

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH**

**ĐỖ THỊ MAI**

**THỰC TRẠNG CUNG ỨNG, TIẾP CẬN  
VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH  
CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỐN XÃ  
HUYỆN VỤ BẢN - TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2013**

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**

**Mã số: 60 72 03 01**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Hướng dẫn khoa học:**

**PGS.TS Nguyễn Quốc Tiến**

**THÁI BÌNH - 2013**

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHXXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BYT	Bộ Y tế
BS	Bác sỹ
CBYT	Cán bộ y tế
CN ĐKHN	Chứng nhân đăng ký hành nghề
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CQNN	Cơ quan nhà nước
DS	Dược sỹ
ĐĐTTC	Điều dưỡng trung cấp
KCB	Khám chữa bệnh
KT – XH	Kinh tế - xã hội
NCT	Người cao tuổi
NHS	Nữ hộ sinh
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TYT	Trạm y tế
XHCN	Xã hội chủ nghĩa
UBND	Ủy ban nhân dân
YHCT	Y học cổ truyền
YSSN	Y sỹ sản nhi
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

## LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn trân trọng tới Đảng ủy, Ban Giám hiệu, phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Thái Bình đã tạo môi trường tốt nhất để tôi học tập và hoàn thành luận văn của mình.

Tôi xin được trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Bộ môn y tế Cộng đồng - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã tạo mọi điều kiện để tôi được học tập và hoàn thành khóa học cao học này.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được trân trọng cảm ơn Thầy hướng dẫn khoa học: PGS.TS Nguyễn Quốc Tiến - Phó Hiệu Trưởng Trường Đại học Y Thái Bình đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo và khuyến khích tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới tất cả các Thầy/Cô đã giúp đỡ và đóng góp những ý kiến quý báu dành cho tôi trong quá trình hoàn chỉnh luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng Ủy, Ban Giám Đốc Trung tâm Y Tế Huyện Vụ Bản, các trạm y tế xã Đại Thắng, Liên Minh, Thành lợi, Liên Bảo đã tạo mọi điều kiện để tôi triển khai đề tài nghiên cứu của mình.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn này.

***Trân trọng cảm ơn!***

*Thái Bình, tháng 10 năm 2013*

**Đỗ Thị Mai**

## MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	<b>9</b>
<b>CHƯƠNG I: TỔNG QUAN</b> .....	<b>11</b>
1.1. Người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam.....	<b>11</b>
1.1.1. Khái niệm người cao tuổi .....	11
1.1.2. Tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam.....	12
1.2. Dịch vụ y tế và hệ thống y tế .....	<b>15</b>
1.2.1. Dịch vụ y tế.....	15
1.2.2 Hệ thống y tế.....	18
1.2.3. Hệ thống cung cấp dịch vụ y tế tại Việt Nam.....	18
1.2.4. Hệ thống dịch vụ khám chữa bệnh tại Nam Định .....	19
1.3. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế .....	<b>26</b>
1.3.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của một số nước.....	26
1.3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế ở Việt Nam .....	28
<b>CHƯƠNG II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>33</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	<b>33</b>
2.1.1. Địa bàn nghiên cứu.....	33
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu.....	34
2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	35
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	<b>35</b>
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	35
2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	35
2.2.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu .....	37
2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin .....	40
2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá .....	41
2.3. Xử lý và phân tích số liệu.....	<b>43</b>
2.4. Hạn chế của đề tài nghiên cứu và cách khắc phục.....	<b>44</b>

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu .....	44
<b>CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>46</b>
3.1. Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của NCT.....	46
3.1.1. Khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho người cao tuổi .	46
3.1.2. Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi ....	50
3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế .....	61
3.2.1. Tình hình NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua.....	61
3.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi.....	64
<b>CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN .....</b>	<b>71</b>
4.1. Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định năm 2013.....	71
4.1.1. Khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho người cao tuổi. .	71
4.1.2. Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định. ....	75
4.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế .....	79
4.2.1. Tình hình NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua.....	79
4.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi.....	82
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>91</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>93</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

	<i>Trang</i>
Bảng 3.1. Nguồn nhân lực tại các TYTX.....	46
Bảng 3.2. Cơ sở vật chất hiện có theo quy định của các trạm y tế.....	47
Bảng 3.3. Số lượng trang thiết bị còn thiếu theo quy định tại các trạm y tế ....	47
Bảng 3.4. Số lượng thuốc thiết yếu còn thiếu theo quy định .....	48
Bảng 3.5. Thông tin chung về cơ sở y tế tư nhân.....	49
Bảng 3.6. Cơ sở vật chất của cơ sở y tế tư nhân.....	50
Bảng 3.7. Phân bố người cao tuổi theo nhóm tuổi .....	50
Bảng 3.8. Phân bố người cao tuổi theo trình độ học vấn .....	51
Bảng 3.9. Phân bố nghề nghiệp hiện tại của người cao tuổi .....	52
Bảng 3.10. Phân bố tình trạng gia đình của người cao tuổi.....	52
Bảng 3.11. Phân bố nguồn thu nhập chính của người cao tuổi.....	54
Bảng 3.12. Điều kiện chi trả của NCT khi điều trị tại các cơ sở KCB .....	55
Bảng 3.13. Khoảng cách từ nhà tới các cơ sở KCB người cao tuổi lựa chọn .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Bảng 3.14. Phương tiện NCT đi tới cơ sở khám chữa bệnh đã lựa chọn .....	58
Bảng 3.15. Thời gian NCT đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh .....	59
Bảng 3.16. Tỷ lệ NCT sử dụng BHYT ở 2 nhóm xã.....	60
Bảng 3.17. Khả năng sinh hoạt của NCT khi có triệu chứng bện.....	62
Bảng 3.18. Cách xử trí của NCT khi có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua...	62
Bảng 3.19. Tỷ lệ người cao tuổi bị bệnh trong 4 tuần qua theo tuổi .....	63
Bảng 3.20. Lý do NCT mắc bệnh trong 4 tuần qua không khám bệnh .....	64
Bảng 3.21. Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo địa bàn....	64
Bảng 3.22. Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo giới.....	65

Bảng 3.23.	Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo nhóm tuổi .	65
Bảng 3.24.	Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại bệnh viện.....	66
Bảng 3.25.	Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại trạm y tế .....	67
Bảng 3.26.	Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại y tế tư nhân.....	67
Bảng 3.27.	Phân bố phương pháp điều trị của NCT tại các cơ sở KCB.....	68
Bảng 3.28.	Phân bố loại dịch vụ người cao tuổi sử dụng tại các cơ sở KCB ..	69
Bảng 3.29.	Người chăm sóc NCT khi bị bệnh .....	69
Bảng 3.30.	Phân bố kết quả điều trị của người cao tuổi.....	70

Thư viện số NDUN

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

	<i>Trang</i>
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ CBYT/10000 dân của các trạm y tế xã.....	46
Biểu đồ 3.2. Phân bố người cao tuổi theo giới .....	51
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi khám sức khỏe định kỳ.....	53
Biểu đồ 3.4. Thu nhập trung bình/tháng của NCT.....	54
Biểu đồ 3.5. Điều kiện chi trả khám chữa bệnh của NCT ở 2 nhóm xã .....	56
Biểu đồ 3.6. Khoảng cách từ nhà NCT tới cơ sở KCB đã lựa chọn .....	57
Biểu đồ 3.7. Phương tiện NCT đi khám chữa bệnh ở 2 nhóm xã.....	58
Biểu đồ 3.8. Thời gian NCT đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh.....	59
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ người cao tuổi sử dụng BHYT ở 2 nhóm xã .....	60
Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua.....	61
Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua theo giới ....	63
Biểu đồ 3.12. Phân bố phương pháp điều trị của NCT tại các cơ sở KCB ...	68



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo qui định của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) độ tuổi trên 60 được gọi là người cao tuổi (NCT). Chất lượng cuộc sống ngày càng tốt hơn, cùng với những thành tựu đạt được của y học nên tuổi thọ của con người ngày càng được nâng cao. Chính vì thế số người cao tuổi trên thế giới ngày càng nhiều. Liên hợp quốc dự báo thế kỷ 21 là thế kỷ già hóa. Năm 2012, số người trên 60 tuổi trên thế giới là 810 triệu người, chiếm 11,5% tổng dân số toàn thế giới. Dự báo con số này sẽ đạt 1 tỷ người trong vòng chưa đến 10 năm tới. Tính đến năm 2050, số người từ 60 tuổi trở lên sẽ là 2 tỷ người [38].

Là một nước đang phát triển, Việt Nam cũng là một trong những nước có số lượng NCT ngày càng tăng. Theo tổng điều tra dân số, số NCT chiếm 7,2% (năm 1989), sau 10 năm tăng lên 8,1% (năm 1999), năm 2009 là 9,0%. Ước tính tỷ lệ này có thể đạt 16,8% vào năm 2029 và 24,0% vào năm 2050. Theo báo cáo của Tổng cục thống kê phối hợp với Quỹ dân số liên hợp quốc, tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam tính đến 1/4/2009 là 72,5 tuổi – cao hơn một số nước trong khu vực như Thái Lan và Philippin. Số người cao tuổi tăng cao, tuổi thọ trung bình tăng lên là gánh nặng cho ngành y tế [39], [44].

Trong sự nghiệp đổi mới của Đảng, nền kinh tế nước ta có những bước phát triển mạnh mẽ, đã làm thay đổi chất lượng cung cấp và lựa chọn các dịch vụ y tế. Nhà nước đã có chủ trương đa dạng hóa các loại hình cung cấp dịch vụ y tế. Bên cạnh hệ thống y tế của Nhà nước, khu vực khám y tế tư nhân đã và đang tham gia cung cấp nhiều dịch vụ y tế phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Nhờ vậy người dân có thể lựa chọn dịch vụ theo nhu cầu, họ có thể đến thẳng bệnh viện tuyến tỉnh, thậm chí tuyến trung ương hoặc y tế tư nhân để khám chữa bệnh, mà không cần sự giới thiệu của tuyến dưới.

Trong những năm qua, hệ thống y tế nước ta đã được kiện toàn mạng lưới tổ chức từ Trung ương đến địa phương, đảm bảo thực hiện công bằng trong khám chữa bệnh cho đối tượng nghèo, trẻ em và nhân dân vùng sâu, vùng xa, đã góp phần đáp ứng nhu cầu cơ bản của nhân dân về chăm sóc sức khỏe và thực hiện công bằng trong khám chữa bệnh.

Cùng với sự thay đổi trên, rất nhiều chính sách y tế ra đời nhằm đáp ứng yêu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân. Hiện nay hệ thống y tế cơ sở được mở rộng phạm vi bao gồm tuyến huyện, xã, thôn bản. Trong đó trạm y tế xã đóng góp vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Nhiều chính sách y tế ban hành như: đưa bác sỹ về xã, củng cố hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, tăng cường thuốc, trang thiết bị... những chính sách này đã đóng góp đáng kể trong công tác tăng cường và củng cố tuyến y tế cơ sở đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng tạo điều kiện cho mọi người dân có thể tiếp cận dịch vụ y tế nói chung và dịch vụ khám chữa bệnh nói riêng.

Cùng với nhiều thông tin từ cộng đồng, thông tin về tình hình sử dụng dịch vụ y tế là rất cần thiết cho các nhà quản lý y tế.

Xuất phát từ nhu cầu trên, chúng tôi tiến hành đề tài “***Thực trạng cung ứng, tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại bốn xã huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định năm 2013***” với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại bốn xã huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định năm 2013.*

2. *Tìm hiểu thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại bốn xã nghiên cứu.*

## CHƯƠNG I

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam

##### 1.1.1. Khái niệm người cao tuổi

Hiện nay các đề tài về người cao tuổi đang được nhiều lĩnh vực quan tâm nghiên cứu. Việc phân chia già - trẻ theo tuổi không phản ánh chính xác quá trình sinh học. Nhiều người tuổi cao nhưng vẫn còn trẻ, khoẻ mạnh. Trái lại, cũng có người tuổi chưa nhiều nhưng đã có những biểu hiện của tuổi già. Vì vậy, việc phân chia theo tuổi chỉ có tính chất ước lệ và mang ý nghĩa tương đối.

Năm 1960, Tổ chức Y tế thế giới đã sắp xếp như sau:

- Từ 60 đến 74: tuổi già.
- Từ 75 đến 90: người cao tuổi.
- Từ 90 trở lên: người sống lâu.

Ở Việt Nam, các nhà khoa học y học cho rằng: người Việt Nam đến độ tuổi tròn 60 là bắt đầu có sự thay đổi lớn về tâm sinh lý, đặc biệt là sức khoẻ giảm sút. Mặt khác, tuổi thọ trung bình của người Việt đã tăng nhiều so với những năm trước. Ở Việt Nam, Pháp lệnh người cao tuổi “*Hệ thống văn bản pháp luật hiện hành về bảo trợ xã hội*” có viết: “Người cao tuổi có công sinh thành, nuôi dưỡng, giáo dục con cháu về nhân cách và giữ vai trò quan trọng trong gia đình và xã hội. Việc chăm sóc đời sống vật chất, tinh thần và tiếp tục phát huy vai trò của người cao tuổi là trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và toàn xã hội, là thể hiện bản chất tốt đẹp, đạo lý, truyền thống của dân tộc ta” [37].

Theo quy định của pháp lệnh này, chúng ta có khái niệm về người cao tuổi như sau: **Người cao tuổi là công dân nước cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam từ 60 tuổi trở lên.**

### **1.1.2. Tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam**

#### **1.1.2.1. Tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới**

Già hoá dân số đang diễn ra trên tất cả các khu vực và các quốc gia với các tốc độ khác nhau. Già hoá dân số đang gia tăng nhanh nhất ở các nước đang phát triển, bao gồm các nước có nhóm dân số trẻ đông đảo. Hiện nay, 7 trong số 15 nước có hơn 10 triệu người già là các nước đang phát triển [38].

Cùng với sự gia tăng dân số thế giới, số NCT cũng tăng lên. Trong khoảng 10 - 20 năm gần đây, tốc độ này ở các nước phát triển là 1,8%/năm so với số NCT ở các nước đang phát triển là 2,8%/năm, trong khi tổng dân số thế giới tăng 1,8%/năm.

Hiện nay, tỷ lệ NCT so với tổng dân số thế giới cũng tăng lên. Theo thống kê của tổ chức Liên hợp quốc, số NCT trên thế giới năm 1950 là 205 triệu người, năm 2012 số người cao tuổi tăng lên đến gần 810 triệu người, dự tính con số này sẽ đạt 1 tỷ người trong vòng gần 10 năm nữa, ước tính năm 2050 sẽ tăng gấp đôi là 2 tỷ người [62].

Trên toàn thế giới, trong số 3 người từ 60 tuổi trở lên thì có 2 người sống ở các nước đang phát triển. Đến năm 2050, trong số 5 người từ 60 tuổi trở lên thì có 4 người sống ở các nước đang phát triển [27].

#### **✓ Số người từ 60 tuổi trở lên**

Năm 2006, số người từ 60 tuổi trở lên đạt 688 triệu người và dự tính sẽ tăng lên gần 2 tỷ người vào năm 2050 và tại thời điểm đó, lần đầu tiên trong lịch sử loài người, dân số già sẽ lớn hơn dân số trẻ em (0 - 14 tuổi). Năm 2000, số người từ 60 tuổi trở lên đã nhiều hơn số trẻ em dưới 5 tuổi.

Trên toàn cầu, phụ nữ chiếm đa số trong dân số người cao tuổi. Hiện nay trên thế giới, cứ 100 phụ nữ từ 60 tuổi trở lên thì chỉ có 84 nam giới. Cứ 100 phụ nữ từ 80 tuổi trở lên thì chỉ có 61 nam giới [38].

✓ *Tỷ lệ dân số 60 tuổi trở lên trong tổng dân số*

Hiện tại, cứ 9 người thì có 1 người từ 60 tuổi trở lên. Liên hợp quốc dự báo năm 2050, trong 5 người sẽ có 1 người từ 60 tuổi trở lên và năm 2150 con số này sẽ là 1/3. Tỷ lệ người cao tuổi hiện nay ở các khu vực phát triển cao hơn nhiều so với các khu vực kém phát triển, nhưng tốc độ già hoá ở các quốc gia đang phát triển nhanh hơn và quá độ từ một cấu trúc dân số trẻ sang già sẽ xảy ra trong một giai đoạn ngắn hơn.

Tỷ lệ NCT chiếm cao nhất là ở Nhật Bản có trên 30% dân số già, nhưng đến năm 2050 dự tính sẽ có 64 nước có trên 30% dân số già như vậy. Năm 2012, Châu Phi có 6% dân số tuổi từ 60 trở lên, trong khi con số này ở Châu Mỹ La Tinh và vùng biển Caribe là 10%, ở Châu Á là 11%, Châu Đại Dương là 15%, Nam Mỹ là 19% và Châu Âu là 22%. Đến năm 2050, dự báo tỷ trọng người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên ở Châu Phi tăng lên 105 tổng dân số, so với 24% ở Châu Á, 24% ở Châu Đại Dương, 25% Châu Mỹ La Tinh và vùng biển Caribe, 27% ở Nam Mỹ và 34% ở Châu Âu [64], [65].

✓ *Dân số cao tuổi nhất*

Hiện nay, có tới 33 quốc gia đạt được tuổi thọ trung bình trên 80 tuổi, trong khi đó 5 năm trước đây chỉ có 19 quốc gia đạt con số này. Trên toàn cầu, số người thọ trên 100 tuổi sẽ tăng từ 316.600 năm 2011 lên 3,2 triệu người năm 2050 [38].

Bản thân dân số cao tuổi cũng đang già hoá. Hiện tại, dân số cao tuổi nhất (từ 80 tuổi trở lên) chiếm 13% trong tổng dân số từ 60 tuổi trở lên. Dân số cao tuổi nhất là nhóm dân số có tốc độ tăng nhanh nhất trong dân số cao tuổi. Năm 2050, 20% dân số cao tuổi sẽ từ 80 tuổi trở lên.

✓ *Tuổi thọ*

Thế giới đã có những tiến bộ ấn tượng về tuổi thọ. Tuổi thọ tính từ khi sinh đã tăng khoảng 20 năm kể từ năm 1950. Giai đoạn 2010 – 2015, tuổi thọ

trung bình ở các nước phát triển là 78 năm và ở các nước đang phát triển là 68 năm. Đến giai đoạn năm 2045 – 2050, dự báo tuổi thọ trung bình sẽ tăng tới 83 năm ở các nước phát triển và 74 năm ở các nước đang phát triển [38].

✓ *Tỷ số giới tính*

Tỷ lệ người cao tuổi là nữ cao hơn nam giới vì tuổi thọ của nữ giới lớn hơn tuổi thọ của nam, tỷ lệ là 84 nam/100 nữ. Trong số những người cao tuổi nhất chỉ còn 61 nam/100 nữ. Ở các khu vực phát triển, tỷ lệ nam/nữ của người cao tuổi (72 nam/100 nữ) thấp hơn so với các khu vực kém phát triển (88 nam/100 nữ) [38].

✓ *Tỷ lệ người cao tuổi hiện đang có vợ/chồng*

Khả năng kết hôn ở nam giới cao tuổi lớn hơn so với nữ cao tuổi. Trong khi 80% nam giới cao tuổi hiện đã kết hôn, ở nữ giới cao tuổi con số này chỉ là 48%. Phần lớn người cao tuổi không có bạn đời thường tuổi thọ thấp hơn những người có bạn đời. Phụ nữ thường sống lâu hơn so với bạn đời của mình.

✓ *Tỷ lệ người cao tuổi sống độc thân*

Mặc dù nhiều người cao tuổi sống độc thân vẫn năng động về mặt xã hội và an tâm về vật chất, nhưng họ vẫn cần có sự trợ giúp từ bên ngoài khi ốm đau hoặc tàn tật, mặt khác, họ cũng có nguy cơ cao hơn về khả năng tách biệt khỏi xã hội và rơi vào nghèo đói. Theo ước tính, 14% người cao tuổi trên thế giới hiện đang sống độc thân, tỷ lệ này ở nam giới (8%) thấp hơn so với nữ (19%) bởi phụ nữ có khả năng góa bụa cao hơn. Tỷ lệ này ở các khu vực kém phát triển (7%) thấp hơn so với các khu vực phát triển (24%).

*1.1.2.2. Tỷ lệ người cao tuổi ở Việt Nam*

Theo số liệu từ bốn cuộc Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở giai đoạn 1979 – 2009 cho thấy tỷ lệ người cao tuổi ở nhóm tuổi thấp nhất (từ 60 đến 69

tuổi) tăng chậm, trong khi tỷ lệ người cao tuổi ở nhóm cao tuổi trung bình (70 – 79) và già nhất (80 tuổi trở lên) có xu hướng tăng nhanh hơn [39].

Tuổi thọ trung bình ở tuổi 60 của dân số Việt Nam tương ứng cho nữ giới và nam giới là 20 và 18 tuổi. Đây là tuổi thọ tương đương hoặc cao hơn những nước có thu nhập bình quân đầu người cao hơn như Thái Lan, Malaysia và Indonexia [3].

Theo các cuộc Tổng điều tra dân số, tuổi thọ trung bình của dân số Việt Nam là 72,5 tuổi vào năm 2009, tăng 4,6 tuổi và 8 tuổi so với năm 1999 và 1989. Tỷ lệ người cao tuổi có xu hướng tăng lên. Năm 1979, tỷ lệ người cao tuổi là 6,9% so với tổng dân số của cả nước. Tỷ lệ này tăng lên 7,2% vào năm 1989; 8,1% vào năm 1999 và tăng lên 9,0% vào năm 2009 [11].

## **1.2. Dịch vụ y tế và hệ thống y tế**

### **1.2.1. Dịch vụ y tế**

#### *1.2.1.1. Định nghĩa*

Dịch vụ y tế là dịch vụ chỉ toàn bộ các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, cho con người mà kết quả là tạo ra các sản phẩm hàng hoá không tồn tại dưới dạng hình thái vật chất cụ thể, nhằm thoả mãn kịp thời thuận tiện và có hiệu quả hơn các nhu cầu ngày càng tăng của cộng đồng và con người với chăm sóc sức khỏe [8].

#### *1.2.1.2. Đặc điểm của dịch vụ y tế*

Dịch vụ y tế gồm 2 yếu tố: tiêu thụ và đầu tư; sức khỏe là kết quả trực tiếp của việc tiêu thụ phúc lợi đồng thời người lao động có sức khỏe sẽ đóng góp cho sản xuất và đầu tư.

Chi phí chăm sóc sức khỏe có thể cao hơn so với thu nhập, sức khỏe kém sẽ giảm khả năng kiếm sống, khi bị bệnh người bệnh thường ít tính toán khả năng kinh tế mà dồn hết sức để chữa bệnh, thậm chí là cầm cố cả gia tài để

điều trị, số khác có tiền thường yêu cầu phục vụ rất cao. Người bệnh trực tiếp tham gia sản xuất cũng như tiêu thụ dịch vụ y tế. Quyết định dịch vụ y tế có khi không hồi phục được (thầy thuốc quyết định chữa bệnh, còn bệnh nhân phải trả tiền, có khi phải trả tiền nhưng vẫn bị đắt).

Dịch vụ y tế không hướng tới tự do cạnh tranh. Sự cạnh tranh phải có tiêu chuẩn và cần có cả uy tín và sự tin cậy (bệnh nhân nào cũng muốn đến nơi chữa bệnh tốt dù chi phí rất cao). Marketing của dịch vụ y tế không phải là chữa bệnh. Mục đích của y tế là làm sao cho dân khoẻ mạnh, ít vào bệnh viện, vì vậy marketing chỉ sử dụng cho phòng bệnh tạo ra sức khoẻ và tăng cường sức khoẻ.

Dịch vụ y tế hoạt động ở bệnh viện không phải bao giờ cũng lãi có khi lỗ nhưng vẫn phải duy trì lợi ích của xã hội và cộng đồng. Đo lường lợi nhuận ở bệnh viện không có tiêu chuẩn, không rõ ràng, ở bệnh viện không khuyến khích lợi nhuận.

### *1.2.1.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế*

#### *➤ Tiếp cận*

Tiếp cận y tế là khả năng mà người sử dụng các dịch vụ sức khoẻ có thể được đáp ứng tại nơi cung cấp. Mục đích của dịch vụ y tế là đến với mọi người trong cộng đồng, nhằm thoả mãn nhu cầu về sức khoẻ cho con người và cộng đồng [8].

Tiếp cận dịch vụ y tế phục vụ thuộc vào 4 nhóm yếu tố sau:

- Nhóm khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế.
- Nhóm yếu tố kinh tế.
- Nhóm yếu tố dịch vụ y tế,
- Nhóm yếu tố về văn hoá.



➤ *Yếu tố bệnh*

Mức độ bệnh sẽ quyết định sự lựa chọn cách thức chữa bệnh của người dân. Khi đau ốm nhẹ: cảm cúm, đau bụng, nhức đầu thông thường mọi người đều chung cách thức giải quyết, đó là để tự khỏi hoặc sử dụng các loại thuốc có sẵn trong nhà hoặc tự ý mua thuốc tự chữa mà không có sự can thiệp của thầy thuốc. Họ chỉ đến các cơ sở y tế khi bệnh không khỏi hoặc tiến triển nặng hơn. Còn đối với những người có điều kiện khá hơn thì đi khắp tuyến trên; đối với những người nghèo thì chọn y tế địa phương.

➤ *Yếu tố giá cả*

Các trường hợp bệnh nặng, cấp cứu cấp tính nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khoẻ và tính mạng, thì việc lựa chọn các dịch vụ y tế không phụ thuộc vào thu nhập. Dù nghèo khó đến mức nào họ cũng sẵn sàng bán cả tài sản thậm chí là cả nhà cửa, chỉ mong sao người thân của họ được cứu sống. Thế nhưng các trường hợp nhẹ và vừa thì vấn đề thu nhập và giá cả có ảnh hưởng trực tiếp đến việc lựa chọn và sử dụng đến dịch vụ y tế. Lúc này họ đến các cơ sở y tế thuộc địa bàn họ cư trú để khám chữa bệnh, vì giá cả thấp hơn hợp lý với thu nhập của họ.

➤ *Yếu tố dịch vụ y tế*

Thường không được đo lường bằng các biến định lượng mà bằng các biến định tính, thể hiện nguyện vọng ý kiến của người dân đối với cơ sở y tế.

Yếu tố dịch vụ y tế bao gồm: trình độ chuyên môn của thầy thuốc, trang thiết bị và vật liệu y tế.

➤ *Yếu tố đặc trưng cá nhân.*

Nhiều tác giả cho thấy rõ các yếu tố liên quan gần nhất đến việc sử dụng dịch vụ y tế yếu tố cá thể của con người như: tuổi, giới, văn hoá, nghề nghiệp, dân tộc.

### **1.2.2 Hệ thống y tế**

Hệ thống y tế là một tập hợp các yếu tố có liên quan qua lại nhau. Chúng góp phần tăng cường sức khỏe tại nhà, tại các cơ sở giáo dục, tại các nơi làm việc, tại cộng đồng cũng như trong môi trường tâm lý xã hội: gồm y tế và các ngành liên quan [8].

Hoạt động của hệ thống y tế bao gồm tất cả các hoạt động mà mục đích cơ bản của nó là nhằm thúc đẩy, khôi phục và duy trì sức khỏe. Hệ thống y tế được cấu thành từ người sử dụng dịch vụ y tế, người cung cấp dịch vụ y tế, các ngành, các tổ chức cơ quan tham gia hoặc hỗ trợ dịch vụ y tế trong đó bao gồm cả thể chế chính trị các quan điểm triết học, cả quá trình phát triển kinh tế - văn hoá - xã hội.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (năm 2001), hệ thống y tế có 4 chức năng: chức năng về tài chính, chức năng tạo ra nguồn lực, chức năng cung cấp dịch vụ và chức năng quản lý [8].

Mạng lưới y tế khác với hệ thống y tế ở chỗ: Mạng lưới y tế là tổ chức cấu thành của những người cung cấp dịch vụ y tế [8].

### **1.2.3. Hệ thống cung cấp dịch vụ y tế tại Việt Nam**

#### **1.2.3.1. Theo tổ chức hành chính nhà nước**

Cơ cấu tổ chức của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế được chia làm 4 cấp [8]:

- Bệnh viện Trung ương, các bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện trường Đại học trực thuộc Bộ Y tế: chức năng chính là thực hiện chuyên môn sâu và kỹ thuật cao.

- Bệnh viện tuyến Tỉnh: Đây là những cơ sở khám chữa bệnh được trang bị các phương tiện kỹ thuật tốt, tập trung hầu hết các Bác sỹ có chuyên môn cao.

- Bệnh viện Huyện là nơi cứu chữa cơ bản phục vụ nhân dân, đồng thời hỗ trợ trực tiếp cho tuyến xã. Cũng cố tuyến này không những nâng cao chất

lượng cứu chữa cơ bản tại chỗ mà còn hỗ trợ cho công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu của tuyến xã, giảm bớt gánh nặng tuyến Tỉnh và Trung ương.

- Trạm y tế xã: Mức thấp nhất trong hệ thống y tế Việt Nam là đơn vị đầu tiên tiếp xúc với nhân dân nằm trong hệ thống y tế nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các nội dung chăm sóc sức khoẻ ban đầu như thực hiện các chương trình y tế quốc gia, cung cấp thuốc điều trị thiết yếu.

#### *1.2.3.2. Theo thành phần kinh tế*

Dựa theo thành phần kinh tế, hệ thống cung cấp dịch vụ y tế được chia ra là:

- Cơ sở y tế nhà nước.
- Cơ sở y tế tư nhân.

#### **1.2.4. Hệ thống dịch vụ khám chữa bệnh tại Nam Định**

##### *1.2.4.1. Thông tin chung về tỉnh Nam Định*

Nam Định là một tỉnh thuộc vùng đồng bằng châu thổ sông Hồng, nền kinh tế chủ yếu phụ thuộc vào nông nghiệp, là tỉnh nghèo trong cả nước. Phía bắc tiếp giáp với tỉnh Thái Bình, nam tiếp giáp tỉnh Ninh Bình, tây bắc giáp tỉnh Hà Nam, đông giáp biên Vịnh Bắc Bộ. Diện tích tự nhiên 1652,82 km<sup>2</sup>, với dân số là 1.836.900 người, mật độ dân số 1.111 người/km<sup>2</sup> (năm 2012). Toàn tỉnh có 9 huyện và một thành phố gồm: Thành phố Nam Định, Mỹ Lộc, Vụ Bản, Ý Yên, Nghĩa Hưng, Nam Trực, Trực Ninh, Xuân Trường, Giao Thủy, Hải Hậu [12].

##### *1.2.4.2. Bệnh viện các tuyến*

Đến năm 2012, Nam Định hiện có 19 bệnh viện các tuyến từ huyện đến tỉnh phục vụ công tác khám chữa bệnh người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng (trong số đó có 1 bệnh viện đa khoa tỉnh và 5 bệnh viện chuyên khoa: bệnh viện phụ sản, bệnh viện mắt, bệnh viện y học cổ truyền (YHCT), bệnh viện lao và bệnh phổi, bệnh viện tâm thần) [12].

Trong những năm đổi mới kinh tế trước đây do nguồn kinh phí do nhà nước cấp cho các bệnh viện giảm sút, trang thiết bị cũ, ít được thay thế, đổi mới, đạo đức của người cán bộ y tế phần nào bị ảnh hưởng bởi mặt trái của thị trường.

Trong những năm gần đây, bệnh viện các tuyến của tỉnh cũng như trong cả nước đã được hưởng sự đầu tư của Nhà nước từ nguồn vốn trái phiếu Chính phủ nên về cơ sở vật chất hầu hết các bệnh viện được tăng cường đầu tư cải tạo, nâng cấp cơ sở hạ tầng, một số bệnh viện được xây dựng mới hoặc được chuyển tới một khu đất mới khang trang rộng rãi hơn làm cho bộ mặt của bệnh viện đã có sự thay đổi cơ bản sạch, đẹp hơn, tạo điều kiện phục vụ người bệnh được tốt hơn... Các bệnh viện đa khoa thuộc tuyến huyện, tỉnh của Nam Định hiện nay với đầy đủ các chuyên khoa đã đáp ứng được nhu cầu cơ bản về chăm sóc sức khỏe nhân dân.

#### *1.2.4.3. Trạm y tế xã, phường*

Nam Định là một trong những tỉnh thành của cả nước có 100% số xã trong toàn tỉnh đều có trạm y tế, đảm bảo cho việc phòng chống bệnh tật từ những dịch vụ cấp cứu đến các chăm sóc dự phòng và điều trị cho người dân ngay từ cộng đồng.

Trạm y tế là cơ sở tiếp cận gần nhất với người dân và là nơi nhân dân tiếp xúc đầu tiên với hệ thống y tế. Trạm không chỉ thực hiện việc chăm sóc ở trạm mà còn có trách nhiệm hướng dẫn, tổ chức, giám sát, hỗ trợ các hoạt động tại gia đình và thôn xóm, đội sản xuất.

Sau khi có quyết định của Thủ tướng Chính phủ về củng cố y tế cơ sở, các trạm y tế ở Nam Định được sắp xếp lại. Các trạm y tế đã có bác sỹ, lương

của cán bộ trạm y tế do nhà nước trả, mọi chế độ bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội như công chức nhà nước. Các cán bộ trạm y tế đã an tâm làm việc, phát huy được khả năng chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân trong cộng đồng.

Hiện nay ở Nam Định có 229 trạm y tế xã, phường với 1380 cán bộ. Hầu hết trạm y tế xã phường là nhà mái bằng. Trong những năm qua được sự đầu tư của nhà nước, các tổ chức quốc tế nên cơ sở vật chất các trạm y tế xã phường được đảm bảo, phương tiện kỹ thuật, dụng cụ y tế tương đối đầy đủ. Các chương trình y tế như: tiêm chủng mở rộng, sinh đẻ kế hoạch, phòng chống lao, phong, mắt hột, phòng chống suy dinh dưỡng v.v... được triển khai tại 100% số xã phường trong tỉnh và các chương trình này đều thực hiện đạt kết quả [12].

#### *1.2.4.4. Hệ thống y dược tư nhân*

Hệ thống y dược tư nhân được hình thành tự phát từ nhu cầu của nhân dân. Ngay trong cơ chế bao cấp nó vẫn được hoạt động dưới nhiều hình thức không chính thức như thuốc bán ở các chợ, trong các làng xóm (thuốc “mẹt”); khám bệnh trong nhà không treo biển.

Từ những năm 1986 sự chuyển đổi nền kinh tế kế hoạch tập trung sang nền kinh tế thị trường theo định hướng XHCN đã ảnh hưởng sâu sắc tới toàn bộ hoạt động kinh tế, xã hội trong đó có y tế. Hình thức khoán ruộng cho nhân dân nên quỹ y tế xã hầu như không thu được nữa. Các trạm y tế không còn đủ kinh phí để hoạt động và trả thù lao cho nhân viên y tế như trước đây nên đã xuống cấp trầm trọng. Trạm y tế xã chỉ được cấp kinh phí một khoản rất thấp, nhiều nơi cán bộ y tế phải bỏ tiền vốn cá nhân ra mua thuốc. Cán bộ y tế xã tuy không bỏ nghề nhưng không còn toàn tâm toàn lực phục vụ như trước.

Ở các bệnh viện do thiếu kinh phí hoạt động nên các bệnh viện cũng bị xuống cấp. Trước tình hình đó để duy trì hoạt động khám chữa bệnh, Nhà nước cho phép ngành y tế thu một phần viện phí. Đồng thời cho phép cán bộ y tế được khám bệnh, bán thuốc ngoài giờ và hành nghề tư nhân. Khi nhà nước không còn bao cấp, người dân được tự do hơn trong việc chọn lựa các dịch vụ y tế. Nhu cầu mới nảy sinh cộng với sự lợi lũng quản lý hành nghề y dược tư nhân đã hình thành tự phát một cách có hệ thống KCB và bán thuốc không phải là của Nhà nước. Chỉ trong một thời gian ngắn y dược tư nhân phát triển khắp nơi từ thành thị đến nông thôn với nhiều hình thức đa dạng và phong phú.

Những người hành nghề y dược tư nhân bao gồm:

- Người cán bộ y tế đang làm việc tại các cơ sở y tế nhà nước, cơ quan làm thêm ngoài giờ tại nhà hoặc tại các cơ sở y tế mang tính chất tư nhân.
- Người cán bộ y tế không làm tại các cơ sở y tế Nhà nước nào hoặc đã nghỉ hưu làm tư nhân.
- Người có kinh nghiệm gia truyền bắt mạch, tán thuốc đông y.
- Người bán thuốc đông y, tây y (gồm nhà thuốc, đại lý thuốc, thuốc bán tại chợ).

Tất cả các đối tượng này đã có hoặc chưa có giấy phép đăng ký hành nghề (GPĐKHN). Những người ốm đau đến với họ là đến với dịch vụ y tế tư nhân.

Hệ thống y dược tư nhân ra đời đã góp phần không nhỏ trong việc CSSK, chữa các bệnh thông thường cho nhân dân góp phần khắc phục những hạn chế của y tế Nhà nước. Y dược tư nhân đã giải quyết được những nơi mà người dân có yêu cầu nhưng y tế Nhà nước chưa có điều

kiện đáp ứng. Hoạt động y dược tư nhân là đòn bẩy cạnh tranh buộc Y tế Nhà nước phải vươn lên về mọi mặt đặc biệt về tinh thần, thái độ phục vụ để tồn tại và phát triển trong tình hình mới. Y dược tư nhân cũng tạo điều kiện cho người dân tự do lựa chọn thầy thuốc, tự do lựa chọn loại thuốc mua mà họ cần, hay tự do yêu cầu dịch vụ kỹ thuật cao, nhất là những người có điều kiện kinh tế. Hoạt động y tế tư nhân cũng góp phần giải quyết một phần đáng kể nhu cầu KCB của người dân tại cộng đồng. Đồng thời cũng góp phần tạo công ăn việc làm cho một số lớn cán bộ y tế chưa đi làm hoặc đã nghỉ hưu.

Bên cạnh những mặt tích cực trên, y tế tư nhân cũng bộc lộ một số nhược điểm. Đó là những người làm thêm ngoài giờ có thể lơ là hoặc cầm chừng trong giờ hành chính để giành thời gian, sức lực thậm chí cả nguồn bệnh nhân cho chữa riêng ngoài giờ. Một số ít người đã dùng phương tiện của Nhà nước cho lợi ích cá nhân. Có những người quảng cáo sai sự thật, lừa bịp. Có người còn làm quá quyền hạn cho phép. Vấn đề dùng thuốc trong y dược tư nhân: thầy thuốc vừa khám bệnh vừa bán thuốc dễ dẫn đến lạm dụng thuốc kiếm lợi. Mặt khác bán thuốc theo nhu cầu người bệnh, chiều thị hiếu sinh thuốc ngoại, giá cao, lạm dụng thuốc không thiết yếu trong điều trị.

#### *1.2.4.5. Hệ thống tổ chức chăm sóc sức khỏe người cao tuổi*

##### *❖ Chính sách của Nhà nước*

NCT được chăm sóc sức khỏe là Công dân nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam hoặc NCT Việt Nam định cư ở nước ngoài và NCT nước ngoài trong thời gian sinh sống, làm việc tại Việt Nam từ 60 tuổi trở lên [11]. Tuổi già thường đi đôi với sức khỏe yếu và bệnh tật, NCT có bệnh chiếm khoảng 95%. Trung bình một NCT mắc 2,69 bệnh, chủ yếu là các bệnh mạn tính, không lây truyền nên nguyện vọng sâu xa nhất của NCT là được sống khỏe mạnh, được chăm sóc sức khỏe, được khám bệnh khi ốm đau, bệnh

tật. Đây là yêu cầu chính đáng của NCT, đòi hỏi phải có sự quan tâm của các ngành các cấp và của toàn xã hội [2].

NCT được chăm sóc sức khỏe ban đầu, được ưu tiên khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm đảm bảo chế độ chăm sóc sức khỏe cho NCT tại địa phương. Ngành y tế chịu trách nhiệm về chuyên môn, kỹ thuật trong chăm sóc sức khỏe NCT.

NCT ở nước ta là lớp người đã có nhiều đóng góp to lớn trong suốt chiều dài lịch sử dựng nước và giữ nước của dân tộc ta. Bề dày kinh nghiệm, chiều sâu trí tuệ, bản lĩnh cách mạng kiên cường, lòng nhân hậu và sự khao khát đóng góp vào sự nghiệp đổi mới của đất nước là những phẩm chất cao quý để lớp NCT trở thành chỗ dựa tin cậy cho Đảng, Nhà nước và nhân dân ta. Chăm sóc đời sống vật chất, tinh thần và tiếp tục phát huy vai trò của NCT là tình cảm, nghĩa vụ và trách nhiệm của toàn xã hội.

Chính Phủ đã có chương trình nâng cao chất lượng chăm sóc và phát triển NCT phù hợp với tình hình phát triển KT – XH của đất nước với mục tiêu là:

- Tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần, nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT.

- Xây dựng môi trường thuận lợi cho sinh hoạt NCT, phát triển mạng lưới an sinh xã hội.

- Phát huy vai trò và kinh nghiệm của NCT trong các lĩnh vực đời sống xã hội, tạo điều kiện để NCT tham gia có hiệu quả vào các hoạt động phù hợp với nhu cầu, khả năng; thực hiện bình đẳng trong thụ hưởng những thành quả của quá trình phát triển.



Hệ thống phục vụ y tế ở nước ta có cấu trúc dạng “cây”, lan tới tận mức hẹp của cộng đồng như thôn, bản [8]. Số liệu thống kê của Bộ Y tế cho thấy toàn quốc có hơn 10.000 trạm y tế xã, phường. Mạng lưới này là một ưu thế tạo thuận lợi cho người dân nói chung và NCT nói riêng được tiếp cận dễ dàng với dịch vụ y tế [4].

Bên cạnh những thuận lợi thì hiện nay, công tác tổ chức các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho NCT tại cộng đồng còn ít, tại nhiều địa phương các hoạt động này chủ yếu mang tính đơn lẻ, tự phát.

❖ *Công tác khám chữa bệnh cho người cao tuổi.*

- Tổ chức mạng lưới khám chữa bệnh

+ Viện lão khoa

+ Các bệnh viện đa khoa hạng I, II

+ Các bệnh viện chuyên khoa (trừ bệnh viện chuyên khoa nhi)

+ Trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh

+ Các bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng

+ Trạm y tế xã, phường, thị trấn

- Công tác điều trị

+ Việc khám chữa bệnh cho người bệnh cao tuổi được thực hiện theo tuyến chuyên môn kỹ thuật, trường hợp cấp cứu được chuyển đến các cơ sở y tế gần nhất.

+ Các cơ sở khám chữa bệnh phải thực hiện việc ưu tiên khám trước cho người bệnh cao tuổi (sau trường hợp cấp cứu).

+ Kết hợp các phương pháp điều trị y học cổ truyền với y học hiện đại, phát triển các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc nhất là ở tuyến y tế cơ sở đối với người bệnh cao tuổi.

❖ Kinh phí cho việc chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh NCT [11]

- Người có thẻ BHYT bắt buộc, thẻ BHYT tự nguyện được BHXH thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo quy định của pháp luật về BHYT.

- Người thuộc diện được hưởng chế độ khám chữa bệnh người nghèo thì được quỹ khám chữa bệnh người nghèo thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ ngày 15/10/2002 về việc khám chữa bệnh cho người nghèo và thông tư liên tịch của Bộ y tế và Bộ tài chính hướng dẫn.

- NCT từ 90 tuổi trở lên được hưởng các chế độ BHYT theo quy định.

### **1.3. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế**

#### ***1.3.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của một số nước***

Có nhiều nghiên cứu và báo cáo về thực trạng và làm thế nào để cải thiện hệ thống cung cấp dịch vụ y tế trên thế giới bao gồm các chính sách tài chính, các yếu tố chất lượng, độ bao phủ dịch vụ và chi phí... Các báo cáo này đề cập đến cả y tế nhà nước và y tế tư nhân [52], [57].

Các nghiên cứu sử dụng dịch vụ y tế trên thế giới đều cho thấy quyết định của người bệnh đi đâu, làm gì khi bị bệnh phụ thuộc khá nhiều vào tính sẵn có dịch vụ, chất lượng dịch vụ y tế, giá thành cũng như cấu trúc xã hội niềm tin về sức khỏe và các đặc trưng cá nhân của người bệnh cũng như loại bệnh mức độ bệnh, khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế và khả năng tiếp cận tới các dịch vụ y tế của người dân [58], [59].

Nghiên cứu sử dụng dịch vụ y tế trên thế giới đã được thực hiện ở nhiều nước như Thụy Điển, Mỹ, Anh từ đầu thế kỷ XX.

Một nghiên cứu tại Karachi, Pakistan với 438 NCT từ 65 tuổi trở lên về sức khỏe hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của người cao tuổi cho thấy yếu tố phổ biến ngăn cản người già tìm kiếm sự chăm sóc y tế với yếu tố tài chính 62,0%; thiếu sự chăm sóc 23,4%; thiếu khả năng giao tiếp 5,9% [52].

Một nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2009 cho thấy trong số những người nhận được các dịch vụ ngoại trú trong các năm qua ( $n = 18.087$ ), 80,23% chỉ đến thăm bác sĩ; 3,17% đến tư vấn viên và 16,60% sử dụng cả hai loại hình dịch vụ. Với những người chỉ tham khảo ý kiến bác sĩ, nhiều khả năng là người lớn tuổi, phụ nữ, bệnh nhân bệnh mãn, và người có nền kinh tế xã hội cao hơn [55].

Tại Bangladesh, nghiên cứu về nhận thức chất lượng chăm sóc bệnh nghiêm trọng ở các cấp độ khác nhau của các cơ sở trong khu vực nông thôn cho thấy: hơn 40% (881/2177) các hộ gia đình báo cáo ít nhất một người đã trải qua một cơn bệnh cảm nhận là đủ nghiêm trọng để đảm bảo một chuyên viên thăm một bệnh viện hoặc cơ sở y tế. Đối với nhận thức cuối cùng bệnh tật nghiêm trọng, 88,1% (776/881) số người được hỏi đã đến thăm cơ sở y tế hoặc cung cấp dịch vụ chính thức bên ngoài nhà, 9% (79/881) được điều trị ở nhà, và 2,9% còn lại (26/881) không nhận được bất kỳ điều trị nào cả. Trong số những người đến thăm một cơ sở y tế hoặc một nhà cung cấp dịch vụ của một số loại, 25,6% (199/776) tham khảo ý kiến các nhà cung cấp chăm sóc chính thức như các nguồn lực cao nhất về sức khỏe, bao gồm những người không đủ tiêu chuẩn, các bác sĩ làng không đăng ký, chủ cửa hàng thuốc; 17,8% (138/776) thăm chính các cơ sở chính phủ thứ cấp nằm ở công đoàn, huyện; 7,9% (57/776) đã đến thăm các cơ sở của chính phủ đại học, chẳng

hạn như các bệnh viện đại học y khoa và bệnh viện chuyên khoa khác; còn lại 41,4% (321/776) tham khảo ý kiến tổ chức cung cấp dịch vụ tư nhân, bao gồm cả học viên có trình độ và phòng khám tư nhân/bệnh viện, như các nguồn lực y tế cao nhất [53].

Ở các nước đang phát triển, với nhiều lý do khác nhau, y tế tư nhân đã được huy động tham gia cung cấp dịch vụ y tế, giảm bớt gánh nặng của y tế nhà nước, đồng thời đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân [63]. Ở các nước mới công nghiệp hoá và các nước khu vực Đông Nam Á do sự tăng trưởng kinh tế cao, nên mức sống của người dân tăng lên và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế cũng tăng nhưng y tế nhà nước chưa đáp ứng đủ. Đối với một số nước đang trải qua thời kỳ quá độ chuyển từ nền kinh tế hoá tập trung sang nền kinh tế thị trường nguồn bao cấp của nhà nước bị cắt giảm dẫn đến tình trạng thiếu trang thiết bị y tế, suy giảm tinh thần và thái độ phục vụ trong đó có Việt Nam. Đây là những yếu tố và lý do dẫn đến sự phát triển của hệ thống y tế tự nhiên tại các nước này.

### ***1.3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế ở Việt Nam***

Đã có nhiều nghiên cứu về khả năng cung ứng, cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, khả năng đáp ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở [3], [42], [45]. Điều này hoàn toàn phù hợp với yêu cầu đổi mới chính sách y tế. Trạm y tế xã là một trong những đơn vị y tế thuộc tuyến y tế cơ sở có vai trò quan trọng trong hệ thống y tế, là tuyến y tế gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp nhất. Do đó nhiều nghiên cứu về khả năng cung cấp dịch vụ y tế được tiến hành.

Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng thực hiện tại các tỉnh Thái Bình, Đồng Nai, Vĩnh Long, Bình Định, Quảng Trị có 100% xã, phường,

thị trấn có trạm y tế, riêng 2 tỉnh Điện Biên và Kon Tum còn 6 xã chưa có trạm y tế chỉ có cán bộ y tế làm việc; tỷ lệ cán bộ đại học trở lên chỉ chiếm 14,6% tổng số cán bộ y tế xã, đa số cán bộ y tế của trạm y tế xã có trình độ trung cấp với tỷ lệ 79,2% [26].

Cuộc điều tra ở Bắc Ninh về thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở trạm y tế xã cho thấy trung bình mỗi xã có 5 CBYT, số CBYT trên 10.000 dân đạt 6,4 CB. 100% số trạm có NHS hoặc YSSN. Mỗi trạm có 1 quầy thuốc, tỷ lệ thuốc thiết yếu bằng 61% số thuốc theo quy định của Bộ Y tế [50]. Một nghiên cứu khác về khảo sát tình hình đáp ứng dịch vụ y tế tuyến y tế cơ sở tại 10 trạm y tế của thành phố Biên Hòa tỉnh Đồng Nai: trung bình mỗi trạm y tế có 5 – 8 phòng chức năng, có 5 giường bệnh. 4 trong tổng số 10 trạm y tế nghiên cứu có vườn thuốc nam với 30 loại cây thuốc thông thường [49].

Để có cái nhìn tổng thể về khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nhiều nghiên cứu được đưa ra ở nhiều đối tượng khác nhau. Các nghiên cứu này đều đưa ra khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế phụ thuộc nhiều vào điều kiện kinh tế của các đối tượng nghiên cứu [25], [32], [47]. Trong nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh cho thấy thu nhập là nhân tố chính ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ y tế: nhóm có thu nhập cao được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn so với nhóm có thu nhập thấp [33].

Theo tác giả Dương Huy Lương, để việc chăm sóc sức khỏe có hiệu quả thì chăm sóc đó phải được dựa trên nhu cầu của con người. Với đặc tính hay ốm đau người già có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với các nhóm đối tượng thuộc lứa tuổi trẻ [30]. Một nghiên cứu về tình hình sức khỏe của người già ở một vùng nông thôn cho thấy tỷ lệ điều trị ở người già là 70,7% trong khi

đó tự điều trị nói chung cho mọi lứa tuổi chỉ là 45% - 60% [27]. Tuy nhiên, việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người già hiện nay vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Những yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế của người già có thể là: (1) khó khăn về vấn đề kinh tế; (2) do giảm khả năng đi lại; (3) bất tiện do khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế; (4) bị phụ thuộc vào con cái [34].

Để tìm hiểu về khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế, mức độ công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân, tác giả Phạm Trí Dũng đã tiến hành nghiên cứu thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên tỉnh Hà Giang năm 2007. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 41,9% người dân đi bộ tới trạm y tế xã, xe đạp là 24,2%, xe máy 33,5% [19].

Các cuộc điều tra về hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ y tế của người dân khá nhiều, ở nhiều vùng miền của Tổ quốc: TP Hồ Chí Minh, Cà Mau, Cần Thơ, Hà Giang, Hải Dương, Hòa Bình, Vĩnh Phúc [15], [22], [28], [31], [43]. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ người dân tự mua thuốc về điều trị còn khá cao (nghiên cứu của Trần Ngọc Dung 19,75%, nghiên cứu của Trần Văn Điềm 34,7%, Trương Phi Hùng 21,1%) [17], [20], [24].

Cuộc điều tra ở Thái Bình năm 2002 [46] về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân cho thấy rằng 20,5% tự mua thuốc; 25,1% đến với bệnh viện; 24,6% đến trạm y tế; 26,7% đến với y tế tư nhân và không chữa gì 3,1%.

Theo một nghiên cứu được tiến hành qua phỏng vấn 386 người cao tuổi tại huyện Cần Đước tỉnh Long An năm 2009 [41], chỉ có 21,2% NCT có đi kiểm tra sức khỏe định kỳ, còn lại 78,8% không khám sức khỏe định kỳ. NCT đi khám chữa bệnh ở tuyến trên chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%), trong khi đó khám tại trạm y tế là 19,7%, tư nhân là 17,5% và đông y là 7,7%.

Nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam của Viện chiến lược và chính sách y tế công bố năm 2006. Nghiên cứu này được tiến hành năm 2005 – 2006 tại 7 tỉnh trong cả nước bao gồm: Sơn La, Hải Dương, Hà Tĩnh, Ninh Thuận, Đắk Lắk, Bà Rịa – Vũng Tàu và Vĩnh Long. Nghiên cứu đưa ra tỷ lệ ốm của nhóm người cao tuổi cao hơn các nhóm tuổi khác, phụ nữ cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới và có xu hướng sử dụng dịch vụ y tế tư nhân cao hơn nam giới. Những người trên 85 tuổi có tỷ lệ sử dụng dịch vụ bệnh viện thấp hơn 2 lần so với nhóm tuổi 60 - 64 do khả năng đi lại hạn chế. Sự thuận tiện về khoảng cách tới cơ sở y tế là lý do chính để người cao tuổi lựa chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh [13].

Theo tác giả Nguyễn Văn Cường, để việc chăm sóc sức khỏe có hiệu quả thì chăm sóc đó phải được dựa trên nhu cầu của con người. Với đặc tính hay ốm đau người già có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với các nhóm đối tượng thuộc lứa tuổi trẻ [14]. Một nghiên cứu về tình hình sức khỏe của người già tại vùng nông thôn cho thấy tỷ lệ điều trị ở người già là 70,7% trong khi đó tỷ lệ điều trị nói chung cho mọi lứa tuổi chỉ là 45% - 60%. Tuy nhiên thực tế, việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người già hiện nay vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Tác giả cũng cho thấy chi phí cho khám chữa bệnh của một người già tại một huyện nông thôn thường cao gấp 2,1 lần so với các nhóm đối tượng khác và đây cũng là một lý do làm cản trở việc tiếp cận cơ sở y tế của người già. Trong nghiên cứu này khoảng hơn 70% số cụ già mong muốn miễn giảm phí khám chữa bệnh [29].

Tác giả Trần Thị Thu Hà (2011), khi bị bệnh NCT thường lựa chọn bệnh viện huyện (45,6%), trạm y tế (39,9%), bởi các lý do: gần, đi lại tiện và

có BHYT. Tỷ lệ NCT nữ khi bị bệnh đến khám tại các cơ sở y tế cao hơn NCT nam một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Lý do NCT không đến khám tại các cơ sở y tế được đưa ra nhiều nhất là: không có người đưa đi (29,1%), bệnh nhẹ (21,4%), chi phí cao (17,1%). Còn 7,6% NCT tự mua thuốc về điều trị khi bị bệnh. 76,5% NCT có thẻ BHYT; 14,1 % NCT đi khám sức khỏe định kỳ [21].

Các thuốc được tự dùng là những thuốc không kê đơn, được sản xuất phân phối và bán cho người dân tự dùng. Tự dùng thuốc thích hợp nhằm phòng và điều trị bệnh mà không cần đến việc khám và theo dõi của thầy thuốc. Điều này làm giảm bớt sức ép cho các dịch vụ y tế. Đối với người dân vùng nông thôn xa xôi khi tiếp cận các dịch vụ y tế người bệnh có thể tự chữa cho mình một cách dễ dàng hơn vì chỉ khi bệnh không đáp ứng với thuốc tự dùng, tình trạng bệnh kéo dài, nặng hơn thì lúc đó người dân mới tìm đến bác sĩ.

Hoạt động y tế tư nhân cũng góp phần không nhỏ vào công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Nghiên cứu của Trần Trường Thịnh năm 2012 cho thấy: nhân viên của cơ sở y tế tư nhân hiện đang làm tại các cơ quan nhà nước chiếm 30,8%, nghỉ hưu chiếm 17,3%, mới ra trường và không làm nhà nước chiếm 51,9% [48].



## CHƯƠNG II

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

##### 2.1.1. Địa bàn nghiên cứu

Huyện Vụ Bản là huyện nằm ở phía Bắc của tỉnh Nam Định. Phía Bắc giáp huyện Mỹ Lộc và thành phố Nam Định, Tây Bắc giáp tỉnh Hà Nam, Tây Nam và Nam giáp huyện Ý Yên, Đông giáp huyện Nam Trực, ranh giới là con sông Ninh Cơ. Diện tích: 148,24km<sup>2</sup>, dân số: 130.038 người, mật độ: 877 người/km<sup>2</sup> [12]. Bao gồm: thị trấn Gôi và 17 xã. Giao thông huyện khá thuận lợi. Quốc lộ 10 đi qua thị trấn Gôi nối liền huyện Vụ Bản với thành phố Nam Định, và tỉnh Ninh Bình. Tỉnh lộ 56 và 486 đi các xã trong huyện và các huyện lân cận.

Bốn xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định được chọn làm địa bàn nghiên cứu bao gồm:

Nhóm xã 1: xã Đại Thắng và xã Liên Minh là 2 xã xa trung tâm thành phố Nam Định (cách trung tâm thành phố Nam Định hơn 10 km).

Nhóm xã 2: xã Thành Lợi và xã Liên Bảo là 2 xã gần trung tâm thành phố Nam Định (cách trung tâm thành phố Nam Định  $\leq 5$ km) và hiện nay với điều kiện giao thông thuận lợi là địa bàn thực tập của sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Bốn xã nghiên cứu đều mang đặc điểm chung của các xã vùng nông thôn tỉnh Nam Định, hầu hết các xã có đường liên thôn, liên xóm được rải nhựa hoặc gạch bê tông hóa. Các chương trình y tế được triển khai tại 4 xã đều đạt kết quả tốt: chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình phòng chống suy

dinh dưỡng, chương trình phòng chống mắt hột, chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản,....

❖ Thành Lợi là một xã thuần nông thuộc huyện Vụ Bản - tỉnh Nam Định, với diện tích tự nhiên: 13km<sup>2</sup> được chia ra thành 3 thôn với 25 xóm và dân số khoảng 15.800 người với 4050 hộ gia đình. Địa bàn xã nằm sát quốc lộ 10 và cách trung tâm thành phố Nam Định 5 km. Trạm y tế xã Thành Lợi được xây dựng trên khu đất khoảng 1300m<sup>2</sup>.

❖ Liên Bảo là một xã thuần nông thuộc huyện Vụ Bản - tỉnh Nam Định, với diện tích tự nhiên: 11km<sup>2</sup>, dân số khoảng 9014 người được chia ra 7 thôn với 18 xóm. Địa bàn xã nằm sát quốc lộ 10 và cách trung tâm thành phố Nam Định 5 km. Trạm y tế xã Liên Bảo được xây dựng trên khu đất khoảng 1000m<sup>2</sup>.

❖ Đại Thắng là một xã thuần nông thuộc huyện Vụ Bản - tỉnh Nam Định, với diện tích tự nhiên: 14,04 km<sup>2</sup>, dân số khoảng 10460 người được chia ra thành 3 thôn với 17 xóm. Địa bàn xã nằm sâu trong huyện, xa quốc lộ 10 và cách trung tâm thành phố Nam Định hơn 10 km. Trạm y tế xã Đại Thắng được xây dựng trên khu đất khoảng 800m<sup>2</sup>.

❖ Liên Minh là một xã thuần nông thuộc huyện Vụ Bản - tỉnh Nam Định, với diện tích tự nhiên: 10,63km<sup>2</sup>, dân số khoảng 9543 người với 1442 hộ gia đình. Địa bàn xã nằm cách xa trung tâm thành phố Nam Định 13 km. Trạm y tế xã Liên Minh được xây dựng trên khu đất khoảng 1200m<sup>2</sup>.

### **2.1.2. Đối tượng nghiên cứu**

- Là NCT không phân biệt giới tính có thời gian sống trên địa bàn nghiên cứu từ 1 năm trở lên tính đến ngày 1 tháng 1 năm 2013 (sinh từ năm 1953 trở về trước).

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị của trạm y tế xã.
- Cơ sở vật chất, trang thiết bị và các trường phòng khám tư nhân.

❖ *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Người bị tâm thần, bị rối loạn tâm thần, không có khả năng hợp tác trả lời phỏng vấn.
- Người quá già yếu.
- Người không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hợp tác nghiên cứu đầy đủ.

**2.1.3. Thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2013.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu này được thiết kế theo nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích qua một cuộc điều tra cắt ngang, nhằm mô tả khả năng cung ứng, tiếp cận và thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại một số xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu cho phỏng vấn người cao tuổi

$$\text{Áp dụng công thức: } n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu phỏng vấn người cao tuổi.

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

p: Là tỷ lệ người cao tuổi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (để cỡ mẫu lớn nhất lấy  $p = 0,5$ ).

d: Sai số mong muốn (lấy  $d = 0,05$ )

Thay vào công thức ta có cỡ mẫu  $n = 384$  người, làm tròn cỡ mẫu là 400 người.

- Cỡ mẫu điều tra cơ sở vật chất của các cơ sở y tế: cơ sở vật chất của 4 trạm y tế được chọn, các cơ sở y tế tư nhân ở 4 thôn được chọn trong các xã nghiên cứu.

#### \* Phương pháp chọn mẫu

- Chọn huyện: Chọn chủ định huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định là huyện có điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội thuộc diện trung bình trong tỉnh vào nghiên cứu.

- Chọn xã:

+ Nhóm xã 1: Chọn chủ định xã Đại Thắng và xã Liên Minh là 2 xã xa trung tâm TP Nam Định (cách trung tâm TP Nam Định hơn 10 km).

+ Nhóm xã 2: Chọn chủ định xã Thành Lợi và xã Liên Bảo là 2 xã gần trung tâm TP Nam Định (cách trung tâm TP Nam Định 5km) và hiện nay có sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đang thực tập.

- Chọn đối tượng NCT vào nghiên cứu:

Tổng số NCT điều tra trong 4 xã là 400 NCT được chia đều ra 4 xã, mỗi xã nghiên cứu 100 NCT.

Tại mỗi xã bốc thăm ngẫu nhiên 1 thôn được: thôn Hồng Tiến xã Đại Thắng, thôn Nhất xã Liên Minh, Thôn Cốc Thành xã Thành Lợi và thôn Trình Xuyên xã Liên Bảo.

Tại mỗi thôn được chọn, lập danh sách NCT, bốc thăm ngẫu nhiên chọn đối tượng nghiên cứu đầu tiên của thôn.

Chọn đối tượng NCT kế tiếp theo nguyên tắc công liền công cho đến khi đủ số lượng mẫu của mỗi thôn

- Chọn cơ sở y tế tư nhân: Chọn tất cả các cơ sở y tế tư nhân tại 4 thôn của 4 xã đã được chọn: tại nhóm xã 1 có 2 cơ sở và nhóm xã 2 có 4 cơ sở.

### **2.2.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu**

- Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh người cao tuổi.

+ Cơ sở vật chất và nhân lực trạm y tế xã

- Cơ sở vật chất
- Nhân lực
- Trang thiết bị và thuốc thiết yếu

+ Cơ sở vật chất và nhân lực các cơ sở khám chữa bệnh y tế tư nhân.

- Cơ sở vật chất
- Nhân lực
- Trang thiết bị

+ Đặc điểm người cao tuổi

+ Sử dụng bảo hiểm y tế

+ Điều kiện chi trả cho việc khám chữa bệnh

+ Khoảng cách từ nhà tới các cơ sở khám chữa bệnh

+ Phương tiện đi khám chữa bệnh

+ Thời gian đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh

- Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi

+ Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi trong 4 tuần qua.

- Mắc triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua
- Xử trí trong lần ốm gần nhất.

- Lý do không đi khám bệnh.
- Khả năng sinh hoạt của NCT khi có triệu chứng bệnh

+ Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi

- Nơi thường đi khám chữa bệnh
- Lý do đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế
- Dịch vụ điều trị sử dụng
- Người chăm sóc khi điều trị dịch vụ nội trú và ngoại trú
- Phương pháp điều trị
- Kết quả điều trị

**\* Một số khái niệm cơ bản dùng trong biến số**

- Trạm y tế xã là đơn vị y tế tuyến cơ sở gần dân nhất thực hiện dưới sự chỉ đạo trực tiếp của Trung tâm Y tế huyện có các nhiệm vụ sau [13]:

+ Lập kế hoạch hoạt động và lựa chọn chương trình ưu tiên về chuyên môn y tế của UBND xã, phường, thị trấn duyệt, báo cáo Phòng Y tế, quận, thị xã và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch đã được phê duyệt.

+ Phát hiện báo cáo kịp thời các bệnh dịch lên tuyến trên và giúp chính quyền địa phương thực hiện các biện pháp về công tác vệ sinh phòng bệnh, phòng chống dịch, giữ vệ sinh những nơi công cộng và đường làng, xã, tuyên truyền ý thức bảo vệ sức khỏe cho mọi đối tượng tại cộng đồng.

+ Tuyên truyền vận động, triển khai thực hiện các biện pháp chuyên môn về bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình, đảm bảo việc quản lý thai, khám thai và đỡ đẻ thường cho sản phụ.

+ Tổ chức sơ cứu ban đầu, khám, chữa bệnh thông thường cho nhân dân tại trạm y tế và mở rộng dần việc quản lý sức khỏe tại hộ gia đình.

+ Tổ chức khám sức khỏe và quản lý sức khỏe cho các đối tượng trong khu vực mình phụ trách, tham gia khám tuyển nghĩa vụ quân sự.

+ Xây dựng vốn tủ thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn và hợp lý, có kế hoạch quản lý các nguồn thuốc. Xây dựng phát triển vườn thuốc nam, kết hợp ứng dụng y học dân tộc trong phòng và chữa bệnh.

+ Quản lý các chỉ số sức khỏe và tổng hợp báo cáo, cung cấp thông tin kịp thời, chính xác lên tuyến trên theo quy định thuộc đơn vị mình phụ trách.

+ Bồi dưỡng kiến thức chuyên môn kỹ thuật cho cán bộ y tế thôn, làng, ấp, bản và nhân viên y tế cộng đồng.

+ Tham mưu cho chính quyền, xã, phường, thị trấn và phòng y tế chỉ đạo thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.

+ Phát hiện, báo cáo UBND xã và cơ quan y tế cấp trên các hành vi hoạt động y tế phạm pháp trên địa bàn để kịp thời ngăn chặn và xử lý.

+ Kết hợp chặt chẽ với các đoàn thể quần chúng, các ngành trong xã để tuyên truyền và cùng tổ chức thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

- Triệu chứng bệnh là hiện tượng sức khỏe không bình thường có hoặc không ảnh hưởng tới khả năng sinh hoạt của người bệnh do người bệnh tự cảm nhận hoặc do bác sỹ khám bệnh phát hiện ra.

- Phương pháp điều trị là cách thức mà bác sỹ sử dụng để chữa cho người bệnh.

- Có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua là tình hình bệnh tật xảy ra với NCT có triệu chứng bệnh trong vòng 1 tháng qua tính từ ngày điều tra trở về trước.

- Cơ sở khám chữa bệnh là các loại bệnh viện, trạm y tế, phòng khám y tế tư nhân.

- Tỷ lệ CBYT trạm y tế xã/10000 dân = (tổng số CBYT trạm y tế xã \* 10.000)/dân số của xã đó.

#### **2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin**

+ Đánh giá qua biểu mẫu: Dựa vào danh mục cơ sở hạ tầng, nhân lực, các trang thiết bị, thuốc thiết yếu quy định cho trạm y tế theo quy định của Bộ Y tế để đánh giá (phụ lục 2).

+ Phỏng vấn trực tiếp NCT theo bộ câu hỏi (phụ lục 1).

Việc phỏng vấn được tiến hành theo phương pháp phỏng vấn trực tiếp từng người một theo nội dung bộ câu hỏi được soạn sẵn. Bộ câu hỏi được hoàn thiện sau điều tra thử.

Điều tra viên là người trực tiếp thu thập số liệu, họ là người có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng của cuộc điều tra, nên tiêu chuẩn đã chọn là người khỏe mạnh, có tinh thần trách nhiệm, trung thực, có nghiệp vụ, có khả năng giao tiếp tốt.

Với người cao tuổi không hợp tác, điều tra viên phải giải thích động viên NCT hợp tác, trong trường hợp NCT được chọn vẫn không hợp tác thì thay thế bằng NCT khác trong cùng thôn.

Phương pháp ghi chép phiếu và kiểm tra kết quả ghi chép phiếu: Cách ghi chép phiếu là công việc cơ bản mà điều tra viên phải làm, có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng điều tra nên được tập huấn kỹ. Trong quá trình tập huấn đã hướng dẫn cho điều tra viên phương pháp kiểm tra logic giữa các câu hỏi và kết hợp làm thử, đóng vai phỏng vấn theo bộ câu hỏi để sửa chữa, bổ sung kịp thời, nếu chưa đạt thì phải tập huấn lại.



+ Điều tra viên phòng vấn trường cơ sở y tế tư nhân và đánh giá cơ sở vật chất của cơ sở theo phụ lục 3 đã được soạn sẵn.

### **2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá**

*\* Đánh giá nhân lực của trạm y tế xã [6]:*

- Đảm bảo đủ định mức biên chế theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT – BHYT – BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ. Biên chế tối thiểu của 1 TYT xã là 5 biên chế.

+ Đối với xã đồng bằng, trung du trên 6000 dân: tăng 1500 đến 2000 dân thì tăng thêm 1 biên chế cho trạm; tối đa không quá 10 biên chế/trạm.

+ Các phường, thị trấn và những xã có các cơ sở khám chữa bệnh đóng trên địa bàn: bố trí tối đa 5 biên chế/trạm.

+ Hệ số điều chỉnh theo vùng địa lý: vùng đồng bằng và trung du: hệ số 1; miền núi, vùng sâu, xa, vùng đồng bằng sông Hồng và Cửu Long: hệ số 1,2; vùng cao, hải đảo: hệ số 1,3.

+ Cơ cấu nhân lực có đủ 5 nhóm chức danh chuyên môn: i) bác sỹ; ii) y sỹ (đa khoa/YHCT/sản nhi); iii) hộ sinh trung học; iv) điều dưỡng trung học; v) dược sỹ trung học (đối với miền núi có thể là dược sỹ sơ học, có thể chuyên trách hoặc kiêm nhiệm).

*\* Đánh giá cơ sở hạ tầng của trạm y tế xã theo quyết định số 3447/QĐ-BYT về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã [10]:*

- Vị trí của TYT xã là vị trí đặt trạm y tế mà người dân dễ dàng tiếp cận về giao thông như tại trung tâm xã, hoặc cạnh đường giao thông chính của xã; xe ô tô cứu thương có thể vào trong trạm y tế; đối với vùng sông nước, có thể tiếp cận được bằng đường thủy.

- Diện tích TYT xã đảm bảo:

*Thành thị:* Diện tích mặt bằng đất từ 60m<sup>2</sup> trở lên; diện tích xây dựng và sử dụng khối nhà chính từ 150 m<sup>2</sup> trở lên.

*Nông thôn, miền núi:* Diện tích mặt bằng đất từ 500m<sup>2</sup> trở lên; diện tích xây dựng và sử dụng khối nhà chính từ 250m<sup>2</sup> trở lên.

- Trạm y tế xã về cơ bản được xây dựng theo tiêu chuẩn thiết kế trạm y tế cơ sở và tiêu chuẩn ngành hiện hành. Khu vực nông thôn có ít nhất 10 phòng chức năng trong số 13 phòng sau: phòng khám bệnh; y dược cổ truyền; quây dược/kho; phòng xét nghiệm cận lâm sàng; tiết trùng; phòng sơ cứu, cấp cứu; phòng lưu bệnh nhân, sản phụ; phòng khám phụ khoa, kế hoạch hóa gia đình; phòng đẻ; phòng tiêm; phòng tư vấn, truyền thông - giáo dục sức khỏe; phòng dân số - kế hoạch hóa gia đình; phòng hành chính; phòng rục.

\* *Đánh giá trang thiết bị theo quy định đối với TYT có bác sỹ [5], thuốc thiết yếu tại TYT xã theo danh mục thuốc thiết yếu lần thứ V [7].*

- Trang thiết bị:

+ Khám và điều trị chung: 69 loại

+ Khám chuyên khoa: 17 loại

+ Xét nghiệm: 6 loại

+ Khám điều trị sản phụ khoa: 35 loại

+ Y học cổ truyền: 24 loại

+ Thiết bị và dụng cụ tiết khuẩn: 9 loại

+ Thiết bị thông dụng: 16 loại

+ TYT có bác sỹ tùy theo nhu cầu và điều kiện hoạt động, có ít nhất 2 trong số các trang thiết bị sau: máy điện tim, máy siêu âm đen trắng xách tay, máy đo đường huyết.

- Thuốc thiết yếu:

+ Thuốc đường tiêu hóa: 15 loại

+ Thuốc tác dụng trên hệ hô hấp: 6 loại

+ Thuốc tác dụng đối với máu: 7 loại

+ Thuốc tim mạch:	19 loại
+ Thuốc lợi tiểu:	2 loại
+ Thuốc điều trị đau nửa đầu:	2 loại
+ Thuốc chống Parkinson:	2 loại
+ Thuốc chống động kinh:	3 loại
+ Thuốc chống rối loạn tâm thần:	1 loại
+ Thuốc gây mê, gây tê:	4 loại
+ Thuốc hạ sốt, giảm đau, chống viêm:	9 loại
+ Thuốc cho mắt, tai mũi họng:	11 loại
+ Thuốc chống nhiễm khuẩn:	29 loại
+ Thuốc chống nấm:	5 loại
+ Sinh phẩm miễn dịch:	13 loại
+ Thuốc điều trị bệnh do động vật nguyên sinh:	9 loại
+ Thuốc trị giun sán đường ruột:	3 loại
+ Thuốc ngoài da:	14 loại
+ Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn:	5 loại
+ Dung dịch điều chỉnh nước điện giải và cân bằng acid - base:	7 loại
+ Vitamin và các chất vô cơ:	10 loại
+ Thuốc giải độc:	3 loại
+ Hormon, nội tiết tố, thuốc tránh thai:	8 loại
+ Thuốc tẩy trùng và khử mùi:	4 loại

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu điều tra được kiểm tra, làm sạch các lỗi, mã hoá và nhập thông tin vào máy tính, xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5, sử dụng phương pháp thống kê thông thường để phân tích.

- Các kết quả được trình bày, mô tả bằng bảng và biểu đồ.

## 2.4. Hạn chế của đề tài nghiên cứu và cách khắc phục

- Do thời gian và nguồn lực có hạn nên kết quả thu được từ nghiên cứu chỉ có giá trị cho tại địa điểm nghiên cứu chứ không đưa ra kết quả chung cho toàn tỉnh hay một vùng.

- Sai số nhớ lại là khả năng nhớ lại của người cao tuổi sẽ hạn chế thu thập được thông tin đầy đủ và chính xác.

- Sai số do kỹ năng của điều tra viên khi phỏng vấn các đối tượng nghiên cứu (bỏ sót các thông tin trong bộ câu hỏi thiết kế sẵn)

\* Cách khắc phục:

- Hạn chế những sai số nhớ lại bằng cách chỉ phỏng vấn người cao tuổi có khả năng nhớ lại trong 4 tuần qua.

- Khắc phục những sai số trong khi thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn thử (pretest) 10% mẫu để kiểm tra chất lượng thông tin và bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu, sau đó hiệu chỉnh lại cho phù hợp.

- Tập huấn kỹ cho các điều tra viên, giám sát chặt chẽ trong quá trình điều tra.

- Thiết kế bộ câu hỏi chi tiết, dễ hiểu.

- Các bộ câu hỏi sau khi phỏng vấn xong được các giám sát viên kiểm tra lại hàng ngày, nếu có sai sót điều tra viên cho điều tra lại.

## 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Được sự đồng ý của trung tâm y tế dự phòng, phòng y tế huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định. Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu sẽ được thông báo rõ về mục đích nghiên cứu. Nếu không đồng ý, đối tượng có quyền từ chối không tham gia.

- Các thông tin cần giữ bí mật về đối tượng bằng cách mã hoá.

- Nghiên cứu không có tác động nào trực tiếp đến đối tượng nghiên cứu.
- Nghiên cứu này không ảnh hưởng đến phong tục tập quán, tín ngưỡng của người dân địa phương.
- Kết quả nghiên cứu sẽ thông báo lại cho địa phương, cung cấp thêm thông tin nhằm cải thiện công tác khám chữa bệnh tại trạm y tế xã cũng như mạng lưới y tế khu vực huyện Vụ bản và đáp ứng nhu cầu trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho nhân dân.

Thư viện số NDUN

## CHƯƠNG III

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của NCT

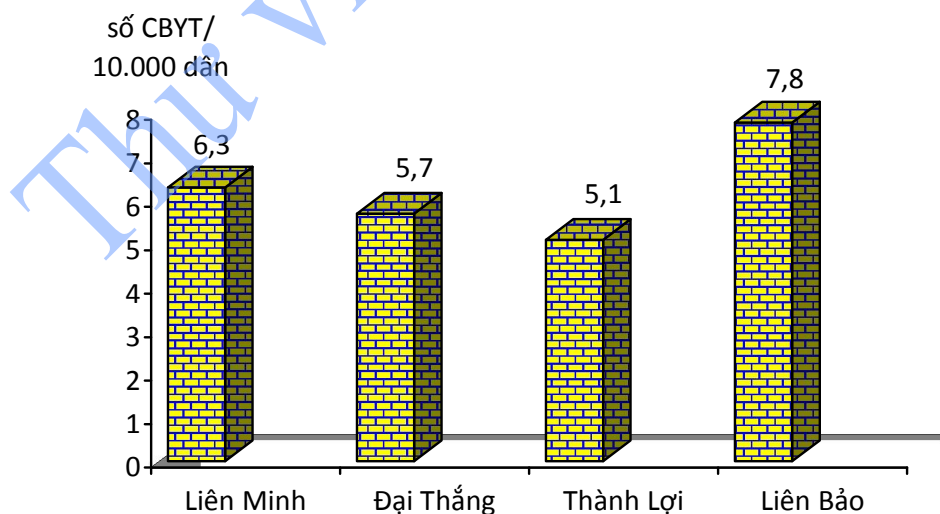
##### 3.1.1. Khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho người cao tuổi

➤ Nhân lực và cơ sở vật chất của các trạm y tế

**Bảng 3.1. Nguồn nhân lực tại các trạm y tế xã**

	Xã	BS	YSSN/ NHS	YHCT	DS	ĐDTTC	Tổng cộng
Nhóm xã 1	Liên Minh	1	3	0	1	1	6
	Đại Thắng	1	3	0	1	1	6
Nhóm xã 2	Thành Lợi	1	3	1	2	1	8
	Liên Bảo	1	1	1	1	3	7

Kết quả bảng 3.1 cho thấy 4 trạm y tế đều có bác sỹ, các TYT có số cán bộ y tế lớn hơn 5 - biên chế tối thiểu cho 1 TYT xã. Trạm y tế xã Liên Minh và Đại Thắng không có cán bộ chuyên môn về y học cổ truyền.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ CBYT/10.000 dân của các trạm y tế xã**

Kết quả đánh giá nhân lực của các trạm y tế xã cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế trên 10.000 dân cao nhất xã Liên Bảo đạt 7,8 CB; thấp nhất xã Thành Lợi đạt 5,1CB.

**Bảng 3.2. Cơ sở vật chất hiện có theo quy định của các trạm y tế**

Loại cơ sở vật chất	Số quy định	Nhóm xã 1		Nhóm xã 2	
		Liên Minh	Đại Thắng	Thành Lợi	Liên Bảo
Số giường bệnh	5-10	11	8	12	6
Quầy thuốc	1	1	1	1	1
Tủ thuốc	2	3	3	3	3
Số cây thuốc nam	>40	60	35	40	60
Số phòng chức năng	10	12	10	10	10

Kết quả bảng 3.2 cho thấy mỗi trạm y tế xã có 1 quầy thuốc. Số giường bệnh, tủ thuốc và số phòng chức năng của mỗi trạm lớn hơn số quy định. Trạm y tế xã Đại Thắng có 35 loại cây thuốc nam, thiếu 5 loại cây so với quy định.

**Bảng 3.3. Số lượng trang thiết bị còn thiếu theo quy định tại các trạm y tế**

Loại trang thiết bị	Số quy định	Nhóm xã 1		Nhóm xã 2	
		Liên Minh	Đại Thắng	Thành Lợi	Liên Bảo
Khám và điều trị chung	69	12	20	10	15
Khám chuyên khoa	17	5	5	7	7
Xét nghiệm	6	1	5	5	5
Khám điều trị sản phụ khoa, đỡ đẻ	35	5	5	7	5
Y học cổ truyền	24	10	16	14	12
Thiết bị và dụng cụ tiệt khuẩn	9	2	4	2	3
Thiết bị thông dụng	16	5	3	4	6
Tổng	176	40	58	49	53

Kết quả bảng 3.3 cho thấy với trang thiết bị xét nghiệm: các xã Đại Thắng, Thành Lợi, Liên Bảo thiếu 5 loại; trạm y tế xã Liên Minh chỉ thiếu 1 loại. Tính chung các loại trang thiết bị tại các trạm y tế xã thấy xã Đại Thắng thiếu nhiều nhất là 58 loại trang thiết bị và thiếu ít nhất là trạm y tế xã Liên Minh 40 loại. Trung bình 4 xã thiếu 50 loại dụng cụ trong tổng số 176 dụng cụ theo quy định chiếm 28,4%.

**Bảng 3.4. Số lượng thuốc thiết yếu còn thiếu theo quy định tại các trạm y tế**

Loại thuốc thiết yếu	Số quy định	Nhóm xã 1		Nhóm xã 2	
		Liên Minh	Đại Thắng	Thành Lợi	Liên Bảo
Thuốc tác động trên bộ máy tiêu hoá	15	1	2	4	2
Thuốc tác động trên hệ máu, tim mạch	28	11	9	7	9
Thuốc tác động trên hệ hô hấp	6	0	0	0	0
Thuốc tác động trên hệ thần kinh	21	1	1	1	1
Thuốc cho mắt, tai mũi họng	11	1	2	2	1
Hormon và thuốc điều chỉnh rối loạn nội tiết tố	8	3	2	1	1
Thuốc kháng khuẩn toàn thân	47	6	6	14	5
Thuốc chống ký sinh trùng, diệt sâu bọ	26	5	7	4	6
Thuốc chống ung thư và điều hoà miễn dịch	5	0	1	2	1
Các vitamin và khoáng chất	17	0	0	0	0
Thuốc giải độc	3	0	0	0	0
Thuốc tẩy trùng, khử mùi	4	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>191</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>26</b>



Kết quả bảng 3.4 cho thấy 4 trạm y tế có đầy đủ các nhóm thuốc: thuốc tác động trên hệ hô hấp, các vitamin - khoáng chất, thuốc giải độc và thuốc tẩy trùng - khử mùi. Trạm y tế xã Thành Lợi thiếu nhóm thuốc kháng khuẩn toàn thân nhiều nhất là 14 loại. Tính chung thấy trạm y tế xã Thành Lợi thiếu nhiều nhất (35 loại), trạm y tế xã Liên Bảo thiếu ít nhất (26 loại) so với quy định của Bộ Y tế đối với trạm y tế xã có bác sỹ. Trung bình 4 xã thiếu 30 loại thuốc chiếm tỷ lệ 15,7%.

➤ *Nhân lực và cơ sở vật chất các cơ sở khám chữa bệnh y tế tư nhân*

**Bảng 3.5. Thông tin chung về cơ sở y tế tư nhân**

	Nhóm xã 1	Nhóm xã 2	Chung
Số phòng khám	2	4	6
Có giấy chứng nhận đăng lý hành nghề	0	0	0
Loại hình phòng khám đa khoa	2	4	6
Trưởng phòng khám công tác tại cơ quan nhà nước	2	4	6

Qua kết quả của bảng 3.5 cho thấy nhóm xã 1 có 2 phòng khám tư nhân, nhóm xã 2 có 4 phòng khám tư nhân. 100% phòng khám tư nhân của cả 2 nhóm xã không có giấy chứng nhận đăng ký hành nghề. 6/6 phòng khám là loại hình phòng khám đa khoa và các trưởng phòng khám này hiện đang công tác tại các cơ quan nhà nước.

**Bảng 3.6. Cơ sở vật chất của cơ sở y tế tư nhân**

Cơ sở vật chất		Nhóm xã 1 (n = 2)	Nhóm xã 2 (n = 4)	Chung (n = 6)
Biển hiệu	Có	0	0	0
	Không	2	4	6
Loại nhà	Cấp 4	0	2	2
	Mái bằng	2	2	4
Số phòng/cơ sở y tế	1 phòng	2	4	6
	>2 phòng	0	0	0
Diện tích sử dụng của mỗi phòng	< 10 m <sup>2</sup>	2	4	6
	≥ 10 m <sup>2</sup>	0	0	0
Có bàn, ghế, đèn chiếu sáng		2	4	6
Có hộp chống shock		2	4	6

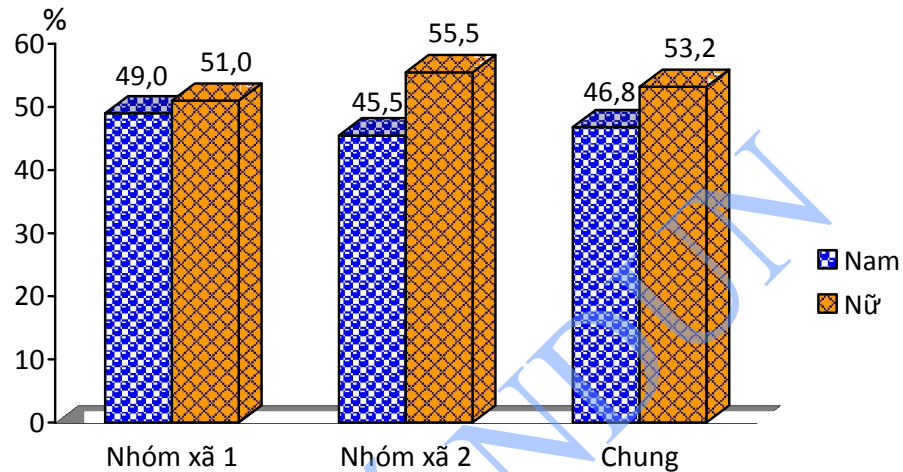
Kết quả bảng 3.6 cho thấy 6 phòng khám tư nhân của 2 nhóm xã không có biển hiệu và mỗi phòng khám chỉ có 1 phòng sử dụng với diện tích dưới 10m<sup>2</sup>. Nhóm xã 2 có 2 phòng khám là nhà cấp 4 và 2 phòng khám là loại nhà mái bằng. Trang thiết bị của 6 phòng khám có bàn, ghế, đèn chiếu sáng và có hộp chống sock.

### 3.1.2. Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi

**Bảng 3.7. Phân bố người cao tuổi theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
60 – 69 tuổi	80	40,0	73	36,5	153	38,2
70 – 79 tuổi	72	36,0	93	46,5	165	41,3
≥ 80 tuổi	48	24,0	34	17,0	82	20,5

Kết quả bảng 3.7 cho thấy có tới 41,3% NCT thuộc nhóm tuổi 70 – 79. Nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỷ lệ 38,2%. Nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên của nhóm xã 1 là 17,0% và nhóm xã 2 là 24,0%.



**Biểu đồ 3.2. Phân bố người cao tuổi theo giới**

Trong 400 NCT tham gia nghiên cứu có 213 NCT nữ giới chiếm tỷ lệ 53,2% và nam giới là 187 người chiếm tỷ lệ 46,8%. Tỷ lệ NCT nữ ở nhóm xã 2 là 55,5% và nhóm xã 1 là 51,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.8. Phân bố người cao tuổi theo trình độ học vấn**

Trình độ học vấn	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không biết chữ	20	10,0	24	12,0	44	11,0
Biết chữ	60	30,0	45	22,5	105	26,3
Tiểu học	69	34,5	64	32,0	133	33,2
THCS	22	11,0	39	19,5	61	15,3
THPT	12	6,0	21	10,5	33	8,2
Trung cấp trở lên	17	8,5	7	3,5	24	6,0

Kết quả bảng 3.8 cho thấy trình độ học vấn của NCT chủ yếu là tiểu học chiếm tỷ lệ 33,3%, tỷ lệ biết chữ chiếm 26,3%; NCT trình độ THCS là 15,3%; NCT trình độ THPT chiếm tỷ lệ 8,3%. Tuy nhiên cũng có 11,0% NCT không biết chữ và trình độ từ trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,0%.

**Bảng 3.9. Phân bố nghề nghiệp hiện tại của người cao tuổi**

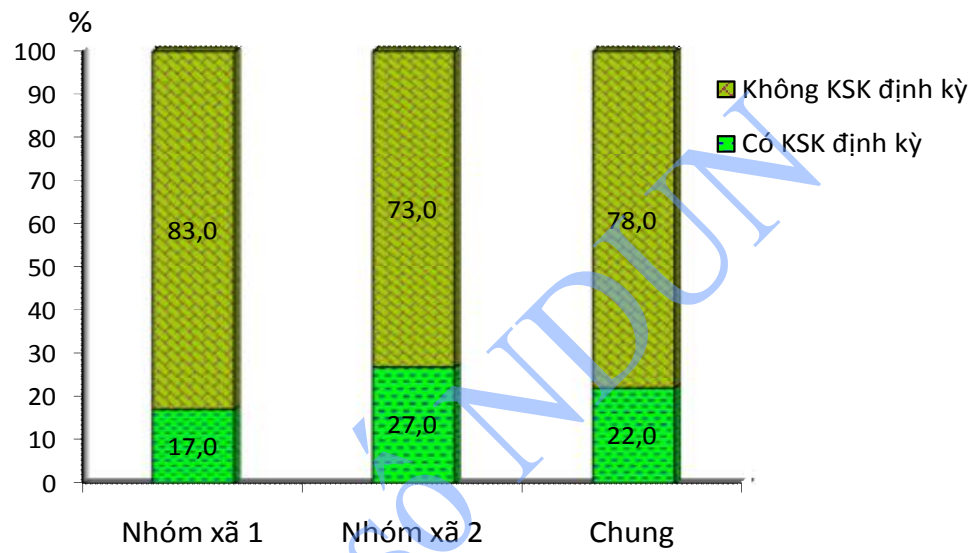
Nghề nghiệp	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Già yếu	59	29,5	72	36,0	131	32,8
Làm ruộng	74	37,0	67	33,5	141	35,2
Nội trợ	16	8,0	8	4,0	24	6,0
Buôn bán	41	20,5	48	24,0	89	22,2
Nghỉ hưu	10	5,0	5	2,5	15	3,8

Kết quả bảng 3.9 cho thấy nghề nghiệp chủ yếu của NCT làm ruộng chiếm tỷ lệ 35,3%; tiếp đến già yếu chiếm tỷ lệ 32,8%; NCT buôn bán chiếm tỷ lệ 22,3%. Số NCT nội trợ và nghỉ hưu chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.10. Phân bố tình trạng gia đình của người cao tuổi**

Tình trạng gia đình	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Sống cùng vợ/chồng	56	28,0	69	34,5	125	31,3
Sống một mình	23	11,5	32	16,0	55	13,8
Sống cùng con cháu	116	58,0	93	46,5	209	52,3
Sống với họ hàng	4	2,0	6	3,0	10	2,5
Sống với bạn	1	0,5	0	-	1	0,3

Kết quả bảng 3.10 cho thấy: 52,3% NCT sống cùng con cháu; 31,3% sống cùng vợ/chồng; 13,8% sống một mình; NCT sống với họ hàng và sống với bạn chiếm tỷ lệ thấp (2,5% và 0,3%).



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi khám sức khỏe định kỳ**

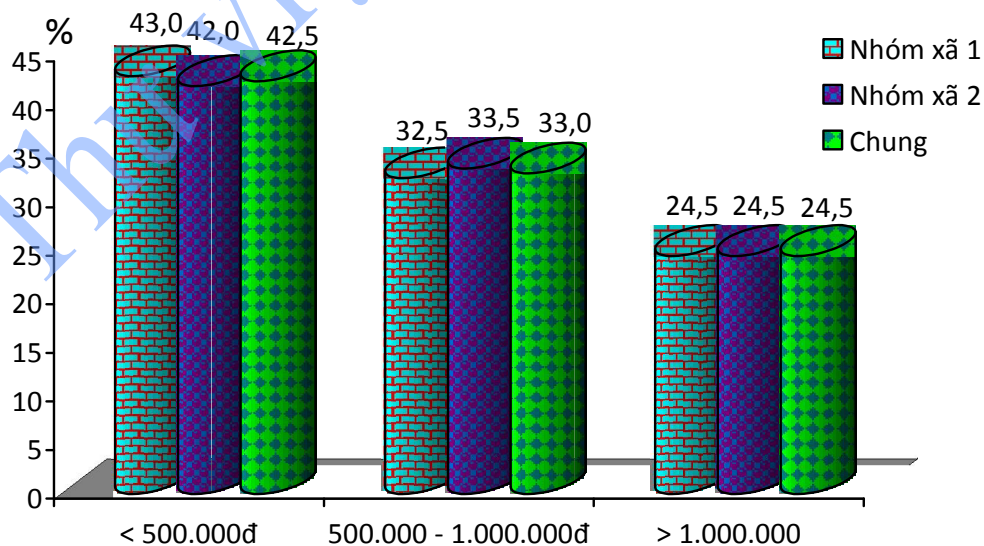
Biểu đồ 3.3 cho thấy: trong tổng số 400 NCT tham gia nghiên cứu có 88 NCT khám sức khỏe định kỳ chiếm tỷ lệ 22,0% và 312 NCT không khám sức khỏe định kỳ chiếm tỷ lệ 78,0%.

Tỷ lệ NCT có khám sức khỏe định kỳ của nhóm xã 2 (27,0%) cao hơn nhóm xã 1 (17,0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.11. Phân bố nguồn thu nhập chính của người cao tuổi**

Nguồn thu nhập	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Trợ cấp xã hội	37	18,5	42	21,0	79	19,8	>0,05
Lương hưu	10	5,0	5	2,5	15	3,8	>0,05
Tiền tiết kiệm	2	1,0	5	2,5	7	1,8	-
Tự bản thân kiếm sống	102	51,0	106	53,0	208	52,0	>0,05
Con cháu	44	22,0	39	19,5	83	20,8	>0,05
Khác	5	2,5	3	1,5	8	2,0	-

Kết quả bảng 3.11 cho thấy nguồn thu nhập chính của NCT là tự bản thân kiếm sống chiếm tỷ lệ cao nhất (52,0%), nguồn thu nhập từ con cháu chiếm tỷ lệ 20,8%, trợ cấp xã hội là 19,8%; nguồn thu nhập chính của NCT từ tiền tiết kiệm, lương hưu, khác chiếm tỷ lệ thấp.

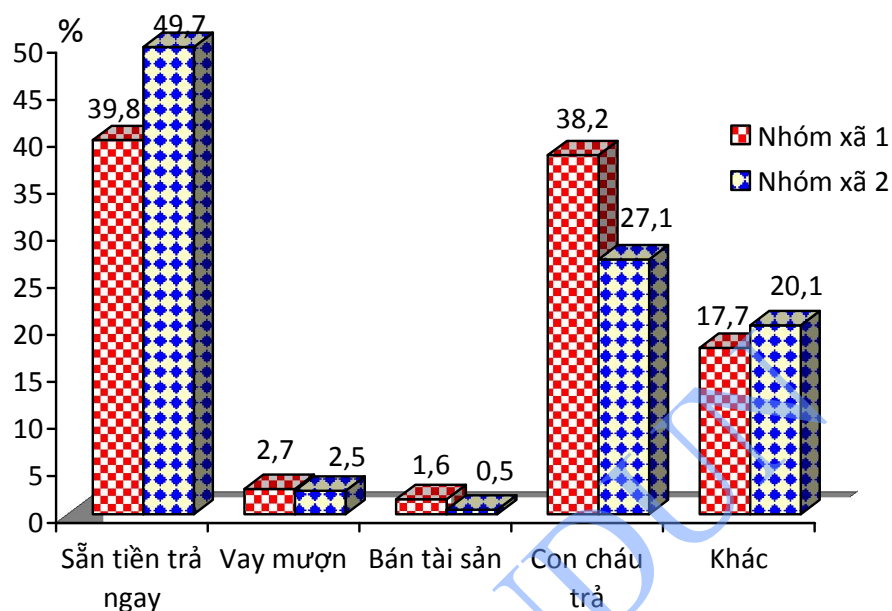
**Biểu đồ 3.4. Thu nhập trung bình/tháng của NCT**

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy thu nhập trung bình/tháng của NCT có thu nhập dưới 500.000đ cao nhất chiếm tỷ lệ 42,5%, thu nhập từ 500.000đ đến 1.000.000đ chiếm tỷ lệ 33,0%, NCT có thu nhập từ 1.000.000đ trở lên chiếm tỷ lệ 24,5%. Thu nhập trung bình/tháng của 2 nhóm xã không khác nhau nhiều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.12. Điều kiện chi trả của NCT khi điều trị tại các cơ sở KCB**

Điều kiện chi trả	Bệnh viện (n = 87)		Trạm y tế (n = 218)		Y tế tư nhân (n = 80)		Chung (n = 385)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sẵn tiền trả ngay	40	46,0	86	39,4	47	58,7	173	44,9
Vay mượn	2	2,3	4	1,8	4	5,0	10	2,6
Bán tài sản	1	1,1	2	0,9	1	1,3	4	1,0
Con cháu trả	33	37,9	65	29,8	27	33,7	125	32,5
Khác	11	12,6	61	28,0	1	1,3	73	19,0

Kết quả bảng 3.12 cho thấy trong tổng số 400 NCT tham gia nghiên cứu có 385 NCT lựa chọn tới các cơ sở khám chữa bệnh, số NCT khám chữa bệnh sẵn tiền trả ngay chiếm tỷ lệ cao nhất 44,9%, con cháu trả 32,5%, khác 19,0%. Số NCT phải vay mượn, bán tài sản chiếm tỷ lệ rất thấp (2,6%; 1,0%). Trong số cơ sở khám chữa bệnh NCT lựa chọn, cơ sở y tế tư nhân NCT đến khám chữa bệnh có sẵn tiền trả ngay chiếm tỷ lệ cao 58,7%.



**Biểu đồ 3.5. Điều kiện chi trả khám chữa bệnh của NCT ở 2 nhóm xã**

Kết quả biểu đồ 3.5 cho thấy điều kiện chi trả sẵn tiền trả ngay của NCT nhóm xã 2 (49,7%) cao hơn NCT nhóm xã 1 (39,8%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với điều kiện chi trả khám chữa bệnh của NCT do con cháu trả ở 2 nhóm xã (38,2% so với 27,1%;  $p < 0,05$ ).

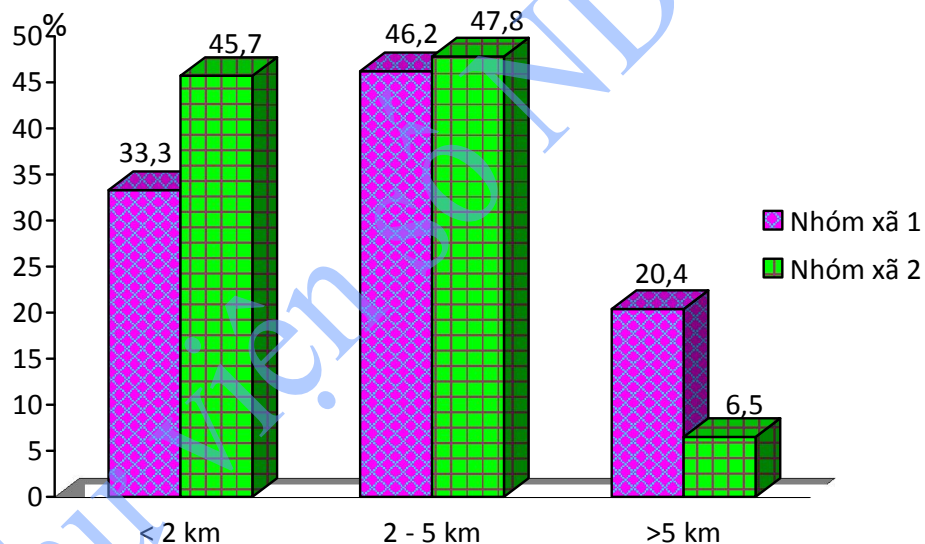
**Bảng 3.13. Khoảng cách từ nhà tới các cơ sở KCB người cao tuổi lựa chọn**

Khoảng cách	Bệnh viện (n = 87)		Trạm y tế (n = 218)		Y tế tư nhân (n = 80)		Chung (n = 385)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
< 2 km	3	3,4	110	50,5	40	50,0	153	39,7
2 – 5 km	38	43,7	108	49,5	35	43,8	181	47,0
> 5 km	46	52,9	0	-	5	6,2	51	13,2



Trong số 385 NCT lựa chọn các cơ sở khám chữa bệnh, từ nhà NCT đến các cơ sở KCB có khoảng cách 2 – 5 km chiếm tỷ lệ cao nhất 47%, tiếp đến khoảng cách dưới 2 km chiếm tỷ lệ 39,7% và thấp nhất là khoảng cách trên 5 km chiếm tỷ lệ 13,2%.

Trong số NCT lựa chọn KCB tại bệnh viện có 52,9% NCT có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện trên 5 km. Số NCT lựa chọn tới trạm y tế và cơ sở y tế tư nhân đều có khoảng cách từ nhà tới những cơ sở y tế này dưới 2 km chiếm tỷ lệ cao nhất (trạm y tế 50,5%, y tế tư nhân 50,0%). Đặc biệt từ nhà NCT tới TYT có khoảng cách trên 5 km là không có.



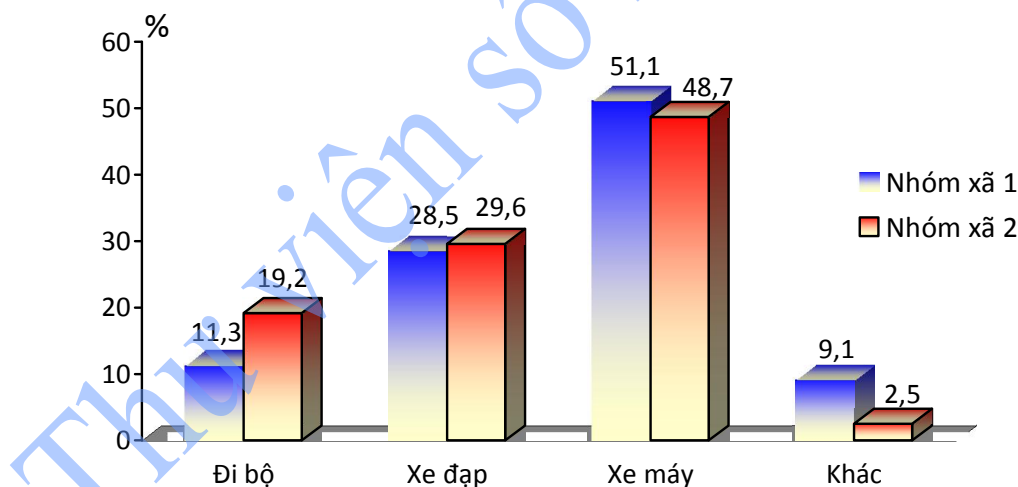
**Biểu đồ 3.6. Khoảng cách từ nhà NCT tới cơ sở KCB đã lựa chọn ở 2 nhóm xã**

Kết quả biểu đồ 3.6 cho thấy khoảng cách từ nhà NCT tới cơ sở khám chữa bệnh đã lựa chọn cao nhất là 2 – 5 km ở cả 2 nhóm xã (46,2 và 47,8). Nhóm xã 1 có khoảng cách trên 5 km (20,4%) cao hơn nhóm xã 2 (6,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). NCT ở nhóm xã 1 chủ yếu tới các cơ sở KCB có khoảng cách dưới 5 km chiếm tỷ lệ 93,5%.

**Bảng 3.14. Phương tiện NCT đi tới cơ sở khám chữa bệnh đã lựa chọn**

Phương tiện	Bệnh viện (n = 87)		Trạm y tế (n = 218)		Y tế tư nhân (n = 80)		Chung (n = 385)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Đi bộ	0	0,0	28	12,8	31	38,8	59	15,3
Xe đạp	5	5,7	90	41,3	18	22,5	113	29,4
Xe máy	67	77,0	94	43,1	30	37,5	191	49,6
Khác	15	17,2	6	2,8	1	1,2	22	5,7

Kết quả bảng 3.14 cho thấy phương tiện NCT đi đến các cơ sở khám chữa bệnh chủ yếu bằng xe máy (49,6%), sau đó là xe đạp (29,4%). NCT đi bộ tới cơ sở KCB chiếm tỷ lệ 15,3%. NCT đến bệnh viện đi bằng xe máy chiếm tỷ lệ cao (77%), không có NCT nào đi bộ tới bệnh viện.

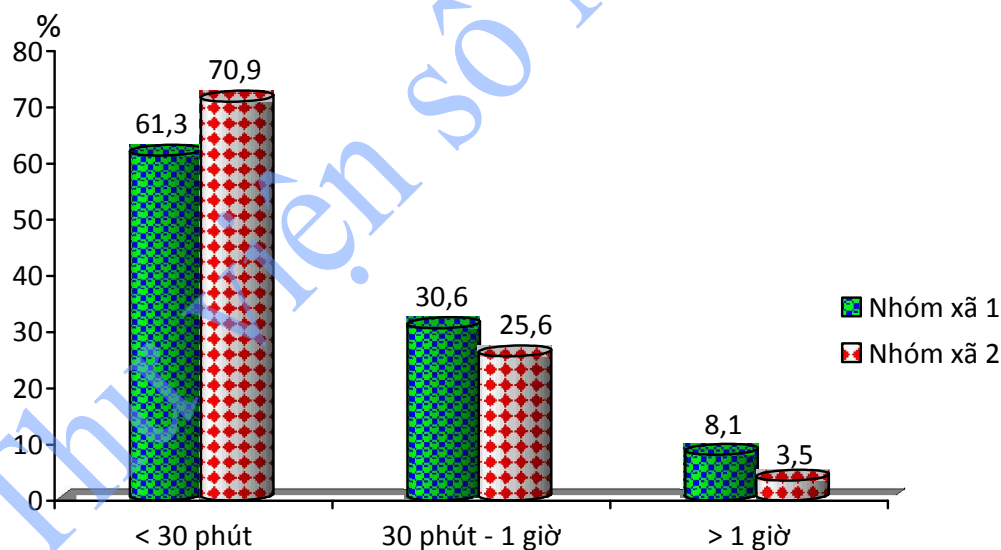
**Biểu đồ 3.7. Phương tiện NCT đi khám chữa bệnh ở 2 nhóm xã**

Kết quả biểu đồ 3.7 cho thấy phương tiện chủ yếu NCT tới cơ sở khám chữa bệnh bằng xe máy ở cả 2 nhóm xã (51,1 và 48,7), tiếp đó là xe đạp (28,5% và 29,6%). NCT đi bộ tới cơ sở KCB ở nhóm xã 2 chiếm tỷ lệ 19,2% cao hơn nhóm xã 1 chiếm tỷ lệ 11,3%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

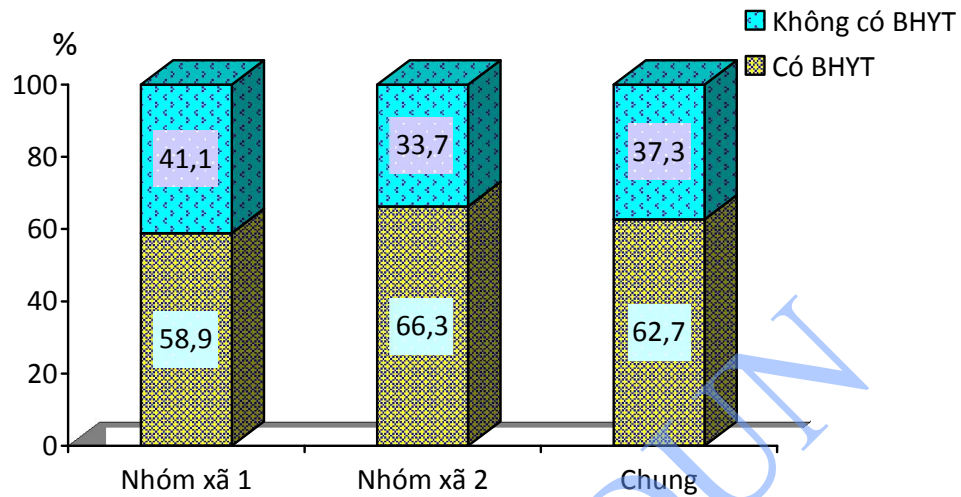
**Bảng 3.15. Thời gian NCT đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh**

Thời gian	Bệnh viện (n = 87)		Trạm y tế (n = 218)		Y tế tư nhân (n = 80)		Chung (n = 385)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
< 30 phút	19	21,8	179	82,1	57	71,3	255	66,2
30 phút – 1 giờ	47	54,0	39	17,9	22	27,5	108	28,1
> 1 giờ	21	24,1	0	0,0	1	1,2	22	5,7

Kết quả bảng 3.15 cho thấy thời gian đi đến các cơ sở khám chữa bệnh chủ yếu là dưới 30 phút (66,2%). Tuy nhiên giữa các cơ sở có sự khác nhau. Thời gian đến trạm y tế xã thì 82,1% NCT tốn dưới 30 phút, trong khi đến bệnh viện để KCB thì có tới 54,0% tốn thời gian từ 30 phút – 1 giờ.

**Biểu đồ 3.8. Thời gian NCT đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh**

Biểu đồ 3.8 cho thấy NCT ở nhóm xã 1 có thời gian đi dưới 30 phút chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3% và thấp nhất là thời gian trên 1 giờ chiếm tỷ lệ 8,1%. Nhóm xã 2 có số NCT đi tới cơ sở khám chữa bệnh dưới 30 phút cao nhất (70,9%), thời gian NCT đi mất 30 phút – 1 giờ là 25,6%, thấp nhất trên 1 giờ là 3,5%.



**Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ người cao tuổi sử dụng BHYT ở 2 nhóm xã (n = 400)**

Qua biểu đồ 3.9 thấy trong tổng số 400 NCT tham gia nghiên cứu có 257 NCT có BHYT chiếm tỷ lệ 62,7% và 153 NCT không có BHYT chiếm tỷ lệ 37,3%. NCT nhóm xã 2 có BHYT chiếm tỷ lệ 66,3% cao hơn nhóm xã 1 chiếm tỷ lệ 58,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

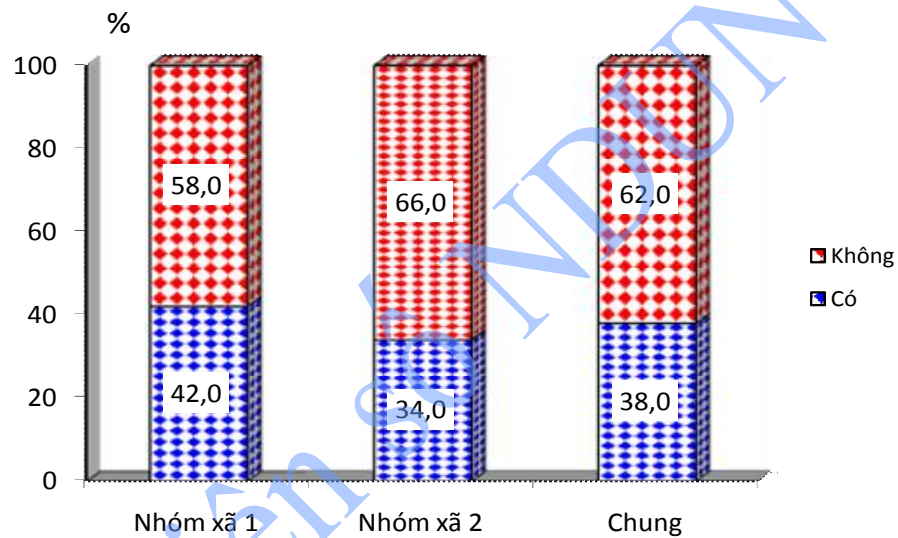
**Bảng 3.16. Tỷ lệ NCT sử dụng BHYT ở 2 nhóm xã**

		Nhóm xã 1 (n = 119)		Nhóm xã 2 (n = 138)		Chung (n = 257)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Loại hình BHYT	Tự nguyện	52	43,6	62	44,7	114	44,1	> 0,05
	Chế độ chính sách	67	56,4	76	55,3	143	55,9	> 0,05
Sử dụng BHYT khi đi KCB	Có	54	45,5	84	60,6	138	53,2	> 0,05
	Không	65	54,5	54	39,4	119	46,8	> 0,05

Kết quả bảng 3.16 cho thấy trong số 257 NCT có thẻ BHYT, tỷ lệ NCT tham gia BHYT tự nguyện là 44,1% và tham gia BHYT theo chế độ chính sách là 55,9%. Có 53,2% NCT sử dụng BHYT khi đi khám chữa bệnh.

### 3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế

#### 3.2.1. Tình hình NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua



**Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua**

Kết quả biểu đồ 3.10 cho thấy thời điểm 4 tuần trước nghiên cứu: trong số 400 NCT tham gia nghiên cứu chỉ có 152 NCT có triệu chứng bệnh chiếm tỷ lệ 38,0%, không có triệu chứng bệnh là 62,0%.

**Bảng 3.17. Khả năng sinh hoạt của NCT khi có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua**

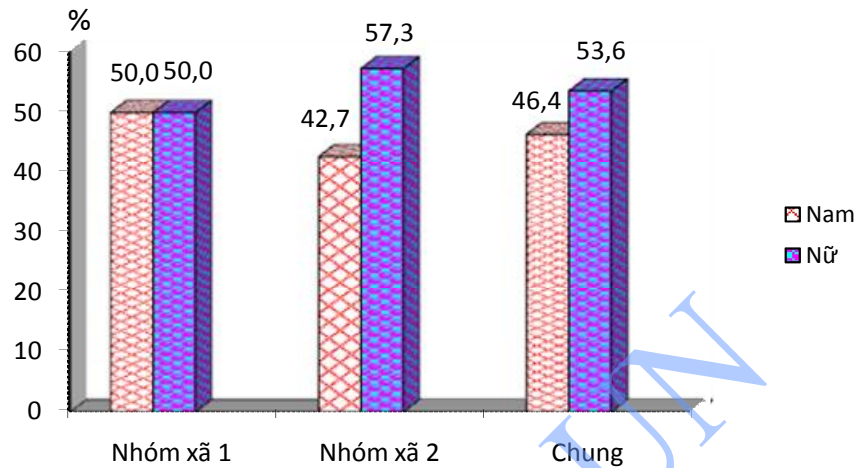
Khả năng sinh hoạt	Nhóm xã 1 (n = 84)		Nhóm xã 2 (n = 68)		Chung (n = 152)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Sinh hoạt bình thường	36	42,8	14	20,5	50	32,9	> 0,05
Thỉnh thoảng cần trợ giúp	43	51,2	32	47,1	75	49,3	> 0,05
Không tự sinh hoạt được	5	6,0	22	32,4	27	17,8	> 0,05

Kết quả bảng 3.17 cho thấy trong số 152 NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua có 49,3% NCT thỉnh thoảng cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày, 32,9% sinh hoạt bình thường và 17,8% không tự sinh hoạt được.

**Bảng 3.18. Cách xử trí của NCT khi có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua**

Cách xử trí	Nhóm xã 1 (n = 84)		Nhóm xã 2 (n = 68)		Chung (n = 152)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Không làm gì	10	11,9	4	5,9	14	9,2	>0,05
Tự điều trị	20	23,8	10	14,7	30	19,7	>0,05
Mời bác sĩ đến nhà	11	13,1	9	13,2	20	13,2	>0,05
Đi khám bệnh	43	51,2	45	66,2	88	57,9	>0,05

Bảng 3.18 cho thấy trong số 152 NCT có triệu chứng bệnh, tỷ lệ NCT đi khám bệnh là 57,9%; tự điều trị là 19,7%; mời bác sĩ đến nhà 13,2%. Tuy nhiên vẫn còn 9,2% NCT không làm gì cả khi có triệu chứng bệnh.



**Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua theo giới**

Kết quả biểu đồ 3.11 cho thấy NCT nữ có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua chiếm tỷ lệ 53,3% cao hơn nam giới chiếm tỷ lệ 46,7%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.19. Tỷ lệ người cao tuổi bị bệnh trong 4 tuần qua theo tuổi**

Nhóm tuổi	Nhóm xã 1 (n = 84)		Nhóm xã 2 (n = 68)		Chung (n = 152)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
60 - 69 tuổi	27	32,1	24	35,3	51	33,6	>0,05
70 - 79 tuổi	32	38,1	34	50,0	66	43,4	>0,05
≥ 80 tuổi	25	29,8	10	14,7	35	23,0	<0,05

Kết quả bảng 3.19 cho thấy NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần trước nghiên cứu có ở cả 3 nhóm tuổi, cao nhất nhóm tuổi 70 - 79 (43,4%), nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ 33,6%, nhóm tuổi 80+ chiếm tỷ lệ 23,0%. Nhóm tuổi 60 - 69 và nhóm tuổi 70 - 79 ở nhóm xã 1 thấp hơn nhóm xã 2, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa với nhóm tuổi trên 80 (29,8% so với 14,7%,  $p < 0,05$ ).



**Bảng 3.20. Lý do NCT mắc bệnh trong 4 tuần qua không khám bệnh**

Lý do	Nhóm xã 1 (n = 30)		Nhóm xã 2 (n = 14)		Chung (n = 44)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh nhẹ	11	36,7	6	42,9	17	38,6	>0,05
Không có tiền	2	6,7	1	7,1	3	6,8	-
Không quan tâm đến bệnh tật	2	6,7	1	7,1	3	6,8	-
Nơi bán thuốc gần nhà	8	26,6	2	14,3	10	22,8	-
Khác	7	23,3	4	28,6	11	25,0	>0,05

Kết quả bảng 3.20 cho thấy: trong số 152 NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần trước nghiên cứu thì có 44 NCT không khám bệnh. Tỷ lệ NCT mắc bệnh trong 4 tuần qua không khám bệnh với lý do bệnh nhẹ chiếm tỷ lệ 38,6%; nơi bán thuốc gần nhà 22,8%, lý do khác 25,0%. Với lý do bệnh nhẹ NCT nhóm xã 2 chiếm tỷ lệ 42,9% cao hơn nhóm xã 1 chiếm tỷ lệ 36,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

**Bảng 3.21. Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo địa bàn**

Nơi khám chữa bệnh	Nhóm xã 1 (n = 200)		Nhóm xã 2 (n = 200)		Chung (n = 400)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh viện	48	24,0	39	19,5	87	21,8	>0,05
Trạm y tế	98	49,0	120	60,0	218	54,5	>0,05
Y tế tư nhân	46	23,0	34	17,0	80	20,0	>0,05
Tự điều trị	8	4,0	7	3,5	15	3,7	>0,05



Kết quả bảng 3.21 cho thấy đa số NCT lựa chọn khám chữa bệnh tại trạm y tế với tỷ lệ 54,5%; có 21,8% NCT lựa chọn khám tại bệnh viện và 20,0% NCT lựa chọn y tế tư nhân, tự điều trị chiếm tỷ lệ thấp. Với sự lựa chọn trạm y tế, nhóm xã 2 có tỷ lệ (60,0%) cao hơn nhóm xã 1 (49,0%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.22. Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo giới**

Nơi khám chữa bệnh	Nam (n = 187)		Nữ (n = 213)		Chung (n = 400)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh viện	46	24,6	41	19,2	87	21,8	>0,05
Trạm y tế	94	50,3	124	58,3	218	54,4	>0,05
Y tế tư nhân	39	20,9	41	19,2	80	20,1	>0,05
Tự điều trị	8	4,2	7	3,3	15	3,7	>0,05

Kết quả bảng 3.22 cho thấy có 21,8% NCT tại địa bàn nghiên cứu lựa chọn bệnh viện, trong đó ở nam là 24,6% cao hơn ở nữ 19,2%. 54,4% NCT lựa chọn trạm y tế, tỷ lệ này ở nam là 50,3% thấp hơn ở nữ là 58,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.23. Phân bố nơi thường đi khám chữa bệnh của NCT theo nhóm tuổi**

Nơi khám chữa bệnh	60 – 69 tuổi (n = 153)		70 – 79 tuổi (n = 165)		≥ 80 tuổi (n = 82)		Chung (n = 400)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bệnh viện	37	24,2	31	18,8	19	23,2	87	21,8
Trạm y tế	79	51,6	95	57,6	44	53,7	218	54,4
Y tế tư nhân	30	19,6	34	20,6	16	19,5	80	20,1
Tự điều trị	7	4,6	5	3,0	3	3,6	15	3,7

Kết quả bảng 3.23 cho thấy 54,4% người cao tuổi lựa chọn KCB tại trạm y tế, trong đó nhóm tuổi 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 57,6%. Có 24,2% NCT ở nhóm tuổi 60 – 69 lựa chọn bệnh viện là nơi thường khám chữa bệnh.

**Bảng 3.24. Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại bệnh viện**

Lý do	Nhóm xã 1 (n = 48)		Nhóm xã 2 (n = 39)		Chung (n = 87)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Gần, thuận tiện	1	2,1	1	2,6	2	2,3	-
Giá cả chấp nhận được	0	-	0	-	0	-	-
Thái độ tốt	0	-	0	-	0	-	-
Trình độ chuyên môn tốt	34	70,8	14	35,9	48	51,2	<0,05
Tình trạng bệnh	15	31,3	13	33,3	28	32,2	>0,05
Thủ tục đơn giản	2	4,2	1	2,6	3	3,5	-
Có BHYT	9	18,7	19	48,7	28	32,2	<0,05

Kết quả bảng 3.24 cho thấy lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại bệnh viện chủ yếu là trình độ chuyên môn tốt chiếm tỷ lệ 51,2%, lý do tình trạng bệnh và có BHYT chiếm tỷ lệ bằng nhau (32,2%); các lý do: gần thuận tiện, thủ tục đơn giản chiếm tỷ lệ thấp. Không có NCT nào lựa chọn bệnh viện với lý do giá cả chấp nhận được và thái độ tốt.

Lý do lựa chọn bệnh viện của 2 nhóm xã có sự khác nhau, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) với lựa chọn lý do trình độ chuyên môn tốt (70,8% so với 35,9%) và có bảo hiểm y tế (18,7% so với 48,7%).

**Bảng 3.25. Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại trạm y tế**

Lý do	Nhóm xã 1 (n=98)		Nhóm xã 2 (n=120)		Chung (n=218)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Gần, thuận tiện	61	62,3	66	55,0	127	58,3	>0,05
Giá cả chấp nhận được	6	6,1	7	7,1	13	6,0	>0,05
Thái độ tốt	23	23,5	15	12,5	38	14,3	>0,05
Trình độ chuyên môn tốt	0	-	2	1,7	2	0,9	-
Tình trạng bệnh	6	6,1	4	3,3	10	4,6	>0,05
Thủ tục đơn giản	14	14,3	14	11,7	28	12,8	>0,05
Có BHYT	45	45,9	67	55,8	112	51,4	>0,05
Khác	1	1,0	0	0,0	1	0,5	-

Trong số những NCT lựa chọn trạm y tế có đến 58,3% lý do lựa chọn gần thuận tiện; tiếp đến là lý do có BHYT 51,4%. Nhóm xã 1 không có NCT nào chọn KCB tại TYT với lý do trình độ chuyên môn tốt.

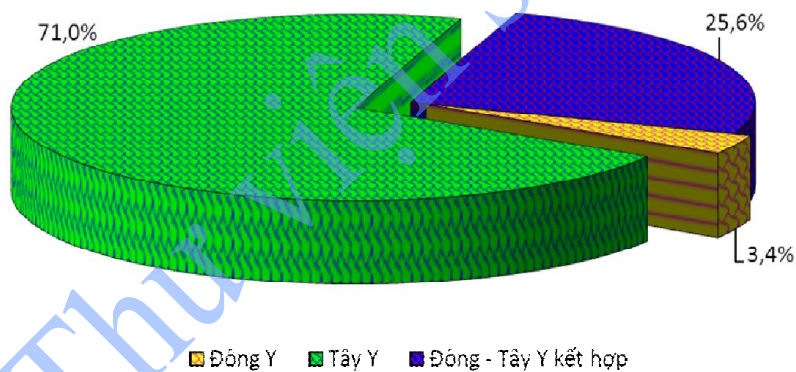
**Bảng 3.26. Lý do NCT chọn khám chữa bệnh tại y tế tư nhân**

Lý do	Nhóm xã 1 (n = 46)		Nhóm xã 2 (n = 34)		Chung (n = 80)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Gần, thuận tiện	19	41,3	28	82,4	47	58,8	<0,05
Giá cả chấp nhận được	13	28,3	7	20,6	20	25,0	>0,05
Thái độ tốt	7	15,2	10	29,4	17	21,3	>0,05
Trình độ chuyên môn tốt	5	10,9	0	0,0	5	6,3	-
Tình trạng bệnh	7	15,2	1	2,9	8	10,0	-
Thủ tục đơn giản	15	32,6	11	32,4	26	32,5	>0,05
Có BHYT	0	0,0	1	2,9	1	1,3	-

Kết quả bảng 3.26 cho thấy: lý do gần, thuận tiện được đưa ra cao nhất ở cả 2 nhóm xã có NCT lựa chọn y tế tư nhân, nhóm xã 2 có tỷ lệ 82,4% cao hơn nhóm xã 1 có tỷ lệ 41,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Lý do thủ tục đơn giản có tỷ lệ 32,5%, giá cả chấp nhận được 25,0%, thái độ tốt 21,3%, các lý do còn lại chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.27. Phân bố phương pháp điều trị của NCT tại các cơ sở KCB**

Phương pháp điều trị	Nhóm xã 1 (n = 186)		Nhóm xã 2 (n = 199)		Chung (n = 385)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đông Y	10	5,4	3	1,5	13	3,4	<0,05
Tây Y	121	65,1	153	76,9	274	71,0	<0,05
Kết hợp Đông Y - Tây Y	55	29,6	43	21,6	98	25,6	>0,05



**Biểu đồ 3.12. Phân bố phương pháp điều trị của NCT tại các cơ sở KCB**

Kết quả bảng 3.27 và biểu đồ 3.12 cho thấy 71% NCT lựa chọn phương pháp điều trị tây y; 25,6% sử dụng phương pháp điều trị kết hợp đông y - tây y; chỉ có 3,4% điều trị bằng đông y.

**Bảng 3.28. Phân bố loại dịch vụ người cao tuổi sử dụng tại các cơ sở KCB**

Dịch vụ điều trị	Nhóm xã 1 (n = 186)		Nhóm xã 2 (n = 199)		Chung (n = 385)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nội trú	12	6,5	18	9,0	30	7,8	>0,05
Ngoại trú	174	93,5	181	91,0	355	92,2	>0,05

Qua số liệu bảng 3.28 thấy rằng đa số NCT sử dụng dịch vụ ngoại trú ở cả 2 nhóm xã (92,2%), sử dụng dịch vụ nội trú chỉ có 7,8%. Sự khác nhau trong việc lựa chọn dịch vụ điều trị ở 2 nhóm xã thấp, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.29. Người chăm sóc người cao tuổi khi bị bệnh**

		Nhóm xã 1 (n = 186)		Nhóm xã 2 (n = 199)		Chung (n = 385)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Nội trú	Tự chăm sóc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Người giúp việc	1	8,3	2	11,1	3	10,0	-
	Người nhà	8	66,7	15	83,3	23	76,7	>0,05
	Nhân viên y tế	2	16,7	1	5,6	3	10,0	-
	Khác	1	8,3	0	0,0	1	3,3	-
	Tổng	12	100	18	100	30	100	
Ngoại trú	Tự chăm sóc	27	15,5	46	25,4	73	20,6	>0,05
	Người giúp việc	0	0,0	2	1,1	2	0,6	-
	Người nhà	136	78,2	130	71,8	266	74,9	>0,05
	Nhân viên y tế	5	2,9	2	1,1	7	2,0	-
	Khác	6	3,4	1	0,6	7	2,0	-
	Tổng	174	100	181	100	355	100	

Kết quả bảng 3.29 cho thấy: Người chăm sóc NCT chủ yếu là người nhà (nội trú 76,7% và ngoại trú 74,9%). Số NCT điều trị dịch vụ ngoại trú tự chăm sóc chiếm tỷ lệ khá cao (20,6%). Không có NCT nào điều trị dịch vụ nội trú phải tự chăm sóc.

**Bảng 3.30. Phân bố kết quả điều trị của người cao tuổi**

Kết quả điều trị	Nhóm xã 1 (n = 186)		Nhóm xã 2 (n = 199)		Chung (n = 385)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Khỏi	161	86,5	178	89,4	339	88,0	>0,05
Không khỏi	18	9,7	13	6,5	31	8,1	>0,05
Chuyển cơ sở điều trị khác	7	3,8	8	4,1	15	3,9	>0,05

Kết quả bảng 3.30 cho thấy: 88% NCT được điều trị khỏi; không khỏi chiếm tỷ lệ 8,1% và chuyển cơ sở điều trị khác chiếm tỷ lệ 3,9%. Kết quả điều trị của NCT ở 2 nhóm xã có khác nhau, nhóm xã 2 có kết quả điều trị khỏi và chuyển đi nơi khác cao hơn nhóm xã 1, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (89,4% so với 86,5%;  $p > 0,05$ )

## CHƯƠNG IV

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định năm 2013.

##### 4.1.1. Khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho người cao tuổi.

➤ *Cơ sở vật chất, nhân lực trạm y tế xã*

Trong những năm gần đây số NCT ở Việt Nam ngày càng tăng cao. Năm 2009, tỷ lệ NCT chiếm 9,0% dân số. Ước tính, tỷ lệ NCT sẽ chiếm 13% tổng dân số cả nước vào năm 2025 và 24% vào năm 2050. Sự thay đổi về cấu trúc sẽ kéo theo nhiều thay đổi, đòi hỏi việc đáp ứng các dịch vụ chăm sóc người cao tuổi phải tăng cả về số lượng và chất lượng dịch vụ y tế. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại 4 xã của huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định, 4 xã này được chia thành 2 nhóm xã: nhóm xã1 - xa trung tâm thành phố Nam Định; nhóm xã 2 - gần trung tâm thành phố Nam Định và hiện sinh viên đại học điều dưỡng Nam Định đang thực tập. Nghiên cứu được tiến hành khảo sát tại 4 trạm y tế chúng tôi nhận thấy:

Nhân lực là yếu tố hàng đầu của mọi nguồn lực, vì mọi sự vận hành và phát triển đều phải thông qua hoạt động của chủ thể vận động là con người, để đưa các kế hoạch, dự án vào hoạt động. Kết quả bảng 3.1 cho thấy cả 4 trạm y tế đều có bác sỹ là biên chế của trạm không có bác sỹ tăng cường, các TYT đều có số CBYT lớn hơn 5 – biên chế tối thiểu cho 1 TYT xã [6], như vậy là phù hợp với quy định của Bộ Y tế, đảm bảo cho các TYT xã hoạt động. Trạm y tế có số CBYT trên 10.000 dân cao nhất là xã Liên Bảo (7,8) cao hơn so với trung bình toàn quốc cho tuyến xã (7,02) [4]; các xã Thành Lợi, Liên Minh, Đại Thắng có số cán bộ y tế trên 10.000 dân lần lượt là (5,1; 6,3 và 5,7)

thấp hơn so với trung bình toàn quốc. Tính chung cả 2 nhóm xã, số cán bộ y tế trên 10.000 dân là 6,5 thấp hơn trung bình toàn quốc cho tuyến xã.

Hiện nay, tính chung cả nước thì số cán bộ được đào tạo bài bản, chính quy còn thiếu, do đó các trạm y tế xã Liên Minh và Đại Thắng không có cán bộ chuyên môn về YHCT là điều không tránh khỏi – phù hợp với thực tế của Việt Nam. Theo quy định tại Quyết định số 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ trong cơ cấu nhân lực của mỗi trạm y tế xã phải có 1 hoặc 2 bác sỹ hoặc y sỹ làm nhiệm vụ khám chữa bệnh chung, bảng 3.1 cho thấy 100% số xã trong nghiên cứu có bác sỹ là biên chế của trạm y tế cao hơn nghiên cứu của Phạm văn Tiên (tỷ lệ xã có bác sỹ làm việc tại xã chỉ có 66,2%) và cao hơn so với kết quả của cả nước (80% số TYT xã có bác sỹ) [9], [42].

Về tổ chức hệ thống y tế cơ sở thì các trạm y tế đều nằm ở trung tâm của các xã, trên trục lộ giao thông của xã – rất thuận tiện cho việc đi khám chữa bệnh của NCT vốn khó khăn về vấn đề đi lại. Diện tích của các trạm đảm bảo so với quy định trạm y tế xã.

Có nhân lực nhưng không có cơ sở vật chất thì kết quả làm việc sẽ không cao, cơ sở vật chất là một trong những yếu tố quyết định sự thành công hay thất bại, vì nhân lực có giỏi đến đâu mà không có cơ sở hạ tầng thì cũng không đạt được mục tiêu [26], [45]. Kết quả bảng 3.2 cho thấy cơ sở vật chất của cả 4 trạm y tế tương đối đầy đủ về số giường bệnh, quây thuốc, tủ thuốc, số phòng chức năng và số cây thuốc nam theo quy định của Bộ Y tế. Cơ sở vật chất của các trạm y tế đều tốt và đang sử dụng đảm bảo tiêu chuẩn tối thiểu cho 1 y tế xã [10]. Cho thấy cơ sở hạ tầng của các nhóm xã tương đối đầy đủ đã đảm bảo theo quy định của chuẩn quốc gia y tế xã.

Trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh của các xã còn thiếu nhiều, tất cả các TTB phục vụ ở các công tác khác nhau đều thiếu. Đây là tình trạng phổ biến chung, theo báo cáo chung Tổng quan ngành y tế 2012



cho thấy tình trạng thiếu trang thiết bị là rất phổ biến ở hầu hết các trạm y tế xã, mặc dù các trạm y tế xã được cấp các bộ trang thiết bị và dụng cụ cơ bản phục vụ cho công tác khám chữa bệnh, tuy nhiên không có kinh phí để mua mới hoặc thay thế sửa chữa [50]. Trang thiết bị phục vụ cho xét nghiệm ở các xã Liên Bảo, Đại Thắng và Thành Lợi thiếu nhiều nhất (thiếu 5 trong tổng số 6 loại) đó là các loại máy xét nghiệm sinh hóa, máy xét nghiệm huyết học, máy xét nghiệm nước tiểu, máy ly tâm nước tiểu, máy ly tâm, chỉ có duy nhất 1 tủ lạnh 150 lít - có điều này là do các trạm y tế này đã lâu chưa được kiện toàn, củng cố lại. Do cán bộ chuyên môn về YHCT thiếu nên cán bộ chuyên môn khác phụ trách về lĩnh vực này sẽ không đáp ứng được công tác YHCT ở các xã, cụ thể trang thiết bị có tỷ lệ thiếu cao, cao nhất là xã Đại Thắng (58 loại). Qua điều tra cho thấy TYT xã Liên Minh có máy xét nghiệm, máy siêu âm, nhưng những máy này đều không được sử dụng do thiếu cán bộ chuyên môn kỹ thuật để có thể vận hành. Để có được những loại máy này là do tại xã Liên Minh có dự án đầu tư xây dựng trạm y tế xã của một tổ chức phi chính phủ. Cơ sở vật chất là một trong những yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến việc lựa chọn nơi khám chữa bệnh của NCT. Trang thiết bị sử dụng chuyên dùng cho người cao tuổi – không trạm y tế nào có (ví dụ: xe lăn, máy tập....).

Cơ số thuốc của các trạm y tế khá đầy đủ, có 9 nhóm thuốc các TYT có đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế (thuốc gây mê, gây tê; thuốc hạ sốt, giảm đau, chống viêm; thuốc giải độc; thuốc chống động kinh; thuốc điều trị đau nửa đầu; thuốc lợi tiểu; thuốc tác dụng trên đường hô hấp; dung dịch điều chỉnh điện giải và cân bằng acid – base; vitamin và các chất vô cơ) – sở dĩ các nhóm thuốc này đầy đủ có thể do đây là các nhóm thuốc được sử dụng thông dụng nên các trạm y tế luôn phải có đầy đủ cơ số thuốc này và sẵn sàng phục vụ người dân. 100% các TYT xã thiếu thuốc chống rối loạn tâm thần.

Trang thiết bị của các trạm y tế còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe NCT, một số loại thuốc trong danh mục quy định cho trạm y tế còn thiếu, nên việc đầu tư nâng cấp trang thiết bị KCB và tăng cường thuốc tại trạm y tế xã là rất cần thiết (ví dụ: máy chụp X- quang, xe lăn, xe tập đi, cho phép TYTX sử dụng một số loại kháng sinh mạnh,...)

#### *4.1.1.1. Cơ sở vật chất và nhân lực các cơ sở khám chữa bệnh y tế tư nhân*

Bốn xã được đưa vào nghiên cứu là bốn xã thuần nông, nghề nghiệp chủ yếu của người dân ở đây là làm ruộng. Các trạm y tế xã đều là các trạm y tế đạt chuẩn quốc gia. Hiện tại trên địa bàn cả 4 xã không có cơ sở y tế tư nhân hoạt động hợp pháp, tất cả các cơ sở này không có chứng chỉ hành nghề, không được cấp phép hoạt động, với loại hình khám chữa tất cả các loại bệnh, các đối tượng khác nhau từ trẻ em đến người già. Những người đứng đầu các cơ sở này ở cả 4 xã đều là cán bộ đang công tác tại trạm y tế xã. Những cơ sở này hoạt động do tự phát, do nhu cầu khám chữa bệnh của người dân tăng cao

100% phòng khám tư của 2 nhóm xã đều không có biển hiệu quảng cáo, cơ sở phòng khám chỉ có 1 phòng với diện tích phòng dưới 10 m<sup>2</sup>. 100% số cơ sở phòng khám ở nhóm xã 1 là nhà mái bằng; nhóm xã 2 có 50% cơ sở phòng khám là nhà cấp 4 và 50% cơ sở phòng khám là nhà mái bằng. Do là các cơ sở tự phát, người chịu trách nhiệm là cán bộ trạm y tế xã, do đó người dân đều biết về cơ sở này, người dân ở làng quê sống với nhau bằng sự tin tưởng nên toàn bộ các phòng khám này không hề có biển hiệu quảng cáo mà người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng đều biết cơ sở này, họ không hề quan tâm đến việc bác sỹ đó có giấy chứng nhận đăng ký hành nghề hay không. Do là cơ sở tự phát, nên cơ sở vật chất của các phòng khám không có gì ngoài hộp chống sock và một túi đựng thuốc, việc khám chữa bệnh được tiến hành ở bất cứ địa điểm nào, có thể tại cơ sở phòng khám, có thể tại nhà dân. Điều này hoàn toàn phù hợp với xu thế chung về sử dụng y tế tư nhân

hiện nay tại các làng quê. Người dân đến với cơ sở y tế tư nhân chủ yếu là do thuận tiện, do quen biết nên việc đòi hỏi cung ứng về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị là không có.

Nghiên cứu của Trần Trường Thịnh cho thấy trung bình mỗi cơ sở y tế tư nhân có 4,1 phòng, mỗi phòng có diện tích 21,5 m<sup>2</sup> [48]. Trong đó, 63,3% cơ sở có nhà mái bằng kiên cố; 36,7% nhà cấp 4, nhà tạm. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi về cơ sở vật chất của cơ sở y tế tư nhân còn kém hơn nhiều so với nghiên cứu trên, có thể do sự khác nhau về quy mô nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại 4 xã thuần nông, nghiên cứu của Trần Trường Thịnh nghiên cứu trên quy mô toàn huyện (bao gồm cả thị trấn và vùng nông thôn).

#### ***4.1.2. Khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định.***

Đại diện một số quốc gia có nền y học hiện đại thì tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân được thể hiện như sau: Hoa Kỳ luôn tự hào là nước “có dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất thế giới” song tỷ lệ tử vong trẻ em cao ngang với Ba Lan, tuổi thọ của người Mỹ không cao hơn Cu Ba... Mâu thuẫn này là hệ quả của hệ thống phân cấp dịch vụ y tế tại Hoa Kỳ. Hệ thống này hạn chế khâu chăm sóc ban đầu và sự tiếp cận dịch vụ y tế của người dân [54]. Thêm vào đó, một cuộc khảo sát mới đây cho thấy một nửa số người Mỹ không đi khám bác sỹ hoặc dùng thuốc do chi phí đắt đỏ. Những người dân này chủ yếu là những người có thu nhập thấp và không có bảo hiểm y tế.

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 xã của huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định, với 400 đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên, được chia đều ra 4 xã. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam nữ không đều nhau, nam chiếm 46,8%, nữ chiếm 53,2%. NCT ở độ tuổi 70 - 79 có tỷ lệ cao nhất

41,3%, tiếp đến là nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ 38,2%, thấp nhất là nhóm tuổi trên 80 chiếm tỷ lệ 20,5% - tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với số liệu thống kê hiện nay: tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam là 72,5 tuổi [39].

Là đối tượng người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đồng nghĩa với việc đối tượng nghiên cứu này sinh từ năm 1953 trở về trước - đây là thời kỳ đất nước đang có chiến tranh, số người được đi học ít, các lớp bình dân học vụ được mở ra do đó số người cao tuổi có trình độ tiểu học và biết chữ chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 33,3% và 26,3%, tỷ lệ không biết chữ là 11% và chỉ có 6% NCT có trình độ từ trung cấp trở lên (bảng 3.8).

Đây là 4 xã thuần nông, ngoài cấy lúa người dân còn trồng thêm hoa màu, do đó nghề nghiệp chính của NCT chủ yếu là làm ruộng chiếm tỷ lệ 35,3%. Do đó nguồn thu nhập chính của NCT chủ yếu là tự bản thân kiếm sống chiếm tỷ lệ 52%. NCT già yếu chiếm tỷ lệ 32,8%, buôn bán 22,3%. Số NCT nội trợ và nghỉ hưu chiếm tỷ lệ thấp. Đa số NCT sống cùng con cháu (52,3%), sống cùng vợ/chồng chiếm tỷ lệ 31,3%. Tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm nhân khẩu học của Việt Nam.

Đối với người Việt Nam khi về già: quây quần, sum vầy bên con cháu là điều không thể thiếu được, điều này động viên NCT vui vẻ, sống khỏe và đặc biệt họ cảm thấy hạnh phúc mỗi khi ốm đau có con cháu phục vụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NCT sống cùng con cháu là 52,3% - hoàn toàn phù hợp; 31,3% NCT sống cùng vợ hoặc chồng, tỷ lệ NCT sống với họ hàng và sống với bạn chiếm tỷ lệ thấp (2,5% và 0,3%).

Khám sức khỏe định kỳ là hết sức quan trọng đối với mỗi người, đặc biệt đối với NCT, vì NCT thường có sức khỏe kém và nhiều bệnh tật. Việc NCT khám sức khỏe định kỳ cho phép phát hiện sớm một số bệnh tiềm ẩn, giúp cho NCT phòng tránh những nguy cơ bệnh tật mà bản thân có thể gặp phải. Qua phỏng vấn 400 NCT tuổi thì có tới 78,0% NCT không khám sức

khỏe định kỳ, chỉ có 22,0% có khám sức khỏe định kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Văn Điềm thực hiện tại Lương Sơn – Hòa Bình: chỉ có 12,0% NCT có đi khám sức khỏe định kỳ [20], tương đương với kết quả của Dương Thị Minh Tâm (21,2%) [41]. Điều này dẫn đến việc CSSK NCT sẽ càng khó khăn khi trong bối cảnh ngày nay, cùng với vấn đề phát triển và đô thị hóa là sự thay đổi về hoạt động thể lực; sự thay đổi về cấu trúc khẩu phần ăn, nhiều loại bệnh mạn tính của thời kỳ mới đang tăng lên rõ rệt trở thành mối quan tâm của toàn xã hội. Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy NCT có khám sức khỏe định kỳ của nhóm xã 2 (27,0%) cao hơn nhóm xã 1 (17,0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm xã 2 có tỷ lệ cao hơn có thể do nhóm xã 2 là nhóm xã có sinh viên trường đại học điều dưỡng thực tập, đã có những tác động không nhỏ tới việc truyền thông giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức cho người dân, đặc biệt là người cao tuổi hiểu được tầm quan trọng của việc đi khám sức khỏe. Qua thực tế trên, để công tác CSSK cho NCT đạt hiệu quả cao, một mặt cần phải đẩy mạnh công tác truyền thông GDSK giúp cho NCT hiểu và tự nâng cao ý thức theo dõi và quản lý sức khỏe bản thân thông qua việc chủ động đi khám sức khỏe định kỳ. Mặt khác, phải gắn trách nhiệm quản lý sức khỏe NCT tại cộng đồng cho TYT cơ sở một cách chính thức và rõ ràng. Trước mắt cả y tế công và y tế tư ở địa phương đều phải có trách nhiệm trong việc tư vấn cho NCT nhận thức được sự cần thiết và lợi ích của việc khám sức khỏe định kỳ.

Điều kiện kinh tế có ảnh hưởng gì cho việc chi trả chi phí KCB? Điều kiện kinh tế là một trong những yếu tố quyết định việc khám chữa bệnh, ảnh hưởng trực tiếp tới việc tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh [32]. 42,5% NCT có thu nhập trung bình/tháng dưới 500.000 đồng – điều này cho thấy tình trạng kinh tế của NCT rất thấp. Tình trạng kinh tế của NCT thấp nhưng khả năng chi trả cho việc khám chữa bệnh tương đối cao; 44,9% NCT có sẵn tiền trả ngay – có điều này là do tập tính của người Việt

Nam chịu khó, tiết kiệm, nên khi ốm đau họ luôn có sẵn tiền để thanh toán chi phí khám chữa bệnh. Có tới 32,5% chi phí khám chữa bệnh cho NCT là do con cháu trả, có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm xã (38,2% so với 32,1%,  $p < 0,05$ ).

Khoảng cách từ nhà NCT đến trạm y tế tại các vùng nông thôn thuộc tỉnh Nam Định nói chung và huyện Vụ Bản nói riêng là không xa. Kết quả bảng 3.13 cho thấy: 100% số NCT có khoảng cách từ nhà tới trạm y tế dưới 5 km. Do đó tiếp cận với y tế ở đây là rất thuận tiện, số NCT cách trạm y tế xã dưới 2 km chiếm tỷ lệ 50,5%, khoảng cách từ 2 - 5 km chiếm tỷ lệ 49,5% - điều này cho thấy sự thuận lợi khi đến khám chữa bệnh tại trạm y tế của những đối tượng nghiên cứu.

Thời gian và phương tiện đến các cơ sở y tế cũng thể hiện tính tiện lợi của các dịch vụ KCB. Từ kết quả bảng 3.14 chúng tôi thấy phương tiện chủ yếu NCT đi khám chữa bệnh ở các cơ sở bằng xe máy cao nhất chiếm tỷ lệ 49,6% - đây là phương tiện phổ biến nhất dùng để đi lại ở Việt Nam hiện nay. So với nghiên cứu của Trần Thiên Thai năm 2002, phương tiện đi KCB bằng xe máy chỉ có 16,9% [46]. Tỷ lệ NCT đến cơ sở khám chữa bệnh bằng xe đạp chiếm tỷ lệ thấp hơn (29,4 %). Điều này thể hiện đời sống dân cư đã được nâng lên. Có tới 77% NCT tới bệnh viện bằng xe máy, không có một người nào đi bộ tới bệnh viện. 40,8% NCT đi bộ tới cơ sở y tế tư nhân để khám chữa bệnh, với khoảng cách tới cơ sở này dưới 2 km chiếm 53,5%, do đó việc tốn thời gian đến cơ sở này dưới 30 phút cũng là cao nhất (74,6%), đây là một trong những khả năng tiếp cận tốt nhất do gần thuận tiện.

Có 82,1% NCT tới trạm y tế có thời gian dưới 30 phút và đi bộ nhiều hơn khi đến với cơ sở y tế tư nhân. Nhìn vào kết quả bảng 3.14 và bảng 3.15 cho thấy hầu hết NCT đi xe đạp và xe máy đến các cơ sở KCB và thời gian không quá 30 phút.

Có 17,9% NCT có thời gian đi từ 30 phút đến 1 giờ, không có ai đến trạm y tế mà mất thời gian hơn 1 giờ. Nhóm xã 2 có số NCT đi tới cơ sở khám chữa bệnh dưới 30 phút cao nhất (70,9%). Số NCT có thời gian đi trên 1 giờ đều thấp ở cả 2 nhóm.

Qua khảo sát thấy rằng NCT có thẻ BHYT chiếm tỷ lệ 62,7%, không có thẻ chiếm tỷ lệ 37,3%. Đây cũng là một yếu tố quyết định đến việc tiếp cận dịch vụ y tế. Có BHYT khi khám chữa bệnh sẽ giúp NCT giảm bớt phần nào chi phí KCB.

## **4.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế**

### ***4.2.1. Tình hình NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua***

Qua khảo sát tình hình mắc triệu chứng bệnh của NCT trong bốn tuần qua tính đến thời điểm tiến hành nghiên cứu có tỷ lệ thấp (38,0%). Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Dương Thị Minh Tâm tại Cần Đước tỉnh Long An năm 2009 (62,7%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Dương Việt Anh thực hiện tại huyện Thanh Trì – TP Hà Nội năm 2010. Có sự khác nhau đã phản ánh thực tế kinh tế xã hội đã tác động không nhỏ tới ý thức bảo vệ sức khỏe, tự nâng cao sức khỏe bản thân của NCT. Có sự khác nhau trên giữa các vùng miền đã phản ánh nhu cầu CSSK của người dân nói chung và NCT nói riêng [1], [41].

Nếu đem so sánh cùng vùng nông thôn miền Bắc, theo kết quả điều tra của Nguyễn Khánh Phương năm 2006 tại 4 huyện thuộc 2 tỉnh Hải Dương và Bắc Giang, tỷ lệ có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua là 19,6% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (38,0%) [36]. Số liệu này phản ánh nhu cầu CSSK của người dân vùng nông thôn nói chung và NCT nói riêng tăng lên trong thời gian qua. Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển đổi dịch tễ học với gánh nặng kép về bệnh tật khi vừa phải đối mặt với các bệnh truyền nhiễm



đang diễn biến ngày càng phức tạp đồng thời tỷ lệ mắc và chết do các bệnh mạn tính, bệnh không lây đang tăng lên nhanh chóng [35]. Sự cải thiện về điều kiện kinh tế xã hội, trình độ nhận thức cũng như mối quan tâm đến sức khỏe của người dân là những yếu tố quan trọng có thể giải thích cho sự thay đổi này.

So sánh tình hình mắc triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua giữa 2 nhóm xã, chúng tôi thấy chỉ có 34,0% NCT ở nhóm xã 2 mắc triệu chứng bệnh thấp hơn NCT ở nhóm xã 1 (42,0%). Có sự khác nhau này có thể là do ở nhóm xã 2, hàng năm có nhiều đợt sinh viên của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định về thực tập đã tác động không nhỏ tới ý thức bảo vệ sức khỏe, tự nâng cao sức khỏe bản thân của NCT. Xã Thành Lợi là xã thuộc nhóm xã 2 có đề án chăm sóc sức khỏe NCT dựa vào cộng đồng cũng là một lý do tác động đến tỷ lệ NCT mắc triệu chứng bệnh thấp hơn nhóm xã 1. Từ đây ta có thể thấy rằng cần phải đưa các đề án, dự án, chương trình y tế về với nông thôn; cần phải đưa các đợt sinh viên về thực tập tại các xã - đây là nguồn nhân lực có chuyên môn, được đào tạo bài bản dồi dào cho việc tiếp cận để tư vấn, giáo dục sức khỏe nhân dân nói chung và người cao tuổi nói riêng để nâng cao ý thức tự chăm sóc sức khỏe bản thân. Nâng cao sức khỏe là quá trình tạo điều kiện thuận lợi để người dân thay đổi hành vi sức khỏe, tăng cường khả năng kiểm soát các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, từ đó sức khỏe người dân được cải thiện.

Đã có nhiều nghiên cứu về mức độ phụ thuộc của NCT như nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà năm 2011 cho thấy NCT khi mắc bệnh vẫn còn khả năng sinh hoạt khá cao so với NCT không tự sinh hoạt được ở các mặt bệnh khác nhau [21]. Nghiên cứu của chúng tôi qua biểu đồ 3.10: trong số 400 NCT tham gia nghiên cứu có 152 NCT mắc triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua. Tuy nhiên trong 152 NCT có triệu chứng bệnh thì có 32,9% NCT vẫn



sinh hoạt bình thường; 49,3% NCT thỉnh thoảng cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày, không tự sinh hoạt được 17,8%. Về việc lựa chọn khám chữa bệnh của những người mắc bệnh trong 4 tuần qua cho thấy tỷ lệ NCT đi khám bệnh tại các cơ sở y tế là 57,2%; trong khi đó tự điều trị là 20,4%; mời bác sỹ đến nhà 13,2%. Tuy nhiên vẫn còn 9,2% NCT không làm gì cả khi có triệu chứng bệnh. Người cao tuổi có triệu chứng bệnh trong 4 tuần trước nghiên cứu của 2 nhóm xã có sự lựa chọn khám chữa bệnh khác nhau: đi khám bệnh là cách lựa chọn cao nhất ở cả 2 nhóm xã, tuy nhiên tỷ lệ này ở nhóm xã 2 (66,2%) cao hơn ở nhóm xã 1 (51,2%) – điều này một lần nữa cho thấy ý thức bảo vệ sức khỏe, tự NCSK bản thân của NCT ở nhóm xã 2 cao hơn nhóm xã 1. Tỷ lệ này ở nhóm xã 2 cao hơn nhóm xã 1 có lẽ do người dân ở nhóm xã 2 ở gần trung tâm thành phố Nam Định nên dễ dàng tiếp cận với nguồn thông tin về sức khỏe nhiều hơn, nhất là những thông tin về tự phòng bệnh. Qua kết quả này có thể nói nhận thức của người cao tuổi với vấn đề KCB là tốt, người cao tuổi vùng gần trung tâm thành phố có nhận thức tốt hơn người cao tuổi vùng xa trung tâm thành phố. Theo chúng tôi, vùng gần trung tâm thành phố có thể được tuyên truyền tốt hơn hoặc dân trí cao hơn vùng xa trung tâm thành phố.

NCT nữ có triệu chứng bệnh trong 4 tuần cao hơn nam giới (53,3% và 46,7%). Sự khác nhau này cũng tương tự như như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Chúc [16]. Sự khác biệt về tỷ lệ ốm đau này có thể giải thích là do sự khác biệt nhận thức bệnh tật giữa hai giới. Đặc tính của nam giới là ít quan tâm đến bệnh tật như nữ giới. Mặt khác, người phụ nữ có vai trò là người chăm lo sức khỏe cho cả gia đình, sẽ có nhiều kinh nghiệm trong việc nhận biết triệu chứng bệnh hơn nam giới. Điều này cũng có thể do người phụ nữ nông thôn Việt Nam thường vất vả hơn so với nam giới, với vai trò sinh đẻ, chịu trách nhiệm chính các công việc trong gia đình và ruộng đồng khi còn trẻ cũng như khi tuổi đã cao nên việc mắc các triệu chứng bệnh của các cụ bà cao hơn các cụ ông.

NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua có ở cả 3 nhóm tuổi, cao nhất nhóm tuổi 70 - 79 (43,4%), nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ 33,6%, nhóm tuổi 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 23,0%. Trong số 152 NCT có triệu chứng bệnh trong 4 tuần qua, có tới 44 NCT không đi khám bệnh chiếm tỷ lệ 28,9%, trong đó nhóm xã 1 là 30 NCT và nhóm xã 2 là 14 NCT. Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tại một huyện và chỉ có NCT, còn đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác là tất cả các lứa tuổi người trưởng thành [15], [43], [51]. Khi được hỏi lý do không đi khám bệnh thì có tới 38,6% NCT cho rằng bệnh nhẹ; lý do nơi bán thuốc gần nhà chiếm tỷ lệ 22,8%.

#### ***4.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi***

Mô hình sử dụng dịch vụ KCB thì rất nhiều, chẳng hạn tìm kiếm các dịch vụ y tế công và tư đến các tuyến y tế theo hệ thống y tế nhà nước, điều trị nội trú hay ngoại trú, y học hiện đại hay y học cổ truyền.

Trong các nghiên cứu sử dụng dịch vụ y tế trên thế giới đều cho thấy người bệnh (hoặc người nhà bệnh nhân) quyết định đi khám, chữa bệnh ở đâu, làm gì khi ốm phụ thuộc nhiều vào chất lượng dịch vụ y tế, giá thành và loại bệnh, mức độ bệnh cũng như khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế và khả năng tiếp cận tới các dịch vụ y tế của người dân [55], [60], [61].

Trong nghiên cứu của Viện chiến lược Bộ Y tế với câu hỏi là: “Khi ốm bạn tìm đến cơ sở y tế nào?”. Câu trả lời là trạm y tế 21,4%; bệnh viện 15,4%; phòng khám tư 13%; y tế thôn bản 0,8% [13]. Nghiên cứu của Trần Thiên Thai về thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của 736 hộ gia đình tại huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình (2002) với câu hỏi “khám và điều trị ở đâu?": 26,6% y tế tư nhân; 25,1% bệnh viện; 24,6% trạm y tế; 20,5% mua thuốc tự điều trị; 3,1% không chữa gì [46]. Cách tiếp cận tuy không giống nhau, nhưng cũng chỉ ra rằng trạm y tế là một trong các cơ sở khám chữa

bệnh chăm sóc ban đầu rất quan trọng. Tuy nhiên, mức độ chấp nhận của cộng đồng với cơ sở y tế này vẫn còn khiêm tốn, cần phải được tăng cường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: NCT ở 2 nhóm xã có sự lựa chọn các cơ sở khám chữa bệnh khác nhau, nhóm xã 2 lựa chọn trạm y tế cao hơn nhóm xã 1 (60,0% và 49,0%). Nếu tính chung cho cả 2 nhóm thì tỷ lệ NCT lựa chọn nơi khám chữa bệnh là trạm y tế cao nhất (54,5%), sau đó là bệnh viện (21,8%) rồi đến y tế tư nhân (20,0%) và tự điều trị chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,7%). Tác giả Trần Thiên Thai (2002), trong nghiên cứu về thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại 4 xã huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình cho thấy phân bố lựa chọn dịch vụ y tế: y tế tư nhân 26,7%; bệnh viện 25,1%; trạm y tế 24,6%; mua thuốc tự điều trị 20,5%; không chữa gì 3,1% [50]. Còn sử dụng dịch vụ của NCT huyện Cần Đước tỉnh Long An năm 2009 thì y tế tư nhân 17,5%; tuyến trên 48,6%; trạm y tế 19,7%; đông y là 7,7% [41]. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả điều tra ở Hà Giang [19]. Tỷ lệ lựa chọn trạm y tế của hai nghiên cứu trên thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy rằng trạm y tế đã đáp ứng được phần lớn nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế đã được chú trọng hơn so với thời điểm năm 2002.

Như vậy mô hình sử dụng dịch vụ KCB của người dân trong nghiên cứu này không có sự khác biệt lớn với các vùng miền khác của Việt Nam và cũng không có sự khác biệt lớn với một số công trình khác. Mô hình chọn dịch vụ y tế là tự điều trị, y tế tư nhân, trạm y tế xã và bệnh viện. Tuy nhiên tỷ lệ đến các cơ sở KCB có điểm phù hợp và điểm khác so với các công trình khác.

Về lý do để người cao tuổi lựa chọn cơ sở y tế, cơ sở y tế gần nhà là một trong những lý do thường gặp nhất khiến người già đến cơ sở để khám

chữa bệnh. Với điều kiện gần và thuận tiện, trạm y tế xã chiếm ưu thế hơn hẳn, với 53,3% NCT có khoảng cách tới trạm y tế dưới 2 km, chủ yếu đi bằng phương tiện xe máy, xe đạp (43,1% và 41,3%), và chỉ mất thời gian dưới 30 phút (82,1%) - đây là yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến quyết định lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh. Có điều này có thể do NCT thường khó khăn trong vấn đề đi lại hơn nữa đi khám bệnh lại cần phải có con cháu trở đi mà tâm lý NCT rất ngại phiền đến con cháu, do đó trạm y tế được lựa chọn với tỷ lệ cao nhất.

Vào thời điểm này, để giảm tải gánh nặng cho các bệnh viện tuyến trên cùng với tiêu chí giảm chi phí cho việc đi lại, ăn ở để khám chữa bệnh, Bộ Y tế có chủ trương tăng cường nhân lực, nâng cao trình độ cho cán bộ y tế tuyến cơ sở nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân, tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Có thể do thói quen và quen biết gần gũi với cán bộ trạm y tế, cũng có thể do hệ thống khám chữa bệnh tư nhân tại các xã này chưa phát triển. Hơn nữa, trạm y tế khám chữa bệnh có BHYT do đó đã thu hút được nhiều NCT khám chữa bệnh [40].

Tỷ lệ 54,5% NCT lựa chọn trạm y tế cùng với kết quả điều tra TYT cho thấy 100% các TYT trong nghiên cứu có bác sỹ. Kết quả này cho thấy vai trò của bác sỹ trong hoạt động khám chữa bệnh và phòng bệnh tại TYT được thể hiện tích cực. Sự có mặt của bác sỹ tại TYT đã làm tăng mức độ hài lòng của NCT về chất lượng dịch vụ KCB cũng như có ảnh hưởng tích cực tới kiến thức của người dân trong một số chương trình phòng bệnh, thể hiện ở tỷ lệ sử dụng trạm y tế cao. Rõ ràng chủ trương đưa bác sỹ về xã là cần thiết, nhưng để phát huy được vai trò và hiệu quả hoạt động của họ hơn nữa thì cần phải tăng cường trang thiết bị còn thiếu cho TYT xã, mở rộng lĩnh vực hoạt động cho TYT xã, thường xuyên đào tạo bồi dưỡng các kỹ năng chuyên môn, cũng như cần có chế độ chính sách phù hợp hơn với bác sỹ tuyến xã, phường.

Bệnh viện cũng là cơ sở y tế được NCT lựa chọn trong nghiên cứu này khá cao (21,8%). Tỷ lệ NCT lựa chọn bệnh viện giữa 2 nhóm xã (dao động từ 19,5% đến 24,0%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Theo chúng tôi có thể khi NCT đến bệnh viện thì phần nhiều là tình trạng bệnh nặng nên họ phải chọn bệnh viện. Có thể do hệ thống giao thông từ thôn xóm tới các bệnh viện và các phương tiện giao thông đưa người ốm đau đến bệnh viện có phần thuận lợi hơn.

Trạm y tế và bệnh viện là 2 cơ sở được NCT lựa chọn cao nhất, có thể do sự tin tưởng của người dân vào y tế công đã trở thành truyền thống, có thể do sự tin tưởng của người sử dụng đối với hệ thống y tế công vẫn là nơi cung cấp dịch vụ tốt.

Nhiều điều tra đã phản ánh và khẳng định sự tồn tại và tính phổ biến của y tế tư nhân trong đời sống của người dân, y tế tư nhân có mặt hầu hết khắp đất nước.

Kết quả nghiên cứu cho thấy y tế tư nhân được lựa chọn thấp hơn so với y tế công (y tế tư nhân có tỷ lệ 20,0%). Tỷ lệ sử dụng y tế tư nhân của 2 nhóm xã tương đương nhau. Thực tế hiện nay tại các xã được đưa vào trong nghiên cứu này thì hệ thống y tế tư nhân chưa phát triển, người cung cấp dịch vụ này chủ yếu là các cán bộ của trạm y tế xã, cơ sở vật chất và trang thiết bị của các cơ sở còn nghèo nàn. Do đó tỷ lệ NCT lựa chọn y tế tư nhân thấp là không tránh khỏi.

Với đặc điểm của người già là phụ thuộc vào con cái, khả năng tự đi lại khám chữa bệnh hạn chế, hơn nữa đặc tính truyền thống gia đình Việt Nam người già ốm đau thường muốn khám chữa bệnh và chăm sóc ngay tại nhà. Sử dụng dịch vụ y tế tư nhân cũng là một hình thức thường được người già lựa chọn với lý do gần nhà và mời thầy thuốc từ đến khám chữa bệnh. Tự điều trị cũng là một hình thức phổ biến tại nhiều vùng quê của Việt Nam, người

dân nói chung và NCT nói riêng thường hay tự mua thuốc về nhà, những thuốc mua này có thể theo đơn đã khám chữa bệnh lần trước hoặc những thuốc theo kinh nghiệm được truyền miệng từ những người khác.... Các thuốc được tự dùng là những thuốc không kê đơn, được sản xuất, phân phối và bán cho người dân tự dùng. Tự dùng thuốc thích hợp nhằm phòng và điều trị bệnh mà không cần đến việc khám và theo dõi của thầy thuốc. Điều này làm giảm bớt sức ép cho các dịch vụ y tế. Đối với người dân vùng nông thôn khi tiếp cận với các dịch vụ y tế người bệnh có thể tự chữa cho mình một cách dễ dàng hơn vì chỉ khi bệnh không đáp ứng với thuốc tự dùng, tình trạng bệnh kéo dài, nặng hơn thì lúc đó người dân mới tìm đến bác sỹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: NCT tự điều trị chiếm tỷ lệ khá thấp (3,7%), không có sự khác nhau nhiều giữa hai nhóm xã (dao động từ 3,5% - nhóm xã 2 đến 4,0% - nhóm xã 1).

Trong cơ chế thị trường, các cơ sở y tế công không còn là nơi duy nhất để người dân đến KCB tại đó. Các dịch vụ y tế tư nhân được Nhà nước cho phép hoạt động đã ngày càng phát triển. Khi bị ốm NCT có thể tự lựa chọn cách xử trí và loại hình dịch vụ y tế nào mà họ cảm thấy phù hợp với mình. Vậy nguyên nhân nào, yếu tố nào làm ảnh hưởng đến việc tiếp cận cũng như lựa chọn của NCT với các dịch vụ KCB? Kết quả nghiên cứu cho phép phân tích những lý do tác động tới sự lựa chọn dịch vụ KCB của NCT. Chúng tôi sẽ lần lượt phân tích những lý do lựa chọn dịch vụ KCB của NCT để có thể lý giải được điều đó.

Kết quả điều tra cho thấy trạm y tế và y tế tư nhân được NCT lựa chọn cao nhất với lý do gần, thuận tiện (58,3%; 58,8%) (bảng 3.25 và bảng 3.26). Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu về tình hình bệnh tật và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở Botswana [56]. Đây là một trong những lý do thường gặp nhất khiến NCT đến cơ sở y tế này để khám

chữa bệnh. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu về tình hình bệnh tật, sự chăm sóc và lựa chọn dịch vụ y tế của NCT tại huyện Đông Hưng tỉnh Thái Bình [21], và tương tự như kết quả của Nguyễn Văn Cường về mô hình ốm đau và hành vi tìm kiếm của NCT ở một vùng nông thôn Việt Nam [14], điều này cho thấy người già thường lựa chọn cơ sở y tế gần nhà họ nhất, có thể do khả năng đi lại của NCT bị hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi: lý do có BHYT, trạm y tế có tỷ lệ NCT lựa chọn cao 51,4%. Bệnh viện được NCT lựa chọn với lý do: trình độ chuyên môn tốt (51,2%), tình trạng bệnh và BHYT có tỷ lệ bằng nhau (32,2%). Các lý do còn lại được NCT lựa chọn với tỷ lệ thấp, đặc biệt với lý do giá cả chấp nhận được và thái độ tốt thì bệnh viện không có NCT nào lựa chọn.

Khi được hỏi về lý do lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh tại bệnh viện thì không một NCT nào đưa ra lý do lựa chọn là thái độ tốt. Hiện nay tại một số cơ sở khám chữa bệnh công lập có hiện tượng một số cán bộ bị tha hóa biến chất, có những hành vi không phải đối với người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh đã ảnh hưởng không nhỏ đến đại đa số cán bộ y tế làm cho người dân hiểu không đúng về thái độ của cán bộ y tế, do đó kết quả trên cũng hoàn toàn hợp lý.

Tình trạng bệnh là lý do mà NCT quan tâm để lựa chọn bệnh viện. Đối với người dân nói chung và NCT nói riêng thì chỉ khi nào bệnh nặng, khó chữa thì mới tìm đến bệnh viện.

Trình độ chuyên môn tốt được NCT đánh giá bệnh viện là cao nhất (51,2%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở Thái Bình [21]. Nhưng tỷ lệ NCT đến với bệnh viện không phải là cao nhất (21,8%) so với các dịch vụ khác có lẽ do chi phí ở đây tốn kém, vấn đề khó khăn đi lại, thủ tục KCB phức tạp và thái độ phục vụ chưa tốt.



Thủ tục KCB cũng là một yếu tố được người dân quan tâm để lựa chọn dịch vụ y tế. Y tế tư nhân được NCT đánh giá là thủ tục đơn giản nhất (32,5%), chỉ có 3,5% NCT cho rằng bệnh viện có thủ tục đơn giản.

Về phương pháp điều trị, kết quả nghiên cứu cho thấy NCT tại địa bàn nghiên cứu sử dụng phương pháp tây y là chủ yếu (71%), tiếp đến là kết hợp đông y - tây y 25,6%; đông y 3,4%. Kết quả này phù hợp với thực trạng chung của người Việt Nam, có thể là ở nông thôn người dân chưa có thói quen sử dụng thuốc y học dân tộc, mộc mạc, cơ sở KCB bằng tây y quá nhiều so với cơ sở đông y; mặt khác, NCT thường mắc các bệnh mãn tính nên việc khám chữa bệnh tại đông y không đáp ứng được nhu cầu KCB cho NCT, việc điều trị tây y đưa kết quả nhanh chóng và ít phiền phức hơn. Vì vậy, cần triển khai cho NCT biết được lợi ích của thuốc đông y, triển khai thêm nguồn thuốc nam tại các trạm y tế và tăng cường thêm cộng tác viên, tăng cường công tác tuyên truyền cho NCT biết và sử dụng thuốc y học dân tộc bằng phương pháp đông y tại các tuyến YTCS, đặc biệt tại các trạm y tế nhằm giảm bớt chi phí trong điều trị và lạm dụng thuốc điều trị là tây y.

Có sự khác nhau về sử dụng phương pháp điều trị ở hai nhóm xã, có 76,9% NCT nhóm 2 sử dụng phương pháp tây y cao hơn nhóm 1 (65,1%), NCT ở nhóm xã 1 sử dụng phương pháp đông y và đông – tây y kết hợp cao hơn nhóm xã 2. Tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với phương pháp điều trị đông y và tây y.

Trạm y tế là cơ sở điều trị tuyến cơ sở với cơ sở giường bệnh rất ít, cùng với đặc điểm gần dân nên mọi người dân luôn coi trạm y tế chỉ là nơi đến khám bệnh và lấy thuốc về nhà điều trị, do đó tỷ lệ điều trị nội trú là không cao. Y tế tư nhân tại địa bàn nghiên cứu là các cơ sở không có giấy phép đăng ký hành nghề, điều kiện cơ sở vật chất không có nên việc người dân đến khám điều trị nội trú là không có. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới



88% NCT sử dụng dịch vụ ngoại trú. Phần lớn NCT có tâm lý sợ gây phiền đến con cháu nên khi bị bệnh phải đến các cơ sở y tế thì NCT luôn có mong muốn được điều trị ngoại trú. Kết quả trên là hoàn toàn phù hợp.

Người nhà luôn là người chăm sóc NCT dù là điều trị nội trú hay ngoại trú. Đối với NCT điều trị dịch vụ ngoại trú có tới 20,6% tự chăm sóc nhưng đối với những NCT điều trị dịch vụ nội trú không có ai phải tự chăm sóc. Kết quả trên phù hợp với phong tục, tập quán của người Việt Nam, khi trong gia đình đặc biệt là bố mẹ già nằm viện thì con cháu có nghĩa vụ chăm sóc ông bà tận tình, sắp xếp công việc để có thể chăm sóc ông bà một cách tốt nhất.

Kết quả điều trị nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả điều trị khỏi là 88,0%. Kết quả nghiên cứu của Dương Thị Minh Tâm (2009) là 65% [41], như vậy tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu trên, có thể là trình độ chuyên môn khác nhau tại các địa phương dẫn đến kết quả điều trị khác nhau. Hơn nữa địa bàn nghiên cứu của chúng tôi các trạm y tế xã đều có bác sỹ đã đóng góp một phần đáng kể đến việc tỷ lệ điều trị khỏi cao hơn các nghiên cứu khác.

Qua điều tra cho thấy nữ giới chọn khám chữa bệnh tại trạm y tế cao hơn nam giới (58,3% và 50,3%). Chúng ta có thể giải thích kết quả này là do nữ giới luôn phải bận bịu với công việc trong gia đình, phải quán xuyến mọi công việc nên quỹ thời gian dành riêng cho bản thân là rất ít, thậm chí là không có do đó nữ giới luôn phải tranh thủ thời gian. Trạm y tế có đặc điểm gần, thuận tiện, khi đến khám không phải xếp hàng, thủ tục đơn giản, và giá cả có thể chấp nhận được, việc đi chữa bệnh tại bệnh viện sẽ làm ảnh hưởng đến công việc gia đình mà họ đảm nhiệm. Đó chính là lý do NCT nữ chọn trạm y tế cao hơn NCT nam.

Tỷ lệ NCT lựa chọn trạm y tế cao nhóm tuổi 70 - 79 tuổi (57,6%), tiếp đến nhóm tuổi 80 tuổi trở lên (53,7%), nhóm tuổi 60 - 69 tuổi (51,6%). Có sự

khác biệt giữa các nghiên cứu có thể vì nhu cầu CSSK của NCT khác với những lứa tuổi khác do NCT có các đặc tính về cấu trúc, chức năng, tâm thần và tinh thần của lứa tuổi già khác với tuổi trẻ. Mô hình ốm đau ở NCT cũng khác. Dịch vụ CSSK cần phải được cung ứng dựa trên nhu cầu và những nhu cầu này được xác định dựa trên quan niệm về sức khỏe của mọi người. Sự khác biệt về mô hình ốm đau của NCT nam và nữ có thể có ảnh hưởng trực tiếp tới nhu cầu CSSK và sử dụng dịch vụ y tế của chính họ.

Cũng như các nước đang phát triển khác, Việt Nam là nước tăng nhanh về tuổi thọ trung bình cũng như số lượng người già. Điều này làm cho mô hình ốm đau cũng thay đổi. Già không phải là bệnh, nhưng già sẽ có nguy cơ mắc bệnh. Đặc biệt là bệnh mạn tính và bệnh thoái hóa. Trong trường hợp này, người già bị phụ thuộc vào người khác trong thực hiện một số hoạt động cá nhân hàng ngày. Bệnh mạn tính có thể liên quan tới nhiều hậu quả sức khỏe khác nhau như tình trạng rối loạn chức năng sinh lý, tâm lý hoặc tình trạng sử dụng dịch vụ y tế kéo dài. Điều này đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt của hệ thống y tế trong chăm sóc sức khỏe NCT. Các chính sách y tế đưa ra cần phải đáp ứng được yêu cầu là làm tăng khả năng tiếp cận tới các nguồn lực về xã hội và y tế, giúp cho việc cải thiện chất lượng cuộc sống của nhóm dân số già hiện tại và NCT trong tương lai.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về thực trạng cung ứng, tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi tại 4 xã huyện Vụ Bản – tỉnh Nam Định năm 2013, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### 1. Khả năng cung ứng và tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi .

- *Nhân lực*: Các trạm y tế đều có số lượng cán bộ theo qui định (trên 5 cán bộ) và có bác sĩ là biên chế của trạm. Tỷ lệ cán bộ y tế đạt 6,5 cán bộ/10.000 dân. Hai trạm y tế thuộc nhóm xã 1 không có cán bộ chuyên môn về y học cổ truyền. Các phòng khám tư nhân là cán bộ của các trạm y tế nhưng không có đăng ký khám chữa bệnh và không có biển hiệu.

- *Cơ sở vật chất*: So với qui định trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh tại các trạm y tế còn thiếu 28,4%, các loại thuốc thiết yếu còn thiếu 15,7%.

- *Khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế*:

+ 44,9% người cao tuổi có sẵn kinh phí để trả ngay khi thực hiện các dịch vụ khám chữa bệnh.

+ Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ trong năm qua là 22,0%, trong đó nhóm xã 1 (17,0%) thấp hơn nhóm xã 2 (27,0%) với  $p < 0,05$ .

+ Tỷ lệ người cao tuổi tham gia bảo hiểm y tế là 62,7% trong đó nhóm xã 1 (58,9%) thấp hơn nhóm xã 2 (66,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### 2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

- 62% người cao tuổi không có triệu chứng bệnh trong 4 tuần trước nghiên cứu.

- Tỷ lệ người cao tuổi khám chữa bệnh tại bệnh viện là 21,0%; trạm y tế 53,3%; y tế tư nhân 17,8% và tự điều trị 8,1%. Trong đó việc lựa chọn dịch

vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế ở nhóm xã 2 chiếm 60,0% cao hơn so với nhóm xã 1 (49,1%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

- Người cao tuổi sử dụng phương pháp điều trị bằng tây y chiếm 71,0%; đông y chiếm 3,4%; điều trị kết hợp đông y - tây y 25,6%.

- Loại dịch vụ mà người cao tuổi sử dụng chủ yếu là điều trị ngoại trú (92,2%), điều trị nội trú chiếm tỉ lệ thấp (7,8%).

- Tỷ lệ người cao tuổi có kết quả điều trị khỏi 88,0%; không khỏi 8,1%; chuyển đi nơi khác 3,9%.

Thư viện số NDUN

## **KHUYẾN NGHỊ**

Từ những kết quả nghiên cứu và kết luận trên, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Cần bổ sung thêm cán bộ chuyên môn y học cổ truyền tại các trạm y tế thiếu cán bộ và bổ sung thêm trang thiết bị, thuốc thiết yếu theo quy định cho TYT xã để đảm bảo khả năng cung ứng dịch vụ KCB cho NCT một cách tốt nhất.

2. Cần tăng cường các biện pháp tuyên truyền giáo dục sức khỏe, đặc biệt là tư vấn sức khỏe để NCT hiểu, có các biện pháp tự nâng cao sức khỏe bản thân.

Thư viện số NDUN

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Dương Việt Anh (2010), *Tìm hiểu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi xã Tả Thanh Oai, huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2010*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học y tế công cộng, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2004), “*Thông tư hướng dẫn thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi*”, số 02/BYT ngày 20/1/2004.
3. Bộ Y tế (2012), “*Hội thảo công bố kết quả điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam*”, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2009), *Niên giám thống kê y tế*, Nhà xuất bản thống kê.
5. Bộ Y tế (2005), “*Quyết định về việc ban hành danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ V*”, số 17/2005/QĐ – BHYT ngày 1/7/2005.
6. Bộ Y tế - Bộ nội vụ (2007), “*Thông tư liên tịch hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước*”, số 08/2007/TTLT - BHYT – BNV ngày 5/6/2007.
7. Bộ Y tế, “*Danh mục trang thiết bị trạm y tế xã có bác sỹ*”, *Tạp chí Y học Việt Nam*.
8. Bộ Y tế - Tổ chức Y tế thế giới (2006), *Quản lý y tế*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội
9. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo tổng kết y tế năm 2012*, Hà Nội
10. Bộ Y tế (2011), “*Quyết định về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020*”, số 3447/QĐ – BHYT ngày 22/9/2011
11. Chính Phủ (2011), “*Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người cao tuổi*”, 06/2011/NĐ – CP ngày 14/1/2011.

12. Cục thống kê Nam Định (2012), *Niên giám thống kê*, Nhà xuất bản thống kê
13. Đàm Viết Cương và cộng sự (2006), “*Đánh giá tình hình chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi ở Việt Nam*”, Viện chiến lược và chính sách y tế.
14. Nguyễn Văn Cường, Trần Thị Mai Oanh (2011), “*Mô hình ốm đau và hành vi tìm kiếm của người cao tuổi ở một vùng nông thôn Việt Nam*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (771), tr. 35 - 37.
15. Lê Bảo Châu và cộng sự (2012), “*Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại CHILILAB năm 2011: thực trạng và một số đề xuất*”, *Tạp chí y tế công cộng*, 4/2012, số 24 (24), tr. 36 - 42.
16. Nguyễn Thị Kim Chúc, Phạm Bá Nha (2010), “*Mô hình ốm đau và hành vi sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2008*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (723), tr. 66 - 69.
17. Trần Ngọc Dung, Hồng Mừng Hai (2011), “*Nghiên cứu tình hình khám, chữa bệnh của người dân huyện Phú Tân – tỉnh Cà Mau năm 2009*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 5 (764), tr. 80 - 83.
18. Phạm Trí Dũng, Nguyễn Văn Dũng (2010), “*Mô tả thực trạng chi phí trực tiếp khám, chữa bệnh ngoại trú của người dân phường Yên Phụ, quận Tây Hồ, Hà Nội năm 2006*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 7 (728), tr. 32 – 34.
19. Phạm Trí Dũng, Nguyễn Đình Dự (2011), “*Nghiên cứu thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 8(777), tr.11 - 15.
20. Trần Văn Điềm (2005), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi dân tộc Mường, Dao xã Tiến Sơn huyện Lương Sơn tỉnh Hoà Bình năm 2005*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.

21. Trần Thị Thu Hà (2011), “*Tình hình bệnh tật, sự chăm sóc và lựa chọn dịch vụ y tế của người cao tuổi tại 3 xã huyện Đông Hưng tỉnh Thái Bình năm 2010*”, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Thái Bình.
22. Trần Thị Hạnh và cộng sự (2008), “Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người cao tuổi quận Ô Môn TP Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 12, số 4.
23. Hội Y tế Công cộng Việt Nam (2012), *Báo cáo toàn văn hội nghị khoa học toàn quốc hội y tế công cộng Việt Nam lần thứ 8*, Hà Nội.
24. Trương Phi Hùng, Bùi Đức Khánh và cộng sự (2005), “Nhu cầu khám chữa bệnh và sự lựa chọn dịch vụ y tế của người dân tại cộng đồng quận 12, TP HCM năm 2004”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 9, số 1.
25. Nguyễn Văn Huy và cộng sự (2012), “Sức khỏe và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nam lao động tự do ở TP Hà Nội: kết quả từ một nghiên cứu định tính”, *Tạp chí nghiên cứu y học* 79 (2) – 2012, tr. 143 – 151.
26. Nguyễn Tuấn Hưng, Hà Đức Minh (2012), “Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến nguồn nhân lực công tác tại trạm y tế tuyến xã tỉnh Yên Bái năm 2011”, *Tạp chí Y học thực hành* (813), số 3/2012, tr.26 – 29.
27. Trần Đăng Khoa (2011), “Đánh giá tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hoá năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành* (748), số 1/2011, tr.14 – 17.
28. Lê Thục Lan (2009), *Nghiên cứu tính công bằng trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã Tứ Cường, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương, năm 2009*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học y tế công cộng.



29. Mai Khánh Linh và cộng sự (2012), “Công bằng trong chăm sóc sức khỏe: nhìn nhận từ người sử dụng dịch vụ”, *Tạp chí Y học thực hành* (778), số 8/2012, tr.129 – 133.
30. Dương Huy Lương, Phạm Ngọc Châu (2010), “Thực trạng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi ở huyện nông thôn miền Bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành* (712), số 4/2010, tr.9 – 11.
31. Trịnh Văn Mạnh (2007), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở trạm y tế xã Ngũ Hùng, Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2007*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học y tế công cộng.
32. Bùi Đắc Thành Nam và cộng sự (2013), “Những rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người di cư mùa vụ độ tuổi 18 – 50 tại phường Phúc Xá, Ba Đình, Hà Nội năm 2012”, *Tạp chí Y tế công cộng*, 3.2013, số 27 (27), tr.23 – 28.
33. Lê Hoàng Ninh và cộng sự (2010), “Nghiên cứu tình hình sử dụng dịch vụ y tế ở những nhóm thu nhập khác nhau tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang, năm 2009”, *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, Tập 14, số 02/2010, tr.80 – 85.
34. Vũ Xuân Phú, Phạm Đăng Hưng (2012), “Các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi không có bảo hiểm y tế tại xã Lam Điền, huyện Chương Mỹ, Thành phố Hà Nội năm 2011”, *Tạp chí Y học thực hành* (816), số 4(816), tr.11 – 14.
35. Diệp Thị Minh Phúc và cộng sự (2005), “Điều tra thực trạng sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi phường Đức Nghĩa – TP Phan Thiết”, *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, Tập 9, số 01, tr.143 - 146.
36. Nguyễn Khánh Phương và cộng sự (2009), “Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người có thẻ bảo hiểm y tế tại vùng nông thôn”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 5(662), tr.71 – 73.

37. Quốc hội (2009), “*Luật người cao tuổi*”, Quốc hội số 39/2009/QH12 ngày 23/11/2009.
38. Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) (2012), *Già hoá trong thế kỷ 21: thành tựu và thách thức*.
39. Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) (2011), *Già hoá dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*.
40. Nahria Ka Sum (2010), “Tình hình sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện của người dân huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh, năm 2008”, *Tạp chí Y tế công cộng*, số 15 (15), tr.21 - 28.
41. Dương Thị Minh Tâm, Phùng Đức Nhật (2010), “Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ của người cao tuổi tại huyện Cần Đước tỉnh Long An năm 2009”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 14, số 2, tr.92 - 98.
42. Phạm Văn Tiến (2011), “Thực trạng và giải pháp kiện toàn chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức và nhân lực của trạm y tế xã, phường, thị trấn trong tình hình mới”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10(787), tr.4 – 7.
43. Phạm Khánh Tùng, Phan Văn Tường (2009), “Hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Bình Xuyên Vĩnh Phúc năm 2008”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10(679), tr.57 – 60.
44. Tổng cục dân số và kế hoạch hoá gia đình (2011), *Già hoá dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: thực tế và con số thống kê*.
45. Chế Ngọc Thạch, Vũ Khắc Lương (2009), “Nghiên cứu công tác khám chữa bệnh tại trạm y tế xã Trung Nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh, 6 tháng đầu năm 2008”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 63(4), tr.98-103.
46. Trần Thiên Thai (2002), *Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại 4 xã huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y Thái Bình.

47. Đặng Đình Thắng, Đàm Thị Tuyết (2012), “Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 2(807), tr.17 – 21.
48. Trần Trường Thịnh (2012), *Nghiên cứu thực trạng hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân huyện Quế Võ tỉnh Bắc Ninh năm 2011 – 2012*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y Thái Bình.
49. Trần Thiện Thuận (2004), “Khảo sát tình hình đáp ứng dịch vụ y tế tuyến y tế cơ sở tại TP Biên Hoà tỉnh Đồng Nai”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 8, số 1, tr.72 – 77.
50. Đinh Mai Vân (2005), *Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở trạm y tế xã tại huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2005*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
51. Nguyễn Thị Xuyên (2010), “Già hoá dân số và chính sách chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi ở Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành* số 5(715), tr.56 – 58.

### **Tiếng Anh**

52. Abdulla Ladha, Romaisa Shamim Khan, Awais Amjad Malik, *The Health seeking behavior of Elderly Population in a poor – urban community of Karachi, Pakistan*, Graduates, class of 2007, Department of Community Health Sciences, The Aga Khan University Hospital/Medical College, Karachi, Pakistan.
53. Anwar, I., “Perceptions of quality of care for serious illness at different levels of facilities in a rural area of Bangladesh”, *J Health Popul Nutr*, 2009. 27(3): p.396 – 405

54. Bill savedoff (2003), Health Financing Policies. Concepts and Examples, WHO.
55. Chung, V., et al., "Age, chronic non – communicable disease and choice of traditional Chinese and western medicine outpatient services in a Chinese population", *BMC Health Serv Res*, 2009. 9: p.207
56. Clausen F, Sandberg E,..., (2000), "Morbidity and ealth care utilization among elderly people im Mmankgodi village, Bostwana", *J Epidemiol Community Health*, 54(1): 58 - 63.
57. Derek Bon and Denis Cniffe (2001), *Cross – Regional Equity in Health Care Funding*, National institute for regional and spatial analysis, National University of Ireland, pp.16.
58. GK Medhi, NC Hazarica, Pk Borah, J Mahanta, "Health problems and Disability of Elderly individuals in two popular Groups from same Gepgraphical location", Original Article.
59. Jed Friedman, Daniel Goodkind, Bui The Cuong, Truong Si Anh, "Work and Retirement among to Elderly in Vietnam", Population Studies Center, University of Michigan.
60. Kexu (2003), Understanding Household Catastrophic Health Expenditure, WHO.
61. Levin A, Rahman MA, Quayyum2 Rouths, Barkat - e – khuda (2001), "The demand for child curative care in two rural thanasof Bangladesh. effeect of income and women's employment", *Int J Health plan Manage*, 16,( 3 )
62. UNFPA (2007), *Population Ageing: background review*.
63. WHO (2000), " Service Provision Funtion ", Report of SPRG on Health 2000.



1. Sống cùng vợ/chồng
2. Sống một mình
3. Sống cùng con cháu ruột
4. Sống với họ hàng
5. Sống với bạn

C5. Nghề nghiệp chính của ông/bà là gì?

1. Già yếu
2. Nội trợ
3. Làm ruộng
4. Buôn bán
5. Nghỉ hưu

C6. Ông/bà được nuôi dưỡng từ nguồn cung cấp chính nào hàng tháng

1. Trợ cấp xã hội
2. Lương hưu
3. Tiền tiết kiệm
4. Tự bản thân kiếm sống
5. Con cháu
6. Khác

C7. Thu nhập trung bình/tháng của ông/bà là bao nhiêu ?

1. < 500.000đ
2. 500.000đ – 1.000.000đ
3. >1.000.000đ

C8. Ông bà có thường xuyên khám sức khỏe định kỳ không?

1. Có
2. Không (*chuyển C10*)

C9. Nếu có, ông/bà đi khám mấy lần trong 1 năm?.....

C10. Trong 4 tuần qua, ông/bà có triệu chứng bệnh không?

1. Có
2. Không (*chuyển C14*)

C11. Lần có triệu chứng bệnh gần đây nhất, ông/bà đã làm gì?

1. Không làm gì cả
2. Tự điều trị
3. Mời bác sỹ đến nhà
4. Đi khám bệnh (*Chuyển C13*)

C12. Lý do vì sao ông bà không đi khám bệnh?

1. Bệnh nhẹ
2. Không có tiền
3. Không quan tâm đến bệnh tật
4. Nơi bán thuốc gần nhà
5. Khác

C13. Khi có triệu chứng bệnh, khả năng sinh hoạt của ông/bà như thế nào?

1. Sinh hoạt bình thường
2. Tỉnh thoảng cần trợ giúp
3. Không tự sinh hoạt được

C14. Ông/bà thường đi khám chữa bệnh ở đâu?

1. Bệnh viện
2. Trạm y tế
3. Y tế tư nhân
4. Tự điều trị (kết thúc phỏng vấn)

Thư viện số NDUN

C15. Lý do vì sao ông/bà đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế đã lựa chọn

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Gần, thuận tiện            | 2. Giá cả chấp nhận được   |
| 3. Thái độ tốt                | 4. Trình độ chuyên môn tốt |
| 5. Tình trạng bệnh (nặng/nhẹ) | 6. Thủ tục đơn giản        |
| 7. Có BHYT                    | 8. Khác                    |

C16. Khi khám phát hiện bệnh, ông bà điều trị dịch vụ gì?

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. Nội trú | 2. Ngoại trú |
|------------|--------------|

C17. Khi bị bệnh, ai sẽ là người chăm sóc ông bà

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1. Tự chăm sóc | 2. Người giúp việc |
| 3. Người nhà   | 4. Nhân viên y tế  |
| 5. Khác        |                    |

C18. Khi bị bệnh ông/bà thường dùng phương pháp điều trị gì?

- |                         |          |
|-------------------------|----------|
| 1. Đông Y               | 2. Tây Y |
| 3. Đông – Tây Y kết hợp |          |

C19. Khi điều trị bằng phương pháp đã lựa chọn thì thành công hay thất bại?

- |                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Khỏi                       | 2. Không khỏi |
| 3. Chuyển cơ sở điều trị khác |               |

C20. Điều kiện chi trả việc điều trị thuốc men cho ông/bà khi điều trị tại cơ sở y tế đã lựa chọn

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. Sẵn tiền trả ngay | 2. Vay mượn     |
| 3. Bán tài sản       | 4. Con cháu trả |
| 5. Khác              |                 |

C21. Khoảng cách ông bà đi từ nhà tới cơ sở khám chữa bệnh ông bà đã lựa chọn?

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1. < 2 km | 2. 2 – 5 km |
| 3. > 5 km |             |



C22. Phương tiện ông/bà đi tới cơ sở khám chữa bệnh mà ông bà đã lựa chọn?

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. Đi bộ  | 2. Xe đạp |
| 3. Xe máy | 4. Khác   |

C23. Thời gian từ nhà ông/bà tới cơ sở khám chữa bệnh ông/bà đã lựa chọn?

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. < 30 phút | 2. 30 phút – 1 giờ |
| 3. > 1 giờ   |                    |

C24. Khi đi đến các cơ sở khám chữa bệnh đã lựa chọn, ai chở ông/bà đi

- |             |                     |
|-------------|---------------------|
| 1. Tự đi    | 3. Hàng xóm, bạn bè |
| 2. Con cháu | 4. Khác             |

C25. Khi đến khám tại cơ sở y tế đã lựa chọn, thời gian ông/bà phải chờ là bao lâu?

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. < 30 phút | 2. 30 phút - 1 giờ |
| 3. >1 giờ    |                    |

C26. Ông bà có thẻ BHYT không?

- |       |   |
|-------|---|
| 1. Có | 2. Không ( <i>Kết thúc phỏng vấn</i> ). |
|-------|---|

C27. Nếu có, loại hình BHYT ông/bà tham gia là gì?

- |              |                      |
|--------------|----------------------|
| 1. Tự nguyện | 2. Chế độ chính sách |
|--------------|----------------------|

C28. Mỗi lần đi khám ông/bà có dùng thẻ BHYT không?

- |       |          |
|-------|----------|
| 1. Có | 2. Không |
|-------|----------|

Điều tra viên

(ký và ghi rõ họ tên)

## Phụ lục 2

### BIỂU MẪU LẤY SỐ LIỆU THỐNG KÊ CƠ SỞ VẬT CHẤT VÀ NHÂN LỰC TẠI TYT

Nơi cung cấp số liệu:.....

Ngày cung cấp số liệu:.....

#### A. Cơ sở vật chất và nhân lực tại trạm y tế xã

##### 1. Cơ sở vật chất

TT	Tên chỉ số	Đơn vị đo	Số quy định	Số hiện có
1	Diện tích khối nhà chính	m <sup>2</sup>	≥ 250	
2	Quầy thuốc	Quầy	1	
3	Tủ thuốc	Tủ	3	
4	Số giường bệnh	Cái	5 đến 10	
5	Số cây thuốc nam theo quy định (>40 cây)	Cây thuốc	> 40 cây	
6	Các phòng chức năng	phòng	10	



**2. Thuốc thiết yếu theo quy định của Bộ Y tế**

Nhóm thuốc	Thuốc thiết yếu	Số quy định	Số thiếu
Thuốc tác động trên hệ tiêu hóa	Thuốc đường tiêu hóa	15	
Thuốc tác động trên hệ hô hấp	Thuốc tác dụng trên hệ HH	6	
Thuốc tác động trên hệ máu, tim mạch	Thuốc tác dụng đối với máu	7	
	Thuốc tim mạch	19	
	Thuốc lợi tiểu	2	
Thuốc tác động trên hệ thần kinh	Thuốc điều trị đau nửa đầu	2	
	Thuốc chống Parkinson	2	
	Thuốc chống động kinh	3	
	Thuốc chống rối loạn tâm thần	1	
	Thuốc gây mê, gây tê	4	
	Thuốc hạ sốt, giảm đau, chống viêm	9	
Thuốc cho mắt, tai mũi họng	Thuốc cho mắt, tai mũi họng	11	
Chất kháng khuẩn toàn thân	Thuốc chống nhiễm khuẩn	29	
	Thuốc chống nấm	5	
	Sinh phẩm miễn dịch	13	
Thuốc chống ký sinh trùng, diệt sâu bọ	Thuốc điều trị bệnh do động vật nguyên sinh	9	
	Thuốc trị giun sán đường ruột	3	
	Thuốc ngoài da	14	

Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	5	
Các vitamin và khoáng chất	Dung dịch điều chỉnh nước điện giải và cân bằng acid – base	7	
	Vitamin và các chất vô cơ	10	
Thuốc giải độc	Thuốc giải độc	3	
Hormon và thuốc điều chỉnh rối loạn nội tiết tố	Hormon, nội tiết tố, thuốc tránh thai	8	
Thuốc tẩy trùng và khử mùi	Thuốc tẩy trùng và khử mùi	4	

Thư viện số MDU

### Phụ lục 3

## PHIẾU PHỎNG VẤN NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ TẠI PHÒNG KHÁM TƯ NHÂN. (Phòng vấn trưởng phòng khám)

Mã số phiếu: .....

Điều tra viên hỏi, quan sát sau đó điền vào chỗ trống hoặc khoanh tròn vào số tương ứng với các câu trả lời.

### A. PHẦN THÔNG TIN CÁ NHÂN NGƯỜI HÀNH NGHỀ:

A1. Họ và tên: .....

A2. Tuổi: .....

A3. Giới tính:                    1. nam                    2. nữ

A4. Địa chỉ thường trú: .....

A5. GCN ĐKHN                    1. Có                    2. Không

A6. Loại hình hành nghề:

1. PKĐK                    2. PKCK hoàn toàn tư                    3. PKCK ngoài giờ

A7. Trình độ chuyên môn cao nhất của anh/chị là:

1. Sau đại học                    2. Bác sỹ                    3. Y sỹ

4. Điều dưỡng                    5. Nữ hộ sinh                    6. Khác

A8. Hiện anh /chị công tác tại:

1. Cơ quan nhà nước                    2. Đã nghỉ hưu

3. Chưa đi làm CQNN                    4. Thôi việc                    5. Khác

### B. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ CỦA PKTN

B1. Biển hiệu:

1. Có                    2. Không

B2. Loại nhà:

1. Cấp 4      2. Mái bằng      3. Nhà tầng

B3. Tổng số phòng của mỗi cơ sở:

1. 01      2. 02      3.  $\geq 3$

B4. Diện tích sử dụng của từng phòng (m<sup>2</sup>):

1. Nhỏ hơn 10      2. Bằng hoặc lớn hơn 10

B5. Trang thiết bị cơ bản của cơ sở:

1. Có bàn, ghế, đèn chiếu sáng.  
2. Có giường bệnh

B6. Trang thiết bị chuyên môn theo loại hình đăng ký của cơ sở:

1. Có bộ khám bệnh theo chuyên khoa  
2. Không có

B7. Trang thiết bị cấp cứu:

1. Có hộp chống shock      3. Có tủ thuốc cấp cứu  
2. Có phác đồ chống shock      4. Có danh mục thuốc cấp cứu

B8. Trang thiết bị, hóa chất khử khuẩn của cơ sở:

1. Bồn rửa tay      3. Có tủ sấy khô      5. Có đèn khử trùng  
2. Xà phòng, nước rửa tay      4. Có máy hấp ước      6. Khác

Ngày      tháng      năm 2013

**Điều tra viên**

(Ký và ghi rõ họ tên)