn khi người bệnh có biểu hiện bất thường; Theo dõi sát huyết áp và các dấu hiệu lâm sàng trong 01 tháng đầu khi khởi trị hoặc khi thay đổi phác đồ điều trị THA. Khi huyết áp ổn định (tức là đạt huyết áp mục tiêu và không có tác dụng phụ) thì sẽ khám và theo dõi định kỳ mỗi 1- 3 tháng 1 lần [15]. Theo vậy, việc người bệnh mắc bệnh không lây nhiễm đi tái khám định kỳ đóng vai trò rất quan trọng trong việc có chiến thắng được bệnh này hay không. Bệnh không lây nhiễm là bệnh mạn tính, do vậy khi đã mắc bệnh

này cần phải được quản lý, điều trị liên tục và lâu dài, thậm chí có thể là suốt đời nhằm dự phòng, không chế tỷ lệ tàn tật và tử vong do BKLN gây ra..

Việc nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ người bệnh có tần suất đi khám kiểm tra lại ≤ 1 lần/tháng đạt đến hơn 90% ở nhóm được can thiệp là một tín hiệu đáng mừng. Tuy nhiên, cũng vì lý do đã nói ở trên, điều trị và theo dõi THA, bệnh ĐTD cần thực hiện trong khoảng thời gian lâu dài, nên vẫn rất cần các chính quyền các cấp, các ban ngành, đoàn thể vào cuộc và ý thức tự giác của mỗi người dân. Bởi vì theo một nghiên cứu của Lý Huy Khanh và các cộng sự về “Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương”, đánh giá tỉ lệ bỏ trị sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ này là 79% [35]. Theo Hội Tim mạch Việt Nam, một nửa số bệnh nhân bỏ điều trị trong vòng một năm sau chẩn đoán, chỉ một nửa bệnh nhân tuân thủ điều trị. Việc gần hay xa bệnh viện không có ý nghĩa trong việc bỏ trị, mặc dù khi xem sự liên quan riêng lẻ thì có ý nghĩa, nhưng nếu phân tích nhiều yếu tố thì không còn ý nghĩa. Sự tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng rõ bởi sự chọn lựa thuốc, bệnh kết hợp và sử dụng dịch vụ sức khỏe [30].

Thực hiện dự phòng biến chứng của bệnh THA và ĐTD:

Bệnh THA và ĐTD đều là những BKLN có thể gây ra rất nhiều biến chứng khác nhau ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh sau này.

Với THA: Các biến chứng tim mạch như nhồi máu cơ tim, bệnh động mạch vành, suy tim,...; Các biến chứng về não: tai biến mạch máu não (bao gồm cả xuất huyết não và nhũn não); bệnh não do THA,...; Các biến chứng về thận: đái ra protein; suy thận,...; Các biến chứng về mắt, tiến triển theo các giai đoạn, thậm chí có thể dẫn đến mù lòa,...; Các biến chứng về mạch ngoại vi, trong đó đặc biệt nguy hiểm là biến chứng tách thành động mạch chủ có

thể dẫn đến chết người [97]. Đại đa số các bệnh nhân bị THA (trên 90%) thường không có các dấu hiệu nào cảnh báo trước. Quan điểm trước đây cho rằng cứ THA là phải có đau đầu, mặt bừng đỏ, béo... là hết sức sai lầm. Nhiều khi, sự xuất hiện triệu chứng đau đầu đã có thể là sự kết thúc của người bệnh THA do đã bị tai biến mạch máu não. Do vậy, việc kiểm tra huyết áp thường xuyên, nhất là những người có nguy cơ cao, là hết sức cần thiết và quan trọng. THA ở người lớn đại đa số là không có căn nguyên, chỉ một số nhỏ dưới 5% là THA có căn nguyên (tức là do hậu quả của một số bệnh lý khác). Do vậy, những dấu hiệu thể hiện bệnh THA không có gì khác biệt so với người bình thường. Vì vậy, rất nhiều người bệnh cho đến khi bị các biến chứng của THA, thậm chí tử vong mới biết mình bị THA hoặc mới hiểu rõ việc không chế tốt THA là quan trọng như thế nào. Tăng huyết áp nếu không được điều trị đúng và đầy đủ sẽ có rất nhiều tai biến, biến chứng nặng nề, thậm chí có thể gây tử vong hoặc để lại các di chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động của người bệnh và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [38].

Theo tài liệu của WHO [93], Liên đoàn Đái tháo đường thế giới [59] hay Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ [53], biến chứng của ĐTĐ được chia thành vi mạch (do tổn thương mạch máu nhỏ) và mạch máu vĩ mô (do tổn thương mạch máu lớn hơn). Các biến chứng vi mạch bao gồm tổn thương mắt (bệnh võng mạc) dẫn đến mù, thận (bệnh thận) dẫn đến suy thận và dây thần kinh (bệnh thần kinh) dẫn đến bất lực và rối loạn bàn chân ĐTĐ (bao gồm nhiễm trùng nặng dẫn đến hoại tử chi, cắt cụt chi). Biến chứng mạch máu lớn bao gồm các bệnh tim mạch như đau tim, đột quỵ và thiếu lưu lượng máu đến chân. Có bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng lớn cho thấy kiểm soát trao đổi chất tốt ở cả bệnh tiểu đường tuýp 1 và 2 có thể trì hoãn sự khởi phát và tiến triển của các biến chứng do bệnh này.

Chính bởi những thông tin trên, dự phòng biến chứng THA và bệnh ĐTD là một việc vô cùng cấp thiết. Có nhiều biện pháp để dự phòng biến chứng của THA và cần phải phối kết hợp với nhau để dự phòng đạt hiệu quả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh ở huyện Thạch Thất (nhóm được can thiệp), ở thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ đến TYT khám lại hàng tháng là 89,11%; dùng thuốc theo hướng dẫn của CBYT (82,10%), theo dõi huyết áp thường xuyên bằng cách đo huyết áp và ghi sổ theo dõi (21,01%), Khám định kỳ hoặc khi có bất thường (24,9%), Dinh dưỡng hợp lý (52,92%), Hạn chế uống rượu bia (18,68%) và Không hút thuốc lá, thuốc lào (14,79%) đều tăng cao hơn (có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$) so với trước can thiệp. Mặc dù sau thời gian can thiệp, tỷ lệ thực hiện các biện pháp dự phòng đã tăng lên, tuy nhiên, tỷ lệ tăng này chúng tôi nhận thấy chưa cao, đặc biệt là về phần thực hiện các biện pháp liên quan đến phòng chống các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm như: dinh dưỡng chưa hợp lý, ít hoạt động thể lực, hút thuốc lá và uống rượu bia. Những yếu tố nguy cơ này có xu hướng tăng cao hơn so với nghiên cứu của Cao Trường Sinh được thực hiện vào năm 2014, tác giả chỉ ra: Tỷ lệ bệnh nhân được đo huyết áp hàng ngày chỉ chiếm 1,4%, 2 năm gần đây không được đo huyết áp lần nào chiếm 25,8% và tỷ lệ dùng thuốc đều đặn hàng ngày chỉ chiếm 6,4% [17]. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh THA bỏ hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn số liệu báo cáo của CDC Hoa Kỳ năm 2018: báo cáo đưa ra, 7,5% người dân Mỹ bỏ thuốc lá thành công trong 1 năm [54]. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng chúng tôi đưa vào khảo sát là những người mắc bệnh, nên họ sẽ có ý thức từ bỏ những hành vi nguy cơ xấu như hút thuốc lá hay uống rượu bia,... để cải thiện sức khỏe của mình hơn.

Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh cải thiện hành vi lối sống để dự phòng THA và bệnh ĐTD còn chưa cao, hầu hết đều dưới 50%. Nhiều chuyên gia trên thế giới cho biết, thay đổi hành vi lối sống, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, giảm muối, cai thuốc lá, hạn chế rượu bia, tăng cường hoạt động thể lực đóng góp rất quan trọng trong duy trì huyết áp mục tiêu, điều trị đái tháo đường, đồng thời để phòng tránh các biến chứng của THA như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim hoặc tử vong hoặc biến chứng của ĐTD như biến chứng tổn thương mạch máu, tiêu hóa, gây ảnh hưởng đến thận, tiết niệu,... Dựa vào kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh cải thiện hành vi lối sống để dự phòng THA và ĐTD còn chưa cao, hầu hết đều dưới 50%. Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả được thực hiện trước đây: như nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thọ chỉ ra, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 55,6% trước can thiệp với $p < 0,01$). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và CSHQ tăng 59,5%) [33]. Tuy nhiên, so với một số tác giả khác, con số cải thiện chúng tôi thu được là tương đương. Như trong đánh giá của tác giả Trần Văn Long vào năm 2015 liên quan đến thay đổi hoạt động thể lực, thói quen tập thể dục sau can thiệp: Tỷ lệ người tham gia tập thể dục ở nhóm đối chứng tăng từ 44,6% lên 48,6%, ở nhóm can thiệp là tăng từ 50,3% lên 58,7%, với $p < 0,05$ [49].

Do vậy, trong thời gian tới vẫn nên tiến hành thêm những biện pháp vận động, tư vấn để người bệnh quan tâm cải thiện hơn.

Ngoài ra, thêm một thực tế là BKLN hay tăng huyết áp, đái tháo đường,... là bệnh mãn tính, có thời gian phát triển chậm, kéo dài trong nhiều năm, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài. Do vậy, việc điều trị và hạn chế các yếu tố nguy cơ nếu không được tuân thủ nghiêm ngặt thì rất có thể sẽ thất bại. Ví dụ như nghiên cứu về cải thiện hành vi hút thuốc là của đối tượng người cao tuổi, tác giả cho biết, can thiệp chưa thể làm thay đổi tình trạng hút thuốc lá [43]. Thực tế, kiểm soát hành vi hút thuốc lá của người bệnh rất khó khăn vì thuốc lá là chất gây nghiện nên các đối tượng rất khó bỏ thuốc, mặc dù họ đã biết mình bị bệnh. Bởi vậy, ngoài những biện pháp can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi đề xuất, để có thể duy trì được hiệu quả, thì cần tìm thêm các biện pháp liên quan đến chính sách thuế, quy định của nhà nước, như: Tại cộng đồng cần quan tâm xây dựng và thực hiện các quy định, nhất là các hương ước về không hút thuốc lá hay uống rượu bia tại các đám ma, cưới hỏi,... nhằm thúc đẩy người bệnh có ý thức hơn trong kiểm soát các hành vi có hại cho sức khỏe nói chung và với bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường của bản thân hơn.

Thực hiện uống thuốc theo hướng dẫn của cán bộ y tế

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có hiệu quả về cải thiện việc hướng dẫn uống thuốc đúng giờ, đều đặn của CBYT với người bệnh THA. sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Với THA: thời điểm trước can thiệp là 92,97%, sau can thiệp đã tăng lên là hơn 98%).

Hiệu quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi có nét tương đồng (mặc dù tỷ lệ tăng tỷ lệ uống thuốc theo hướng dẫn ít hơn) với một số nghiên cứu khác. Như nhận định thu được của tác giả Nguyễn Thị Kim Kế và cộng sự trong nghiên cứu xây dựng và đánh giá hiệu quả mô hình kiểm soát tăng huyết áp cho người cao tuổi tại phường Quang Trung và xã Bảo Khê thị xã

Hung Yên sau hai năm can thiệp cho biết, tỷ lệ đối tượng uống thuốc đều đặn và kéo dài của nhóm đối tượng này đã tăng thêm 41,3% và thường xuyên theo dõi huyết áp tăng lên 34,7%. Từ đó, tín hiệu tích cực mang lại là mức độ THA ở người cao tuổi được can thiệp đã có sự dịch chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ hơn, 8% người cao tuổi đã duy trì huyết áp ở mức ổn định, tăng huyết áp giai đoạn I giảm từ 58,7% xuống còn 26,0%, hiệu quả can thiệp đạt 50,2%, tăng huyết áp giai đoạn II giảm từ 32,7% xuống còn 30,7%, hiệu quả can thiệp đạt 13,9% ($p < 0,05$) [37].

Việc sử dụng thuốc điều trị THA cần tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc sau: Uống đúng loại thuốc, uống đúng giờ, uống đều đặn, uống đúng liều và không tự ý bỏ thuốc/thay thuốc/giảm liều. Sử dụng thêm thuốc hạ huyết áp đi kèm để đạt huyết áp mục tiêu là rất quan trọng. Biện pháp dùng thuốc được tiến hành kịp thời và lâu dài. Bởi vì THA là do ảnh hưởng của nhiều cơ chế làm áp lực máu tăng lên và đơn trị liệu chỉ nhằm vào một trong những cơ chế này. Ngoài việc tuân thủ những hướng dẫn sử dụng thuốc ở trên thì hiện nay, việc phối hợp thuốc sẽ làm giảm liều, làm giảm được tác dụng phụ tăng theo liều của từng thuốc, hạn chế cơ chế điều hòa ngược của cơ thể làm cho việc đáp ứng của huyết áp tốt hơn và sự kiểm soát đạt nhanh chóng hơn đơn trị liệu. Các cập nhật mới nhất về điều trị tăng huyết áp như: JNC 8 [63], Chép, Nice đều khuyến cáo phối hợp thuốc để kiểm soát huyết áp. Một viên thuốc kết hợp có thể sử dụng ngay khi bắt đầu điều trị hoặc làm đơn giản hóa chế độ điều trị khi cần phải phối hợp thuốc thứ hai, thứ ba để kiểm soát huyết áp. Tùy mức độ tăng huyết áp sẽ sử dụng đơn trị liệu (Diovan,...), phối hợp đôi (Exforge,...) hay phối hợp ba đầu tiên và duy nhất hiện nay (Exforge HCT). Điều trị tăng huyết áp là cá thể hóa điều trị và điều trị suốt đời.

Sử dụng thuốc là một quá trình đòi hỏi sự kiên trì và quyết tâm của người bệnh THA, ĐTD. Điều này không những phụ thuộc vào bản thân người bệnh mà còn phụ thuộc vào chính những người thân và cán bộ Y tế xã, y tế thôn cần thường xuyên nhắc nhở, để cùng người bệnh vượt qua được bệnh tật.

4.3. Tính đặc thù của các hoạt động can thiệp

Từ trước đến nay nước ta cũng đã có một số can thiệp phòng chống BKLN dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên có một số can thiệp thì quan tâm chủ yếu vào kiểm soát các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, thuốc Lào; uống rượu bia; Dinh dưỡng hợp lý và yếu tố hoạt động thể lực; có mô hình chỉ tập trung vào quản lý và điều trị ca bệnh; một số mô hình khác lại tập trung vào các yếu tố nguy cơ và truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức của người dân, có mô hình vừa nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý... Mỗi hình thức can thiệp đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng khác nhau.

Các hoạt động can thiệp trong đề tài cải thiện hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị một số BKLN tại trạm Y tế xã thực hiện rất phù hợp với quyết định 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 của Bộ Y tế về việc Ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN cho tuyến Y tế cơ sở. Đây là các hoạt động can thiệp có tính hệ thống áp dụng cho các TYT xã vùng 1, 2 và 3 đại diện cho các vùng miền; lấy CBYT xã và y tế thôn làm gốc; họ là những cán bộ được đào tạo, đào tạo lại.. nâng cao kiến thức chuyên môn để thực hiện hoạt động đi thăm hộ gia đình sàng lọc đánh giá các yếu tố nguy cơ mắc một số BKLN phổ biến (Đo huyết áp, đánh giá theo bộ công cụ có sẵn của Bộ Y tế....), đánh giá các YTNC mắc BKLN theo bảng phiếu, tư vấn và thăm người dân nhắc nhở họ phòng chống BKLN, mặc dù chúng ta biết Hà Nội người dân có mức sống cao hơn các tỉnh khác, hoạt động phòng chống BKLN rất khác nhau giữa các TYT khu vực nội

thành và khu vực ngoại thành. Đại đa số các đối tượng được sàng lọc đánh giá YTNC mắc BKLN đều được giải quyết tại tuyến Y tế cơ sở; chỉ một số ít những trường hợp bệnh khó, nặng được chuyển lên tuyến trên; nhưng khi người dân đã mắc các bệnh mạn tính không lây thì mục đích chỉ làm không chế tỷ lệ mắc, tàn tật và tử vong chứ rất khó để có thể làm giảm được tỷ lệ mắc.

Do được đào tạo, được cấp các thiết bị cần thiết; các bác Y tế thôn ngoài việc tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng còn có thể tư vấn, đo huyết áp, đánh giá các YTNC mắc các BKLN phổ biến cho các đối tượng và như vậy hiệu quả phòng chống BKLN sẽ tốt hơn, đạt hiệu quả hơn. Việc đánh giá hiệu quả của mô hình là đánh giá trên cả cộng đồng bao gồm các đối tượng với các mức độ nguy cơ khác nhau.

Các hoạt động can thiệp do hệ thống phòng chống BKLN ở tại địa phương thực hiện và dựa vào cộng đồng. Người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc Y tế tại nơi mà họ đang sinh sống và làm việc mà họ không nhất thiết phải đi đến những nơi khác để hưởng thụ và nhận các dịch vụ đó, hai nữa là mô hình này do chính cán bộ y tế và người dân ở tại địa phương thực hiện, tức là họ được nâng cao năng lực và được trao quyền để giải quyết các vấn đề về phòng chống bệnh không lây nhiễm tại địa phương của mình. Chính vì vậy cấu phần nâng cao năng lực cho mô hình rất được coi trọng. Đối tượng được nâng cao năng lực ở mô hình này không chỉ là những cán bộ Y tế ở địa phương của họ mà còn bao gồm cả những đối tượng khác tham gia vào các hoạt động này như cán bộ Y tế thôn, cán bộ chính quyền, ban ngành, đoàn thể (Có cả giáo viên dạy cấp 1 kiêm nhiệm thêm là cán bộ Y tế thôn...). Các can thiệp này có thể tự nhân rộng tại địa phương của họ là hoàn toàn có thể thực hiện được vì không những chỉ sàng lọc cho đối tượng người dân là từ 40 tuổi

trở lên mà sau này có thể cả những đối tượng thuộc nhóm tuổi khác ở địa phương của họ.

4.4. Khả năng nhân rộng và yêu cầu đảm bảo cho nhân rộng các hoạt động can thiệp

Thực hiện quyết định 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 của Bộ Y tế về việc Ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN cho tuyến Y tế cơ sở; Cuối năm 2019 và năm 2020 Hà Nội đã và đang thực hiện triển khai nhân rộng các can thiệp này hiện tại ở cả 17 huyện ngoại thành còn lại và một số khu vực nội thành Hà Nội; Các tuyến trên như Bộ Y tế, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương, các Viện đầu ngành hỗ trợ thực hiện triển khai trong khâu chuyển giao kỹ thuật, giám sát hỗ trợ. Thực tế cho thấy tuyến Y tế cơ sở (Trạm Y tế xã) là hoàn toàn có thể thực hiện được hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN phổ biến như THA, ĐTĐ... nhằm phòng chống các bệnh mạn tính không lây và các ảnh hưởng khác đến sức khỏe người dân. Như vậy mô hình này vừa kinh tế, vừa đạt hiệu quả và thực hiện được hoàn toàn ở tuyến xã, người dân được hưởng lợi. Các hoạt động can thiệp cũng vừa có thể được áp dụng để nhân rộng tại địa bàn và các đơn vị khác. Song, dù là các can thiệp có hiệu quả, nhưng vẫn cần phải có nguồn tài chính nhất định để đảm bảo tính bền vững.

Một số yêu cầu để đảm bảo tính bền vững của mô hình và giúp cho nhân rộng mô hình như sau:

- Sớm hoàn thiện các can thiệp và các tài liệu hướng dẫn triển khai, cần phải có đánh giá tính hiệu quả - Kinh tế của trong điều kiện hoàn cảnh thực tế của địa bàn triển khai để ước lượng trong địa bàn của Hà Nội và các tỉnh thành khác.

- Có chính sách phù hợp cho cán bộ Y tế cơ sở, nhất là các cán bộ Y tế thôn, cộng tác viên: Trong các hoạt động can thiệp này đòi hỏi cán bộ Y tế cơ sở, Y tế thôn, cán bộ TYT xã đòi hỏi cao hơn về năng lực, kể cả năng lực về chuyên môn, chuyên môn sâu về BKLN, về các YTNC của BKLN, năng lực về nghiệp vụ Y tế, đồng thời cũng dành nhiều thời gian cho công việc mới đáp ứng được yêu cầu để thực hiện được hiệu quả mô hình.
- Về năng lực: Nếu trong phòng chống các bệnh truyền nhiễm nhiệm vụ vai trò chủ yếu cả các cán bộ Y tế thôn, cộng tác viên là truyền thông giáo dục sức khỏe, giám sát phát hiện sớm các ca mắc bệnh mà chủ yếu là liên quan đến các yếu tố dịch tễ học để thông báo lên các tuyến trên. Nhưng với một số BKLN như THA, ĐTD... cán bộ Y tế thôn cần rà soát, thăm hộ gia đình theo dõi, quản lý các đối tượng nguy cơ cao và người đã mắc bệnh, đồng thời họ cũng tư vấn và hỗ trợ, nhắc nhở người bệnh thường xuyên uống thuốc, nhắc lịch đi khám bệnh định kỳ và đặc biệt là cung cấp, theo dõi thay đổi hành vi nguy cơ của người bệnh. Cán bộ YTT được đào tạo đo huyết áp, tính BMI, vòng bụng..., tư vấn cho các đối tượng về chế độ dinh dưỡng, luyện tập thể lực.... để dự phòng mắc bệnh, phòng các biến chứng của bệnh và hạn chế tử vong sớm. Như vậy là rõ ràng yêu cầu về chuyên môn nghiệp vụ Y tế thôn đòi hỏi phải cao hơn mà thực tế mức lương họ đang nhận là thấp- chưa tương xứng với khối lượng công việc mà họ đảm nhận. Nếu không tăng thêm kinh phí chi cho đội ngũ Y tế thôn và quan tâm đến họ để giải quyết ngay vấn đề trước mắt về phòng chống BKLN thì lâu dài sẽ làm tăng gánh nặng bệnh tật cho hệ thống bệnh viện do bệnh nhân không được quản lý điều trị tại tuyến xã và tại cộng đồng
- Các cán bộ Y tế từ TYT, TTYT họ tổng hợp, đánh giá, báo cáo định kỳ tình hình mắc bệnh ở địa bàn, cán bộ TYT được tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn về phòng chống BKLN, hỗ trợ cán bộ Y tế thôn và hợp

định kỳ báo cáo kết quả công tác hoạt động này hàng tháng về TTYT. Thực tế các hoạt động quản lý điều trị BKLN tại TYT chưa đồng bộ tại Hà Nội giữa khu vực nội thành và khu vực ngoại thành. Do tuyến TYT ở ngoại thành người dân có đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại TYT xã, nhưng ở khu vực TYT nội thành đại đa số hơn 90% số TYT là không khám chữa bệnh BHYT.

- Cần cung cấp đầy đủ các trang thiết bị thiết yếu cho tuyến y tế cơ sở, khi bệnh nhân có lên tuyến trên điều trị thì chỉ trong nhwunxg trường hợp bệnh nặng, tai biến nhưng sau khi bệnh nhân BKLN điều trị ổn định thì nên chuyển phác đồ điều trị về TYT để quản lý điều trị tiếp. Cần có một hệ thống quản lý tốt về việc điều trị bệnh nhân liên thông giữa các tuyến sẽ rất thuận lợi cho công tác theo dõi điều trị BKLN và đỡ chi phí tốn kém cho gia đình họ và xã hội.
- Về BHYT chi trả cho bệnh nhân khám bệnh và điều trị BKLN tại tuyến Y tế cơ sở. Các đơn vị trước khi thực hiện mô hình này cần có dự trù đủ các trang thiết bị, thuốc điều trị BKLN (THA, ĐTĐ..) tối thiểu theo đúng phác đồ điều trị của Bộ Y tế quy định, tránh tình trạng khi người bệnh ra khám BHYT tại TYT thì không cấp đủ thuốc hoặc cấp nhưng cấp uống không đủ liều.
- Hiện tại Bộ Y tế đã ban hành bộ tiêu chí phân tuyến kỹ thuật, bộ chỉ số đánh giá hoạt động PC BKLN cho tuyến Y tế cơ sở, ban hành các quyết định chẩn đoán, phát hiện sớm, dự phòng quản lý điều trị và tư vấn BKLN cho tuyến YTCS, các phác đồ điều trị THA, ĐTĐ mới áp dụng cho các tỉnh thành nói chung và riêng Hà Nội là rất phù hợp với mô hình thực tế này và Hà Nội đã triển khai nhân rộng mô hình nhưng chưa nhân rộng được rộng khắp ở 584 xã/phường/thị trấn và thực tế đang rất khó áp dụng nhân rộng ra các TYT ở khu vực nội thành.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu còn tồn tại một số những hạn chế sau:

Tại mục tiêu 1, nghiên cứu áp dụng phương pháp phát vấn với bộ câu hỏi tự điền gửi đến toàn bộ các TYT xã trên địa bàn Hà Nội. Mặc dù nhóm nghiên cứu đã tập huấn cho các TYT cách điền bộ câu hỏi, giải thích ý nghĩa của các câu hỏi nhưng cũng khó tránh khỏi những sai sót và tính chính xác của câu trả lời.

Bên cạnh đó, đề tài cũng sử dụng một số số liệu thứ cấp sẵn có tại TYT như số bệnh nhân được quản lý điều trị...Do vậy sẽ có thể xảy ra sai sót nhất định do quá trình ghi chép, thống kê trước đây.

Ngoài ra, do một vài đối tượng nhóm mẫu ở thời điểm sau can thiệp có thay đổi so với trước can thiệp ở cả huyện Thạch Thất và Quốc Oai (do một số nguyên nhân khách quan như: cán bộ nghỉ việc, hoặc thay đổi luân chuyển công tác,...) do vậy sẽ có thể xảy ra sai sót nhất định trong đánh giá hiệu quả can thiệp.

Các hoạt động can thiệp mới tập trung chủ yếu vào nâng cao năng lực cho TYT xã và YTT về sàng lọc/phát hiện và quản lý điều trị 2 BKLN phổ biến là tăng huyết áp, đái tháo đường. Nghiên cứu chưa can thiệp vào các BKLN khác cũng như các yếu tố nguy cơ.

KẾT LUẬN

1. Về năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế, thành phố Hà Nội, 2016.

Các trạm y tế xã thuộc thành phố Hà Nội đã có những năng lực nhất định trong triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm mặc dù còn nhiều hạn chế và không đồng đều. Cụ thể:

Chính sách, tổ chức: Các đơn vị dự phòng tại Hà Nội đã từng bước tiếp cận các chính sách liên quan phòng chống BKLN. Tuy nhiên vẫn còn tồn tại nhiều bất cập trong chính sách và tổ chức hiện hành như quy định về sự phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể, chính sách liên quan đến thanh quyết toán trong BHYT chưa rõ ràng và chưa thỏa đáng...

Nhân lực: Nhân lực phòng chống bệnh không lây nhiễm còn thiếu và hạn chế về năng lực. Trạm y tế xã trung bình có 4/7 cán bộ Y tế và 1/3 số cộng tác viên tham gia phòng chống bệnh không lây nhiễm.

Thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao: phần lớn các trạm y tế chỉ có dưới 50% các loại thuốc thiết yếu cho quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm. Trong đó, tỷ lệ các trạm y tế vùng 1 có dưới 50% thuốc thiết yếu cao nhất (77,1%), tiếp đến vùng 2 (69,0%) và vùng 3 (56,0%). Tương tự, phần lớn các trạm y tế có từ 50 - <70% trang thiết bị thiết yếu.

Thống kê, báo cáo: Việc thực hiện thống kê, báo cáo và giám sát bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế ở mức dưới trung bình so với quy định.

Kinh phí: Kinh phí thực hiện hoạt động chủ yếu từ ngân sách thành phố. Ngân sách từ quận/ huyện cho các hoạt động phòng chống BKLN tại tuyến còn hạn chế. BHYT đưa đến những hỗ trợ cho người bệnh trong hoạt động

khám, chữa bệnh và điều trị tại bệnh viện bao cung cấp thuốc thiết yếu hàng tháng.

Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ: Khả năng cung cấp các dịch vụ về phát hiện bệnh không lây nhiễm còn hạn chế: 73,9% trạm y tế thực hiện đo huyết áp, 19,7% đo điện tâm đồ, 10,9% xác định nguy cơ tim mạch theo bảng kiểm. Có 64,9% trạm y tế thực hiện điều trị tăng huyết áp, 28,8% thực hiện điều trị duy trì người bệnh đái tháo đường, 17,0% áp dụng phương pháp y học cổ truyền để giảm đau cho bệnh nhân ung thư.

2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017- 2019.

Các biện pháp can thiệp đã có hiệu quả trong cải thiện nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã. Cụ thể:

Cải thiện kiến thức của cán bộ y tế xã/y tế thôn: Các biện pháp can thiệp đã tăng tỷ lệ cán bộ y tế xã và y tế thôn có kiến thức đúng về nội dung quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường. Sự cải thiện kiến thức của cán bộ y tế xã và y tế thôn hầu hết có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$).

Cải thiện sự sẵn có thiết yếu: Tại huyện can thiệp, tỷ lệ trạm y tế xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị đái tháo đường tăng từ 4,4% lên 34,8% và cao hơn huyện chứng. Tương tự, tỷ lệ trạm y tế xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trở lên tăng từ 26,1% lên 86,9% và cao hơn huyện chứng. Sự cải thiện sự sẵn có thuốc thiết yếu hầu hết có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$).

Cải thiện công tác phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường: Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện sàng lọc tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường cho người ≥ 40 tuổi tại cộng đồng tăng từ 0% lên 100% tại huyện can thiệp trong khi không có sự thay đổi ở huyện chứng. Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện quản lý điều trị tăng huyết áp tăng ở hai huyện, tỷ lệ này đối với quản lý điều trị đái tháo đường chỉ tăng tại huyện can thiệp (13,0% lên 73,9%). Số người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường được quản lý điều trị tại trạm y tế xã cũng tăng lên và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự cải thiện hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm y tế ở huyện can thiệp hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$);

Cải thiện sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân: Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp tại được quản lý điều trị tại trạm y tế thuộc huyện can thiệp có tần suất đi kiểm tra lại hàng tháng trong giai đoạn điều trị ổn định ở huyện can thiệp được cải thiện hơn sau can thiệp và so với huyện chứng (90,87% so với 78,14%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Tương tự, tỷ lệ bệnh nhân uống thuốc đúng giờ, đều đặn cũng được cải thiện hơn tại huyện can thiệp. Sự cải này ở huyện can thiệp hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

1. Sở Y tế cần cân nhắc nhân rộng các biện pháp can thiệp đã áp dụng trong đề tài ra các trạm y tế khác khu vực ngoại thành, trong đó có sự điều chỉnh linh hoạt cho phù hợp với điều kiện của từng địa bàn.
2. Cần xây dựng và triển khai nghiên cứu các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động kiểm soát bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế khu vực nội thành nơi có nhiều các cơ sở khám chữa bệnh lớn và người dân có điều kiện kinh tế hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Ban Chấp hành Trung ương Đảng** (2017), *Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương khoá XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới*, Số 20-NQ/TW ngày 25 tháng 10 năm 2017.
2. **Bộ Y tế** (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2014), *Quyết định về việc ban hành Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại Trạm Y tế xã, phường*, Số: 2919/QĐ-BYT ngày 6/8/2014.
4. **Bộ Y tế** (2015), *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế** (2015), *Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn"*.
6. **Bộ Y tế** (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2016), *Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/12/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú*.
8. **Bộ Y tế** (2016), *Cơ cấu, bộ máy và mạng lưới tổ chức của ngành y tế*, Bộ Y tế, Hà Nội, truy cập ngày 22/6/2017, tại trang web

http://icdmoh.gov.vn/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=634&lang=vi.

9. **Bộ Y tế** (2016), *Quyết định phê duyệt dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2016-2020*, Số: 4299/QĐ-BYT ngày 09/08/2016.
10. **Bộ Y tế** (2017), *Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ Y tế quy định gói dịch vụ Y tế cơ bản cho tuyến Y tế cơ sở*.
11. **Bộ Y tế** (2018), *Quyết định số 2559/QĐ-BYT ngày 20/4/2018 của Bộ Y tế ban hành kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm Y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020*, Số 2559/QĐ-BYT ngày 20/4/2018.
12. **Bộ Y tế** (2018), *Quyết định về việc ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến Y tế cơ sở*, Số: 3756/QĐ-BYT ngày 21/06/2018.
13. **Bộ Y tế** (2019), *Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm Y tế xã”*.
14. **Bộ Y tế** (2019), *Bộ Y tế tiếp tục nâng cao năng lực cho tuyến y tế cơ sở*, truy cập ngày 20-07-2020, tại trang web <https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/->

[/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/bo-y-te-tiep-tuc-nang-cao-nang-luc-cho-tuyen-y-te-co-so.](#)

15. **Bộ Y tế** (2019), *Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu: “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp tại Trạm Y tế xã”*.
16. **Bộ Y tế/ WHO Việt Nam** (2016), *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2015*.
17. **Cao Trường Sinh** (2014), "Đánh giá tình hình kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp biến chứng nhồi máu não", *Tạp chí Y học thực hành*, 914, pp. 176-179.
18. **CDC Quảng Ninh** (2020), *Nâng cao chất lượng quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm tại y tế cơ sở*, truy cập ngày 05-11-2020, tại trang web <http://www.quangninhcdc.vn/y-te-quang-ninh/ban-tin-y-te/nang-cao-chat-luong-quan-ly-dieu-tri-benh-khong-lay-nhiem-tai-y-te-co-so.16631.html>.
19. **Chính Phủ** (2002), *Quyết định số 77/2002/QĐ-TTg ngày 17/6/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc Phê duyệt Chương trình phòng chống một số bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2002 - 2010*.
20. **Chính Phủ** (2015), *Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/03/2015 của Thủ tướng Chính phủ về việc Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025*.
21. **Cục Thống kê Hà Nội** (2016), *Báo cáo tình hình kinh tế - xã hội tháng mười hai và cả năm 2016*.
22. **Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế** (2017), *Các giải pháp phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam trong giai đoạn tới*, truy cập ngày 06-11-2020, tại trang web <http://vncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong->

[nuoc/2268/cac-giai-phap-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-tai-viet-nam-trong-giai-doan-toi](http://vnncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/2268/cac-giai-phap-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-tai-viet-nam-trong-giai-doan-toi).

23. **Cục Y tế Dự phòng** (2017), *Dự phòng và quản lý bệnh tại cộng đồng là một giải pháp cốt lõi trong phòng chống bệnh không lây nhiễm hiện nay*, tại trang web 01-08-2020, tại trang web <http://vnncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/2178/du-phong-va-quan-ly-benh-tai-cong-dong-la-mot-giai-phap-cot-loi-trong-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-hien-nay>.
24. **Cục Y tế Dự phòng** (2017), *Các giải pháp phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam trong giai đoạn tới*, truy cập ngày 31-05-2017, tại trang web <http://vnncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/2268/cac-giai-phap-phong-chong-benh-khong-lay-nhiem-tai-viet-nam-trong-giai-doan-toi>.
25. **Đặng Thành Hưng** (2012), "Năng lực và giáo dục theo tiếp cận năng lực", *Tạp chí Quản lý Giáo dục*, (43).
26. **Đinh Văn Thành** (2015), *Thực trạng và hiệu quả mô hình quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang*, Luận án Tiến sỹ Y khoa, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
27. **Đinh Văn Thành, Lương Ngọc Khuê** (2011), "Thực trạng quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang", *Tạp chí Y học thực hành*, 768(Số 6/2011).
28. **Hồ Văn Hải** (2014), *Hiệu quả mô hình quản lý - điều trị bệnh tăng huyết áp ở người lớn tại y tế xã, ấp thuộc huyện Xuyên Mộc, Bà Rịa - Vũng Tàu*.
29. **Hội đồng Quốc gia chỉ đạo biên soạn Từ điển Bách khoa Việt Nam** (2003), *Từ điển Bách khoa Việt Nam*, Vol. 3, Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa Hà Nội.

30. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2008), "Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp người lớn", *Khuyến cáo năm 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa*.
31. **Lại Đức Trường** (2010), *Nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Thái Nguyên và hiệu quả của nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý*, Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Dinh dưỡng và Tiết chế, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
32. **Lê Hoàng Nam, Nguyễn Mai Thanh, Vũ Thị Linh Trang** (2018), "Thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản và ung thư của cán bộ y tế tuyến xã tỉnh Ninh Bình năm 2017", *Tạp chí Y học dự phòng*, 28(7), pp. 19.
33. **Lê Quang Thọ** (2018), *Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
34. **Lương Việt Thái, Nguyễn Hồng Thuận, Phạm Thanh Tâm** (2011), "Phát triển Chương trình giáo dục phổ thông theo định hướng phát triển năng lực người học".
35. **Lý Huy Khanh, Đỗ Công Tâm, Nguyễn Thị Thu Vân, Huỳnh Thị Lệ Thu, Hoàng Lệ Thủy** (2010), "Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Bệnh viện cấp cứu Trung Vương (từ 01/2008 đến 6/2009)", *Hội Tim mạch Thành phố Hồ Chí Minh*.
36. **Nguyễn Hữu Thắng, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Hoàng Long, cộng sự** (2017), "Kiến thức về xử trí tăng huyết áp của cán bộ y tế xã, tỉnh Hòa Bình năm 2017 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Y học dự phòng*.

37. **Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi** (2013), "Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên", *Tạp chí Y học thực hành*, 857(01/2013).
38. **Nguyễn Lâm Việt** (2015), *Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm hơn*, Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống Tăng huyết áp.
39. **Nguyễn Thị Phương Lan, Đàm Thị Tuyết, Hoàng Minh Nam, Nguyễn Mạnh Tuấn, Đoàn Ngọc Diệp, Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Thị Liệu** (2019), "Thực trạng nhân lực, trang thiết bị và vật tư quản lý và điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại tuyến Y tế cơ sở tỉnh Thái Nguyên", *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(7).
40. **Nguyễn Thị Phương Liên, Lê Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Thi Thơ** (2017), "Năng lực triển khai các hoạt động chuyên môn của các Trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, thành phố khu vực phía Bắc năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(8).
41. **Nguyễn Thị Thi Thơ, Lưu Phương Dung, Tạ Ngọc Hà, Phan Đăng Thân, Nguyễn Diệu Chi Mai, Lê Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Phương Liên, Nguyễn Tự Quyết, Trần Ngọc Phương Mai, Nguyễn Thanh Thủy, Phan Trọng Lâm, Viên Quang Mai, Phạm Thọ Dược, Trần Như Dương** (2015), "Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014", *Tập XXV(12 (172))*, pp. 179 - 187.
42. **Nguyễn Thị Thi Thơ, Lưu Phương Dung, Tạ Ngọc Hà, Phan Đăng Thân, Nguyễn Diệu Mai, Lê Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Phương Liên, Nguyễn Tự Quyết, Trần Ngọc Phương Mai, Nguyễn Thanh Thủy, Trần Như Dương** (2015), "Thực trạng triển khai hoạt động

- phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, XXV(12(172)).
43. **Phạm Thế Xuyên** (2019), *Thực trạng tăng huyết áp ở người dân từ 45 - 64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp*", Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
 44. **Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh** (2019), *Chuẩn thiết yếu đối với hoạt động khám, chữa bệnh ban đầu tại Trạm Y tế*, truy cập ngày 20-07-2020, tại trang web <http://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/chuan-thiet-yeu-doi-voi-hoat-dong-kham-chua-benh-ban-dau-tai-tram-y-te-so-y-te-c8-19215.aspx>.
 45. **Thanh Quý** (2018), *Phát triển nguồn nhân lực ngành Y tế: Thực trạng và giải pháp*, truy cập ngày 15-05-2020, tại trang web <http://tapchiconsan.org.vn/chuong-trinh-muc-tieu-y-te-dan-so/-/2018/515704/phet-trien-nguon-nhan-luc-nganh-y-te--thuc-trang-va-giai-phap.aspx>.
 46. **Tổng cục Thống kê** (2016), *Dự báo dân số Việt Nam, giai đoạn 2014-2049*, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.
 47. **Tổng cục Thống kê** (2017), *Niên giám thống kê 2016 (tóm tắt)*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
 48. **Trần Quang Khánh, Bùi Thu Hằng, Nguyễn Thị Lan, Phạm Ngọc Tùng, Bùi Văn Kết, Bùi Thị Thu Hoài, Trần Hồng Quân, Bùi Văn Quyền, Lê Thị Thanh Hòa, Bùi Văn Nói** (2015), *Điều tra thực trạng, xác định các yếu tố nguy cơ và đề xuất mô hình quản lý bệnh không lây nhiễm tại xã Phú Cường, huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình*, Sở Y tế Hòa Bình, Hòa Bình.

49. **Trần Văn Long** (2015), *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012*, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
50. **Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Hà Nam** (2017), *Báo cáo "Triển khai mô hình Phát triển, dự phòng và quản lý lồng ghép bệnh không lây nhiễm và rối loạn tâm thần tại cộng đồng, tỉnh Hà Nam"*, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Hà Nam, Hà Nam.
51. **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương** (2015), *Đánh giá thực trạng hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của hệ thống y tế dự phòng Việt Nam năm 2014*, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.

Tiếng anh

52. **WHO** (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, WHO Press, Geneva, Switzerland.
53. **American Diabetes Association** (2020), *Diabetes overview: Complications*, cited at 22-07-2020, available from <https://www.diabetes.org/diabetes/complications>.
54. **Creamer MR, Wang TW, Babb S, et al** (Tobacco Product Use and Cessation Indicators Among Adults — United States, 2018), "U.S. Adult Smoking Cessation Behaviors", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68, pp. 1013–1019.
55. **W. Dukpa, Y. Teerawattananon, W. Rattanavipapong, V. Srinonprasert, W. Tongsri, P. Kingkaew, J. Yothasamut, D.**

- Wangchuk, T. Dorji, K. Wangmo** (2015), "Is diabetes and hypertension screening worthwhile in resource-limited settings? An economic evaluation based on a pilot of a Package of Essential Non-communicable disease interventions in Bhutan", *Health Policy Plan*, 30(8), pp. 1032-43.
56. **Wangchuk Dukpa, Kaur Viridi Navkiran, Garg Renu, Mendis Shanthi, Nair Nani, Wangchuk Dorji, Kumar Rajesh** (2014), "Package of essential noncommunicable disease (PEN) interventions in primary health-care settings of Bhutan: a performance assessment study", *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 3(2), pp. 154-160.
57. **Global Burden of Disease Cancer Collaboration** (2017), "Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study", *JAMA Oncology*, 3(4), pp. 524-548.
58. **Hoang Van Minh, Young Kyung Do, Mary Ann Cruz Bautista, Tran Tuan Anh** (2013), "Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam", *The international journal of health planning and management*, Published online in Wiley Online Library.
59. **International diabetes** (2020), *Diabetes complications*, cited at 22-07-2020, available from <https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html>.
60. **Bart Jacobs, Peter Hill, Maryam Bigdeli, Cheanrithy Men** (2016), "Managing non-communicable diseases at health district level in

- Cambodia: a systems analysis and suggestions for improvement", *BMC Health Services Research*, 16, pp. 32.
61. **Luís Tinoca, Alda Pereira, Isolina Oliveira** (2014), "A Conceptual Framework for E-Assessment in Higher Education: Authenticity, Consistency, Transparency, and Practicability. ".
 62. **Chihua Li & L. H. Lumey** (2019), "Impact of disease screening on awareness and management of hypertension and diabetes between 2011 and 2015: results from the China health and retirement longitudinal study", *BMC Public Health*, 19(421).
 63. **Michael Ryon Page** (2014), "The JNC 8 hypertension guidelines: an in-depth guide", *The American journal of managed care*, 20, pp. SP5-6.
 64. **H. V Minh, P Byass, S Wall** (2003), "Mortality from cardiovascular diseases in Bavi District, Vietnam", *Scand J Public Health Suppl*, 62, pp. 26-31.
 65. **H. V Minh, D. L Huong, S Wall, T. K Nguyen, P Byass** (2006), "Cardiovascular disease mortality and its association with socioeconomic status: findings from a population-based cohort study in rural Vietnam, 1999-2003", *Prev Chronic Dis*, 3(3), pp. A89.
 66. **Hoang Van Minh, Young Kyung Do, Mary Ann Cruz Bautista, Tran Tuan Anh** (2014), "Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(2), pp. e159-e173.
 67. **J. J. Miranda, S. Kinra, J. P. Casas, G. Davey Smith, S. Ebrahim** (2008), "Non-communicable diseases in low- and middle-income

- countries: context, determinants and health policy", *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 13(10), pp. 1225-1234.
68. **MOH** (2010), *JAHR 2010: Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015*, MOH, Ha Noi, Vietnam.
 69. **MOH** (2014), *JAHR 2014: Prevention and control of non-communicable diseases*, MOH, Ha Noi, Vietnam.
 70. **Jai P. Narain** (2011), "Integrating Services for Noncommunicable Diseases Prevention and Control: Use of Primary Health Care Approach", *Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(Suppl1), pp. S67-S71.
 71. **Nguyen Thi Thuy Nga, Bui Thi My Anh, Nguyen Nguyen Ngoc, Dang Minh Diem, Vu Duy Kien, Tran Bich Phuong, Tran Quynh Anh, Hoang Van Minh** (2017), "Capacity of Commune Health Stations in Chi Linh District, Hai Duong Province, for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases", *Asia Pacific Journal of Public Health*, 29(5_suppl), pp. 94S-101S.
 72. **Nguyen Bich Ngoc, Zhou Lu Lin , Waqas Ahmed** (2020), "Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam?", *Annals of Global Health*, 86(1).
 73. **N. T. Nhung, T. K. Long, B. N. Linh, T. Vos, N. T. Huong, N. D. Anh** (2013), "Estimation of Vietnam National Burden of Disease 2008", *Asia Pac J Public Health*, pp. 527-535.
 74. **Gregory A. Roth, Catherine Johnson, Amanuel Abajobir and et al.** (2017), "Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular

- Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015", *Journal of the American College of Cardiology*, 70(1), pp. 1-25.
75. **Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva, Flávia Cortez Colósimo, Angela Maria Geraldo Pierin** (2010), "The effect of educational interventions on nursing team knowledge about arterial hypertension", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 44(2), pp. 482-9.
 76. **Stewart S, Carrington M J, Swemmer C H, et al** (2012), "Effect of intensive structured care on individual blood pressure targets in primary care: multicentre randomised controlled trial", *BMJ*, 345, pp. e7156.
 77. **WHO** (2004), *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision*, WHO, Copenhagen, Denmark.
 78. **WHO** (2010), *Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings*, WHO, Geneva, Switzerland.
 79. **WHO** (2011), *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, Geneva.
 80. **WHO** (2011), *UN General Assembly announces historic commitment to fight noncommunicable diseases*, WHO Press, Geneva, Switzerland
 81. **WHO** (2011), *Moscow Declaration: commitment to action, way forward, First global ministerial conference on healthy lifestyles and NCDs control*, chủ biên, WHO, Moscow, Russia.
 82. **WHO** (2012), *A comprehensive global monitoring framework and voluntary global targets for the prevention and control of Noncommunicable diseases*, WHO, Geneva, Switzerland.

83. **WHO** (2014), *WHO NCD Surveillance strategy*, WHO, Geneva, Switzerland.
84. **WHO** (2014), *Vietnam: Cancer Country Profiles 2014*, WHO, Geneva, Switzerland cited at 20 July 2017, available from http://www.who.int/cancer/country-profiles/vnm_en.pdf.
85. **WHO** (2014), *Vietnam: NCD Country Profiles 2014*, WHO, Geneva, Switzerland cited at 20 July 2017, available from http://www.who.int/nmh/countries/vnm_en.pdf.
86. **WHO** (2016), *Global Health Estimates 2015 Summary Tables: Dalys by cause, age and sex, by world bank income group, 2000-2015*, WHO, Geneva, Switzerland.
87. **WHO** (2017), *NCD mortality and morbidity*, WHO, Geneva, Switzerland cited at 11 Jun, 2017, available from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.
88. **WHO** (2017), *Global Health Observatory (GHO) data: Deaths from NCDs*, WHO, Geneva, Switzerland cited at 11 Jun, 2017, available from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/.
89. **WHO** (2017), *Noncommunicable diseases: Fact sheet* WHO, Geneva, Switzerland cited at 7 Jun, 2017, available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
90. **WHO** (2018), "Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles".
91. **WHO** (2018), *NCD death rate, age standardized (per 100 000 population), 2006-2016*, cited at 18-07-2020, available from https://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/total/atlas.html.

92. **WHO** (2018), *Health statistics and information systems: Global health estimates*.
93. **WHO** (2020), *About diabetes: Complications of diabetes*, cited at 22-07-2020, available from https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index3.html.
94. **Coady Wing, Kosali Simon, Ricardo A. Bello-Gomez** (2018), "Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research", *Annual Review of Public Health*, 39(1), pp. 453-469.
95. **World Economic Forum, Harvard School of Public Health** (2011), *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*.
96. **WPRO** (2009), *Western Pacific Regional Action Plan for Noncommunicable Diseases*, WHO Press, Geneva, Switzerland.
97. **Yoshihiro Kokubo, Yoshio Iwashima, Kei Kamide** (2015), "Hypertension: Introduction, Types, Causes, and Complications", *Pathophysiology and Pharmacotherapy of Cardiovascular Disease*

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1. BIẾN SỐ, CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Biến số, chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
2.1.	Chính sách, quản trị	Môi trường chính sách nói chung trong phòng, chống YTNC và BKLN hiện có	Nghiên cứu tài liệu
		Môi trường chính sách trong phòng, chống YTNC và BKLN cho hệ thống YTDP trên toàn quốc và tại Hà Nội	Nghiên cứu tài liệu
2.2	Nhân lực	Số lượng cán bộ hiện đang công tác tại TYT xã/Y tế thôn xóm, TTYT và PKĐK	Bảng kiểm tự điền PVS, TLN
		Số lượng cán bộ trung bình/1 đơn vị tham gia phòng, chống BKLN tại TYT xã/Y tế thôn xóm, TTYT và PKĐK	Bảng kiểm tự điền PVS, TLN
		Tỷ lệ % TYT, TTYT, PKĐK có cán bộ được đào tạo, tập huấn về phòng chống BKLN	Bảng kiểm tự điền PVS, TLN
2.3	Thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật	Tỷ lệ % từng loại thuốc thiết yếu tại TYT, PKĐK	Bảng kiểm tự điền

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
	tư tiêu hao	Tỷ lệ % TYT, PKĐK có: - 100% thuốc thiết yếu - Từ 70 đến 100% thuốc thiết yếu - Từ 50 đến 70% thuốc thiết yếu - Dưới 50% thuốc thiết yếu	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % từng trang thiết bị thiết yếu tại TYT, PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % TYT, PKĐK có: - 100% trang thiết bị thiết yếu - Từ 70 đến 100% trang thiết bị thiết yếu - Từ 50 đến 70% trang thiết bị thiết yếu - Dưới 50% trang thiết bị thiết yếu	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % từng vật tư tiêu hao tại TYT, PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % TYT, PKĐK có: - 100% vật tư tiêu hao - Từ 70 đến 100% vật tư tiêu hao - Từ 50 đến 70% vật tư tiêu hao - Dưới 50% vật tư tiêu hao	Bảng kiểm tự điền
2.4	Khả năng cung cấp Kỹ thuật, dịch vụ	Tỷ lệ % TYT, TTYT, PKĐK có khả năng cung cấp từng dịch vụ trong: Phòng chống YTNC BKLN, phát hiện BKLN, Quản lý-tư vấn - điều trị BKLN	Bảng kiểm tự điền

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
		Số kỹ thuật dịch vụ về PC BKLN mà TYT, TTYT, PKĐK thực hiện được	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ TTYT/PKĐK/TYT có khả năng thực hiện: - <75% kỹ thuật/dịch vụ - Từ 50 đến 75% kỹ thuật/dịch - Từ 25 đến 50% kỹ thuật/dịch - Dưới <25% kỹ thuật/dịch vụ	Bảng kiểm tự điền
2.5	Tình hình sử dụng dịch vụ	Số lượt người bệnh đến khám chẩn đoán BKLN tại TYT/TTYT/PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % TYT/TTYT/PKĐK không có bệnh nhân đến khám về BKLN	Bảng kiểm tự điền
		Số lượt người bệnh được điều trị BKLN tại TYT/TTYT/PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % TYT/TTYT/PKĐK không có bệnh nhân đến điều trị về BKLN	Bảng kiểm tự điền
		Số lượt người bệnh mắc BKLN được quản lý tại TYT/TTYT/PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Tỷ lệ % TYT/TTYT/PKĐK không quản lý bệnh nhân mắc BKLN	Bảng kiểm tự điền

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
		Số lượt người bệnh mắc BKLN được chuyển tuyến tại TYT/TTYT/PKĐK	Bảng kiểm tự điền
		Số lượt người bệnh mắc BKLN khám có BHYT tại TYT/TTYT/PKĐK	Bảng kiểm tự điền
2.1.	Thực trạng triển khai hoạt động PC BKLN của TYT	Điểm trung bình hoạt động quản lý điều phối BKLN (chia theo vùng và khu vực TYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động quản lý YTNC BKLN (chia theo vùng và khu vực TYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động phát hiện BKLN (chia theo vùng và khu vực TYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động quản lý, tư vấn, điều trị BKLN (chia theo vùng và khu vực TYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động thống kê, báo cáo và giám sát BKLN (chia theo vùng và khu vực TYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình chung hoạt động phòng chống BKLN tại TYT (chia theo vùng và khu vực)	Bảng kiểm
2.2	Thực trạng triển khai hoạt động PC	Điểm trung bình hoạt động hợp tác liên ngành trong BKLN (chia theo khu vực TTYT)	Bảng kiểm

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
	BKLN của TTYT	Điểm trung bình hoạt động nâng cao năng lực phòng chống BKLN cho tuyến dưới (chia theo khu vực TTYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động kiểm soát YTNC BKLN (chia theo khu vực TTYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động thống kê, báo cáo và giám sát BKLN (chia theo khu vực TTYT)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình chung hoạt động phòng chống BKLN tại TTYT (chia theo khu vực)	Bảng kiểm
2.3	Thực trạng triển khai hoạt động PC BKLN của PKĐK	Điểm trung bình hoạt động tư vấn dự phòng các YTNC của BKLN (chia theo khu vực)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động khám phát hiện BKLN tại các PKĐK (chia theo khu vực)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình hoạt động quản lý, tư vấn, điều trị BKLN (chia theo khu vực)	Bảng kiểm
		Điểm trung bình chung hoạt động phòng chống BKLN tại PKĐK (chia theo khu vực)	Bảng kiểm

Nghiên cứu định tính:

- Những khó khăn và hạn chế trong cơ chế, chính sách hiện có về phòng chống BKLN của tuyến xã hiện nay là như thế nào? Những lý do nào dẫn đến thực trạng khó khăn đó? Giải pháp, biện pháp đề xuất là gì?.
- Những khó khăn và hạn chế trong triển khai hoạt động phát hiện, quản lý, điều trị các bệnh THA, ĐTĐ, một số bệnh ung thư phổ biến, COPD hiện nay? Những lý do nào dẫn đến thực trạng khó khăn đó? Giải pháp, biện pháp đề xuất là gì?.
- Những khó khăn về nhân lực (số lượng, chất lượng, tập huấn, đào tạo) hiện nay? Những lý do nào dẫn đến thực trạng khó khăn đó? Giải pháp, biện pháp đề xuất là gì?.
- Những khó khăn và hạn chế gặp phải về thuốc, trang thiết bị thiết yếu hiện nay? Những lý do nào dẫn đến thực trạng khó khăn đó? Giải pháp, biện pháp đề xuất là gì?.
- Những khó khăn và hạn chế gặp phải trong khả năng cung cấp các kỹ thuật/dịch vụ? Những lý do nào dẫn đến thực trạng khó khăn đó? Giải pháp, biện pháp đề xuất là gì?.
- Cơ chế, chính sách hiện có về phòng, chống BKLN, tăng cường cho y tế tuyến xã, những khoảng trống trong chính sách
- Thực trạng triển khai hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị các bệnh THA, ĐTĐ, một số bệnh ung thư phổ biến, COPD.
- Thực trạng về nhân lực, những khó khăn về nhân lực (số lượng và chất lượng, tập huấn, đào tạo). Lý do các TYT gặp các khó khăn đó.
- Thực trạng về thiết bị, thuốc thiết yếu (số lượng và chất lượng, tập huấn, đào tạo). Lý do các TYT gặp các khó khăn đó.

- Thực trạng về khả năng cung cấp các kỹ thuật/dịch vụ, những khó khăn, hạn chế mà các TYT gặp phải.
- Những giải pháp nhằm cải thiện chất lượng phát hiện, quản lý và điều trị BKLN tại các TYT xã?

Bảng 2. Biến số, chỉ số nghiên cứu mục tiêu 2

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
2.1.	Hiệu quả đối với năng lực của CBYT	Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chung với BKLN ở mức đạt Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về định nghĩa/nguy cơ/triệu chứng/biến chứng/tiêu chí chẩn đoán/ quản lý/điều trị đối với THA/ĐTĐ ở mức đạt Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về nguy cơ/dấu hiệu nghi ngờ/quản lý/chăm sóc đối với THA/ĐTĐ ở mức đạt Tỷ lệ CBYT xã có điểm thực hành ở mức đạt trong xử trí THA/ĐTĐ Tỷ lệ CBYT xã có điểm thực hành ở mức đạt trong phát hiện đối tượng nguy cơ/chăm sóc người bệnh COPD/ung thư	Phỏng vấn có cấu trúc + phát vấn
2.2.	Hiệu quả đối với năng lực của YTTX	Tỷ lệ YTTX có kiến thức chung với BKLN ở mức đạt Tỷ lệ YTTX xã có kiến thức về định nghĩa/nguy cơ/triệu chứng/biến chứng/nguyên tắc điều trị và chăm sóc người bệnh THA/ĐTĐ/COPD/ung thư ở mức đạt Tỷ lệ YTTX xã có điểm thực hành ở mức đạt	Phỏng vấn có cấu trúc + phát vấn
2.3	Hiệu quả đối với khả năng cung cấp dịch vụ tại TYT xã	Tỷ lệ TYT xã có: - Từ 70% các thiết bị thiết yếu - Từ 70% các thuốc thiết yếu	Phỏng vấn/quan sát
		Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình các TYT thực hiện được	Phỏng vấn/quan sát

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
		Tỷ lệ TYT xã thực hiện được: - Từ 70% các kỹ thuật/dịch vụ - Từ 50 đến 70% các kỹ thuật/dịch vụ - Dưới 50% các kỹ thuật/dịch vụ theo yêu cầu	Phỏng vấn/quan sát
2.4	Hiệu quả đối với việc thực hiện nhiệm vụ chuyên môn	Số lượng (tỷ lệ) TYT xã thực hiện được: - Từ 70 điểm trở lên trong thực hiện nhiệm vụ - Từ 50 đến 70 điểm - Dưới 50 điểm	Phỏng vấn Quan sát
		Điểm trung bình thực hiện nhiệm vụ: - Quản lý, điều phối - Phát hiện - Quản lý - Điều trị - Thống kê, báo cáo	Phỏng vấn/quan sát
2.5	Hiệu quả đối với chất lượng quản lý, điều trị bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân THA/ĐTĐ được phát hiện tại TYT	Hồi cứu sổ sách
		Số lượng bệnh nhân THA/ĐTĐ được quản lý điều trị tại TYT	Hồi cứu sổ sách
		Tỷ lệ bệnh nhân THA/ĐTĐ được điều trị đạt mục tiêu tại TYT	Hồi cứu sổ sách
		Số lượng bệnh nhân ung thư/COPD được quản lý tại TYT	Hồi cứu sổ sách
		Tỷ lệ bệnh nhân THA/ĐTĐ được quản lý tại TYT có kiến thức đạt trong về nguyên nhân/hậu quả/nguyên tắc điều trị/tuân thủ điều trị THA/ĐTĐ/COPD/ung thư Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống	Phỏng vấn có cấu trúc
		Tỷ lệ bệnh nhân BKLN được quản lý tại TYT hài lòng với chất lượng dịch vụ họ nhận được	Phỏng vấn có cấu trúc
2.6	Hiệu quả đối với việc thống kê,	Tỷ lệ các TYT có đầy đủ sổ sách quản lý THA/ĐTĐ/ung thư/COPD	Nghiên cứu sổ sách
		Tỷ lệ các TYT có sổ sách quản lý	Nghiên cứu

STT	Nhóm biến số	Biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập
	báo cáo	THA/ĐTĐ/ung thư/COPD được điền đủ thông tin	cứu sổ sách
2.7	Hiệu quả đối với cộng đồng	Tỷ lệ người dân được xác định nguy cơ THA/ĐTĐ/một số bệnh ung thư phổ biến/COPD	Phỏng vấn có cấu trúc
		Tỷ lệ người dân có kiến thức chung về BKLN, yếu tố nguy cơ ở mức đạt	Phỏng vấn có cấu trúc
		Tỷ lệ người dân biết tự xác định nguy cơ về THA/ĐTĐ ở mức đạt	Phỏng vấn có cấu trúc
		Tỷ lệ người dân biết mình bị THA/đái tháo đường	Phỏng vấn có cấu trúc
		Tỷ lệ người dân sử dụng dịch vụ tại TYT trong phòng, chống BKLN	Phỏng vấn có cấu trúc
2.8	Đánh giá sự chấp nhận đối với các giải pháp can thiệp	- Sự chấp nhận các giải pháp can thiệp của cán bộ quản lý. - Gánh nặng công việc và sự chấp nhận của CBYT. - Gánh nặng công việc và sự chấp nhận của nhân viên y tế thôn.	Phỏng vấn sâu Thảo luận nhóm
2.9	Đánh giá khả năng duy trì các giải pháp can thiệp	- Khả năng duy trì các hoạt động tại cộng đồng. - Khả năng duy trì các hoạt động tại TYT. - Khả năng duy trì các hoạt động tại TTYT huyện	Phỏng vấn sâu Thảo luận nhóm

PHỤ LỤC 2. BÔ CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

Phụ lục: Các văn bản triển khai tại Thạch Thất 2017- 2019

- 1/ Kế hoạch số 294/KH-SYT ngày 17/1/2018 của Sở Y tế Hà nội về kế hoạch phòng chống bệnh không lây nhiễm trên địa bàn thành phố Hà nội, năm 2018;
- 2/ Kế hoạch số 111/KH-SYT ngày 08/1/2019 của Sở Y tế Hà nội về kế hoạch phòng chống bệnh không lây nhiễm trên địa bàn thành phố Hà nội, năm 2019;
- 3/ Kế hoạch số 1926/KH-KSBT ngày 12/7/2017 của trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội về Kế hoạch hoạt động điểm dự phòng, phát hiện, quản lý, điều trị và giám sát bệnh không lây nhiễm tại huyện Thạch Thất, Hà Nội, năm 2017;
- 4/ Kế hoạch số 3481/KH-KSBT ngày 15/8/2018 của trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội về Kế hoạch hoạt động điểm dự phòng, phát hiện, quản lý, điều trị và giám sát bệnh không lây nhiễm tại huyện Thạch Thất, Hà Nội, năm 2018;
- 5/ Kế hoạch số 873/KH-KSBT ngày 29/3/2019 của trung tâm kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội về Kế hoạch hoạt động điểm dự phòng, phát hiện, quản lý, điều trị và giám sát bệnh không lây nhiễm tại huyện Thạch Thất, Hà Nội, năm 2019;
- 6/ Tờ trình số 412/TTr-TTYT ngày 12/4/2018 của TTYT huyện Thạch thất gửi Sở Y tế Hà Nội và Bảo hiểm thành phố Hà nội đề nghị phê duyệt dự án quản lý và điều trị ngoại trú bệnh nhân Tăng huyết áp.
- 7/ Tờ trình số 534/TTr-TTYT ngày 11/5/2018 của TTYT huyện Thạch thất gửi Sở Y tế Hà Nội và Bảo hiểm thành phố Hà nội đề nghị phê duyệt dự án quản lý và điều trị ngoại trú bệnh nhân Đái tháo đường.