

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH
KHOA Y TẾ CÔNG CỘNG - BỘ MÔN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG
ĐỒNG

TS. Trần Văn Long

GIÁO TRÌNH

ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG

(Sử dụng cho đối tượng đại học Điều dưỡng, Hộ sinh)

NAM ĐỊNH, 2019

Chủ biên: TS. Trần Văn Long

Thư ký: Ths Vũ Thị Thúy Mai

LỜI NÓI ĐẦU

Y tế cơ sở đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc thực hiện các mục tiêu của chiến lược chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó có sự đóng góp công sức không nhỏ của người điều dưỡng cộng đồng.

Nhận thức được điều đó, trong những năm qua Đảng và Nhà nước đã có nhiều văn bản chỉ đạo ngành y tế tăng cường đầu tư để nâng cao chất lượng của y tế cơ sở, trọng tâm là chất lượng nguồn nhân lực y tế.

Từ thực tế đó, ngành y tế đã và đang đổi mới chương trình và phương pháp đào tạo cán bộ y tế, trong đó có ngành Điều dưỡng. Điều dưỡng cộng đồng là một chuyên ngành điều dưỡng có nhiệm vụ chăm sóc cho cả người bệnh và người khỏe mạnh một cách liên tục và lâu dài tại cộng đồng, do đó ngoài các kỹ năng điều dưỡng, người điều dưỡng cộng đồng còn phải có kiến thức và kỹ năng về y tế công cộng.

Giáo trình “*Điều dưỡng cộng đồng*” được biên soạn trên cơ sở chương trình đào tạo cử nhân điều dưỡng đã được Hiệu trưởng Trường đại học Điều dưỡng Nam Định phê duyệt, đồng thời tham khảo nhiều tài liệu trong và ngoài nước cũng như kinh nghiệm thực tiễn của các giảng viên bộ môn Y tế công cộng.

Tài liệu gồm 3 phần: (1) phần lý thuyết gồm 6 bài trình bày một cách hệ thống các kiến thức cơ bản về điều dưỡng cộng đồng; (2) Phần thực hành gồm các quy trình kỹ thuật cần thiết đối với người điều dưỡng cộng đồng và một số công cụ để lượng giá sức khỏe cộng đồng (3) phần thực tế gồm các chỉ tiêu tay nghề người học cần đạt và các hướng dẫn cần thiết. Ngoài ra, tài liệu còn giới thiệu một số tài liệu cập nhật có liên quan mật thiết tới hoạt động y tế cơ sở.

Đây là tài liệu giảng dạy chính cho đối tượng cử nhân điều dưỡng và cũng là tài liệu tham khảo cho những độc giả quan tâm.

Mặc dù đã rất cố gắng song chắc chắn tài liệu còn nhiều thiếu sót, chúng tôi rất mong nhận được sự góp ý của quý vị độc giả.

Trân trọng cảm ơn!

Chủ biên
Trần Văn Long

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BKLN	Bệnh không lây nhiễm
COPD	(Chronic Obstructive Pulmonary Disease) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKBMTE	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em
DALY	Disability Adjusted Life Years (Số năm sống bị mất đi cho bị bệnh tật và tử vong)
IMR	(Infant mortality rate) Tỷ lệ tử cong trẻ dưới 1 tuổi
KAP	(Knowledge, Attitude and Practices) Kiến thức, Thái độ và Thực hành
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
LĐ-TB&XH	Lao động – Thương binh và xã hội
LMAT	Làm mẹ an toàn
LHPNVN	Liên Hiệp phụ nữ Việt Nam
PTCĐ	Phát triển cộng đồng
NCT	Người cao tuổi
SDD	Suy dinh dưỡng
SKBMTE	Sức khỏe bà mẹ trẻ em
SL	Số lượng
TL(%)	Tỷ lệ (%)
TVTE	Tử vong trẻ em
TVM	Tử vong mẹ
U5MR	(Under 5 years mortality rate) Tỷ lệ tử cong trẻ dưới 5 tuổi
VTN	Vị thành niên
WHO	(World Health Organization) Tổ chức Y tế Thế giới
YTCS	Y tế cơ sở

MỤC LỤC

NỘI DUNG	Trang
PHẦN I: LÝ THUYẾT	1
Bài 1	1
ĐẠI CƯƠNG ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG	1
1. Một số khái niệm và thuật ngữ liên quan đến sức khỏe cộng đồng.	1
1.1. Khái niệm về sức khỏe.....	1
1.2. Khái niệm về cộng đồng.....	3
1.3. Khái niệm sức khỏe cộng đồng.....	5
1.4. Điều dưỡng cộng đồng (community health):.....	6
1.5. Năng lực của Điều dưỡng cộng đồng ở Việt Nam.....	7
1.6. Chức năng, nhiệm vụ của điều dưỡng cộng đồng.....	8
2. Thực trạng sức khỏe cộng đồng và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng.....	9
2.1. Thực trạng sức khỏe cộng đồng.....	9
2.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng.....	33
3. Chính sách và định hướng chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam.....	33
3.1. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên được đề cập tới trong Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015.....	34
3.2. Định hướng các giải pháp.....	35
3.3. Cách tiếp cận trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.....	37

4. Nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật và giảm thiểu nguy cơ	37
DỊCH TỄ HỌC: KHOA HỌC DỰ PHÒNG	41
1. Giới thiệu.....	41
2. Khái niệm dịch tễ học.....	43
3. Các mô hình dịch tễ học.....	44
3.1. <i>Mô hình tam giác.....</i>	<i>44</i>
3.2. <i>Mô hình bánh xe.....</i>	<i>44</i>
4. Lịch sử tự nhiên của bệnh và các cấp độ dự phòng.....	45
5. Các chỉ số đo lường sức khỏe và bệnh tật của cộng đồng.....	46
5.1. <i>Tỉ số (ratio).....</i>	<i>46</i>
5.2. <i>Tỉ lệ (proportion).....</i>	<i>47</i>
5.3. <i>Tỉ suất (rate).....</i>	<i>47</i>
6. Các đo lường bệnh trạng thường sử dụng trong dịch tễ học	49
6.1. <i>Đo lường hiện mắc.....</i>	<i>49</i>
6.2. <i>Đo lường mới mắc.....</i>	<i>51</i>
6.3. <i>Mối liên hệ giữa tỉ suất phát sinh và tỉ lệ hiện mắc.....</i>	<i>54</i>
7. Số đo tử vong	57
7.1. <i>Tỉ lệ tử vong thô.....</i>	<i>57</i>
7.2. <i>Tỉ lệ tử vong theo tuổi.....</i>	<i>58</i>
7.3. <i>Tử vong sơ sinh.....</i>	<i>58</i>
7.4. <i>Tử vong trẻ em.....</i>	<i>59</i>
7.5. <i>Tử vong mẹ.....</i>	<i>59</i>
7.6. <i>Tỉ lệ tử vong tuổi trưởng thành.....</i>	<i>60</i>
7.7. <i>Tuổi thọ trung bình.....</i>	<i>61</i>
7.8. <i>Tỉ suất chuẩn hoá theo tuổi.....</i>	<i>61</i>
8. Đo lường sự kết hợp.....	64

8.1. Một số khái niệm	64
8.2. Trình bày số liệu trong bảng 2x2	64
8.3. Các loại đo lường sự kết hợp thường gặp	65
9. Trình bày số liệu:.....	70
9.1. Trình bày số liệu định tính	70
9.2. Trình bày số liệu định lượng	73
9.3. Đo lường đơn vị trung tâm	82
Bài 3	84
QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG	84
1. Giới thiệu quy trình điều dưỡng	84
2. Quy trình điều dưỡng áp dụng cho chăm sóc các cá nhân	85
2.1. Lượng giá	85
2.2. Chẩn đoán chăm sóc (chẩn đoán điều dưỡng).....	86
2.3. Lập kế hoạch chăm sóc /điều dưỡng	86
2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.....	88
2.5. Đánh giá kết quả chăm sóc	88
3. Quy trình điều dưỡng áp dụng cho nhóm, cộng đồng	89
3.1. Lượng giá sức khỏe cộng đồng	89
3.2. Chẩn đoán cộng đồng	92
3.3. Lập kế hoạch chăm sóc cộng đồng.....	97
3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.....	98
3.5. Đánh giá điều dưỡng	99
4. Ứng dụng quy trình điều dưỡng cộng đồng	100
Bài 4: SỨC KHỎE TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN	102
1. Vấn đề sức khỏe trẻ sơ sinh.....	103
1.1. Tỷ lệ tử vong trẻ sơ.....	103

1.2. <i>Đẻ non và đẻ thiếu cân</i>	103
1.3. <i>Chăm sóc trước sinh</i>	104
2. Vấn đề sức khỏe trẻ em	106
2.1. <i>Tai nạn thương tích không chủ định</i>	106
2.2. <i>Dinh dưỡng</i>	110
2.3. <i>Tiêm chủng</i>	111
2.4. <i>Các bệnh thường gặp ở trẻ em</i>	112
2.5. <i>Trẻ có nhu cầu chăm sóc đặc biệt</i>	113
3. Vấn đề sức khỏe vị thành niên	116
3.1. <i>Có thai ngoài ý muốn</i>	116
3.2. <i>Bạo lực</i>	117
3.3. <i>Các bệnh lây qua đường tình dục</i>	118
3.4. <i>Sử dụng thuốc lá, Rượu và các chất gây nghiện</i>	118
4. <i>Tóm tắt chương trình hành động quốc gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ , trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 - 2020</i>	120
4.1. <i>Định hướng chính</i>	120
4.2. <i>Mục tiêu</i>	121
4.3. <i>Các can thiệp thiết yếu</i>	123
5. Một số chương trình quốc gia liên quan đến trẻ em.....	123
6. Chia sẻ trách nhiệm trong chăm sóc sức khỏe trẻ em	124
6.1. <i>Vai trò của cha mẹ</i>	124
6.2. <i>Vai trò của cộng đồng</i>	124
6.3. <i>Vai trò của điều dưỡng cộng đồng</i>	125
Bài 5: CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ	127
1. Những chỉ số sức khỏe chủ yếu	127
1.1. Tuổi thọ	127

1.2. Tỷ lệ mắc bệnh.....	128
1.3. Tỷ lệ tử vong	129
2. Các yếu tố xã hội ảnh hưởng tới sức khỏe phụ nữ	131
2.1. Tiếp cận dịch vụ y tế.....	132
2.2. Giáo dục	132
2.3. Lao động tiền lương	132
2.4. Việc nhà và cuộc sống gia đình	133
3. Chiến lược nâng cao sức khỏe phụ nữ.....	133
4. Các cấp độ dự phòng trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ.....	135
4.1. Dự phòng cấp I.....	135
4.2. Dự phòng cấp II	135
4.3. Dự phòng cấp III.....	135
5. Vai trò của điều dưỡng cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ.....	135
5.1. Chăm sóc trực tiếp.....	135
5.2. Giáo dục sức khỏe	136
5.3. Tư vấn sức khỏe	136
6. Các chủ đề về sức khỏe phụ nữ cần quan tâm nghiên cứu.....	136
Bài 6: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI	139
1. Đại cương về người cao tuổi	139
1.1. Định nghĩa người cao tuổi	139
1.2. Thực trạng người cao tuổi trên thế giới và ở Việt Nam	140
2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi.....	145
2.1. Yếu tố văn hoá.....	147
2.2. Yếu tố kinh tế - xã hội.....	149
2.3. Môi trường (vật lý).....	151
2.4. Hệ thống dịch vụ y tế.....	152

2.5. <i>Yếu tố sinh học</i>	152
2.6. <i>Yếu tố hành vi, lối sống</i>	157
3. <i>Thực trạng sức khỏe người cao tuổi</i>	161
3.1. <i>Khái quát về sức khỏe người cao tuổi trên thế giới</i>	161
3.2. <i>Khái quát về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam</i>	164
3.3. <i>Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi</i>	165
4. <i>Tiếp cận, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi</i>	173
4.1. <i>Tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi trên thế giới</i>	173
4.2. <i>Tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở Việt Nam</i>	174
5. <i>Chính sách và mô hình chăm sóc sức khỏe NCT trên thế giới và ở Việt Nam</i>	175
5.1. <i>Chính sách chăm sóc người cao tuổi trên thế giới</i>	176
5.2. <i>Một số mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hiện nay trên thế giới</i>	177
5.3. <i>Một số chính sách về CSSK cho người cao tuổi ở Việt Nam</i>	181
5.4. <i>Một số mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam</i>	181
1. <i>Một số quy trình sử dụng trong thực hành cộng đồng</i>	185
2. <i>Phiếu điều tra hộ gia đình</i>	191
3. <i>Một số bảng kiểm vệ sinh môi trường</i>	199
PHẦN III: HƯỚNG DẪN THỰC TẾ CỘNG ĐỒNG	204
Tài liệu tham khảo	213

PHẦN I: LÝ THUYẾT

Bài 1

ĐẠI CƯƠNG ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Giải thích được các khái niệm liên quan đến Điều dưỡng cộng đồng.
2. Phân tích được các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng.
3. Nêu được các chính sách, mô hình hệ thống y tế hỗ trợ sức khỏe cộng đồng.

NỘI DUNG

1. Một số khái niệm và thuật ngữ liên quan đến sức khỏe cộng đồng.

1.1. Khái niệm về sức khỏe.

Quan niệm về sức khỏe không giống nhau giữa cá nhân và các nền văn hóa khác nhau và luôn thay đổi. Giai đoạn đầu, định nghĩa về sức khỏe của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hướng tới các điều kiện về xã hội hơn là điều kiện về y tế và định nghĩa sức khỏe của WHO (1946) được phát biểu như sau “ *Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh hoặc thương tật*”.

Xã hội được hiểu là một tập thể hay một nhóm những người được phân biệt với nhóm người khác bằng các lợi ích, có mối quan hệ đặc trưng, chia sẻ cùng một thể chế và có cùng văn hóa. Như vậy, xã hội đề cập tới sự tương tác giữa các cá nhân trong cùng một cộng đồng. Thuật ngữ “ Sức khỏe xã hội” hàm ý nói tới sức sống của cộng đồng và là kết quả của sự tương tác một cách tích cực của các nhóm trong cộng đồng, nhấn mạnh tới nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật. Ví dụ một nhóm nhà hảo tâm cung cấp miễn phí thực phẩm cho người bệnh tại bệnh viện, hoặc một nhóm người có hành vi bạo lực, hành vi sức khỏe không tốt ảnh hưởng tiêu cực tới sức khỏe cộng đồng.(1)

Năm 1984, WHO thảo luận để mở rộng định nghĩa sức khỏe theo hướng xã hội và chính thức công bố năm 1986, theo đó định nghĩa sức khỏe được phát biểu như sau : *“The extent to which an individual or group is able , on the other hand to realize aspiration and safety need, and on the other hand to change and cope with the environment. Health is, therefore seen as resource for everyday life, not the objective of living, it is a positive concept emphasizing social and personal resource and physical capacities”*(WHO, 1986), tạm dịch là “ Mức độ an toàn và nhu cầu cần thiết mà một người hoặc một nhóm người có thể đạt được đồng thời có khả năng thích ứng và đối phó với môi trường. Do đó, sức khỏe được xem là nguồn lực (tài nguyên) cho cuộc sống hàng ngày, không phải là mục tiêu của cuộc sống, đó là một khái niệm tích cực nhấn mạnh tới khả năng thể chất, nguồn lực của cá nhân và toàn xã hội”

Theo Saylor (2004), định nghĩa về sức khỏe của WHO đề cập tới một số yếu tố của sức khỏe như: thể chất (cấu trúc và chức năng); xã hội; tâm thần (cảm xúc và trí tuệ); vai trò và quan điểm chung về tình trạng sức khỏe. Khái niệm sức khỏe theo quan điểm vĩ mô được xem như một nguồn lực hơn là mục tiêu của nó.

Trong y văn về điều dưỡng cũng có nhiều định nghĩa về sức khỏe. Ví dụ: sức khỏe được định nghĩa là *“a state of well-being in which person is able to use purposeful, adaptive responses and processes physically, mentally, emotionally, spiritually and socially”* (Murray Zentner & Yakimo, 2009), *and a state of a person that is characterized by soundness or wholeness of developed human structures and of bodily and mental functioning* (Orem, 2001). Tạm dịch là: Sức khỏe là trạng thái thoải mái (hạnh phúc) trong đó con người có khả năng đáp ứng thích nghi và phát triển về thể chất, tâm thần, cảm xúc, tinh thần và xã hội một cách có chủ đích. Và: “ trạng thái một người được đặc trưng bằng sự khỏe mạnh hoặc phát triển một cách toàn diện cả về cấu trúc cơ thể và chức năng tâm thần”.

Khó có thể sử dụng ngôn ngữ để diễn tả một cách đầy đủ, chuẩn mực về khái niệm sức khỏe. Tuy nhiên, những thuật ngữ thường được sử dụng để mô tả sức khỏe là: “hạnh phúc”; “khỏe mạnh”; “hoàn toàn”; hoặc “có chủ đích”. Vấn đề đặt ra ở đây là các định nghĩa về sức khỏe thường sử dụng cụm từ “cá nhân” hay “con người” mà không đề cập tới cụm từ “cộng đồng”.

Vì vậy, trong nhiều năm qua, các điều dưỡng cộng đồng tại Mỹ ưa thích sử dụng khái niệm về chăm sóc sức khỏe của tác giả Dunn (1961), trong đó gia đình, cộng đồng, xã hội và môi trường có sự tương tác lẫn nhau và tác động tới sức khỏe. Ông coi sức khỏe như một quá trình liên tục và luôn thay đổi, vì vậy trong môi trường xã hội, tình trạng sức khỏe phụ thuộc vào mục đích, tiềm năng và đặc điểm của cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội.

1.2. Khái niệm về cộng đồng

Hiện nay đang tồn tại nhiều khái niệm về cộng đồng, tùy theo mục đích các tác giả đưa ra các khái niệm cộng đồng khác nhau, có thể kể ra đây một số khái niệm cộng đồng:

“Cộng đồng là một tập thể có tổ chức, bao gồm các cá nhân con người sống chung ở một địa bàn nhất định, có chung một đặc tính xã hội hoặc sinh học nào đó và cùng chia sẻ với nhau một lợi ích vật chất hoặc tinh thần nào đấy” (*Trung tâm Nghiên cứu và Tập huấn PTCD*)

“Cộng đồng là tập thể người sống trong cùng một khu vực, một tỉnh hoặc một quốc gia và được xem như một khối thống nhất”; “Cộng đồng là một nhóm người có cùng tín ngưỡng, chủng tộc, cùng loại hình nghề nghiệp, hoặc cùng mối quan tâm”; “Cộng đồng là một tập thể cùng chia sẻ, hoặc có tài nguyên chung, hoặc có tình trạng tương tự nhau về một số khía cạnh nào đó” (Từ điển Đại học Oxford)

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO):

Cộng đồng là một nhóm người cụ thể, thường sinh sống trong một khu vực địa lý xác định, có một nền văn hóa chung, giá trị và chuẩn mực và được sắp xếp trong

một cấu trúc xã hội theo các mối quan hệ cộng đồng đã phát triển trong một khoảng thời gian. Các thành viên của một cộng đồng có được bản sắc cá nhân và xã hội của họ bằng cách chia sẻ niềm tin phổ biến, giá trị và chuẩn mực, mà đã được phát triển bởi cộng đồng trong quá khứ và có thể được sửa đổi trong tương lai. Họ thể hiện sự hiểu biết về danh tính của họ như một nhóm và chia sẻ nhu cầu chung và cam kết đáp ứng chúng.

Cộng đồng bao gồm những người dân cư trú trong cùng một địa bàn có thể có chung các đặc điểm văn hoá xã hội và có thể có mối quan hệ ràng buộc với nhau. Họ cùng được áp dụng chính sách chung. Đây là khái niệm được sử dụng nhiều vào thời điểm trước năm 1996.

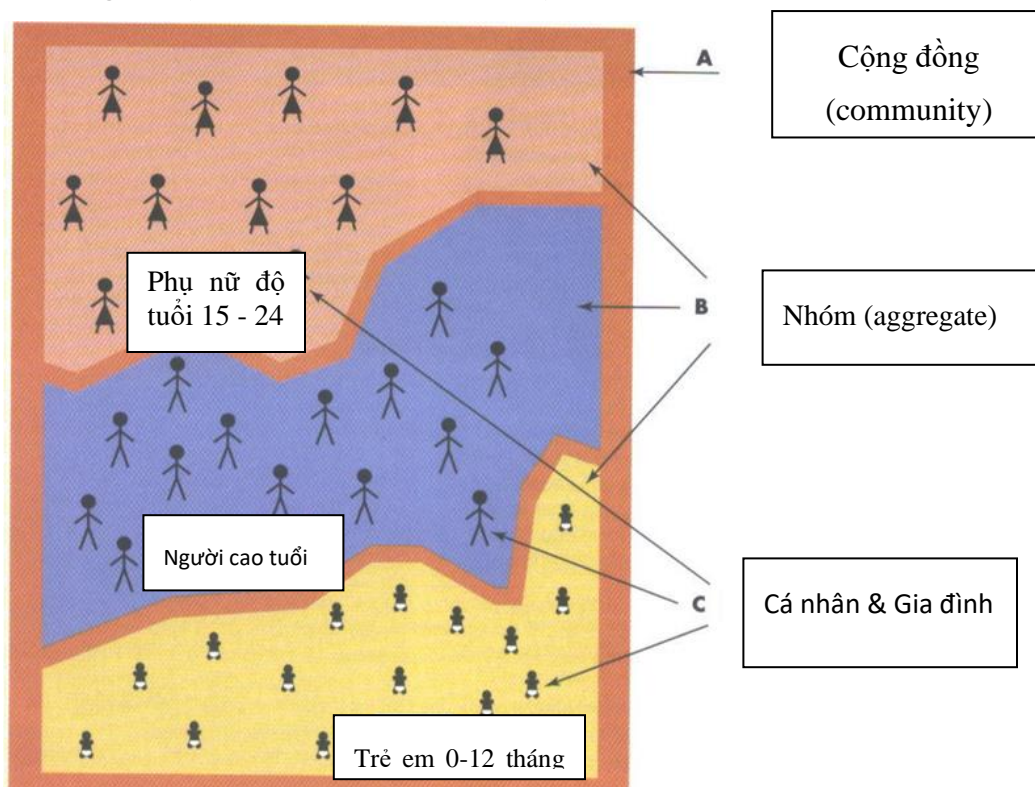
Trong các tài liệu điều dưỡng hiện nay, cộng đồng được định nghĩa: “*a collection of people who interact with one another and whose common interests or characteristics form the basic for a sense of unity or belonging*” (Allender, Rector and Warner 2009), tạm dịch là: “Một tập hợp người tác động qua lại với nhau và có lợi ích hoặc đặc điểm chung làm cơ sở cho sự đoàn kết, tương trợ lẫn nhau”; “*A group of people who share something in common and interact with another, who may exhibit a commitment with one another and may share geographic boundary*” (Lundy and Janes, 2009); tạm dịch; “Một nhóm người có một số đặc điểm chung và tương tác qua lại với nhau, họ thể hiện sự cam kết với người khác và có thể ở cùng một khu vực địa lý”

Maurer và Smith tiếp tục phát triển khái niệm cộng đồng và xác định được 4 đặc tính đó là: con người, địa điểm, tương tác và đặc điểm, lợi ích và mục đích chung. Liên quan đến khái niệm cộng đồng, trong tài liệu này, khái niệm cộng đồng được xem là một tập hợp hoặc một nhóm người sống cùng một địa bàn, tương tác qua lại với nhau trong một đơn vị xã hội, có đặc điểm, lợi ích, giá trị và mục đích chung.

Quần thể và nhóm người (aggregate) là những thuật ngữ thường được sử dụng trong điều dưỡng cộng đồng. **Quần thể** thường được sử dụng để chỉ một

nhóm người có đặc điểm cá nhân hoặc môi trường chung. Đôi khi, quần thể là toàn bộ những người sống trong cộng đồng. **Nhóm người** là một nhóm nhỏ hoặc quần thể nhỏ có những đặc trưng và mối quan tâm chung.

Tùy thuộc vào điều kiện thực tế, can thiệp điều dưỡng cộng đồng có thể hướng vào cộng đồng (xã, huyện...), quần thể (người cao tuổi của một tỉnh, huyện) hoặc nhóm người (trẻ vị thành niên có thai) (Hình 1).



Hình 1: Các cấp độ thực hành chăm sóc sức khỏe

1.3. Khái niệm sức khỏe cộng đồng

- Sự kết hợp của khoa học, kỹ năng và niềm tin hướng tới việc duy trì và cải thiện sức khỏe của tất cả mọi người thông qua các hoạt động tập thể, xã hội.
- Các chương trình, dịch vụ và các tổ chức tham gia nhấn mạnh công tác phòng chống bệnh tật và nhu cầu sức khỏe của người dân nói chung.
- Các hoạt động y tế cộng đồng thay đổi đồng thời với sự thay đổi công nghệ và giá trị xã hội, nhưng các mục tiêu vẫn như cũ. (WHO, 2004)

1.4. Điều dưỡng cộng đồng (community health):

1.4.1. Khái niệm:

Điều dưỡng sức khỏe cộng đồng là áp dụng tổng hợp các kiến thức, thực hành điều dưỡng và y tế công cộng cho việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân. Việc thực hành có tính tổng quát và toàn diện. Nó không chỉ giới hạn trong một nhóm tuổi cụ thể hoặc việc chẩn đoán, mà chăm sóc liên tục theo suốt cuộc đời. (*ANA, American Nurses' Association, 1980*)

1.4.2. Đối tượng của điều dưỡng cộng đồng

Khách hàng là đại từ sử dụng thay thế cho người lành, người bệnh, gia đình và cộng đồng cần sử dụng các dịch vụ y tế. Đại từ khách hàng hướng tới mối quan hệ bình đẳng, chủ động và tích cực giữa người Điều dưỡng cộng đồng với các khách hàng của mình, không chỉ là người bệnh mà đa phần là người lành mạnh, gia đình lành mạnh và cộng đồng khỏe mạnh có những nhu cầu sử dụng các loại hình dịch vụ y tế.

Ở đây, khái niệm đã làm rõ thêm vai trò của người điều dưỡng trong đáp ứng các bậc thang nhu cầu chăm sóc sức khỏe con người trước hết là bậc thang về vật chất và bậc thang bảo vệ và an toàn cho mọi người sinh sống trong cộng đồng.

Khách hàng của điều dưỡng cộng đồng tập trung vào các cá nhân, gia đình và nhóm đối tượng có nguy cơ hoặc toàn bộ dân số.

1.4.3. Mục tiêu điều dưỡng cộng đồng

Mục tiêu điều dưỡng cộng đồng là phục hồi sức khỏe, duy trì, dự phòng nguy cơ và nâng cao sức khỏe, định hướng phục vụ vào cộng đồng, các nhóm người có nguy cơ, các gia đình các cá nhân một cách liên tục theo suốt cuộc đời họ, chứ không phải là chỉ khi họ có bệnh hoặc thương tật.

1.4.4. Các mốc lịch sử trong quá trình phát triển của điều dưỡng cộng đồng.

Thuật ngữ điều dưỡng cộng đồng có xuất sứ từ hai nguồn chính

Nguồn gốc điều dưỡng: thăm và chăm sóc cho các thành viên trong gia đình của họ, giáo dục về sức khỏe và vệ sinh.

Nguồn gốc y tế công cộng: bao gồm nếp sống vệ sinh, tiêm phòng và vệ sinh cá nhân.

Có nhiều cách khác nhau để phân chia giai đoạn phát triển của điều dưỡng cộng đồng, phần lớn các tác giả đều thống nhất chia thành 4 giai đoạn cụ thể là:

Bảng 1: Các giai đoạn phát triển điều dưỡng cộng đồng

Giai đoạn	Trước năm 1800	Từ 1800- 1900	1900-1970	1970 - nay
Đối tượng chăm sóc	Người nghèo	Người bệnh nghèo	Cộng đồng nghèo	Toàn bộ cộng đồng
Định hướng chăm sóc	Cá nhân	Cá nhân	Gia đình	Quần thể
Dịch vụ	Chữa bệnh	Chữa bệnh/ phòng bệnh	Chữa bệnh/ phòng bệnh	Phòng bệnh/ Nâng cao sức khỏe
Tổ chức thực hiện	Tôn giáo	Tình nguyện/ Nhà nước	Tình nguyện/ Nhà nước	Đa dạng hóa/ Tư nhân

1.5. Năng lực của Điều dưỡng cộng đồng ở Việt Nam

- Phạm vi hoạt động của điều dưỡng cộng đồng:

+ Các thực hành cần ưu tiên: duy trì, bảo vệ, nâng cao sức khỏe. Thực hiện dự phòng 3 cấp

+ Các kỹ năng cốt lõi của người điều dưỡng cộng đồng: kỹ năng giáo dục sức khỏe và các kỹ năng điều dưỡng

- Người điều dưỡng cộng đồng học tập và rèn luyện để hình thành 10 năng lực sau đây

- 1, Áp dụng vào thực tế địa phương các mục tiêu CSSKBĐ và thực hiện các chỉ tiêu sức khỏe theo phân cấp quy định trong chiến lược Y tế Quốc gia.
- 2, Xác định nhu cầu sức khỏe của cộng đồng, lựa chọn chăm sóc sức khỏe ưu tiên, đề xuất biện pháp giải quyết.
- 3, Có kiến thức và kỹ năng lâm sàng cần thiết, nhận định chính xác tình trạng sức khỏe và bệnh tật của người bệnh, gia đình và cộng đồng.
- 4, Lập kế hoạch cho các cá nhân, gia đình và cộng đồng, cùng với nhân viên y tế khác cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- 5, Sơ cứu, cấp cứu tai nạn, thảm họa với trang bị và kỹ thuật điều dưỡng tại cộng đồng.
- 6, Tham gia chăm sóc môi trường sinh sống của cộng đồng, thực hiện dự phòng cấp I, cấp II, cấp III với điều kiện phương tiện thích hợp tại cơ sở, thực hiện các chương trình y tế tại địa phương.
- 7, Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn, giảng dạy về sức khỏe cho cộng đồng, người bệnh và nhân viên y tế cơ sở.
- 8, Huy động cộng đồng, các gia đình và các cá nhân vào chăm sóc, nâng cao sức khỏe và phát triển cộng đồng.
- 9, Có khả năng làm việc trong nhóm y tế và hoạt động liên ngành với mục tiêu sức khỏe cho mọi người.
- 10, Lập kế hoạch hành động, tiến hành giám sát và lượng giá kết quả hoạt động y tế địa phương.

1.6. Chức năng, nhiệm vụ của điều dưỡng cộng đồng

Ngày 1-11-1995 tại Công văn số 8002/TCCB, Bộ Y tế đã chính thức ban hành mô tả nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng, bao gồm 4 chức năng

- Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng.
- Thực hiện vệ sinh phòng bệnh, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân.
- Chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

- Quản lý công tác điều dưỡng cộng đồng.

Điều dưỡng cộng đồng không chỉ đơn thuần là chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng, mà nhiệm vụ chủ yếu là phải lượng giá được các nhu cầu sức khỏe của cá nhân, cộng đồng.

Nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng khó có thể phân định rõ ràng như Điều dưỡng Bệnh viện. vai trò Điều dưỡng cộng đồng trải rộng với các hoạt động đa dạng, đòi hỏi một người đa năng nhiều hơn chuyên sâu. Đối tượng chăm sóc có thể là cá nhân, gia đình và thường là cun dân cư có đặc thù về kinh tế- văn hóa- xã hội riêng. Phạm vi áp dụng các nguyên tắc nghề nghiệp trong cộng đồng cũng rộng lớn hơn nhiều cán bộ Y tế khác. Trong cộng đồng cũng có nhiều chuyện riêng tư thậm kín hơn bệnh viện vì khi hoạt động và tiếp xúc thì gia đình làm chủ còn người điều dưỡng là khách của gia đình.

Một vấn đề khác mà người Điều dưỡng cộng đồng phải quan tâm trong suốt quá trình hoạt động là vấn đề pháp luật, chính sách trong cộng đồng. Vấn đề sức khỏe liên quan đến các quy chế, chế độ, luật lệ, quyền hạn đặc biệt, cũng như trong cách chọn các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng thích hợp. trong nhiều trường hợp người Điều dưỡng cộng đồng cũng hoạt động như một người thầy thuốc tương đối độc lập.

Vì vậy, để thực hiện được chức năng nhiệm vụ chăm sóc tại cộng đồng, đòi hỏi người Điều dưỡng cộng đồng phải có nhiều nỗ lực và phải phối hợp với các cấp lãnh đạo, các cơ quan đoàn thể và các ngành nghề trong cộng đồng cùng tham gia thì mới có thể hoàn thành nhiệm vụ một cách tốt đẹp được.

2. Thực trạng sức khỏe cộng đồng và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng

2.1. Thực trạng sức khỏe cộng đồng

2.1.1. Trên thế giới:

Mặc dù đã có rất nhiều nỗ lực, song thực trạng sức khỏe cộng đồng trên phạm vi toàn cầu có nhiều điểm cần phải quan tâm. Mô hình bệnh tật thay đổi, các

bệnh mạn tính không lây có xu hướng gia tăng rất nhanh, đặc biệt là các nước có thu nhập thấp. Trong khi đó các bệnh nhiễm khuẩn vẫn ở mức độ cao.

- Năm 2015, có 56,4 triệu người tử vong trên toàn cầu, 54 % trong số đó là do 10 bệnh có tỷ lệ tử vong cao nhất, bệnh mạch vành và đột quỵ liên quan tới 15 triệu người tử vong.

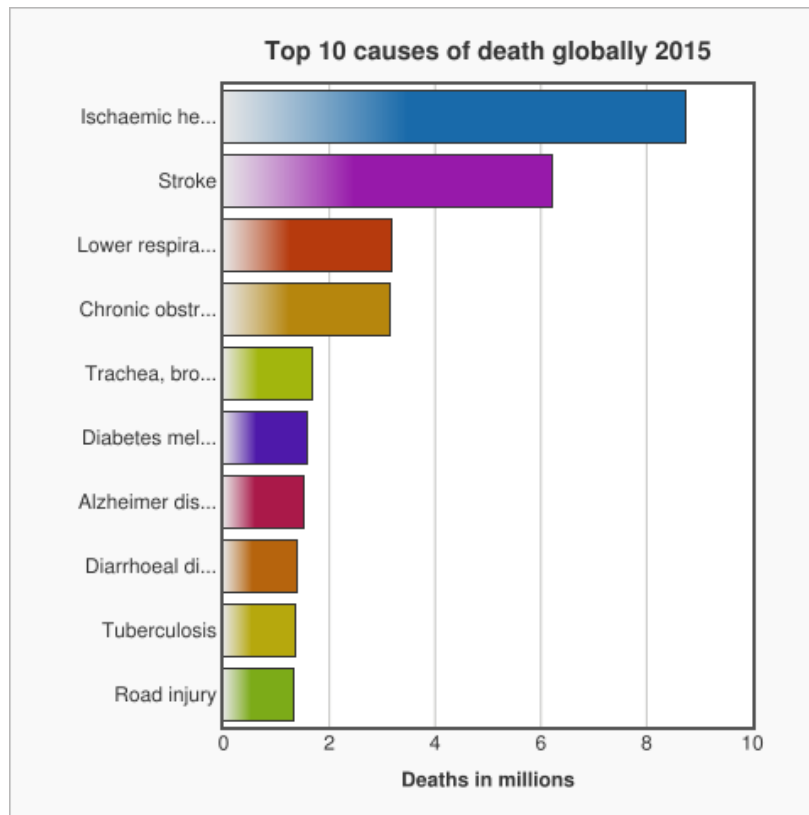
- COPD liên quan tới 3,2 triệu người tử vong, trong khi ung thư phổi là nguyên nhân tử vong của 1,7 triệu người. Đái tháo đường là nguyên nhân tử vong của 1,6 triệu người.

- Viêm phổi vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong nhóm các bệnh lây nhiễm, năm 2015 trên toàn cầu có 3,2 triệu người tử vong do viêm phổi. 1,4 triệu người tử vong vì tiêu chảy và 1,4 triệu người tử vong do lao. HIV/AIDS đã không còn nằm trong nhóm 10 bệnh có tỷ lệ tử vong cao nhất.

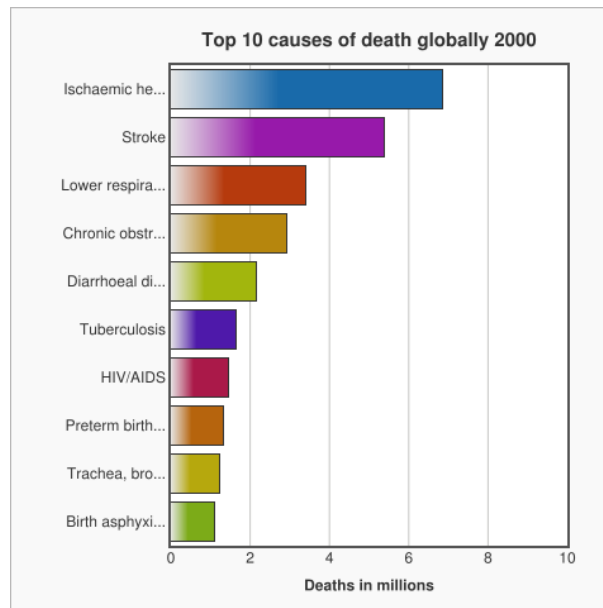
- Tai nạn giao thông là nguyên nhân tử vong của 1,3 triệu người, 76 % thuộc về nam giới.

- Bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân của 70% số người tử vong. 78% số người tử vong do các bệnh không lây thuộc về các nước có thu nhập thấp

- 52% số người tử vong trên toàn cầu thuộc về các quốc gia có thu nhập thấp.



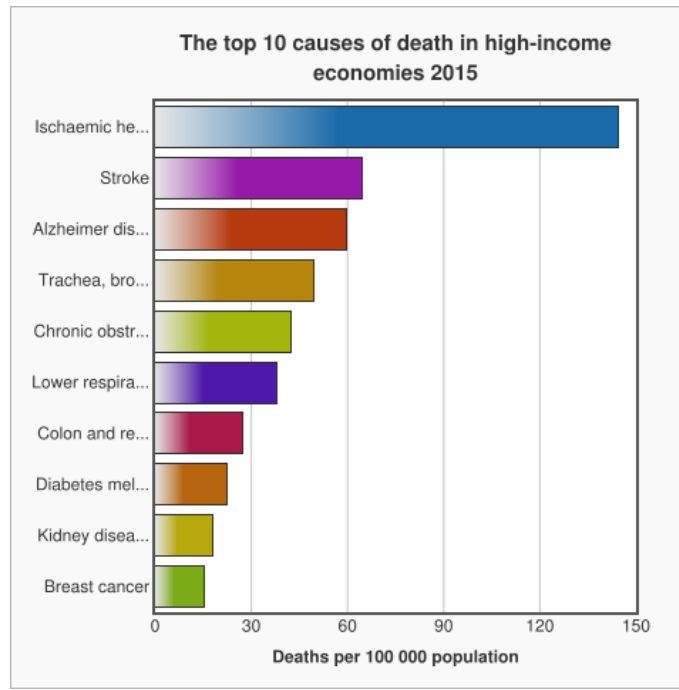
Hình 2: 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới năm 2015
 (Nguồn: The top 10 causes of death Fact sheet Updated January 2017 URL:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>)



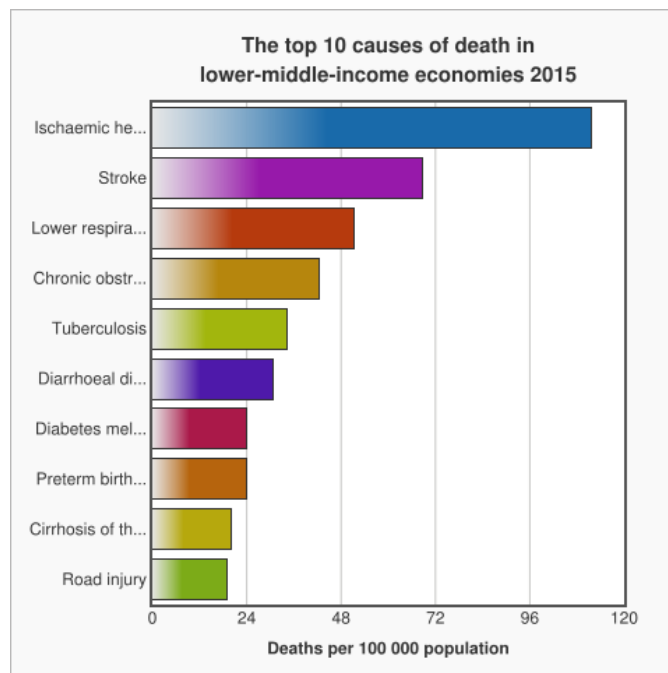
Hình 3: 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới năm 2000

(nguồn: The top 10 causes of death Fact sheet Updated January 2017 URL:

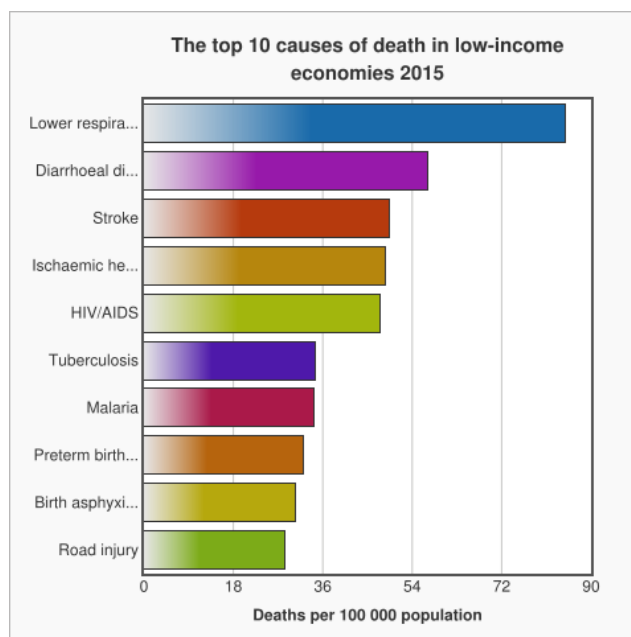
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>)



Hình 4: 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước có thu nhập cao năm 2015



Hình 5: 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước có thu nhập trung bình năm 2015



Hình 6: 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước có thu nhập thấp năm 2015

(Nguồn: The top 10 causes of death Fact sheet Updated January 2017)

2.1.2. Tại Việt Nam.

Là một quốc gia đang phát triển, Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng của cộng đồng quốc tế song có những đặc điểm riêng.

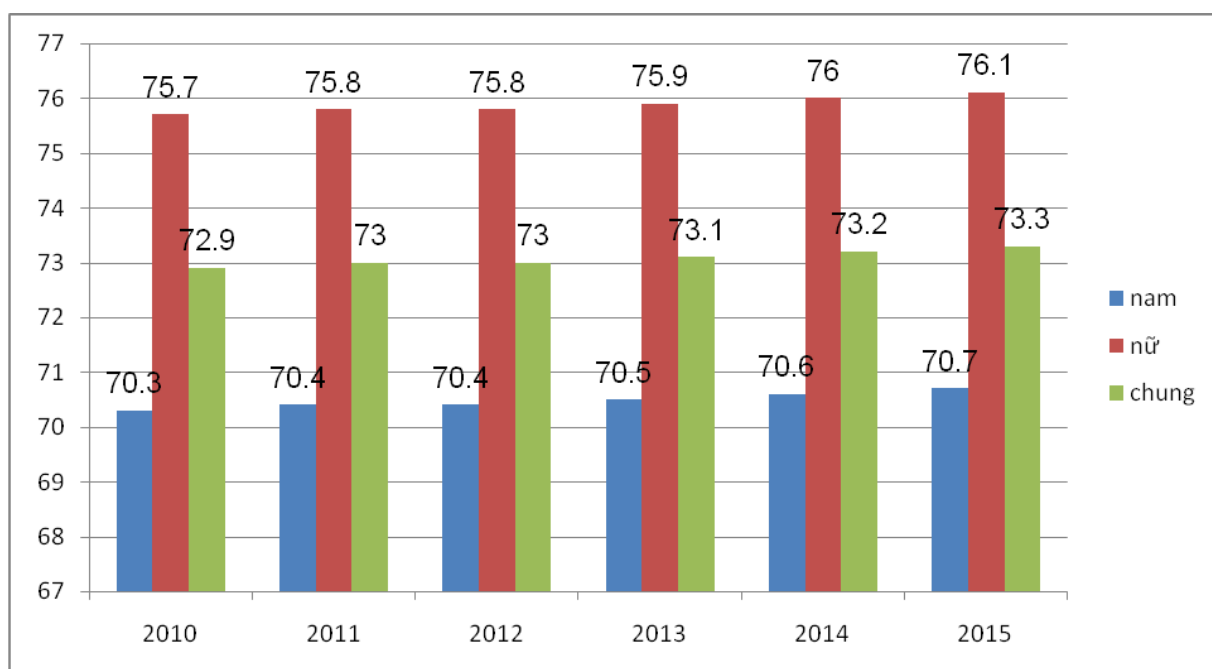
2.1.2.1 Thành tựu

Trong những năm qua, tình hình sức khỏe của người dân Việt Nam đã có những cải thiện đáng kể, thể hiện qua các chỉ số sức khỏe cơ bản như tuổi thọ trung bình, tử vong bà mẹ và trẻ em, tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em.

Tuổi thọ trung bình

Trong 5 năm qua, tuổi thọ trung bình (gọi tắt là tuổi thọ) của người dân Việt Nam vẫn tiếp tục được cải thiện, tăng dần đều đặn khoảng 0,1 tuổi/năm, từ 72,9 tuổi năm 2010 lên 73,2 tuổi vào năm 2015 (70,7 tuổi ở nam và 76,1 tuổi ở nữ) (Hình 7). Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 1990 đến năm 2015, tuổi thọ của người dân Việt Nam đã tăng thêm 6 năm.

Tuổi thọ của người dân Việt Nam năm 2012 là 73 tuổi, cao hơn hầu hết các nước trong khu vực Đông Nam Á, chỉ trừ Sing-ga-po (83 tuổi) và Bru-nây (77 tuổi) và tương đương với một số nước thu nhập cao trên thế giới như Ô-man, Slô-va-ki-a. Tuổi thọ gia tăng thể hiện sự cải thiện về sức khỏe chung của người dân đồng thời cũng tạo ra áp lực cho hệ thống y tế và toàn xã hội trong việc đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng tăng của người cao tuổi trong bối cảnh già hoá dân số.

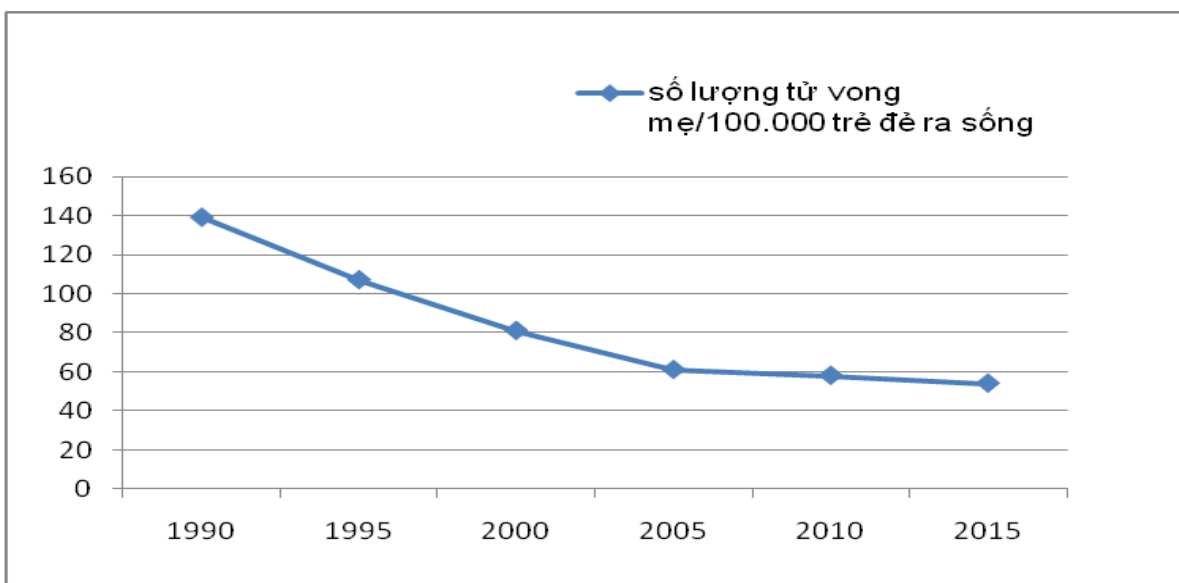


Hình 7: Tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam, 2010 – 2015

Nguồn: Tổng cục Thống kê: Điều tra biến động dân số và KHHGD các năm; Điều tra dân số và nhà ở thời điểm 1/4/2014, Kết quả chủ yếu; Niên giám thống kê các năm .

Tử vong mẹ

Kết quả điều tra năm 2009 cho thấy tỷ số tử vong mẹ của Việt Nam là 69/100 000 trẻ đẻ sống, giảm rõ rệt so với năm 1990 (233/100 000 trẻ đẻ sống). Từ đó đến nay, chưa có cuộc điều tra nào khác ở cấp độ quốc gia về tử vong mẹ. Theo báo cáo của Bộ Y tế, tỷ số tử vong mẹ năm 2015 ước tính khoảng 58,3/100 000 trẻ đẻ sống, đúng bằng Mục tiêu Thiên niên kỷ cần đạt được vào năm 2015. Trong khi đó, nhóm liên tổ chức quốc tế đưa ra số liệu ước tính tỷ số tử vong mẹ năm 2015 là 54/100 000 trẻ đẻ sống (Hình 8). Tuy nhiên, khoảng tin cậy từ 41 đến 74 chưa cho phép kết luận Việt Nam đã hoàn thành Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về giảm 3/4 tử vong mẹ so với năm 1990 hay chưa.

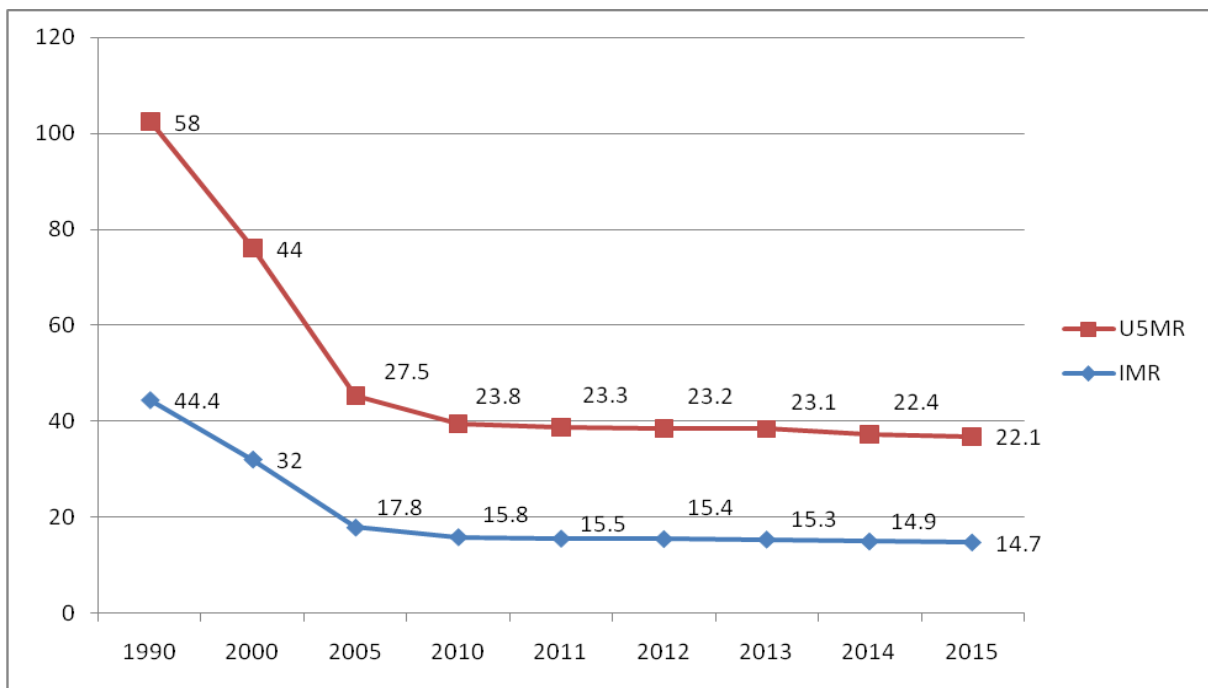


Hình 8: Xu hướng giảm tử vong mẹ ở Việt Nam, 1990 – 2015

Nguồn: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (2015). Trends in Maternal Mortality 1990-2015.

Tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi

Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) và dưới 5 tuổi (U5MR) phản ánh tình trạng sức khỏe cũng như mức độ phát triển của xã hội do khá nhạy cảm với các yếu tố tác động đến sức khỏe và có mối liên hệ khá chặt với tuổi thọ trung bình của dân số. IMR phản ánh chất lượng và hiệu quả hệ thống chăm sóc sức khỏe thai sản cho bà mẹ và trẻ em trong khi U5MR phản ánh nhiều hơn tình trạng dinh dưỡng và phòng bệnh, chữa bệnh cho trẻ em. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm từ 44,4 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 1990 xuống còn 15,3 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 2010 và 14,7 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 2015. Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi tính trên 1000 trẻ đẻ sống cũng giảm tương ứng từ 58,0 trẻ năm 1990 xuống 23,8 trẻ năm 2010 và 22,1 trẻ vào năm 2015. Xu hướng thay đổi tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi từ 1990 đến nay được trình bày tóm tắt trong Hình 9.

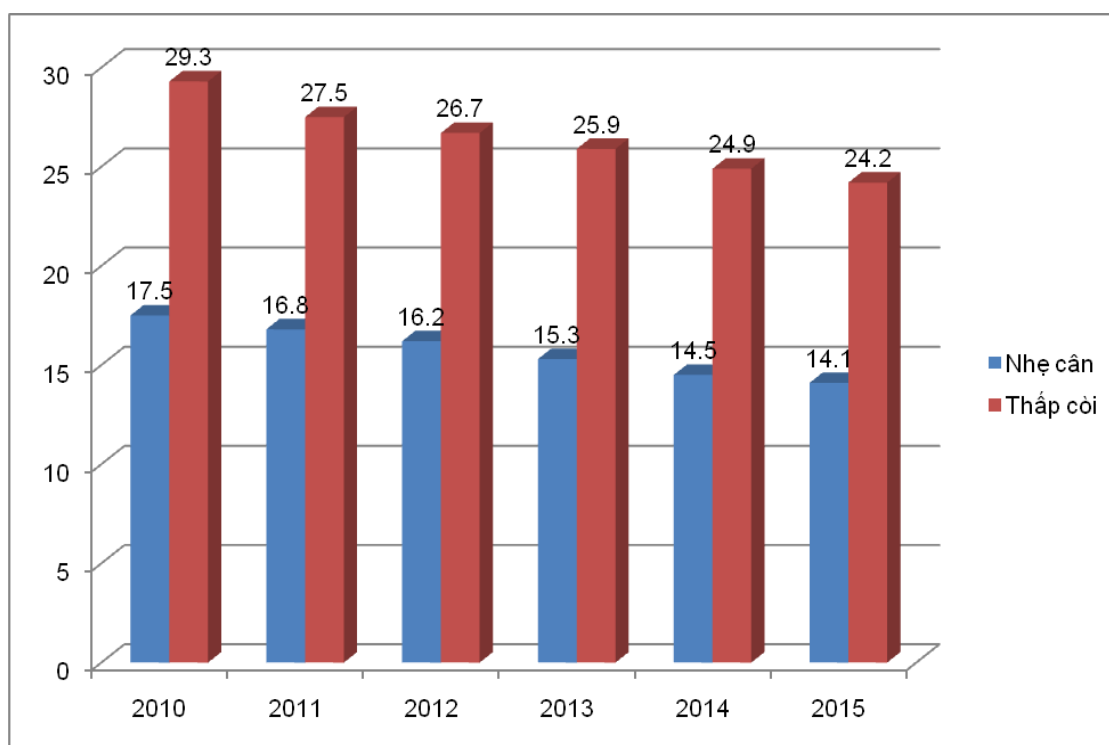


Hình 9: Xu hướng tử vong trẻ em ở Việt Nam, 1990 – 2015

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê các năm.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn tiếp tục giảm nhanh liên tục trong những năm qua, từ 21,2% năm 2007 xuống còn 17,5% năm 2010 và 14,1% năm 2015, đạt được mục tiêu kế hoạch đề ra cho năm 2015 (dưới 15%) và được kỳ vọng tiếp tục giảm đáng kể trong những năm tới. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi cũng giảm tương ứng từ 33,9% (2007) xuống 29,3% (2010) và 24,2% (Hình 10).



Hình 10: Diễn biến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, 2010 – 2015

Nguồn: Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2015) ; Bộ Y tế (2016). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020

Như vậy, đến nay chúng ta đã giảm được hơn 60% số trẻ bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân so với năm 1990, hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về dinh dưỡng trẻ em trước thời hạn

2.1.2.2. Một số vấn đề thách thức

Tình trạng chênh lệch về các chỉ số sức khỏe cơ bản giữa thành thị và nông thôn, giữa các khu vực và các nhóm đối tượng trong những năm gần đây vẫn chưa có cải thiện đáng kể, thậm chí còn tăng lên (với tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi).

Bảng 1 cho thấy sự khác biệt về một số chỉ số sức khỏe cơ bản giữa các vùng sinh thái và giữa khu vực thành thị so với nông thôn năm 2014. Nhìn chung, khu vực Đông Nam Bộ có các chỉ số sức khỏe tốt nhất trong khi khu vực Tây Nguyên và Trung du, miền núi phía Bắc có các chỉ số sức khỏe xấu nhất. Mức chênh lệch

giữa khu vực có chỉ số sức khỏe tốt nhất với khu vực có chỉ số sức khỏe xấu nhất là 1,1 lần, tương ứng với 6,4 năm tuổi thọ; 2,9 lần với tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi; 3,0 lần với tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi và 2,7 lần với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi.

Bảng 2: Chênh lệch giữa các vùng miền về một số chỉ số sức khỏe chung năm 2014

Theo vùng sinh thái	Tuổi thọ*	iMR*	U5MR	SDD nhẹ cân
Đồng bằng Sông Hồng	74,3	13,2		10,2
Trung du và Miền núi phía Bắc	70,4	22,2	33,9	19,8
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	72,5	17,0		17,0
Tây Nguyên	69,5	26,1	39,5	22,6
Đông Nam Bộ	75,7	9,1		8,4
Đồng bằng Sông Cửu Long	74,4	12,0		15,0

Ghi chú: *Số liệu phân vùng là của năm 2013.

Nguồn: Tổng cục Thống kê (2015). Báo cáo tóm tắt Kết quả điều tra dân số giữa kỳ 1/4/2014 ; Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2015)

Mức giảm tử vong ở trẻ em trong những năm gần đây đã chậm lại đáng kể làm ảnh hưởng đến tiến độ và khả năng hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về sức khỏe trẻ em. Hình 3 cho thấy, từ năm 2011 đến năm 2015, chúng ta chỉ giảm được 0,2 trường hợp tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và 0,3 trường hợp tử vong dưới 5 tuổi mỗi năm tính trên 1000 trẻ đẻ sống. Với tốc độ như những năm vừa qua, Việt Nam đã không thể hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về giảm tử vong trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2015. Điều này đòi hỏi phải có những nỗ lực lớn hơn trong những năm tiếp theo, nhất là trong Kế hoạch 5 năm 2016 – 2020 để có thể đạt được mục tiêu và

duy trì bền vững kết quả giảm tử vong ở trẻ em. Một trong những thách thức đặt ra là phải giảm được tử vong trẻ em ở giai đoạn sớm (chu sinh, sơ sinh). Bên cạnh đó, cần tập trung ưu tiên cho giảm tử vong trẻ em ở những khu vực, đối tượng có tỷ suất tử vong cao như đồng bào dân tộc thiểu số, người nghèo, có học vấn thấp ở khu vực Tây Nguyên và Trung du, miền núi phía Bắc. Chất lượng một số chỉ số sức khoẻ còn thấp. Năm 2014, mặc dù tuổi thọ trung bình là 73,2 tuổi, song tuổi thọ khoẻ mạnh (HALE) chỉ đạt 66,0 tuổi. Tuổi thọ trung bình năm 2015 vẫn chưa đạt được mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 (74 tuổi). Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân đã giảm nhanh song tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi vẫn còn ở mức cao (24,2% năm 2015) gây ảnh hưởng đến sức khoẻ của trẻ về lâu dài. Bên cạnh đó, tỷ lệ béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi đang tăng nhanh, năm 2010 là 4,8%, cao hơn 6 lần so với năm 2000, và vẫn tiếp tục tăng trong những năm gần đây.

2.1.2.3. Thực trạng bệnh tật và tử vong

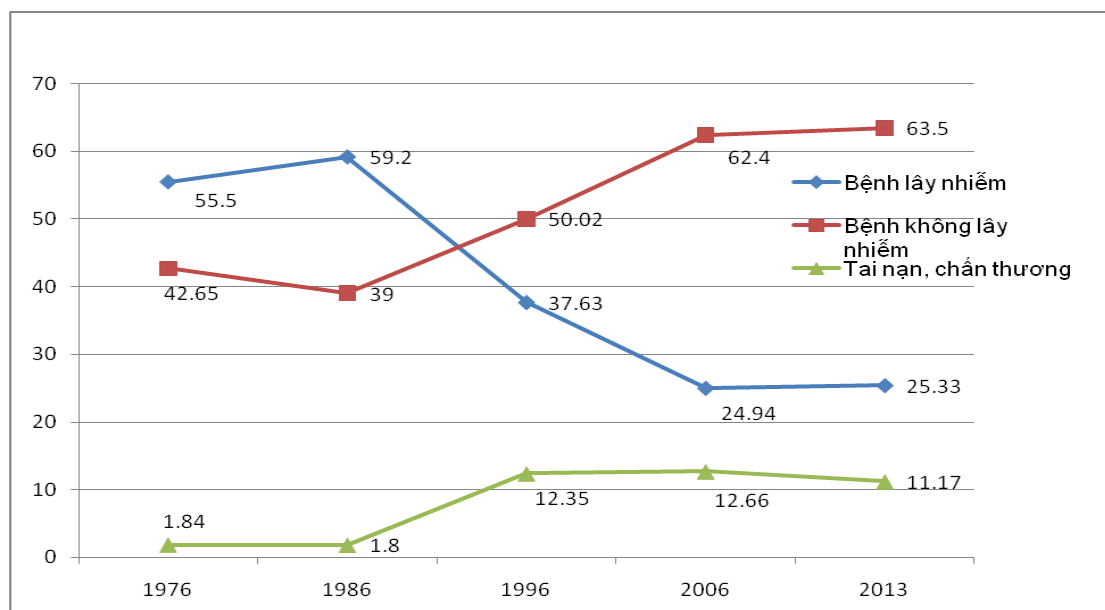
**** Thay đổi cơ cấu gánh nặng bệnh tật, tử vong với sự gia tăng tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm***

Các số liệu thống kê, nghiên cứu cho thấy cơ cấu giữa 3 nhóm bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, và tai nạn, thương tích đã có sự thay đổi nhanh chóng trong vòng hơn 30 năm trở lại đây với sự gia tăng nhanh tỷ trọng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN). Tình trạng này cùng với tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm vẫn đang ở mức cao tạo nên gánh nặng bệnh tật kép. Trong những năm tiếp theo, gánh nặng do các BKLN vẫn tiếp tục gia tăng và chiếm ưu thế trong tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong chung. Sự thay đổi về cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong đòi hỏi hệ thống y tế cũng phải có những đáp ứng, thay đổi phù hợp cả về tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ và khả năng cung ứng dịch vụ.

Sự gia tăng tỷ trọng các BKLN trong số những trường hợp nhập viện và tử vong tại các cơ sở y tế được ghi nhận từ cuối những năm 1970. Theo số liệu thống kê từ các bệnh viện từ 1976 đến 2012, trong số bệnh nhân nhập viện hàng năm, tỷ

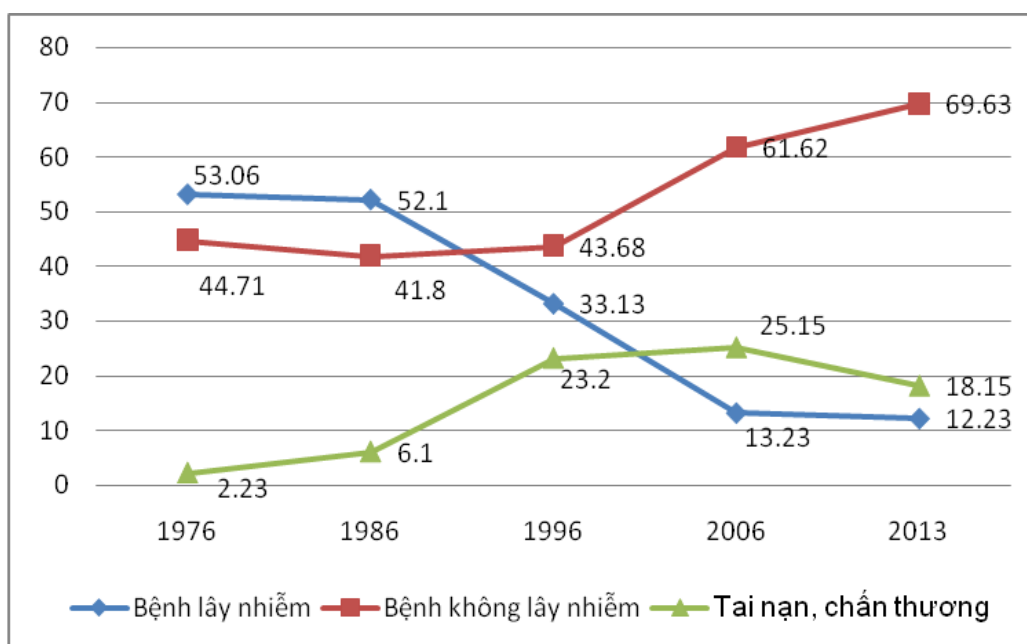
lệ nhóm các bệnh lây nhiễm giảm từ 55,5% xuống còn 22,9% trong khi tỷ lệ của các BKLN tăng tương ứng từ 42,6% lên 66,3% và nhóm các bệnh do tai nạn, ngộ độc, chấn thương, tai nạn vẫn tiếp tục duy trì ở tỷ lệ trên 10%. Tỷ trọng BKLN bắt đầu tăng nhanh trong giai đoạn từ 1986 – 2006 và giữ nguyên từ năm 2006 trở lại đây. Tỷ trọng bệnh lây nhiễm có xu hướng tăng nhẹ những năm gần đây. Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận đối với cơ cấu nguyên nhân tử vong tại bệnh viện trong cùng kỳ. Xu hướng gia tăng và dần chiếm ưu thế của các BKLN trong cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong cũng được khẳng định trong các số liệu đánh giá gánh nặng bệnh tật và tử vong.

Hình 5 cho thấy từ năm 1990, BKLN đã vượt qua bệnh lây nhiễm để chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng gánh nặng bệnh tật tính theo số năm sống mất đi sau khi hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật (DALY). Gánh nặng do các BKLN đã tăng từ 45,5% năm 1990 lên 58,7% năm 2000, 60,1% năm 2010 và 66,2% năm 2012



Hình 11: Xu hướng mắc bệnh

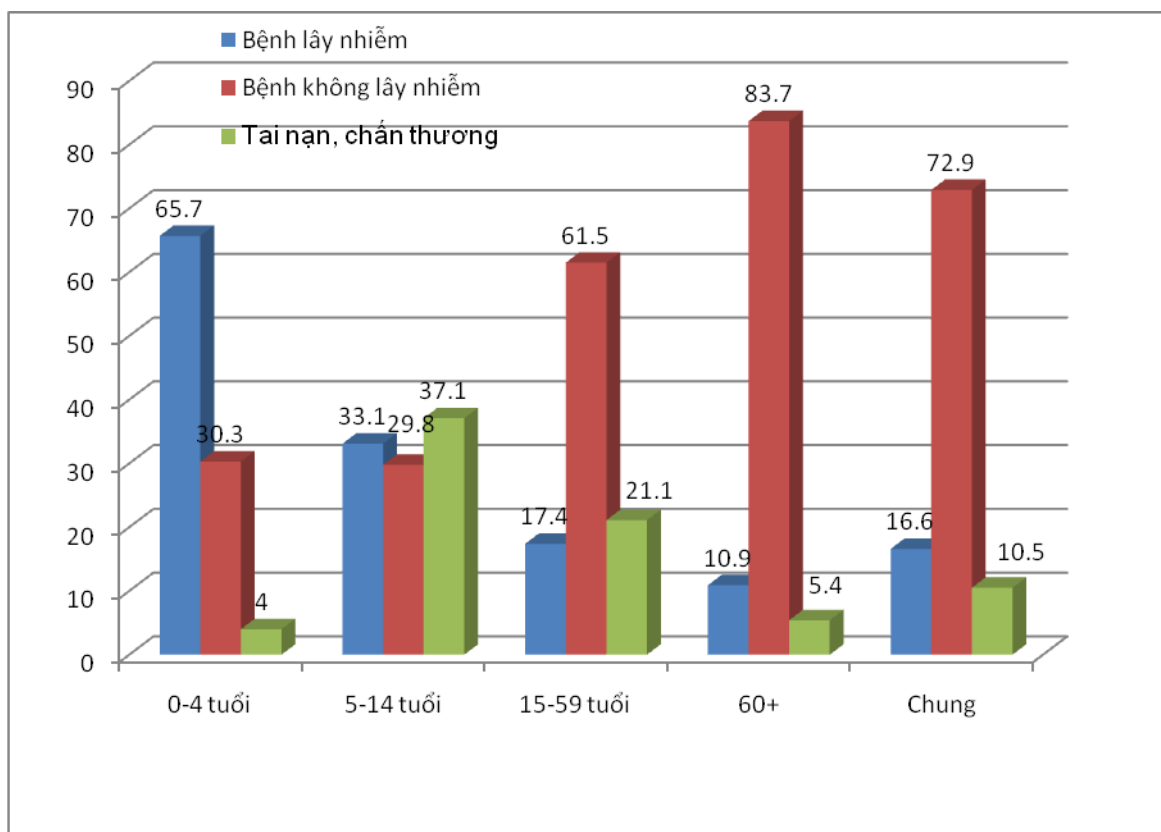
Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2013



Hình 12: Xu hướng tử vong

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2013

Số liệu ước tính của WHO về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2012 cho thấy BKLN chiếm tỷ trọng chính trong gánh nặng bệnh tật chung ở Việt Nam không chỉ về DALY mà còn cả về tỷ trọng tử vong ở phần lớn các nhóm tuổi (Hình 13). Trong năm 2012, BKLN chiếm 72,9% trong tổng số 520 000 trường hợp tử vong. Tỷ suất tử vong chuẩn hoá theo tuổi của BKLN là 435/100 000 dân, lần lượt gấp 4,5 và 7,4 lần so với bệnh lây nhiễm và tai nạn thương tích. BKLN cũng chiếm 59,7% tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm.



Hình 13: Cơ cấu gánh nặng bệnh tật theo các nhóm tuổi, 2012

Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong do các BKLN. Không chỉ thay đổi trong tỷ trọng cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong chung, các BKLN còn gia tăng cả về tỷ suất tử vong lẫn gánh nặng bệnh tật tính theo DALY. Trong giai đoạn từ 2000 - 2012, tỷ suất tử vong do các BKLN tăng gấp gần 6 lần, từ 73,9 trường hợp/100 000 dân lên 417,4/100 000 dân. Tổng gánh nặng bệnh tật gây ra do các BKLN cũng tăng tương ứng từ 13,5 triệu DALY năm 2000 lên 16,9 triệu DALY năm 2012

Gánh nặng của các BKLN gây ra bởi bốn nhóm bệnh chính là bệnh tim mạch, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường. Bốn nhóm bệnh này chiếm 60,4% các trường hợp tử vong và 33% tổng gánh nặng bệnh tật tính theo DALY năm 2012. Ước tính 17% những người trong độ tuổi 30 – 70 có nguy cơ tử vong do 4 nhóm bệnh này.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ trên quy mô quốc gia về gánh nặng bệnh tật gây ra do các BKLN. Phần dưới đây chỉ trình bày kết quả của một số điều tra nghiên cứu quy mô nhỏ, số liệu ước tính của các cơ quan tổ chức cũng như số liệu thống kê, báo cáo thường kỳ của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia về tỷ lệ mắc bệnh, tử vong, gánh nặng bệnh tật ước tính.

Bệnh tim mạch: Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất trong số các BKLN, chiếm 33% tổng số các trường hợp tử vong năm 2012, 16,5% tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm và 7,3% tổng số DALY mất đi năm 2010. Các bệnh tim mạch có gánh nặng lớn là tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, thiếu máu cơ tim,...

Ung thư: Ước tính số người mới mắc ung thư ở Việt Nam là hơn 125 000 năm 2012 và gần 190 000 vào năm 2020. Các loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới là ung thư gan, phổi, dạ dày và đại trực tràng; ở nữ giới là ung thư vú, phổi, gan, cổ tử cung. Việc phát hiện và điều trị ung thư thường được thực hiện ở giai đoạn muộn làm cho chi phí điều trị gia tăng và khả năng kéo dài sự sống cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống bị hạn chế.

Bệnh phổi mạn tính: Tỷ lệ hiện mắc ước tính với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 4,2% và với hen phế quản là 3,9% và đang có xu hướng tăng lên do ảnh hưởng của vấn đề ô nhiễm môi trường không khí do khói bụi sinh hoạt, sản xuất và lưu thông.

Đái tháo đường: Tỷ lệ mắc đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose ở lứa tuổi 30 – 69 tuổi trên toàn quốc tăng nhanh hơn dự báo, tăng xấp xỉ gấp đôi trong vòng 10 năm từ 2002– 2012. Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết trung ương trên hơn 11 000 người trong độ tuổi 30– 69 trên toàn quốc cho thấy có 5,42% mắc đái tháo đường. Dự báo mỗi năm sẽ có thêm khoảng 88 000 người mắc mới, đưa số bệnh nhân mắc đái tháo đường lên 3,42 triệu người vào năm 2030.

Tâm thần: Số liệu điều tra từ năm 2000 cho thấy có đến 14,9% dân số chịu ảnh hưởng của 10 bệnh rối loạn tâm thần phổ biến nhất; trong đó, lạm dụng rượu, bia

(5,5%), trầm cảm (2,8%) và lo lắng (2,6%). Gần 3 triệu người Việt Nam mắc các rối loạn tâm thần nghiêm trọng điển hình như tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và các biểu hiện nghiêm trọng khác về lo âu và trầm cảm.

Gánh nặng do các yếu tố nguy cơ trung gian của một số BKLN như tăng huyết áp, béo phì, tăng cholesterol máu cũng đang có xu hướng tăng lên làm tăng gánh nặng của các BKLN. Kết quả điều tra giám sát các yếu tố nguy cơ BKLN trên đối tượng người trưởng thành từ 25– 64 tuổi năm 2009– 2010 cho thấy có 30,1% số người bị tăng lipid máu; 19,2% tăng huyết áp và 12,1% thừa cân, béo phì. Các tình trạng này vẫn tiếp tục tăng trong thời gian tới do hậu quả tích lũy của nhiều yếu tố hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và lối sống ít vận động thể lực.

Tai nạn thương tích cũng là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu ở Việt Nam, ước tính gây ra 12,8% trong tổng số ca tử vong năm 2010, gấp đôi số ca tử vong do bệnh truyền nhiễm (5,6%). Theo kết quả Khảo sát quốc gia về tai nạn thương tích của Việt Nam (VNIS) năm 2010, mỗi năm ở Việt Nam có hơn 35 000 trường hợp tử vong do tai nạn thương tích; trong đó, tai nạn giao thông đường bộ, ngã và đuối nước là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Riêng đuối nước được coi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em từ 5– 14 tuổi ở Việt Nam với trung bình mỗi ngày có 20 trẻ bị đuối nước

*** Tác động của sự gia tăng gánh nặng của các BKLN ở Việt Nam**

Sự gia tăng của các BKLN không chỉ gây nên gánh nặng về bệnh tật và kinh tế cho cả bản thân bệnh nhân và gia đình mà còn tạo nên gánh nặng cho hệ thống y tế cũng như toàn xã hội. Tác động của sự gia tăng gánh nặng bệnh tật do các BKLN ở Việt Nam càng cần được đặc biệt quan tâm do một số lý do sau đây. BKLN không chỉ gia tăng ở các quần thể dân cư thành thị có điều kiện kinh tế phát triển mà cả người nghèo ở vùng nông thôn. Ở vùng nông thôn, việc chuyển đổi dịch tễ đang diễn ra ở giai đoạn 2 (các bệnh lây nhiễm giảm xuống, điều kiện dinh dưỡng

được cải thiện trong khi các bệnh lý liên quan đến tăng huyết áp không được điều trị như đột quy xuất huyết và bệnh tim do tăng huyết áp vừa mới xuất hiện) trong khi ở vùng thành thị đã chuyển qua giai đoạn 3 khi các biến cố mạch vành do sự gia tăng nhanh chóng của tình trạng xơ vữa trở nên phổ biến hơn.

Nhận thức của người dân về BKLN còn hạn chế, tỷ lệ chưa được chẩn đoán và điều trị trong số bệnh nhân mắc các BKLN chủ yếu vẫn còn rất lớn. Tỷ lệ mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán ở độ tuổi 30– 69 trong cộng đồng là 63,6%. Ước tính có khoảng 25,1% người trưởng thành 25– 64 tuổi mắc tăng huyết áp nhưng chỉ chưa đầy 48% trong số đó biết mình bị tăng huyết áp, 29,6% được điều trị và chỉ 10,7% đạt được huyết áp mục tiêu. Tử vong do đột quy trong bệnh viện rất cao, chủ yếu do bệnh nhân không biết được tình trạng tăng huyết áp của bản thân hoặc biết nhưng không được điều trị đúng cách. BKLN cũng gây nên gánh nặng tài chính cho cả các hộ gia đình nghèo. Tỷ số chênh về khả năng gặp chi phí thảm họa và nghèo hóa do chi phí y tế ở những hộ gia đình có người mắc BKLN lần lượt cao hơn 3,2 và 2,3 lần so với hộ gia đình không có người mắc bệnh. Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật của BKLN không chỉ gây nên gánh nặng kinh tế lớn cho xã hội mà còn đặt ra thách thức cho hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc ngoại trú toàn diện, dài ngày. Hệ thống y tế, nhất là mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) cần phải có những thay đổi tương ứng để đáp ứng với yêu cầu của gánh nặng bệnh tật.

Đầu tư của Nhà nước cho công tác kiểm soát, phòng chống các BKLN chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật. Công tác kiểm soát, phòng chống các BKLN mới chỉ được đưa vào chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ năm 2006 với bệnh ung thư và 2011 với các bệnh khác (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính). Chiến lược chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân 2011– 2020 và các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011– 2015 chủ

yếu vẫn tập trung nhiều cho các bệnh lây nhiễm. Chiến lược phòng chống các BKLN mới chỉ được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt từ tháng 3 năm 2015.

Năng lực của hệ thống y tế, nhất là mạng lưới YTCS trong việc quản lý bệnh và các yếu tố nguy cơ BKLN, khả năng cung ứng các dịch vụ khám và điều trị BKLN còn hạn chế.

2.1.2.4 Gánh nặng do các bệnh lây nhiễm vẫn ở mức cao, ngày càng khó kiểm soát và vẫn tiếp tục là một thách thức đối với hệ thống y tế

Mặc dù tỷ trọng gánh nặng bệnh tật và tử vong do các bệnh lây nhiễm đã giảm trong thời gian vừa qua, song số trường hợp tử vong và gánh nặng bệnh tật gây ra do các bệnh này vẫn ở mức cao. Năm 2012, các bệnh lây nhiễm gây ra 86 100 trường hợp tử vong (so với 97,7 ngàn trường hợp năm 2000) và gây ra 5,6 triệu DALY (so với 6,7 triệu năm 2000). Bên cạnh đó, các bệnh lây nhiễm hiện nay thường khó kiểm soát hơn và gây ra gánh nặng kinh tế lớn hơn trước đây vì chi phí điều trị cao hơn do tình trạng biến đổi khí hậu, thay đổi môi trường, tình trạng đề kháng với các loại thuốc, hoá chất, một số bệnh mới chưa có phương pháp điều trị, phòng ngừa đặc hiệu. Các xu hướng sau đây làm tăng gánh nặng bệnh tật do các bệnh lây nhiễm trong thời gian tới:

- Sự gia tăng tình trạng kháng thuốc với các bệnh như lao, sốt rét, HIV.
- Biến đổi khí hậu và tác động của quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá làm thay đổi hệ thống sinh thái (với sốt rét, sốt xuất huyết).
 - Gia tăng tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng (với sốt rét).
 - Giảm tuân thủ của cộng đồng với các biện pháp dự phòng như tiêm chủng vắc xin.
 - Sự xuất hiện của các bệnh mới nổi chưa có các phương pháp dự phòng và điều trị đặc hiệu với nguy cơ ngày càng cao và diễn biến ngày càng phức tạp.

Với những vấn đề đó, bệnh lây nhiễm tiếp tục là một vấn đề cần quan tâm và là một thách thức đối với hệ thống y tế trong những năm tiếp theo. Phần dưới đây tổng hợp gánh nặng mắc bệnh và tử vong của một số bệnh, nhóm bệnh lây nhiễm chủ yếu ở Việt Nam.

Bệnh lao

Tỷ lệ tử vong do lao đã giảm rõ rệt trong thời gian qua, tỷ lệ mới mắc lao ước tính hằng năm cũng giảm dần mặc dù tỷ lệ phát hiện bệnh nhân lao vẫn tăng nhẹ. Từ giữa thập niên đầu của thế kỷ này, tỷ lệ mắc lao đã giảm khoảng 0,8%/năm với lao các thể và giảm 1,7%/năm đối với lao AFB dương tính mới. Theo ước tính của WHO, Việt Nam có khoảng 180 000 ca bệnh lao mỗi năm (198/100 000 dân).

Mặc dù vậy, gánh nặng do bệnh lao ở nước ta vẫn còn rất nặng nề. Việt Nam vẫn đứng thứ 12 trên thế giới về gánh nặng chung của bệnh lao và đứng thứ 14 về gánh nặng lao kháng thuốc, nhất là lao kháng đa thuốc (MDR-TB). Tỷ lệ lao kháng thuốc đang có xu hướng tăng, chủ yếu trong những trường hợp lao tái phát. Tình hình thực tế hiện nay đặt ra những thách thức đối với khả năng hoàn thành và duy trì mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về khống chế bệnh lao.

HIV/AIDS

Sau đỉnh dịch năm 2007, số trường hợp nhiễm HIV mới được phát hiện và số trường hợp tử vong có liên quan đến AIDS đều giảm dần hằng năm. Tính đến cuối năm 2014, số trường hợp mới nhiễm HIV đã giảm được khoảng 60% và số tử vong do AIDS đã giảm được hơn 50% so với đỉnh năm 2007. Việt Nam vẫn giữ được tỷ lệ nhiễm HIV dưới 0,3% dân số theo kế hoạch đề ra. Mặc dù đã có những thay đổi đáng kể trong thời gian qua, dịch HIV ở Việt Nam vẫn tập trung ở những quần thể có nguy cơ cao nhất như người tiêm chích ma túy, người bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới. Trong thời gian gần đây, bản tình của người nhiễm HIV được coi là quần thể có nguy cơ cao mới, được bổ sung vào các can thiệp dự phòng. Tỷ

lệ phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo có xu hướng tăng với nguồn lây chủ yếu là từ bạn tình bị nhiễm HIV.

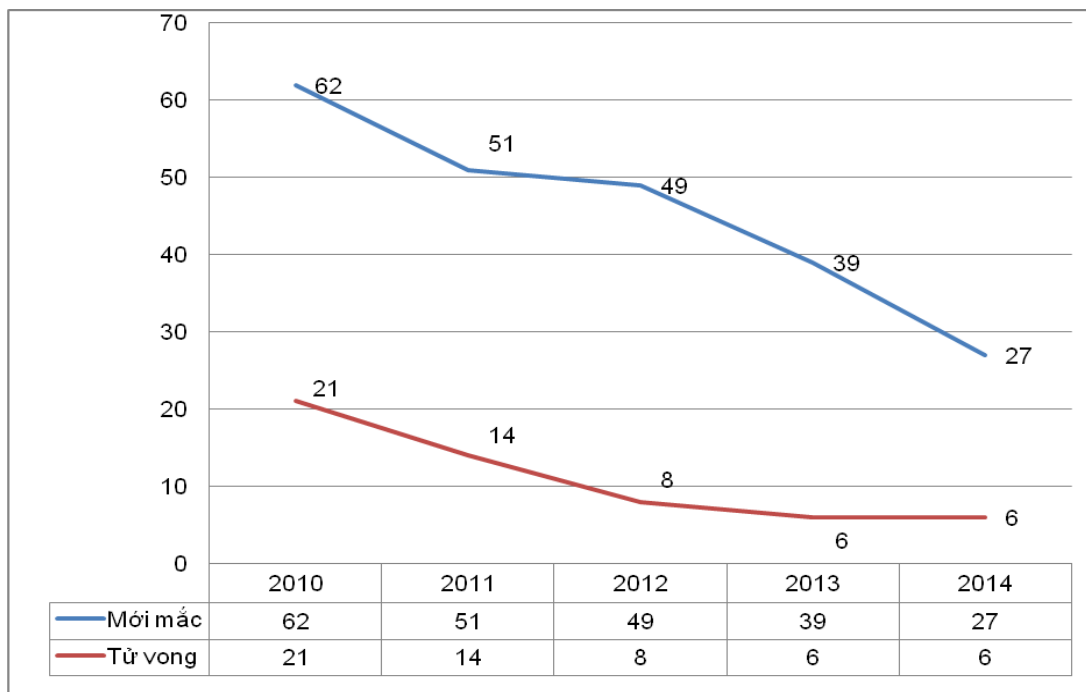
Tuy nhiên, mức độ giảm quy mô dịch chưa sâu, chưa ổn định; số lượng người mới phát hiện nhiễm HIV vẫn tiếp tục gia tăng tại một số địa phương, đặc biệt là khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa. Phần lớn người nhiễm HIV nằm trong độ lao động (90% từ 20– 60 tuổi), là trụ cột chính của gia đình, do đó khi bị nhiễm HIV, suy giảm sức khỏe, không lao động được, giảm thu nhập cho gia đình và xã hội. Vẫn còn gần một nửa các đối tượng có nhu cầu chưa được tiếp cận với điều trị thuốc kháng vi rút (ARV), trong khi đó, khoảng một phần ba số bệnh nhân đang điều trị đã bắt đầu điều trị ở giai đoạn muộn, dẫn đến tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh cao và gánh nặng chi phí, đồng thời góp phần làm tăng tỷ lệ lây truyền HIV trong cộng đồng. Bên cạnh đó, việc điều trị đồng thời cho các trường hợp đồng nhiễm lao và các bệnh viêm gan vi rút C vẫn còn hạn chế do thiếu phương án điều trị hiệu quả và chi phí thuốc cao. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia cũng đối mặt với việc duy trì hoạt động bền vững do sự giảm mạnh viện trợ quốc tế, đặc biệt sau năm 2017

Sốt rét

Tỷ lệ mắc và chết do sốt rét ở Việt Nam đã giảm rõ rệt trong thời gian qua. Tỷ lệ mắc sốt rét đã giảm liên tục, từ 2,8 ca xác định/1000 dân năm 1991 xuống 0,2 ca/1000 dân năm 2010 và chỉ còn 0,17 ca/1000 dân năm 2014. Số trường hợp tử vong do sốt rét cũng giảm nhanh chóng từ 4646 ca năm 1991 xuống còn 91 ca năm 2001, 14 ca năm 2011 và 6 ca năm 2014. Tỷ lệ mắc và số trường hợp tử vong do sốt rét đều giảm rõ trong giai đoạn 2010– 2014 (Hình 13).

Hầu hết các ca bệnh sốt rét và các ca tử vong do sốt rét xảy ra ở khu vực ven biển miền Trung và Tây Nguyên. Hiện nay, 16 tỉnh, thành phố đã không còn bệnh sốt rét lưu hành và 33 tỉnh gần loại trừ được sốt rét. Tuy nhiên, hiện vẫn còn 73,7% dân số sống trong vùng nguy cơ, trong đó có khoảng 6,8% sống trong vùng có nguy

cơ cao. Việt Nam vẫn cần nhiều nỗ lực để thực hiện cam kết loại trừ bệnh sốt rét vào năm 2030.



Hình 13: Tình hình mắc mới và tử vong do sốt rét giai đoạn 2010 - 2014

Nguồn: Quyết định số 4717/QĐ-BYT và Báo cáo tổng kết năm 2014 của Viện SR-KST-CT trung ương.

Thách thức đối với công tác phòng chống sốt rét trong giai đoạn tới là phải đối mặt với nguy cơ gia tăng ký sinh trùng kháng thuốc và muỗi nhờn với hoá chất. Tỷ lệ kháng artemisinin đang ngày càng tăng tại Việt Nam và ba quốc gia khác thuộc tiểu vùng sông Mê Kông là Thái Lan, Miến Điện và Campuchia. Sốt rét kháng thuốc artemisinin được xác nhận đầu tiên ở tỉnh Bình Phước năm 2010, sau đó là Gia Lai, Đắk Nông năm 2011– 2012, Quảng Nam năm 2013 và Khánh Hoà năm 2014. Bên cạnh đó, vấn đề di cư tự do không kiểm soát ở những vùng nguy cơ cũng gây khó khăn cho hoạt động kiểm soát phòng chống sốt rét. Trong khi đó, kinh phí cho Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống sốt rét bị cắt giảm và khả năng duy trì trong giai đoạn tới vẫn còn chưa chắc chắn.

Một số bệnh truyền nhiễm lưu hành có nguy cơ phát sinh dịch

Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng kể trong việc kiểm soát và phòng chống các dịch bệnh truyền nhiễm lưu hành như sốt xuất huyết, tay chân miệng, tiêu chảy cấp. Tuy nhiên, các bệnh này vẫn có nguy cơ phát sinh dịch bất cứ lúc nào do tác động của việc di cư, giao lưu đi lại, thay đổi môi trường khí hậu, thói quen vệ sinh chưa tốt. Dịch sốt xuất huyết vẫn xảy ra hằng năm với cao điểm từ tháng 6 đến tháng 10. Chúng ta chưa đạt được nhiều thành công trong kiểm soát số ca mắc sốt xuất huyết. Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết/100 000 dân có xu hướng tăng, từ 32,5 ca năm 2000 lên 120 ca năm 2009, và 78 ca/100 000 dân năm 2011. Năm 2015, số mắc sốt xuất huyết tăng 11,5% so với trung bình giai đoạn 2010 – 2014. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do sốt xuất huyết từ năm 2005 đến nay đã được kiểm soát dưới 1 ca/1000 ca bệnh. Trên 85% ca mắc và 90% ca tử vong do sốt xuất huyết là ở các tỉnh miền Nam (chiếm 76,9% số ca mắc và 83,3% số ca tử vong từ 2001–2011). Khoảng 90% số ca tử vong do sốt xuất huyết xảy ra ở nhóm tuổi dưới 15. Bệnh tay-chân-miệng vẫn xuất hiện quanh năm ở hầu hết các địa phương, có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm, tập trung chủ yếu ở các tỉnh phía nam với 60% tổng số ca mắc. Năm 2011, có 112 370 ca mắc và 169 ca tử vong được báo cáo ở 63/63 tỉnh, thành phố. Đỉnh điểm của dịch tay-chân-miệng là năm 2012 với tỷ lệ mắc lên tới 177,4/100 000 dân. Mặc dù tỷ lệ mắc và tử vong do tay-chânmiệng đã giảm dần trong vài năm trở lại đây song nguy cơ bùng phát dịch vẫn còn hiện hữu.

Một số dịch bệnh mới nổi

Trong khoảng 10 năm trở lại đây, có nhiều dịch bệnh mới nổi hoặc xuất hiện trở lại, trong đó chủ yếu là các bệnh lây truyền từ động vật sang người. Việt Nam được xác định là một trong những điểm nóng đối với các bệnh truyền nhiễm mới nổi, trong đó có những bệnh có nguy cơ bùng phát thành đại dịch.

Năm 2003, Việt Nam là một trong số 37 quốc gia bị ảnh hưởng bởi đại dịch SARS với 6 bệnh nhân tử vong. Cũng trong năm này, Việt Nam là quốc gia đầu tiên ghi nhận được vi rút cúm gia cầm độc lực cao ở gia cầm và là một trong những nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất bởi dịch cúm gia cầm H5N1 ở người với tỷ lệ chết/mắc lên đến gần 50%. Cả nước đã có tổng số 36 tỉnh báo cáo có người mắc cúm gia cầm, tập trung ở các tỉnh Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu Long. Năm 2009, dịch cúm A/H1N1 (cúm lợn) cũng tác động đến Việt Nam với gần 12 000 trường hợp mắc và 58 trường hợp tử vong, tính đến cuối năm 2010. Năm 2012, bệnh lại được ghi nhận trở lại với 4 trường hợp mắc, trong đó có 2 trường hợp tử vong.

Các chủng vi rút cúm khác như H5N6, H7N9 cũng đã được phát hiện ở một số nước trên thế giới. Một số dịch bệnh khác như bệnh sốt Tây sông Nin, bệnh do vi rút Mers-CoV, dịch Ebola chưa được ghi nhận ở Việt Nam nhưng vẫn là những nguy cơ không thể loại trừ trong bối cảnh giao lưu toàn cầu hoá như hiện nay. Điều này đòi hỏi hệ thống y tế của Việt Nam luôn phải trong tư thế chuẩn bị sẵn sàng để đối phó với sự xuất hiện dịch bệnh. Khác với các bệnh dịch lưu hành hoặc bệnh dịch đã từng xuất hiện, hiểu biết về cơ chế lây truyền cũng như các biện pháp phòng chống các bệnh mới nổi chưa rõ ràng nên các biện pháp kiểm soát chủ yếu là dự phòng từ xa, ngay từ khi chưa có ca bệnh nào trong nước. Bên cạnh đó, các bệnh lây truyền từ động vật sang người cũng đòi hỏi sự phối hợp đa ngành và đặc biệt là quan hệ đối tác mạnh mẽ giữa các hệ thống giám sát và ứng phó bệnh ở người và động vật.

2.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng

Có nhiều cách để chúng ta phân nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, sau đây là mô hình các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe và mối liên hệ giữa chúng

Sức khỏe chịu ảnh hưởng của :

- Yếu tố cá nhân (sinh học): bao gồm yếu tố di truyền, (tâm lý - văn hóa – xã hội) hành vi, niềm tin và tôn giáo (tâm linh)
- Yếu tố môi trường: bao gồm môi trường kinh tế, văn hóa, xã hội, gia đình/nơi làm việc, di cư; thể chế chính trị; môi trường tự nhiên...
- Yếu tố hệ thống y tế: mức độ công bằng, bao phủ của các dịch vụ y tế; chất lượng, hiệu quả, dạng dịch vụ và hình thức cung cấp dịch vụ

Các yếu tố này lại tác động qua lại với nhau tạo nên một mạng lưới các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng.

3. Chính sách và định hướng chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam

Đường lối, chính sách của Đảng, Quốc hội, Chính phủ ngày càng khẳng định vai trò quan trọng của lĩnh vực CSSK nhân dân đối với việc thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống của nhân dân, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. Nhiều văn kiện của Đảng đã xác định đầu tư cho sức khỏe là đầu tư trực tiếp cho phát triển bền vững

Hệ thống pháp luật liên quan đến CSSK ngày càng được hoàn thiện; nhiều Luật, Nghị định của Chính phủ, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, Thông tư hướng dẫn của các Bộ đã được ban hành, tạo hành lang pháp lý rõ ràng, minh bạch cho quá trình xây dựng và phát triển hệ thống y tế. (đọc thêm giáo trình Tổ chức Y tế)

Các chính sách xóa đói giảm nghèo, chương trình quốc gia xây dựng nông thôn mới tạo thuận lợi để thực hiện công bằng trong CSSK và phát triển y tế ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa.

Việc hoàn thiện thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa có thể tạo động lực cho việc đổi mới quản lý, nâng cao hiệu suất hoạt động của các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế công lập, đồng thời tạo thuận lợi để phát triển khu vực y tế tư nhân

3.1. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên được đề cập tới trong Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015

Các ưu tiên về sức khỏe được lựa chọn dựa trên các tiêu chí như gánh nặng bệnh tật, quy mô tác động, khả năng can thiệp và công bằng. Trong 5 năm tới, các vấn đề sức khỏe cần ưu tiên quan tâm là:

- Sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật do các BKLN, đặc biệt tăng huyết áp và các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Nhận thức và thực hành của người dân về phòng chống các bệnh này còn hạn chế và năng lực của hệ thống y tế chưa đáp ứng nhu cầu đang gia tăng.

- Các bệnh truyền nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức với hệ thống y tế, đặc biệt HIV/AIDS, bệnh lao, sốt rét, sốt xuất huyết, bệnh chân tay miệng, bệnh dại, các bệnh có thể phòng bằng vắc xin và các dịch bệnh mới nổi. Việc kiểm soát các bệnh này ngày càng phức tạp do hệ thống giám sát dịch bệnh yếu, mức kháng thuốc cao, biến đổi khí hậu, toàn cầu hóa và tính khó dự báo của bệnh mới nổi.

- Sự gia tăng tác động của các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe ngoài phạm vi quyền lực và khả năng đáp ứng của ngành y tế như tình trạng già hoá dân số, biến đổi khí hậu và các vấn đề liên quan đến quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và toàn cầu hoá, bao gồm cả gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, thay đổi hành vi lối sống theo hướng bất lợi cho sức khỏe và các tệ nạn xã hội. Để giải quyết những vấn đề này, đòi hỏi phải có những nỗ lực trong phối hợp liên ngành trong việc thực hiện các chiến lược dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả các đối tượng khoẻ mạnh.

■ Khoảng cách bất bình đẳng giữa các vùng miền và các nhóm kinh tế xã hội về tình trạng sức khỏe, gánh nặng bệnh tật và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK chưa thu hẹp lại. Cần thực hiện các can thiệp hiệu quả, phù hợp hơn, tập trung ưu tiên cho các khu vực và đối tượng dễ tổn thương ở các vùng có điều kiện địa lý và kinh tế khó khăn. Trọng tâm ưu tiên là các vấn đề sức khỏe bà mẹ, trẻ em như tử vong mẹ, tử vong trẻ em đặc biệt là trẻ sơ sinh, chu sinh, suy dinh dưỡng trẻ em, nhất là với thể thấp còi.

3.2. Định hướng các giải pháp

■ Thực hiện chiến lược tiếp cận toàn diện bao gồm kiểm soát các yếu tố nguy cơ; dự phòng, phát hiện bệnh sớm và điều trị, quản lý bệnh liên tục và lâu dài dựa vào cộng đồng để định hình nhu cầu tương lai cho các dịch vụ đối với các BKLN. Các giải pháp can thiệp cần được xây dựng phù hợp với bối cảnh cụ thể của từng tỉnh, huyện trên cơ sở kiến tạo môi trường để thúc đẩy lối sống lành mạnh nâng cao sức khỏe, ưu tiên đầu tư cho dự phòng, tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu thực hiện phòng, chống BKLN. Đối tượng cho các chương trình này cần bắt đầu ngay từ đối tượng trẻ em bởi việc dự phòng cho các đối tượng này mang lại hiệu quả cao trong việc giảm gánh nặng bệnh tật trong tương lai.

■ Đổi mới mô hình tổ chức và mô hình cung ứng dịch vụ CSSKBD ở tuyến cơ sở theo hướng toàn diện, liên tục, tăng cường kết nối giữa điều trị với dự phòng, giữa YTCS với tuyến trên. Tiếp tục tăng cường đầu tư đồng bộ và bền vững cho tuyến YTCS, nhất là ở các khu vực khó khăn cả về cơ sở vật chất và nhân lực.

■ Tăng cường năng lực hệ thống giám sát phòng chống dịch bệnh, bảo đảm sẵn sàng cả về trang thiết bị và nhân lực chủ động đối phó và khống chế dịch bệnh. Tiếp tục triển khai có hiệu quả công tác tiêm chủng mở rộng, từng bước bổ sung thêm các vắc xin mới vào chương trình.

■ Tăng cường phối hợp liên ngành trong việc ứng phó biến đổi khí hậu, quy hoạch sản xuất công nghiệp, đánh giá và giám sát tác động ô nhiễm môi trường do

các hoạt động công nghiệp hoá, đô thị hoá, tuyên truyền giám sát thực hiện thay đổi hành vi, lối sống, dự phòng và kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN và phòng chống dịch bệnh.

- Xây dựng các quy định và tăng cường giám sát của tuyến trung ương, xây dựng khuôn khổ hành động và trách nhiệm của các địa phương. Nâng cao năng lực của hệ thống y tế trong kiểm soát tác động của biến đổi khí hậu (phát triển khả năng dự báo, thúc đẩy sự tham gia của cộng đồng, bảo đảm tính sẵn sàng trong dự phòng, ứng phó và phục hồi sau thiên tai, thảm họa).

- Tiếp tục thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ, bắt đầu triển khai các mục tiêu phát triển bền vững, quan tâm các đối tượng bà mẹ, trẻ em và người cao tuổi. Đặc biệt, cần nghiên cứu cơ chế và xem xét lộ trình phù hợp lồng ghép các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế vào trong các hoạt động CSSKBD thường xuyên ở tuyến YTCS.

3.3. Cách tiếp cận trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Vấn đề toàn cầu hiện nay là chi phí chăm sóc sức khỏe có đạt được hiệu quả tương ứng hay không?

Mô hình chăm sóc hiện nay là sự kết hợp giữa chất lượng, an toàn và dựa trên bằng chứng.

- Chăm sóc sức khỏe cộng đồng là lồng ghép với chăm sóc xã hội, tăng cường tự chăm sóc với sự hỗ trợ của gia đình và mạng lưới xã hội .
- Tiếp cận chăm sóc sức khỏe cộng đồng theo quy trình:
 - + Xác định vấn đề sức khỏe
 - + Xác định các yếu tố liên quan đến vấn đề sức khỏe
 - + Phát triển và thử nghiệm các can thiệp cộng đồng nhằm dự phòng và kiểm soát vấn đề sức khỏe
 - + Áp dụng các biện pháp can thiệp để nâng cao sức khỏe người dân
 - + Theo dõi và đánh giá hiệu quả của các can thiệp

4. Nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật và giảm thiểu nguy cơ

Sức khỏe của một cộng đồng chỉ có thể được nâng cao khi người dân trong cộng đồng hiểu biết về cách phòng ngừa bệnh tật, chủ động tham gia vào việc phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật, đóng góp ý kiến để giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe cũng như các hoạt động chăm sóc sức khỏe của bản thân và của cộng đồng.

Vai trò của người điều dưỡng cộng đồng trong việc nâng cao sức khỏe người dân bị thách thức bởi cách chia sẻ thông tin y tế (liên quan đến văn hóa), những lựa chọn của người dân (liên quan đến hành vi), nơi mà người dân sinh sống (điều kiện môi trường và xã hội), nơi người dân được chăm sóc (chất lượng chăm sóc nhận được). Vì vậy, điều quan trọng là phải tìm ra được các mô hình thay đổi hành vi và nâng cao sức khỏe để làm cơ sở cho việc thực hiện nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật và giảm thiểu nguy cơ.

Một số mô hình/ thuyết thay đổi hành vi (đọc thêm giáo trình nâng cao sức khỏe và hành vi con người)

- Lý thuyết học tập/ mô hình học tập (Learning Theories): được phát triển bởi Skinner năm 1953. Lý thuyết này hướng tới một mục tiêu cuối cùng.

- Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model): được phát triển bởi Hochbaum (1956) and Rosenstock (1974), hành vi có liên quan đến sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng phụ thuộc vào : (1) mức độ nghiêm trọng của bệnh hoặc vấn đề sức khỏe; (2) Mức độ nhạy cảm của vấn đề ; (3) Lợi ích của hành vi dự phòng; (4) Những gì xuất hiện trong quá trình lựa chọn hành động nâng cao sức khỏe. Mô hình này được sử dụng để nhắc nhở mọi người về những hành vi có lợi cho sức khỏe để họ thực hiện.

- Mô hình lý thuyết của sự thay đổi (Transtheories Model): Được phát triển bởi Prochaska and DiClemente (1983). Là cách tiếp cận tuần tự các bước của quá trình thay đổi hành vi. Mô hình này là một quá trình gồm 5 bước : (1) chưa quan tâm; (2) quan tâm; (3) chuẩn bị; (4) hành động ; (5) Duy trì. Các chuyên gia cho rằng, hành vi của các nhân, gia đình và cộng đồng thay đổi hành vi không theo kiểu tuyến tính mà có thể thay đổi theo chiều hướng lặp lại. Đối với điều dưỡng, chìa khóa cho sự thành công khi áp dụng mô hình này là phát triển các can thiệp phù hợp căn cứ vào sự sẵn sàng của người dân.

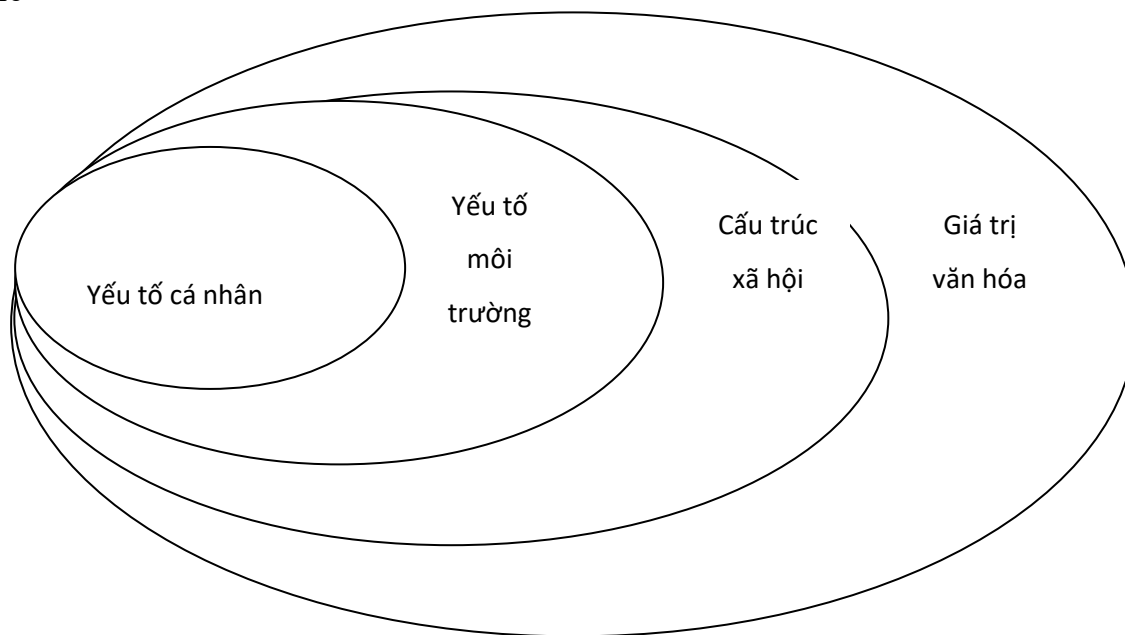
- Thuyết hành động có lý trí: (Theory of Reasoned Action): Lý thuyết này cho rằng, hành vi nhất định của một người được xác định bởi ý định thực hiện hành vi đó. Ý định thực hiện hành vi được xác định bởi thái độ của một người đối với hành vi đó và có liên quan đến môi trường xã hội hoặc quan niệm chủ quan.

- Thuyết xã hội học tập {Social Learning (Social Cognitive) Theory}: hiệu quả của cách tiếp cận thay đổi hành vi có liên quan đến yếu tố môi trường, yếu tố cá nhân và bản chất của hành vi. Điều quan trọng nhất của mô hình này là niềm tin của đối tượng đối với hành vi cần thay đổi.

- Thuyết hỗ trợ xã hội (Theories of Social Support): Các thành viên gia đình, bạn bè, hàng xóm và cộng đồng lân cận có thể liên quan đến sự thay đổi hành vi của một cá nhân bằng việc cung cấp “hỗ trợ xã hội”: hỗ trợ công cụ; hỗ trợ thông tin, hỗ trợ cảm xúc...

- Mô hình sinh thái (Ecological Model): Mô hình này có nguồn gốc từ Bronfenbrenner (1979, 2004). Mô hình này dựa trên niềm tin rằng tất cả các quá trình xảy ra trong từng cá nhân và môi trường của họ nên được coi là phụ thuộc lẫn nhau. Nó cho thấy thay đổi hành vi trong con người cần được xem xét trong một bối cảnh xã hội rộng lớn hơn, bao gồm lịch sử phát triển, đặc điểm tâm lý, mối quan hệ giữa các cá nhân, môi trường vật lý và văn hoá.

Theo mô hình này, hành vi là kết quả của kiến thức, giá trị và niềm tin của cá nhân đồng thời chịu ảnh hưởng của các yếu tố xã hội. Các yếu tố xã hội bao gồm các mối quan hệ, sự hỗ trợ xã hội và cấu trúc của cộng đồng. Theo mô hình sinh thái, có 4 mức độ ảnh hưởng lẫn nhau và cần phải xem xét cả bốn mức độ này để thay đổi hành vi. Bốn mức độ này có thể ảnh hưởng tích cực hoặc tiêu cực đến việc thay đổi hành vi. Bốn mức độ đó bao gồm: (1) Yếu tố cá nhân; (2) Mối quan hệ giữa cá nhân và môi trường; (3) Cấu trúc xã hội; (4) Giá trị và niềm tin văn hóa. Sự ảnh hưởng lẫn nhau của các yếu tố này cần phải được xem xét một cách tổng thể



Mô hình sinh thái được cho là mô hình phù hợp để xác định và đo lường quá trình ảnh hưởng phức tạp của các yếu tố tới hành vi con người, đây là mô hình được cho là toàn diện hơn các lý thuyết đã đề cập ở phần trên.

Người điều dưỡng cộng đồng có vai trò rất lớn trong nhóm y tế, có thể tham gia tích cực vào quá trình phòng chống bệnh tật cơ bản và nâng cao sức khỏe nhân dân. Trên cơ sở các bằng chứng khoa học, người điều dưỡng sử dụng các kiến thức của mình về thay đổi hành vi để xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp nhằm dự phòng và nâng cao sức khỏe cho người dân. Dự phòng ban đầu là một công việc có ý nghĩa quan trọng trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân mà người điều dưỡng cộng đồng là người có vai trò rất lớn.

Câu hỏi tự lượng giá:

1. Giải thích các khái niệm : sức khỏe, cộng đồng, sức khỏe cộng đồng
2. Trình bày định nghĩa, mục tiêu, nội dung và các mốc phát triển của điều dưỡng cộng đồng
3. Mô tả chức năng nhiệm vụ của người điều dưỡng cộng đồng
4. Phân tích thực trạng tình hình sức khỏe trên thế giới? liệt kê được các vấn đề sức khỏe ưu tiên và các yếu tố nguy cơ?
5. Phân tích thực trạng tình hình sức khỏe người dân Việt Nam? liệt kê được các vấn đề sức khỏe ưu tiên và các yếu tố nguy cơ?
6. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe
7. Trình bày các chính sách liên quan đến sức khỏe người dân trong giai đoạn hiện nay.
8. Phân tích các ưu tiên chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.
9. Phân tích tầm quan trọng của nâng cao sức khỏe đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng? Phân tích các mô hình thay đổi hành vi và ứng dụng của chúng vào thực tế chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Bài 2

DỊCH TỄ HỌC: KHOA HỌC DỰ PHÒNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

- 1. Trình bày được khái niệm dịch tễ học, các nguyên lý và thuật ngữ dùng trong dịch tễ học*
- 2. Phân tích được lịch sử tự nhiên của bệnh và các cấp độ dự phòng, ứng dụng trong việc lựa chọn các biện pháp dự phòng cho từng nhóm bệnh*
- 3. Phân tích được các đo lường sử dụng trong dịch tễ học và ứng dụng được vào thực tiễn sắp xếp trình bày số liệu lượng giá sức khỏe cộng đồng*

NỘI DUNG:

1. Giới thiệu

Dịch tễ học bắt nguồn từ những quan sát từ thời Hippocrate hơn 2000 năm trước đây, cho rằng các yếu tố môi trường đã tác động lên sự xuất hiện bệnh. Hippocrate đã xác định rằng điều tra y học thích hợp cần phải quan tâm tới các mùa trong năm, nguồn nước, phương hướng cửa nhà trong thành phố, các tục lệ địa phương và các nghề nghiệp của cư dân trong nghiên cứu. Ông đã chỉ ra rằng sự phát triển bệnh tật của con người có thể liên quan đến các yếu tố môi trường bên ngoài. Có thể nói Hippocrate là người đặt nền móng cho khoa học dịch tễ học, tuy nhiên vào thời kỳ đó và một thời gian dài tiếp theo dịch tễ học phát triển rất chậm.

Để đi tới được quan niệm như hiện nay, lịch sử phát triển của dịch tễ học trải qua nhiều thời kỳ, nổi bật nhất là ba cột mốc đánh dấu những bước phát triển đặc biệt góp phần hình thành cơ sở phát triển dịch tễ học hiện đại.

Đóng góp của John Graunt:

John Graunt là một nhà tiên phong trong lĩnh vực dịch tễ học, ông là người đầu tiên đã định lượng các hiện tượng sức khỏe và bắt đầu chú ý rằng tần số đó khác nhau ở lứa tuổi khác nhau, giới tính khác nhau. Năm 1662, ông đã phân tích

số sinh, tử ở Luân Đôn và thấy rằng cả sinh và tử ở nam giới đều cao hơn nữ giới, tỉ lệ chết ở trẻ em cao hơn tất cả các lứa tuổi khác. Tác phẩm “ Những quan sát tự nhiên và chính trị” của ông được phát hành năm 1692 là một trường hợp điển hình nói lên sự cấp thiết của thống kê sinh tử một cách chính xác để cung cấp số liệu cho nghiên cứu khoa học. Ngoài ra ông còn cho thấy rằng số mắc dịch hạch trong số dân Luân Đôn có khác nhau ở những năm khác nhau và ông cũng nêu lên các đặc điểm của những năm có dịch xảy ra.

Đóng góp của William Farr:

Năm 1837, William Farr đã thiết lập một hệ thống đếm số chết và nguyên nhân chết ở cả Anh và xứ Wales liên trong 40 năm và nhận mạnh đến sự khác nhau ở những người có vợ, chồng và những người sống độc thân, ở những nghề nghiệp khác nhau, sự chết của tã ở các độ cao khác nhau... trong đó ông đã đóng góp rất nhiều cho việc hình thành phương pháp nghiên cứu dịch tễ học hiện đại như định nghĩa quần thể có nguy cơ, phương pháp so sánh giữa các đối tượng khác nhau, chọn nhóm so sánh thích hợp và rất coi trọng đến các yếu tố có thể ảnh hưởng đến bệnh, chết theo tuổi, thời gian phơi nhiễm và tình trạng sức khoẻ chung.

Đóng góp của Florence Nightingale:

Sau nghiên cứu của William Farr, vào những năm 1890, Florence Nightingale đã ứng dụng thực hiện những thống kê chi tiết và thông báo sự ưu tiên cho điều kiện sức khoẻ của quân đội trong cuộc chiến tranh Crimeal. Trên cơ sở của các thông báo này, bà đã nhận được sự tài trợ để làm giảm tỉ lệ tử vong một cách rõ ràng số bệnh nhân Anh tại bệnh viện. Nightingale tiếp tục sử dụng mô hình dịch tễ học trong công tác Điều dưỡng của bà để xác định vai trò của môi trường đối với sức khoẻ và mối quan hệ của nó với mô hình bệnh.

Mặc dù cả John Graunt và William Farr đã đề cập đến các mức độ khác nhau, đến sự phân bố tần số và coi trọng sự phân bố tần số này là khác nhau ở những thời gian khác nhau, ở những nơi khác nhau và ở những nhóm người khác nhau nhưng

chưa lý giải được tại sao lại có sự khác nhau đó.

Đóng góp của John Snow:

John Snow là người đầu tiên đưa ra giả thuyết về một yếu tố bên ngoài có liên quan chặt chẽ với một bệnh. Ông đã bỏ ra rất nhiều công sức để quan sát dịch tả ở Luân Đôn vào những năm bốn mươi của thế kỷ XIX. Lúc đó tất cả các công ty cấp nước cho Luân Đôn là Lambeth, South Wark và Vauxhall đều lấy nước từ sông Thames, ở điểm bị bắn nặng nề từ nguồn nước thải của thành phố. Sau đó, khoảng giữa thời gian 1845 – 1854, công ty Lambeth chuyển địa điểm lấy nước lên phía thượng nguồn, nơi không bị ô nhiễm nước thải của thành phố thì thấy tỉ lệ mắc tả giảm hẳn. Từ những quan sát đó, John Snow đã đưa ra giả thuyết rằng nước của South Wark và Vauxhall đã làm tăng nguy cơ mắc tả. Ông cũng nhấn mạnh rằng, có thể có những yếu tố khác tham gia vào nữa, nhưng rõ ràng là tả lan truyền theo đường nước (mặc dù lúc đó cơ chế lan truyền theo nước còn chưa được biết đến). Đây là một giả thuyết mà sau đó được kiểm định và vẫn còn giữ nguyên vẹn giá trị đến ngày nay.

Như vậy, John Snow là người đầu tiên đã nêu đầy đủ các thành phần của định nghĩa dịch tễ học, ông cũng đã có những quan niệm đúng đắn về một đề cập dịch tễ học mà dịch tễ học hiện đại ngày nay đang sử dụng đó là không những hình thành giả thuyết mà còn kiểm định giả thuyết.

2. Khái niệm dịch tễ học

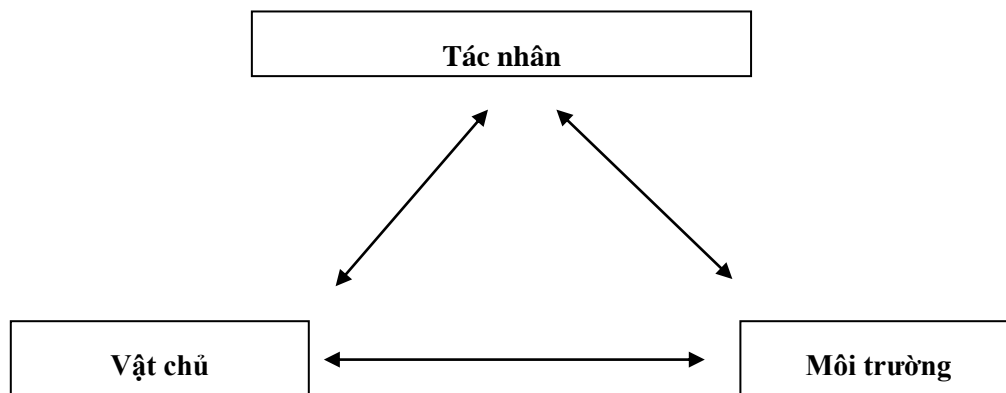
Dịch tễ học được Last định nghĩa là *“việc nghiên cứu sự phân bố và các yếu tố quyết định của các tình trạng hay sự kiện liên quan đến sức khỏe trong các quần thể xác định và việc ứng dụng nghiên cứu này vào phòng ngừa và kiểm soát các vấn đề sức khỏe”*.

Nhà dịch tễ học không chỉ quan tâm tới tử vong, bệnh tật mà còn cả với trạng thái sức khỏe tốt và quan trọng nhất là các giải pháp tăng cường sức khỏe. Từ “bệnh” bao hàm tất cả sự thay đổi không mong muốn của tình trạng sức khỏe, bao gồm cả chấn thương và sức khỏe tâm thần

3. Các mô hình dịch tễ học

3.1. Mô hình tam giác

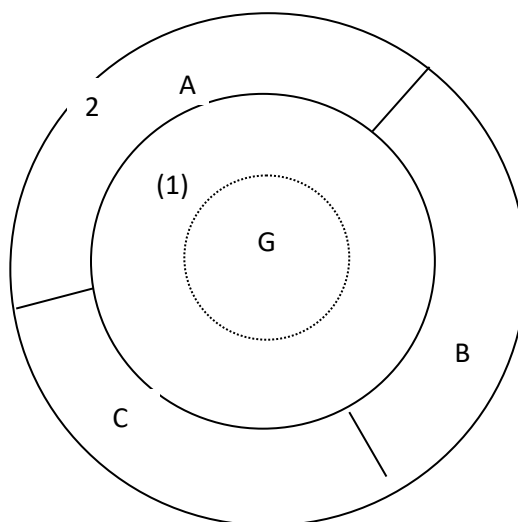
Mô hình này đã được sử dụng và áp dụng rộng rãi trong nhiều năm nay, hiện vẫn được thấy trong nhiều tài liệu dịch tễ . Mô hình này gồm 3 thành phần: Tác nhân , vật chủ, môi trường



Hình 15: Mô hình tam giác dịch tễ học

Là mô hình đề cập để phát hiện những quan hệ giữa người và môi trường, thường được sử dụng trong việc mô tả mối quan hệ giữa vật chủ, tác nhân và môi trường trong các bệnh truyền nhiễm

3.2. Mô hình bánh xe



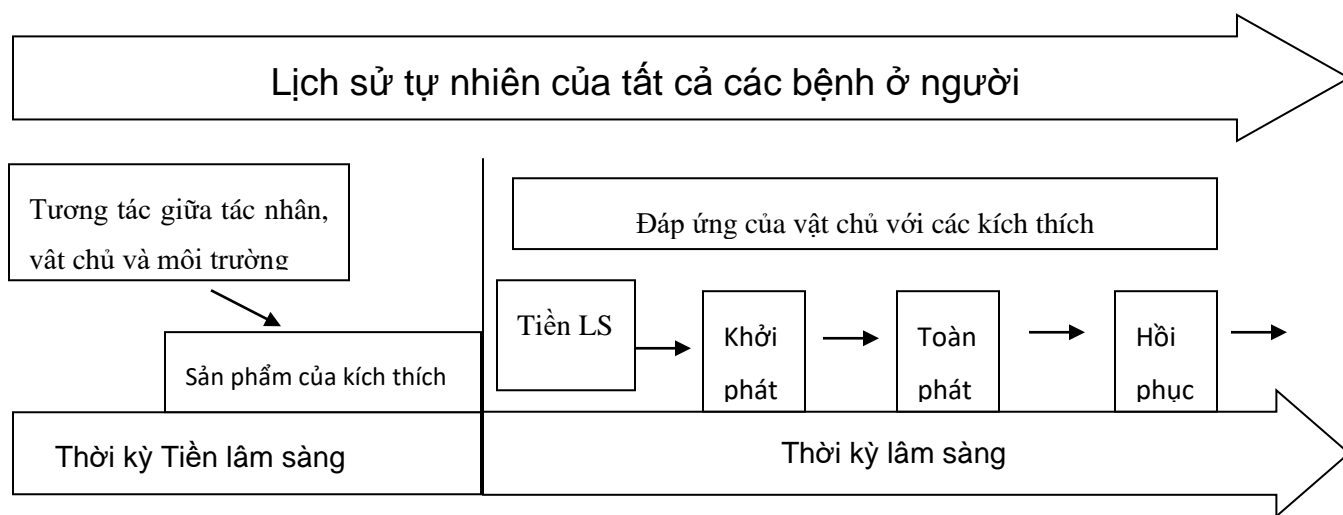
Mô hình này được chia làm hai vòng tròn, ở giữa là một vòng biểu trưng cho vật chủ và người (1) với hệ thông tin di truyền của mình, Vòng tròn thứ hai bao

quanh vòng tròn thứ nhất biểu trưng cho môi trường, vòng tròn này được chia làm ba mảnh biểu thị cho các loại môi trường:

- A là môi trường sinh học
- B là môi trường xã hội :
- C là môi trường lý học

Độ lớn của từng phần của “bánh xe” phụ thuộc vào từng bệnh cụ thể mà ta nghiên cứu, mô hình này đòi hỏi xác định nhiều yếu tố căn nguyên của bệnh mà không cần nhấn mạnh đến tác nhân. Mô hình này có ưu điểm có thể giải thích được mối quan hệ giữa tác nhân, vật chủ và môi trường trong tất cả các nhóm bệnh (cả bệnh lây truyền và bệnh không lây truyền), tuy nhiên người ta sử dụng mô hình này trong các bệnh không lây truyền.

4. Lịch sử tự nhiên của bệnh và các cấp độ dự phòng



Nâng cao		Phục hồi	
<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục sức khỏe - Dinh dưỡng hợp lý theo lứa tuổi - Giáo dục sức khỏe sinh sản tiền hôn nhân 	Dự phòng <ul style="list-style-type: none"> - Tiêm chủng - Chú ý vệ sinh cá nhân - Sử dụng nước sạch - Không tiếp xúc 	Chẩn đoán sớm <ul style="list-style-type: none"> - Sàng lọc - Khám sức khỏe định kỳ 	Hạn chế <p>Điều trị tích cực, dự phòng biến chứng và di chứng</p>

Hình 17: Sơ đồ lịch sử tự nhiên của bệnh và các cấp độ dự phòng

- **Dự phòng cấp một:** là việc phòng cho những người khoẻ mạnh không bị mắc bệnh bằng các biện pháp thuộc hai lĩnh vực chủ yếu: biện pháp nâng cao sức khoẻ và biện pháp bảo vệ đặc hiệu.

- **Dự phòng cấp hai:** là việc phát hiện bệnh sớm (Sàng lọc) và điều trị kịp thời để có thể chữa khỏi hẳn ngay từ đầu hoặc làm chậm lại quá trình tiến triển của bệnh hoặc phòng ngừa các biến chứng hoặc hạn chế được các khuyết tật và hạn chế khả năng lây lan rộng đối với các bệnh truyền nhiễm, điều trị với hiệu quả tối đa cho những người đã mắc bệnh nhằm hạn chế các tật nguyên do các bệnh trạng để lại. Dự phòng cấp hai là nhiệm vụ của tất cả các cán bộ y tế đặc biệt là những người làm việc tại cộng đồng.

- **Dự phòng cấp ba:** phục hồi lại các chức năng để khắc phục các tật nguyên do đó một cách tốt nhất có thể được bên cạnh việc hạn chế tử vong cho những người đã mắc bệnh

5. Các chỉ số đo lường sức khoẻ và bệnh tật của cộng đồng

5.1. Tỉ số (ratio)

Tỉ số là một phân số mà tử số có thể không có liên hệ gì với mẫu số. Tỉ số có giá trị từ 0 đến vô hạn ($0 \rightarrow +\infty$).

Ví dụ 1: Trong một quần thể gồm có 193 người (95 nam và 98 nữ), mô tả tình trạng này bằng tỉ số giới tính (sex ratio) nam:nữ như $95/98 = 0.97$. Tỉ số nam:nữ bằng 0.97 có nghĩa là cứ 100 nữ thì có 97 nam. Chỉ số này cho chúng ta biết rằng nam ít hơn nữ (vì nếu hai giới bằng nhau thì tỉ số phải bằng 1).

Các chỉ số khác như tỉ trọng khối cơ thể (body mass index hay BMI) hay mật độ xương (bone mineral density) cũng là một dạng của tỉ số. Các đo lường quan trọng trong dịch tễ học như risk ratio, odds ratio, hazards ratio, v.v... cũng là những tỉ số.

5.2. *Tỉ lệ (proportion)*

Tỉ lệ là một dạng tỉ số, nhưng cấu trúc của tỉ lệ khác với tỉ số ở phân tử số. Trong tỉ số, tử số có thể khác đơn vị đo lường với mẫu số (như trường hợp BMI), nhưng với tỉ lệ thì tử số và mẫu số phải cùng đơn vị đo lường. Tử số của một tỉ lệ là một phần của mẫu số. Nói cách khác, tử số của một tỉ lệ lúc nào cũng thấp hơn hay bằng mẫu số. Tỉ lệ có thể nhân cho 100 để thành số phần trăm (percent). Chính vì thế mà giá trị của tỉ lệ chỉ dao động từ 0 đến 1 (hay nếu diễn tả bằng phần trăm thì dao động từ 0 đến 100%).

Ví dụ 2: Trong đợt dịch tả bộc phát hồi tháng 3 vừa qua, tính đến ngày 13/4/2008 có 2490 người mắc bệnh tiêu chảy cấp tính, trong số này có 377 người nhiễm vi khuẩn tả *V. cholerae*. Do đó, tỉ lệ nhiễm khuẩn tả trong quần thể những người tiêu chảy cấp tính là $377 / 2490 = 0.151$ hay 15.1%.

Qua cách tính trên, chúng ta dễ dàng thấy rằng tỉ lệ thực chất là một xác suất. Trong ví dụ trên, chúng ta cũng có thể diễn giải rằng xác suất người bị tiêu chảy cấp tính nhiễm khuẩn tả là 0.15 (tức trong số 100 người tiêu chảy cấp tính, chúng ta kì vọng có khoảng 15 người bị nhiễm vi khuẩn tả).

5.3. *Tỉ suất (rate)*

Tỉ suất cũng là một dạng của tỉ số hay tỉ lệ. Trong kinh tế học, người ta hay nói đến tỉ suất lời (interest rate), và nó có yếu tố thời gian trong đó. Do đó, thuật ngữ rate (tỉ suất) có một khác biệt quan trọng với tỉ lệ: đó là mẫu số của tỉ suất có thể bao gồm yếu tố thời gian và số đối tượng, nhưng mẫu số của tỉ lệ thì không có thời gian. Do đó, giá trị của tỉ suất có thể đi từ 0 đến vô hạn.

Ví dụ 3: Một quần thể có 1000 người không mắc bệnh ung thư tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Sau 5 năm theo dõi nhận thấy có tổng cộng 5 người bị bệnh, trong đó: người bệnh thứ nhất bị bệnh ở năm thứ 2 theo dõi, 02 người bệnh phát bệnh vào năm thứ 3 theo dõi và 02 người bệnh còn lại bị bệnh ở năm thứ 4 theo dõi. Như vậy tổng số thời gian có nguy cơ theo dõi được của cộng đồng là:

= (995 người (chưa bị bệnh) x 5 năm theo dõi) + (1 người bị bệnh ở năm thứ hai x 2 năm có nguy cơ theo dõi được) + (2 người bị bệnh ở năm thứ ba x 3 năm có nguy cơ theo dõi được) + (2 người bị bệnh ở năm thứ tư x 4 năm có nguy cơ theo dõi được) = 4975 + 2 + 6 + 8 = 4991 năm có nguy cơ theo dõi được.

Tỉ suất mới mắc = tổng số người bị bệnh trong thời gian nghiên cứu/tổng số thời gian có nguy cơ theo dõi được = 4991/5 = 0,001. Hay nói cách khác tỉ suất mắc bệnh là 0,1% người - năm.

Bảng 3: Sự khác biệt giữa tỉ số, tỉ lệ, và tỉ suất

Đặc tính	Tỉ số (Ratio)	Tỉ lệ (Propotion)	Tỉ suất (Rate)
Toán học	Phân số	Phân số	Phân số
Tử số và mẫu số	Không hẳn có cùng đơn vị	Phải có cùng đơn vị	Không hẳn có cùng đơn vị
Tử số (trong văn cảnh dịch tễ học)	Có thể là bất cứ số nào	Số biến có quan tâm (ca bệnh)	Số biến có quan tâm (ca bệnh)
Mẫu số (trong văn cảnh dịch tễ học)	Có thể là bất cứ số nào	Tổng số đối tượng trong quần thể	Tổng số người-thời gian (có thể là năm, tháng...)
Giới hạn của các giá trị	$0 \rightarrow +\infty$	$0 \rightarrow 1$ (hay $\rightarrow 100$)	$0 \rightarrow +\infty$
Chỉ số dịch tễ học	Tỉ số giới tính, BMI, mật độ xương, mật độ dân	Tỉ lệ lưu hành	Tỉ suất phát sinh, tỉ lệ phát sinh, tỉ lệ tấn công
Ý nghĩa	Đơn thuần mô tả	Quy mô của bệnh	Mối liên hệ giữa yếu tố nguy cơ và bệnh

6. Các đo lường bệnh trạng thường sử dụng trong dịch tễ học

6.1. Đo lường hiện mắc

6.1.1. Số hiện mắc

Là tổng số các trường hợp đang mắc bệnh trạng nào đó trong một quần thể nhất định, tại một thời gian/khoảng thời gian xác định không phân biệt là mới mắc hay mắc cũ.

Ví dụ 4: Tính đến hết 30/11/2013, trên cả nước số lũy tích các trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV là 216.254 trường hợp, số bệnh nhân AIDS là 66.533 và đã có 68.977 trường hợp tử vong do AIDS. →Số hiện mắc HIV tính đến năm 2013 trên toàn quốc là 216.254 ca; số hiện mắc AIDS là 66.533 ca.

6.1.2. Tỷ lệ hiện mắc (còn được gọi với thuật ngữ khác là tỷ lệ lưu hành - prevalence proportion):

Là một phân số tỷ lệ trong đó tử số là tổng số hiện mắc còn mẫu số là tổng số quần thể có nguy cơ. Tỷ lệ hiện mắc mô tả số trường hợp bệnh/hiện tượng sức khỏe trong quần thể vào một thời điểm/thời kỳ xác định.

Ví dụ 5: Năm 2015, trong một điều tra dịch tễ học về tăng huyết áp ở 8 tỉnh trên 9832 đối tượng, các nhà nghiên cứu phát hiện 2467 người mắc bệnh tăng huyết áp. Do đó, tỷ lệ lưu hành bệnh tăng huyết áp là $2467 / 9832 = 0,251$ hay 25,1%.

Những điểm lưu ý về tỷ lệ hiện mắc:

- Tử số là những trường hợp hiện mắc (gồm cả số mới mắc và số đã mắc)
- Mẫu số là tổng số những trường hợp có bệnh và không có bệnh
- Cần phải xác định rõ khoảng thời gian là “Một thời điểm hoặc một khoảng thời gian xác định”

Các loại tỷ lệ hiện mắc

- Tỷ lệ hiện mắc điểm

Tỷ lệ hiện mắc điểm cho biết chính xác tỷ lệ bệnh trong quần thể ở vào một thời điểm nhất định khi nghiên cứu. Vì là một tỷ lệ nên dấu hiệu thời điểm phải nêu

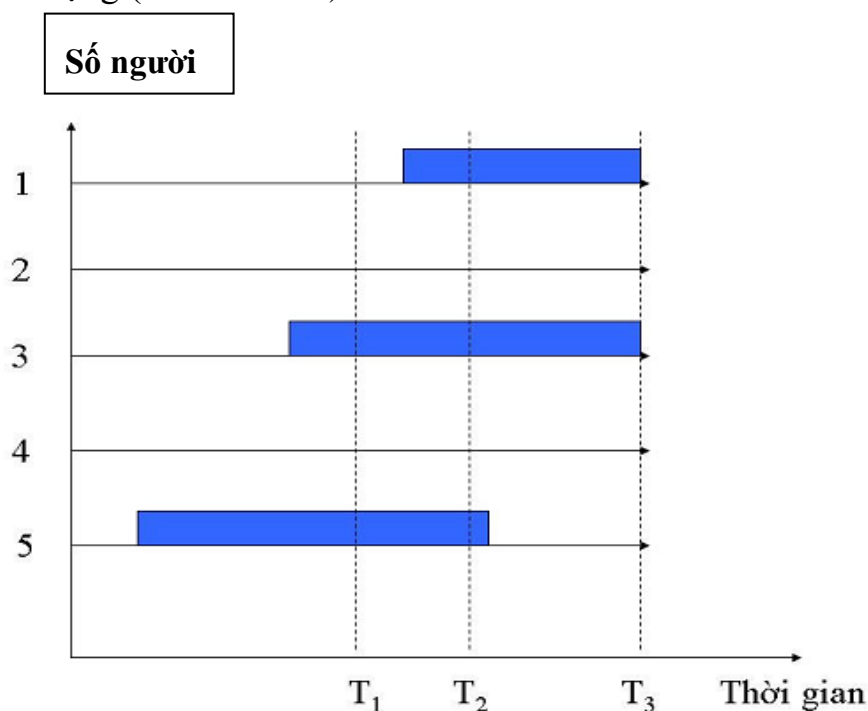
$$P \text{ điểm} = \frac{\text{Số cá thể bị bệnh tại một thời điểm xác định}}{\text{Tổng quần thể nghiên cứu tại thời điểm đó}}$$

kèm theo

Thời gian trong tỉ lệ hiện mắc điểm có thể là một ngày, một tháng hoặc một sự kiện không nêu rõ thời gian.

Ví dụ 5: Kết quả kiểm tra sức khỏe đầu năm học mới cho các tân sinh viên của Trường Đại học điều dưỡng Nam Định cho thấy có 300/800 sinh viên bị các bệnh về tật khúc xạ. Tỉ lệ hiện mắc điểm là $= 300/800=37,5\%$.

Ví dụ 6: Một quần thể gồm có 5 đối tượng. Đối tượng 1, 3, và 5 mắc bệnh; đối tượng 2 và 4 không mắc bệnh. Biểu đồ thanh (màu xanh) mô tả thời gian mắc bệnh của từng đối tượng (xem hình 18).



Hình 18: Tổng hợp thời gian theo dõi các ca bệnh

Nếu cuộc điều tra tiến hành vào thời điểm T₁, có 2/5 bệnh nhân, do đó tỉ lệ hiện mắc là: $2/5=40\%$. Tuy nhiên, nếu cuộc điều tra tiến hành vào thời điểm T₂ thì tỷ lệ hiện mắc là $3/5 = 60\%$. Đó là lý do vì sao, khi tổ chức điều tra cùng một bệnh trên cùng một đối tượng, cùng một địa bàn nhưng ở thời điểm khác nhau thì cho kết

quả không giống nhau.

- Tỷ lệ hiện mắc kỳ

Trong nhiều trường hợp tỷ lệ hiện mắc tại một thời điểm không phản ánh đúng được thực trạng của một vấn đề. Ví dụ khi tiến hành điều tra các vấn đề sức khỏe ở những nhóm có nhiều biến động về số lượng như: nhóm lao động tự do, người bệnh đến điều trị tại bệnh viện. Trong những trường hợp như vậy tỷ lệ hiện mắc trong một thời kỳ được sử dụng.

Tỷ lệ hiện mắc kỳ là một phân số tỷ lệ, trong đó tử số của tỷ lệ là tất cả mọi trường hợp bệnh bắt gặp trong thời gian nghiên cứu (không cần xác định thời điểm phát bệnh của họ), mẫu số là số trung bình của tổng số các cá thể có trong quần thể nghiên cứu.

$$P(\text{kỳ}) = \frac{\text{Số hiện mắc / quần thể / thời kỳ nghiên cứu}}{\text{Tổng số cá thể trung bình / quần thể đó / thời kỳ đó}}$$

Quay lại với ví dụ ở trên một cuộc điều tra sức khỏe từ thời điểm T1-T3 thì số đối tượng mắc bệnh trong quần thể là 3 người (bao gồm tất cả những người đã bị bệnh kể cả đã khỏi bệnh trong khoảng thời gian từ T1-T3). Tỷ lệ hiện mắc kỳ là: $3/5 = 60\%$.

Ý nghĩa của tỷ lệ hiện mắc

- Tỷ lệ hiện mắc phản ánh quy mô của vấn đề, từ đó đánh giá được gánh nặng bệnh tật của cộng đồng
- Cung cấp thông tin cho việc xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng trong một khoảng thời gian xác định
- Tỷ lệ lưu hành không cung cấp thông tin cho việc xác định căn nguyên của vấn đề.

6.2. Đo lường mới mắc

6.2.1. Số mới mắc

Là tổng số các trường hợp mắc một hiện tượng nào đó, xuất hiện trong một khoảng thời gian nhất định, ở một quần thể xác định (không kể các trường hợp xuất

hiện ngoài khoảng thời gian nghiên cứu). Khoảng thời gian này có thể là vài này, vài tuần, vài tháng, vài năm...tùy vào tầm quan trọng của bệnh.

6.2.2. Tỷ lệ mới mắc (tỷ lệ phát sinh - incidence proportion):

Đem số mới mắc chia cho tổng số cá có nguy cơ của quần thể nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu sẽ được tỷ lệ mới mắc. Tỷ lệ mới mắc được biểu thị dưới nhiều dạng khác nhau, tùy theo tính chất và mục tiêu nghiên cứu.

- **Tỷ suất phát sinh (incidence rate)**

Tỷ suất phát sinh có khi còn gọi là incidence density (mật độ phát sinh). Vì là “mật độ” nên chúng ta có thể suy đoán được mẫu số là một số có yếu tố thời gian hay không gian. Thật vậy, theo định nghĩa thông thường, tỷ suất phát sinh có nghĩa là số ca mới mắc bệnh chia cho số đối tượng được theo dõi trong một thời gian.

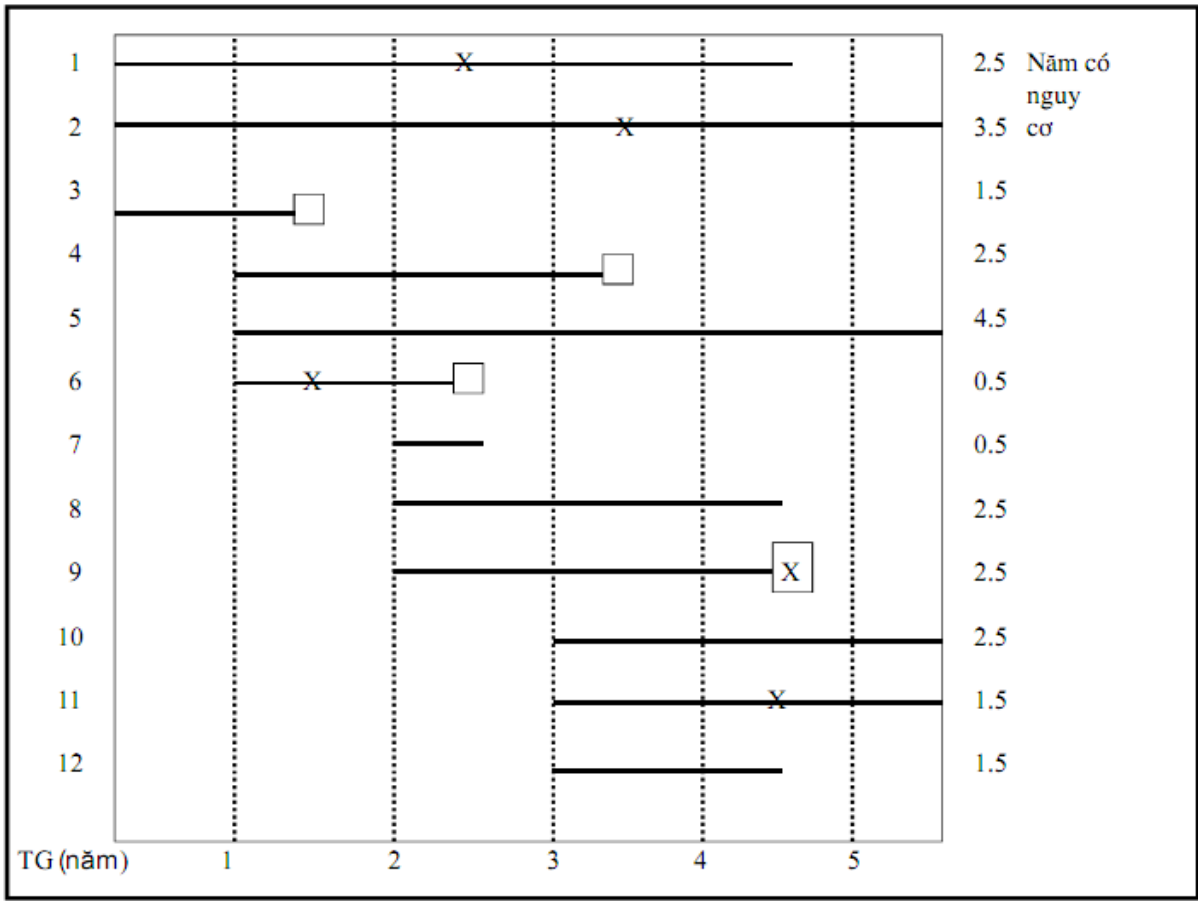
$$IR = \frac{\text{Số các trường hợp mới mắc trong khoảng thời gian}}{\text{Tổng số đơn vị độ dài thời gian có nguy cơ theo dõi được đối với từng cá thể trong quần thể}}$$

Ví dụ 7: Biểu đồ sau đây cho thấy: thời gian quan sát 5,5 năm; một nhóm gồm 12 người không có bệnh vào thời điểm bắt đầu nghiên cứu

X = Lần đầu tiên xuất hiện bệnh A

□ = Không theo dõi tiếp được (bị mất đối tượng)

☒ = Tử vong



Hình 19: Tổng hợp thời gian theo dõi các ca bệnh

Từ hình trên nhận thấy có 5 người bị mắc bệnh trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tổng số thời gian có nguy cơ theo dõi được của từng đối tượng là 26 năm. Tỷ suất phát sinh = $5/26 = 0,192/\text{năm} = 19,2/100 \text{ người - năm}$

Tỷ lệ này rất có ích, tiện lợi trong dịch tễ học vì trên thực tế số người dự cuộc có thể không cùng vào nghiên cứu một lúc. Nghĩa là thời gian theo dõi nghiên cứu đối với tất cả mọi người dự cuộc là không đồng đều bằng nhau. Do đó, có thể tính tỷ lệ mới mắc vào vào lúc toàn bộ quần thể đã cung cấp đủ thông tin cần thiết mà không cần phải xong cùng một lúc

- **Tỷ lệ mới mắc tĩnh lũy (Cumulative incidence viết tắt là CI)**

Một lợi điểm nhưng cũng là khiếm khuyết của tỷ suất phát sinh là mẫu số do hỗn hợp của hai đơn vị số đối tượng và thời gian nên đôi khi cũng khó hiểu. Chẳng

hạn như khi nói tỉ suất phát sinh 2.8 trên 100 người-năm, chúng ta không biết đó là số lần mắc bệnh của một cá nhân được theo dõi 100 năm, hay 2 người được theo dõi mỗi người 50 năm. Do đó, dịch tễ học đề ra một chỉ số khác là tỉ lệ phát sinh

Chú ý rằng tỉ lệ phát sinh còn đôi khi được đề cập đến như là tỉ lệ tấn công (attack rate). Tỉ lệ phát sinh có thể ước tính cho hai nhóm và so sánh cho ra tỉ số nguy cơ (relative risk). Do đó, tỉ lệ phát sinh có giá trị khoa học là cung cấp cho chúng ta một vài thông tin về bệnh căn học.

$$CI = \frac{\text{Số các trường hợp mới mắc trong khoảng thời gian}}{\text{Số cá thể có nguy cơ tại thời điểm đầu nghiên cứu ai kỳ tại tỉnh A}}$$

cho thấy, tại thời điểm đầu của cuộc nghiên cứu năm 2012 số thai phụ bị bệnh là 100/2500 thai phụ, trong 6 tháng theo dõi tiếp theo số thai phụ được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ là 150 thai phụ.

Với số liệu trên tính được:

Tỉ lệ hiện mắc tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là $100/2500=0,04$

Quần thể có nguy cơ tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu là $2500-100=2400$

Tỉ lệ mới mắc tính lũy trong thời gian nghiên cứu là $150/2400=6,25\%$

6.2.3. Ý nghĩa của đo lường mới mắc

- Đánh giá mức độ trầm trọng của một vấn đề sức khỏe
- Đánh giá tốc độ phát triển của một vấn đề sức khỏe
- Cung cấp thông tin về bệnh căn học.

6.3. Mối liên hệ giữa tỉ suất phát sinh và tỉ lệ hiện mắc

Để thấy mối liên hệ giữa tỉ suất phát sinh và tỉ lệ hiện mắc, chúng ta cần đến vài kí hiệu. Gọi N là số đối tượng trong một quần thể được theo dõi trong thời gian từ năm t0 đến năm t1, và trong thời gian đó chúng ta phát hiện có X người phát sinh bệnh. Giả dụ rằng tổng số người-năm toàn bộ quần thể là T.

Gọi P là tỉ lệ hiện mắc, và theo định nghĩa trong thời gian t0 đến năm t1, P có

thể ước tính qua công thức:

$$P=X/N$$

Gọi I là tỉ suất phát sinh, chúng ta có thể ước tính I như sau:

$$I = X / T$$

Vì tổng số người-năm là T, và chúng ta có N đối tượng, cho nên thời gian theo dõi trung bình (kí hiệu D) của quần thể là:

$$D = T / N$$

Qua vài thao tác đại số có thể thấy ngay rằng:

$$P = I \times T/N = I \times D$$

Điều này có nghĩa là tỉ lệ hiện mắc là tích số của tỉ suất phát sinh và thời gian theo dõi trung bình.

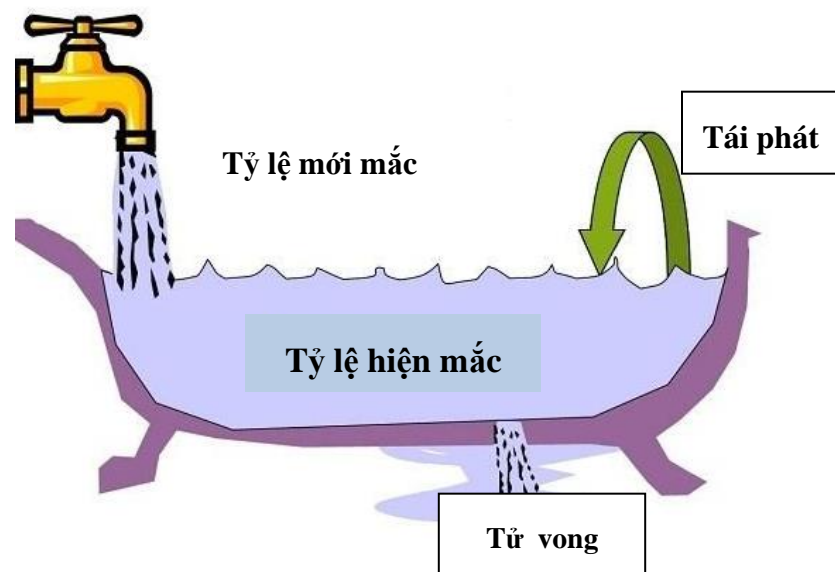
Ví dụ 9: Chúng ta theo dõi 10 bệnh nhân từ năm 2001 đến ngày 31/12/2013. Trong thời gian này chúng ta ghi nhận 3 người mắc bệnh tả, kết quả từng bệnh nhân như sau: Bệnh nhân 1 được theo dõi từ ngày 12/1/2001 đến 31/12/2013, tức 12.95 năm, và không bị bệnh tả. Bệnh nhân thứ 2 có thời gian theo dõi là 7.61 năm, tính từ 14/8/2002 đến 21/3/2010 khi bị bệnh...

Bảng 4: Tổng hợp theo dõi tình trạng mắc bệnh tả của cộng đồng

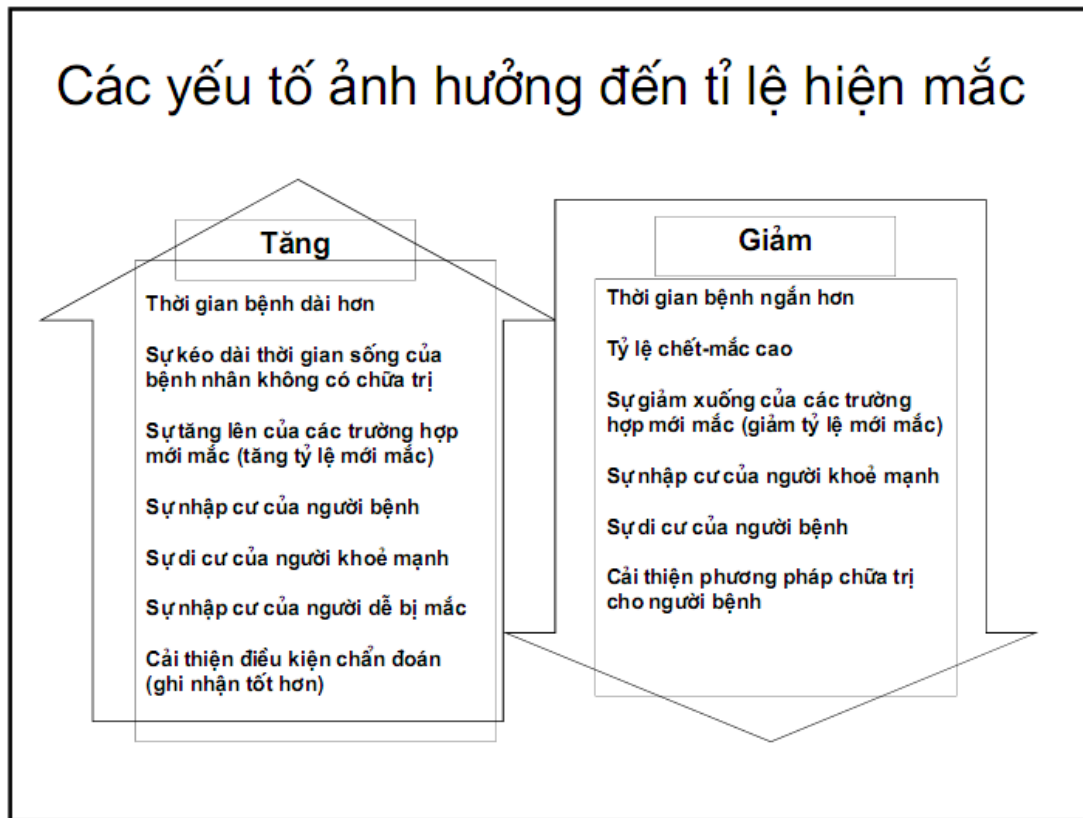
Bệnh nhân	Ngày tham gia nghiên cứu	Ngày bị bệnh tả	Thời gian theo dõi, tính đến ngày khoá sổ 31/12/2013(năm)
1	12/1/2001		12.95
2	14/08/2002	21/03/2010	7.61
3	27/03/2001		12.77
4	01/02/2001	17/03/2011	10.13
5	07/09/2001		12.32
6	21/11/2001		12.12
7	02/12/2002	01/05/2004	1.41

8	07/04/2001		12.74
9	08/01/2002		11.99
10	30/07/2001		12.43
Tổng cộng			106.49

Tổng thời gian có nguy cơ theo dõi được của 10 đối tượng là 106.49 năm, do đó, thời gian theo dõi trung bình cho mỗi đối tượng là $D = 106.49 / 10 = 10.65$ năm. Chúng ta cũng biết rằng tỉ suất phát sinh là $I = 3 / 106.49 = 0.0282$. Do đó, tỉ lệ lưu hành trong thời gian đó là: $P = 0.0282 \times 10.65 = 0.30$ hay là 30%. Thật vậy, trong số 10 người theo dõi trong thời gian đề cập, có 3 người mắc bệnh, và do đó tỉ lệ lưu hành là 30%. Cần nói thêm rằng tỉ lệ lưu hành một thời gian này còn được gọi là tỉ lệ phát sinh tích lũy (cumulative incidence).



Hình 20: Mối liên quan giữa tỉ lệ hiện mắc và tỉ lệ mới mắc



Hình 21: Các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hiện mắc

7. Số đo tử vong

7.1. Tỷ lệ tử vong thô

$$\text{Tỷ lệ tử vong thô} = \frac{\text{Số trường hợp tử vong trong 1 khoảng thời gian xác định}}{\text{Trung bình tổng quần thể trong khoảng thời gian đó}} \times 10^n$$

Hạn chế chính của tỷ lệ tử vong thô là con số này không tính đến một thực tế là nguy cơ tử vong thay đổi tùy theo tuổi, giới tính, chủng tộc, tầng lớp kinh tế xã hội và các yếu tố khác. Sẽ là không hợp lý nếu dùng tỉ lệ này để so sánh giữa các khoảng thời gian khác nhau hoặc giữa các khu vực địa lý khác nhau. Ví dụ, các mô hình tử vong ở những cư dân sống trong các khu đô thị mới phát triển với nhiều gia đình trẻ có thể sẽ rất khác so với mô hình tử vong ở các khu nghỉ bãi biển, nơi có nhiều người về hưu sinh sống. Việc so sánh các tỷ lệ tử vong giữa các quần thể có cấu trúc tuổi khác nhau thường được dựa trên các tỉ lệ chuẩn hoá theo tuổi.

7.2. *Tỉ lệ tử vong theo tuổi*

Tỉ lệ tử vong có thể được biểu diễn cho các nhóm cụ thể trong một quần thể, các nhóm này được xác định theo tuổi, giới tính, nghề nghiệp, khu vực địa lý, hay cho các nguyên nhân tử vong xác định. Ví dụ, tỉ lệ tử vong theo tuổi và giới được tính như sau:

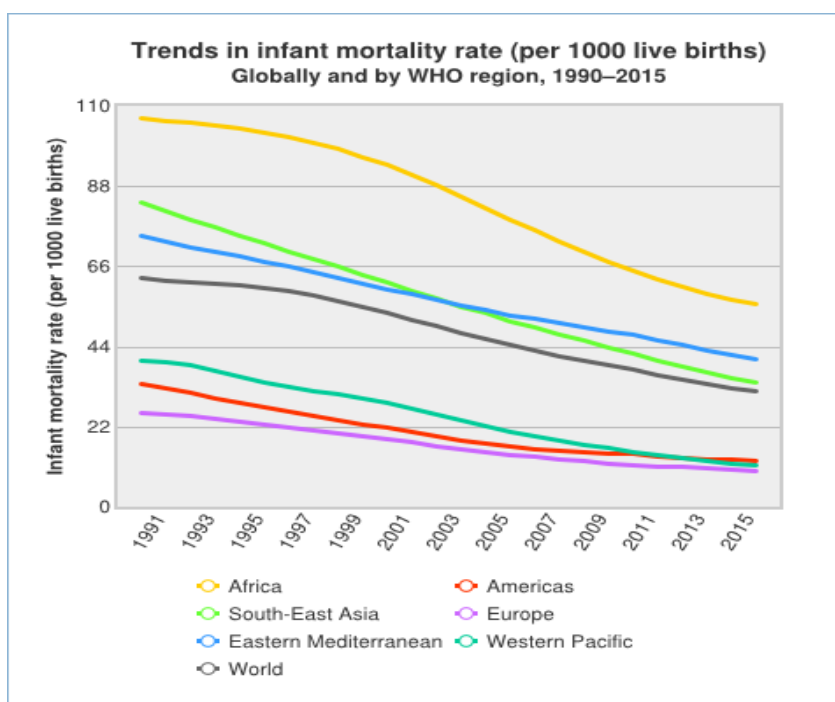
$$= \frac{\text{Tổng số tử vong ở một nhóm tuổi và giới xác định trong một quần thể ở một khu vực xác định và trong một khoảng thời gian xác định}}{\text{Tổng quần thể ước lượng cho cùng nhóm tuổi và giới của quần thể đó trong cùng thời gian đó}} \times 10^n$$

7.3. *Tử vong sơ sinh*

Tỉ lệ tử vong sơ sinh là chỉ số thường dùng để mô tả tình trạng sức khỏe của một cộng đồng. Nó đo lường tỉ lệ tử vong của trẻ trong năm đầu tiên của cuộc đời, mẫu số là số trẻ sinh ra sống trong cùng năm.

$$\text{Tỉ lệ tử vong sơ sinh} = \frac{\text{Số tử vong trong một năm của trẻ dưới một tuổi}}{\text{Tổng số trẻ sinh ra sống trong cùng năm}} \times 1000$$

Việc sử dụng tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh như là một đo lường tình trạng sức khỏe chung cho một quần thể nào đó được dựa trên cơ sở thừa nhận chỉ số này đặc biệt nhạy cảm với những thay đổi kinh tế xã hội và với những can thiệp về chăm sóc sức khỏe. Tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh đã giảm tại tất cả các vùng trên thế giới, nhưng vẫn còn tồn tại nhiều khác biệt lớn giữa các nước khác nhau và ngay trong bản thân một quốc gia. (Xem hình 22)



Hình 22. Xu hướng tỉ suất tử vong sơ sinh toàn cầu 1990-2000

7.4. Tử vong trẻ em

Tỉ lệ tử vong trẻ em được tính dựa trên số trẻ tử vong tuổi từ 1 - 4 và là một chỉ số sức khỏe cơ bản. Chấn thương không chủ định, suy dinh dưỡng và các bệnh nhiễm trùng là nguyên nhân tử vong thường gặp ở nhóm tuổi này. Tỉ suất tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi thể hiện xác suất (tính trên 1.000 trẻ sinh ra) tử vong của một trẻ trước khi đạt đến tuổi thứ 5.

7.5. Tử vong mẹ

Tỉ lệ tử vong mẹ cho biết nguy cơ bà mẹ tử vong do những nguyên nhân liên quan đến sinh nở, thai nghén. Chỉ số thống kê quan trọng này có thể bị lãng quên do rất khó tính chính xác, và được tính như sau

$$\text{Tỉ lệ tử vong mẹ} = \frac{\text{Số tử vong có liên quan đến thai sản của bà mẹ trong 1 năm}}{\text{Tổng số trẻ sinh trong cùng năm đó}} \times 10^n$$

Tỉ lệ tử vong mẹ dao động từ khoảng 3 trên 100.000 ca sinh nở ở các nước thu

nhập cao đến 1.500 trên 100.000 ở các nước thu nhập thấp. Tuy nhiên, so sánh này cũng không phản ánh đầy đủ nguy cơ tử vong do các nguyên nhân liên quan đến thai sản lớn hơn nhiều ở các nước nghèo.

7.6. *Tỉ lệ tử vong tuổi trưởng thành*

Tỉ lệ tử vong tuổi trưởng thành được định nghĩa là xác suất tử vong trong nhóm tuổi từ 15 đến 60 trên 1.000 người. Tỉ lệ tử vong người trưởng thành là một cách phân tích khoảng cách sức khỏe giữa các quốc gia trong nhóm tuổi lao động chính. Xác suất tử vong tuổi trưởng thành lớn hơn ở nam giới so với nữ giới ở hầu hết các quốc gia. Sự khác biệt giữa các quốc gia cũng rất lớn. Tại Nhật Bản, tỉ suất này nhỏ hơn 1 trong 10 nam giới (và 1 trong 20 nữ giới), trong khi đó con số này ở Angola là 2/3 với nam giới và 1/2 với nữ giới

Bảng 5: Tỉ lệ tử vong tuổi trưởng thành tại một số nước, 2004

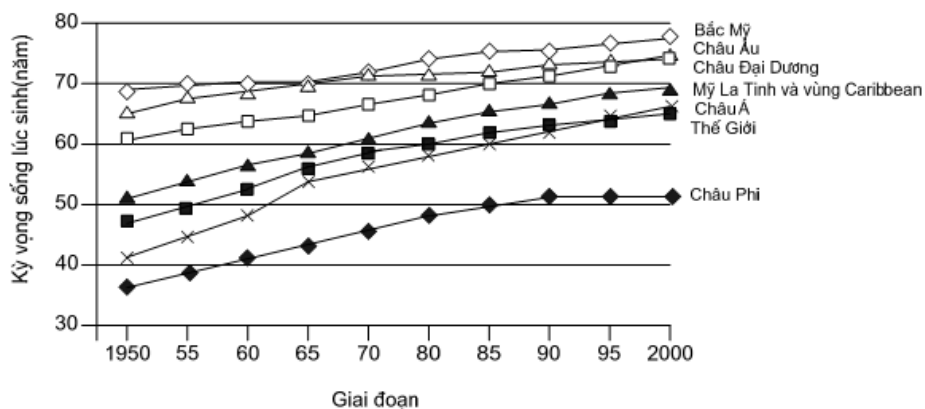
Quốc gia	Tỉ suất tử vong trên dân số 1000, trong độ tuổi 15–60	
	Nam	Nữ
Có thu nhập cao		
Nhật Bản	91	45
Canada	92	57
Pháp	132	60
Mỹ	137	81
Các nước thu nhập trung bình		
Chile	133	66
Argentina	137	90
Peru	184	134
Indonesia	239	200
Các nước thu nhập thấp		
Cuba	131	85
Sri Lanka	232	119

Angola	591	504
Sierra Leone	579	479

7.7. Tuổi thọ trung bình

Tuổi thọ trung bình là một số đo nữa về tình trạng sức khỏe của một quần thể và thường xuyên được sử dụng. Nó được định nghĩa là số năm trung bình của một cá nhân kỳ vọng sống đến một tuổi nào đó nếu các tỉ suất tử vong hiện tại vẫn duy trì. Không phải luôn luôn dễ dàng diễn giải lý do cho sự khác biệt về tuổi thọ trung bình giữa các nước với nhau; các mô hình khác nhau có thể nảy sinh tùy theo các công thức đo lường được sử dụng.

Trên toàn thế giới, tuổi thọ trung bình lúc sinh đã gia tăng từ 46,5 năm trong giai đoạn 1950 –1955 tới 65,0 năm trong giai đoạn 1995 - 2000 (Hình 2.5). Tuy nhiên ở một số nước xu hướng này bị đảo ngược do AIDS như những nước cận sa mạc Sahara. Xu hướng đảo ngược này cũng xuất hiện ở Liên bang Xô Viết khi có 1 - 2 trường hợp tử vong ở nam giới trong độ tuổi 15- 60, phần lớn là do uống rượu và hút thuốc lá.



Hình 23. Xu hướng sống kỳ vọng toàn cầu 1950-2000

7.8. Tỉ suất chuẩn hoá theo tuổi

Một tỉ lệ tử vong chuẩn hoá theo tuổi (đôi khi gọi là tỉ suất hiệu chỉnh theo tuổi) là một số đo tóm tắt về tỉ suất tử vong của một quần thể nếu như nó có cấu

trúc tuổi chuẩn. Có thể chuẩn hóa tỉ suất bằng cách trực tiếp hoặc gián tiếp.

Chuẩn hóa trực tiếp là phương pháp được áp dụng nhiều hơn, bằng cách áp dụng tỉ suất mắc bệnh của quần thể so sánh vào quần thể chuẩn. Quy trình này cho ta số trường hợp bệnh kỳ vọng nếu các tỉ suất mắc bệnh theo tuổi ở quần thể chuẩn cũng giống như quần thể nghiên cứu.

Tỉ lệ chuẩn hóa được sử dụng bất cứ khi nào thích hợp, tỉ lệ bệnh hay tỉ lệ tử vong. Việc lựa chọn quần thể chuẩn là tùy ý, nhưng có thể có vấn đề nếu so sánh tỉ suất của những nước thu nhập thấp với các nước thu nhập cao.

Chuẩn hoá tỉ lệ tử vong cho phép so sánh giữa những quần thể có cấu trúc tuổi khác nhau. Chuẩn hóa cũng có thể được áp dụng với các đặc tính khác với tuổi. Việc này là cần thiết khi so sánh hai hay nhiều quần thể khác nhau về một số đặc tính cơ bản (tuổi, chủng tộc, tình trạng kinh tế – xã hội ...) có ảnh hưởng một cách độc lập tới nguy cơ tử vong.

Quần thể chuẩn thường được sử dụng để chuẩn hoá là:

- Quần thể thế giới Segi
- Quần thể chuẩn Châu Âu dựa trên quần thể Thụy Điển
- Quần thể chuẩn của WHO, dựa trên tổng thể các quần thể trung bình dự kiến thế giới năm 2000 – 2025

Bảng 6: Tỉ suất tử vong thô và chuẩn hoá theo tuổi (trên 100 000) với bệnh tim tại 3 quốc gia (cả nam và nữ giới), 2002

Quốc gia	Tỉ suất tử vong thô	Tỉ suất tử vong chuẩn hoá theo tuổi
Brazil	79	118
Phần Lan	240	120
Mỹ	176	105

Các tỉ suất chuẩn hoá theo tuổi loại bỏ được ảnh hưởng do phân bố tuổi khác nhau đến các tỉ suất tử vong hay bệnh tật được so sánh. Ví dụ, có sự dao động lớn giữa các nước trong số liệu tỉ suất tử vong thô do các bệnh thuộc hệ tuần hoàn

(Bảng 2.3). Phần Lan có tỉ suất thô cao xấp xỉ gấp 3 lần tỉ suất thô của Brazil, nhưng có cùng tỉ suất chuẩn hoá. Tương tự, Mỹ có tỉ suất thô cao hơn 2 lần tỉ suất của Brazil, tuy nhiên tỉ suất chuẩn hoá theo tuổi tương tự Brazil. Vì vậy, sự khác biệt giữa các nước này không lớn như sự khác biệt giữa các tỉ suất tử vong thô.

Các nước thu nhập cao có tỉ lệ người cao tuổi trong dân số của họ cao hơn nhiều so với các nước thu nhập thấp và trung bình, và những người cao tuổi có tỉ suất tử vong do bệnh tim mạch cao hơn so với những người trẻ tuổi. Tất cả các tỉ suất này tất nhiên chịu ảnh hưởng bởi chất lượng của số liệu gốc về nguyên nhân tử vong.

Tàn tật

Nhà dịch tễ học không chỉ quan tâm đến sự xuất hiện của tình trạng bệnh, mà còn đến các hậu quả của bệnh như: khiếm khuyết (impairments), giảm khả năng (disabilities) và tàn phế (handicaps). Các hậu quả này mô tả trong Định nghĩa quốc tế về chức năng, giảm khả năng và sức khoẻ của WHO.

WHO đã đưa ra một chỉ số để miêu tả cách con người sống với tình trạng sức khoẻ của mình gọi là ICF (International classification of impairments). Vì các chức năng và giảm chức năng của một cá nhân diễn ra trong một hoàn cảnh xác định, ICF cũng bao gồm một danh sách các yếu tố môi trường. ICF là một công cụ hữu ích để hiểu biết và đo lường các kết quả sức khoẻ. ICF có thể được sử dụng trong lâm sàng, dịch vụ hay điều tra y tế, ở mức cá nhân hay quần thể.

Những thông số cơ bản của ICF là:

- Khiếm khuyết (impairment): Bất kỳ sự tổn hại hay bất bình thường nào về cấu trúc hay chức năng tâm lý, sinh lý hay giải phẫu.
- Giảm khả năng (disability): Bất kỳ sự hạn chế hay thiếu hụt nào (bắt nguồn từ một khiếm khuyết) về khả năng thực hiện một hoạt động theo cách hoặc trong phạm vi được coi là bình thường đối với một người.
- Tàn tật (Handicap): Một sự thiệt thòi của một cá thể nào đó, bắt nguồn từ một

khiếm khuyết hay một giảm khả năng, mà làm hạn chế hay cản trở việc hoàn thành một vai trò bình thường (tùy thuộc tuổi, giới và các yếu tố xã hội và văn hoá) của cá thể đó.

Bảng 7: Lược đồ đánh giá những hậu quả sức khoẻ không dẫn đến tử vong

Bệnh tật	→	Khuyến khuyết	→	Giảm khả năng→ Tàn tật
Bại liệt		Liệt chân		Không có khả năng đi lại
Tổn thương não		Trí óc chậm chạp		Thất nghiệp
				Khó khăn trong học tập
				Sự cô lập xã hội

Việc đo lường tình trạng hiện mắc tàn tật rất khó, tuy nhiên các đo lường này ngày càng trở nên quan trọng trong những xã hội mà tình trạng bệnh cấp tính hay bệnh gây tử vong đang giảm đi và nơi có số người cao tuổi bị tàn tật ngày càng tăng.

8. Đo lường sự kết hợp

8.1. Một số khái niệm

Sự kết hợp: Sự phụ thuộc thống kê giữa hai hay nhiều sự kiện, đặc tính.

Sự kết hợp: Sự kết hợp được xác định nếu như xác suất xuất hiện của một sự kiện, đặc tính hay một đại lượng của một biến phụ thuộc vào sự xuất hiện của một hay nhiều sự kiện khác, sự hiện diện của một hay nhiều đặc tính khác hay một đại lượng của 1 hay nhiều biến khác.

Sự kết hợp không nhất thiết ám chỉ mối quan hệ nhân quả.

Sự kết hợp định lượng mối liên quan giữa yếu tố “phơi nhiễm” và bệnh đang được nghiên cứu.

Sự kết hợp định lượng sự khác biệt về sự xuất hiện bệnh hay tử vong giữa hai nhóm người khác nhau về tình trạng “phơi nhiễm”

8.2. Trình bày số liệu trong bảng 2x2

Để đo lường được sự kết hợp giữa phơi nhiễm và bệnh các số liệu cần được

trình bày trong bảng 2x2 như dưới đây.

Bảng 8: Mô tả mối liên quan giữa bệnh và tình trạng phơi nhiễm

Phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ	Bệnh		Cộng	Tỉ lệ
	Có	Không		
Có	a	b	a+b	$a/(a+b)$
Không	c	d	c+d	$c/(c+d)$
Cộng	a + c	b + d	a+b+ c+d	
Tỉ lệ	$a/(a+c)$	$b/(b+d)$		

Trong đó :

a : Số có mắc bệnh và có phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ (YTNC)

b : Số không mắc bệnh và có phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

c : Số có mắc bệnh nhưng không phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

d : Số không mắc bệnh và không phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

a + b : Tổng số có phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

c + d : Tổng số không phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

a + c : Tổng số có mắc bệnh

b + d : Tổng số không mắc bệnh

a+b+ c+d: Tổng quần thể nghiên cứu

$a/(a+c)$: Tỉ lệ những người có phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ và bị bệnh

$b/(b+d)$: Tỉ lệ những người có phơi nhiễm không bị bệnh với YTNC

$a/(a+b)$: Tỉ lệ những người bị bệnh và có phơi nhiễm với YTNC

$c/(c+d)$: Tỉ lệ những người có bệnh không phơi nhiễm với YTNC

8.3. Các loại đo lường sự kết hợp thường gặp

a. Relative risk (RR có khi còn được gọi là risk ratio)

Nếu trong một nhóm n1 bệnh nhân bị phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ (như lạm dụng rượu) và sau một thời gian theo dõi có k1 bệnh nhân mắc bệnh (ví dụ ung thư

gan) thì tỉ lệ mới mắc bằng k_1/n_1 (gọi tỉ lệ này là p_1). Nếu có một nhóm n_2 bệnh nhân khác không phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ và trong cùng thời gian đó có k_2 người mắc bệnh thì tỉ lệ mới mắc ở nhóm 2 bằng k_2/n_2 (gọi tỉ lệ này là p_2). RR được định nghĩa là tỉ số của 2 tỉ lệ

$$RR = \frac{p_1}{p_2}$$

Ý nghĩa của RR

- Nếu $RR > 1$ (hay $p_1 > p_2$) yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh
- Nếu $RR = 1$ (hay $p_1 = p_2$) không có mối liên quan nào giữa YTNC với bệnh
- Nếu $RR < 1$ (hay $p_1 < p_2$) yếu tố nguy cơ làm giảm khả năng mắc bệnh

Ví dụ 10: Trong một nghiên cứu về ảnh hưởng của chế độ ăn tới bệnh loãng xương, một thực phẩm chức năng có chứa calci đã được sử dụng. Các nhà nghiên cứu đã lựa chọn 3000 người cao tuổi tham gia vào nghiên cứu. Họ được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm I gồm 1000 người có sử dụng thực phẩm chức năng; nhóm II gồm 2000 người ăn uống theo chế độ như họ vẫn đang thực hiện. Sau 2 năm theo dõi kết quả thu được như bảng sau

Bảng 9: Mối liên quan giữa tỉ lệ gãy xương và việc sử dụng thực phẩm chức năng

Có sử dụng thực phẩm chức năng	Tỉ lệ gãy xương		Tổng
	Có	Không	
Có	26	974	1000
Không	535	1465	2000
Tổng	561	2439	3000

Tỉ lệ gãy xương trong nhóm có sử dụng thực phẩm chức năng chứa calci là:
 $p_1 = a/(a+b) = 26/1000 = 0.026$

Tỉ lệ gãy xương trong nhóm không sử dụng thực phẩm chức năng chứa calci là:
 $p_2 = c/(c+d) = 535/2000 = 0.267$

Nguy cơ tương đối $RR = p_1/p_2 = (a/(a+b))/(c/(c+d)) = 0.026/0.267 = 0.098$

Như vậy có thể thấy nguy cơ gãy xương trong nhóm có sử dụng thực phẩm chức năng chứa calci chỉ bằng 9,8% so với nhóm chứng

b. Odds ratio (OR) tỉ số chênh

Thay vì sử dụng tỉ lệ phát sinh p để đo lường khả năng mắc bệnh, thống kê cung cấp cho các nhà dịch tễ một chỉ số khác đó là odds. Odds được định nghĩa là tỉ số của 2 xác suất. Nếu p là xác suất mắc bệnh thì $1-p$ là xác suất không mắc bệnh. Theo đó $odds = p/(1-p)$

Theo đó ta có odds mắc bệnh trong nhóm có phơi nhiễm với YTNC là $odds_1 = p_1/(1-p_1)$; odds mắc bệnh trong nhóm không phơi nhiễm với YTNC là $odds_2 = p_2/(1-p_2)$. OR được định nghĩa là tỉ số của 2 odds.

$$OR = \frac{odds_1}{odds_2}$$

Ý nghĩa của OR

- $OR > 1$ (hay $odds_1 > odds_2$) khả năng mắc bệnh ở nhóm có phơi nhiễm cao hơn khả năng mắc bệnh ở nhóm không phơi nhiễm
- $OR = 1$ (hay $odds_1 = odds_2$) khả năng mắc bệnh ở nhóm có phơi nhiễm bằng khả năng mắc bệnh ở nhóm không phơi nhiễm
- $OR < 1$ (hay $odds_1 < odds_2$) khả năng mắc bệnh ở nhóm có phơi nhiễm thấp hơn khả năng mắc bệnh ở nhóm không phơi nhiễm

Ví dụ 11: Một nghiên cứu sàng lọc đái tháo đường thai kỳ tại Nam Định cho kết quả: trong tổng số 5000 thai phụ được sàng lọc có 2300 thai phụ được chẩn đoán mắc bệnh. Trong số 2300 thai phụ này có 1800 người có thói quen sử dụng nhiều thực phẩm dầu mỡ có nguồn gốc động vật. Trong số các thai phụ không bị đái tháo đường có 500 có thói quen sử dụng nhiều thực phẩm dầu mỡ có nguồn gốc động vật. Kết quả được mô tả trong bảng sau:

Bảng 10: Mối liên quan giữa ĐTĐTK với sử dụng dầu mỡ động vật

Sử dụng dầu mỡ động vật	ĐTĐTK		Cộng
	Có	Không	
Có	1800	500	2300
Không	500	2200	2700
Cộng	2300	2700	5000

Odds mắc bệnh trong nhóm có dùng dầu mỡ động vật là $p1/(1-p1) = a:c$
 $=1800/500 = 3.6$

Odds mắc bệnh trong nhóm không dùng dầu mỡ động vật là $p2/(1-p2) = b:d$
 $=500/2200 = 0.23$

$$OR=(a:c)/(b:d) = ad/bc = 3.6/0.23 = 15.84$$

Như vậy khả năng mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ trong nhóm dùng mỡ động vật cao hơn gấp 15.84 lần so với nhóm không dùng.

c. Tỉ số tử suất (Rate Ratio)

Trong nghiên cứu dọc theo thời gian các đối tượng có thể vào và ra khỏi nghiên cứu không cùng thời điểm và thời gian xuất hiện bệnh cũng không cùng thời điểm, bên cạnh đó có nhiều trường hợp không thể theo dõi đến hết thời gian nghiên cứu (mất đối tượng). Trong những trường hợp như vậy một chỉ số được sử dụng để đo lường sự kết hợp là tỉ số tử suất (Rate Ratio)

Bảng 11: Bảng 2x2 trong nghiên cứu thuần tập

Phơi nhiễm	Bệnh		Tổng
	Có	Không	
Có	a	-	Ne
Không	c	-	No
Tổng	a+c		Ne+No

Trong đó:

a : Số có mắc bệnh và có phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ (YTNC)

c : Số có mắc bệnh nhưng không phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

a + c : Tổng số có mắc bệnh

Ne là tổng thời gian có nguy cơ theo dõi được của nhóm có phơi nhiễm

No là tổng thời gian có nguy cơ theo dõi được của nhóm không phơi nhiễm

Tỉ số tử suất được tính theo công thức

$$RR = \frac{a/Ne}{c/No}$$

Ví dụ 12: Số liệu từ nghiên cứu thuần tập về việc sử dụng hormone thời kỳ tiền mãn kinh và bệnh mạch vành ở phụ nữ được thể hiện ở bảng sau:

Bảng 13: Mối liên quan giữa bệnh mạch vành và việc sử dụng hormone

Phoi nhiễm	Bệnh		Người-năm
	Có	Không	
Có	30	-	53.308
Không	60	-	54.477
Tổng	90		105.786

$$RR = (30/53.308)/(60/54.477) = 0,51$$

9. Trình bày số liệu:

9.1. Trình bày số liệu định tính

Nghiên cứu định tính thường hướng tới mục tiêu tìm hiểu quan niệm, cảm nhận, trải nghiệm và hành vi của một nhóm đối tượng cụ thể (thường là con người). Vì vậy, việc phân tích và phiên giải số liệu thường không có một công thức tuyệt đối nào được áp dụng. Việc phân tích và phiên giải số liệu trong nghiên cứu định tính thường được thực hiện sau:

9.1.1. Các dạng số liệu định tính

- Băng ghi âm các cuộc phỏng vấn sâu hoặc bán cấu trúc
- Câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc và các câu trả lời mở
- Băng ghi âm các cuộc thảo luận nhóm
- Nhật ký
- Tài liệu (báo cáo, biên bản họp, e – mail)
- Hình ảnh
- Những ghi nhận trong nghiên cứu tình huống
- Những ghi nhận trong quá trình quan sát

9.1.2. Phân tích số liệu định tính:

Phân tích số liệu trong nghiên cứu định tính khác với nghiên cứu định lượng. Trong nghiên cứu định lượng, phân tích số liệu chỉ thực hiện được khi số liệu đã thu thập đủ. Trong nghiên cứu định tính, việc phân tích số liệu có thể diễn ra đồng

thời với quá trình thu thập số liệu, thậm chí việc thu thập số liệu sẽ phải thay đổi vì những phát hiện mới trong nghiên cứu.

Có hai cách tiếp cận cơ bản trong phân tích số liệu định tính đó là: cách tiếp cận suy luận và cách tiếp cận quy nạp. Cách tiếp cận suy luận sử dụng các khung cấu trúc có sẵn để phân tích số liệu. Về cơ bản, nhà nghiên cứu sử dụng các cấu trúc hoặc lý thuyết có sẵn vào việc phân tích số liệu của họ. Cách tiếp cận này rất hiệu quả trong trường hợp nhà nghiên cứu có những hiểu biết khá đầy đủ về cách đối tượng nghiên cứu sẽ trả lời. Ví dụ: nghiên cứu về lý do người bệnh thường phàn nàn với nha sĩ của họ, các câu trả lời thường phổ biến nhất là do chấn thương và vấn đề truyền thông. Trong trường hợp này, hướng phân tích sẽ là: có bao nhiêu người bệnh phàn nàn về lý do chấn thương, bao nhiêu người phàn nàn về lý do truyền thông... Phương pháp này có ưu điểm là nhanh và dễ làm nhưng không linh hoạt và có nhiều sai số do cấu trúc khung các câu trả lời đã được định trước.

Cách tiếp cận quy nạp không sử dụng cấu trúc hoặc lý thuyết có sẵn mà dựa vào số liệu thực tế. Cách tiếp cận này toàn diện nhưng tốn nhiều thời gian, cách tiếp cận này rất phù hợp khi nghiên cứu về những hiện tượng mà nhà nghiên cứu còn chưa biết nhiều về vấn đề nghiên cứu.

Phân tích số liệu định tính theo cách tiếp cận **quy nạp** được tiến hành qua các bước sau:

- Bước 1: nhà nghiên cứu đọc kỹ (nghe kỹ) đoạn hội thoại rồi ghi chú những từ, cụm từ được nhắc tới, việc này còn được gọi là **mã hóa mở**, mục đích của giai đoạn này là tóm tắt các từ, cụm từ cho từng thành tố được đề cập tới trong cuộc hội thoại.

Bảng 14: Ví dụ về khung mã hóa lần 1

Cuộc hội thoại	Khung mã hóa lần 1
Phỏng vấn: Bạn hãy cho biết bạn thích ăn gì	

nhất?	
Trẻ: Tôi thích ăn khoai tây chiên, bánh kẹo. Tôi thích ăn đồ ngọt và socholate. Tôi thích ăn táo, nho, cam. Ô tôi thực sự thích ăn mì tôm.	Thực phẩm yêu thích
Phỏng vấn: Vì sao bạn thích những thực phẩm này?	
Trẻ: "...Vâng, tôi thích ăn hoa quả vì mùi thơm của chúng và vì chúng tốt cho sức khỏe. Các bạn trong lớp thích ăn hoa quả và tôi cũng thích ăn giống như bạn tôi..." "Tôi thực sự thích ăn đồ ngọt và socholate mặc dù tôi biết có thể nó không tốt cho sức khỏe. Nếu ăn quá nhiều đồ ngọt có thể có hại cho răng..."	<ul style="list-style-type: none"> - Thực phẩm yêu thích - Thực phẩm tốt cho sức khỏe - Thực phẩm không tốt cho sức khỏe - Đồ ngọt ảnh hưởng tới răng

- Bước 2: Nhà nghiên cứu chọn tất cả các từ, cụm từ trong cuộc hội thoại đưa vào một trang mới, bỏ đi những từ, cụm từ trùng lặp. Sau đó nhà nghiên cứu khái quát tất cả các ý trả trong đoạn hội thoại.

Bảng 15: Ví dụ về khung mã hóa cuối cùng:

Mã hóa cuối cùng	Mã hóa lần 1
Tương phản	Quan điểm của học sinh về thực phẩm <ul style="list-style-type: none"> - Quan điểm tiêu cực về thực phẩm - Quan điểm tích cực - Thực phẩm tốt và không tốt cho sức khỏe
Bắt chước	- Ảnh hưởng của nhóm

	<ul style="list-style-type: none"> - Thực phẩm hay ăn ở trường - Sở thích về thực phẩm của nhóm bạn
Chế độ ăn giai đoạn trưởng thành và thời thơ ấu	<ul style="list-style-type: none"> - Sở thích - Nhu cầu khỏe mạnh như người lớn - Nhận thức của trẻ/người lớn về chế độ ăn - Chế độ ăn để phát triển
Hậu quả của từng loại thực phẩm	<ul style="list-style-type: none"> - Ảnh hưởng của đồ ngọt - Ảnh hưởng của đồ uống có gaz

- Cuối cùng: nhà nghiên cứu dán nhãn cho mỗi nhóm chủ đề (có thể dùng màu để dễ phân biệt), cũng có thể để mỗi chủ đề một trang riêng biệt. Kết quả nghiên cứu có thể được tổ chức thành từng file hoặc folder làm cơ sở cho việc trình bày số liệu.

9.1.3. Trình bày số liệu định tính:

Có hai cách cơ bản trình bày kết quả nghiên cứu định tính đó là:

Cách truyền thống là trích nguyên văn câu trả lời của đối tượng nghiên cứu:

Ví dụ: “ Mẹ em nói là phải uống nước hoa quả vì nó tốt cho sức khỏe, mẹ còn nói là nếu không uống nước hoa quả thì cũng sẽ không được ăn kẹo và sẽ phải đi bệnh viện vì sức khỏe yếu” (trẻ Nữ 11 tuổi)

Nhà nghiên cứu có thể trích nguyên văn đoạn hội thoại

Ngoài ra, để trình bày kết quả nghiên cứu định nhiều người sử dụng khung có cấu trúc hoặc sơ đồ...

9.2. Trình bày số liệu định lượng

Số liệu trong nghiên cứu định lượng thường được trình bày dưới dạng số (numbers), việc tổ chức và sắp xếp số liệu phải khoa học, logic và dễ hiểu để những người đọc kết quả nghiên cứu là những người không am hiểu về chủ đề nghiên cứu có thể hiểu đúng ý đồ của nhà nghiên cứu.

Tùy theo thiết kế nghiên cứu mà kết quả có thể được trình bày với hình thức khác nhau, sau đây là một số hình thức trình bày số liệu nghiên cứu:

- Bảng số liệu
- Biểu đồ
- Các số liệu trung tâm

9.2.1. Bảng số liệu

Bảng là một hình thức trình bày số liệu một cách có hệ thống, hợp lý và rõ ràng. Sử dụng bảng thích hợp giúp nhà nghiên cứu trình bày số liệu một cách sinh động và có sức thuyết phục. Người đọc có thể hiểu được ý nghĩa của các con số mà không cần phải giải thích nếu bảng số liệu rõ ràng, đầy đủ thông tin.

Một bảng số liệu cần được trình bày theo cấu trúc sau:

+ Số thứ tự và tiêu đề của bảng: Số thứ tự ghi theo thứ tự các bảng xuất hiện trong báo cáo. Tiêu đề của bảng viết ngắn gọn nhưng phản ánh được nội dung của bảng. Số thứ tự và tiêu đề được đặt phía trên của bảng. Các hàng và cột cũng phải có tiêu đề và tiêu đề này phản ánh được nội dung của cột, hàng.

+ Thân bảng: Các hàng ngang và cột dọc cắt nhau tạo thành các ô dùng để điền số liệu gọi là thân bảng. Số liệu ghi trong thân bảng phải đầy đủ chính xác, số các số thập phân sau số nguyên phải thống nhất .

+ Nhận xét: Nêu tóm tắt những số liệu nổi bật được trình bày trong bảng

9.2.1.1. Bảng mô tả

* **Bảng đơn mô tả phân bố tần số, tỷ lệ.**

Được sử dụng để mô tả các biến phân loại. Bảng này có thể mô tả các biến dưới dạng tần số hoặc tỷ lệ hoặc đồng thời cả tần số lẫn tỷ lệ(loại này hay được sử dụng)

Ví dụ: Trong nghiên cứu về sự thay đổi kiến thức và tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại một cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện). Nhà nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu từ 55 điều dưỡng đang làm việc tại 3 khoa

ngoại gồm: Ngoại tổng quát (26 điều dưỡng); Ngoại Thần kinh (13 điều dưỡng); Chấn thương Chính hình (16 điều dưỡng), số liệu được trình bày như sau:

Bảng 16: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí công tác

Vị trí công tác	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngoại tổng quát	26	47,3
Chấn thương Chính hình	16	29,1
Thần kinh	13	23,6
Tổng cộng	55	100,0

Nhận xét: Số liệu trình bày ở bảng 2 cho thấy số điều dưỡng làm việc tại khoa ngoại tổng quát chiếm tỷ lệ cao nhất (47,3%), tỷ lệ điều dưỡng làm việc tại khoa thần kinh là thấp nhất (23,6%).

Nếu số liệu quá nhiều, chúng ta có thể trình bày nhiều đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong một bảng gọi là bảng ghép

Ví dụ: Trong nghiên cứu về sự thay đổi kiến thức và tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại một cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện). Nhà nghiên cứu có thể trình bày các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu vào trong một bảng ghép như sau

Bảng 17: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	< 30	12	21.8
	30 – 39	28	50.9
	40 – 49	3	5.5
	>=50	12	21.8
Thâm niên công tác	>10 năm	23	41.8
	10 - 19 năm	19	34.6
	>20 năm	13	23.6
Giới	Nam	7	12.7
	Nữ	48	87.3
Nơi làm việc	Ngoại Tổng quát	26	47.3
	Ngoại Chấn Thương	16	29.1
	Ngoại Thần Kinh	13	23.6
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	37	67.3
	Cao đẳng	2	3.6
	Đại học	16	29.1

*** Bảng đơn mô tả các biến số:**

Trong ví dụ trên, nhà nghiên cứu muốn mô tả về tuổi của đối tượng nghiên cứu có thể được trình bày như sau:

Bảng 18: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

	N	Giá trị nhỏ nhất (Min)	Giá trị lớn nhất (Max)	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)
Tuổi	55	25	55	37,2	9,0

Quan sát số liệu ở bảng 3, chúng ta nhận thấy đối tượng nghiên cứu lớn tuổi nhất là 55 tuổi ; người nhỏ tuổi nhất là 25 tuổi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $37,2 \pm 9,0$.

9.2.1.2. Bảng phân tích

Là loại bảng trong đó biến số nghiên cứu được phân loại thành các nhóm có liên quan đến nhau. Bảng này cho phép ta phân biệt nhanh sự khác nhau giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu.

***Bảng chéo mô tả sự khác biệt giữa các nhóm**

Loại bảng này thường được sử dụng để trình bày số liệu trong các nghiên cứu phân tích như nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu bệnh chứng với mục đích là xác định sự khác biệt giữa hai hoặc nhiều nhóm trong các biến riêng biệt. Tuy nhiên, ngày nay do việc tiến hành các nghiên cứu thuần tập khó làm nên trong các nghiên cứu mô tả thường được tiến hành song song giữa vấn đề sức khỏe và yếu tố nguy cơ, vì vậy bảng phân tích cũng được sử dụng trong các nghiên cứu mô tả.

Ví dụ: Trong nghiên cứu thử nghiệm về tác động của các buổi giảng về kiến thức dinh dưỡng tới các bà mẹ theo các trình độ khác nhau của họ được so sánh trong hai nhóm : Một nhóm tham gia và một nhóm không tham gia vào các buổi giảng về dinh dưỡng. Bảng giả được chuẩn bị như sau

Bảng 19: Số người tham dự và không tham dự trong các buổi giảng về dinh dưỡng theo các mức độ kiến thức khác nhau

	Trình độ kiến thức về dinh dưỡng			Tổng số
	Thấp	Trung bình	Cao	
Tham gia				
Không tham gia				
Tổng số				

Trong bảng chéo, các nhóm so sánh được đặt trong các hàng còn mức kiến thức được đặt trong các cột (biến phụ thuộc thường được đặt trong cột)

Chú ý:

Khi xây dựng bảng phân tích để phát hiện sự khác biệt giữa các nhóm, phải hết sức cẩn thận xác định xem nhóm nào sẽ được biểu diễn theo hàng hoặc cột. Thường các biến phụ thuộc là tiêu đề của cột và phân loại của biến độc lập là tiêu đề của hàng.

*** Bảng chéo để khám phá mối tương quan giữa các biến.**

Khi nghiên cứu có mục đích là phát hiện ra mối liên hệ hay sự kết hợp giữa các biến thì khi trình bày số liệu chúng ta dùng bảng chéo để khám phá ra mối tương quan giữa các biến. Trong trường hợp này, điểm quan trọng nhất là xác định biến nào là biến độc lập và biến nào là biến phụ thuộc.

Ví dụ: Trong nghiên cứu về sự thay đổi kiến thức và tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại một cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện). Nhà nghiên cứu muốn tìm hiểu mối tương quan giữa kiến thức của đối tượng nghiên cứu với thâm niên công tác, và kết quả nghiên cứu được trình bày như sau

Bảng 20: Sự liên quan giữa kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn và thâm niên công tác của điều dưỡng

Nội dung	Kiến thức của điều dưỡng về kiểm soát nhiễm khuẩn trước khi can thiệp		OR (95%CI)	p-value
	Không đạt	Đạt		
Thời gian công tác dưới 15 năm	8 (20%)	32 (80%)	0,28 (0,08 ÷ 1,02)	0,048
Thời gian công tác từ 15 năm trở lên	7 (46,7%)	8 (53,3%)		

9.2.2. Biểu đồ

Biểu đồ chỉ nên sử dụng khi chúng tỏ ra ưu việt hơn hẳn các câu chữ. Nguyên tắc chung khi sử dụng biểu đồ là mô tả các số liệu có xu hướng động còn các số liệu tĩnh không chỉ rõ xu hướng thì nên trình bày bằng bảng.

Nguyên tắc trình bày biểu đồ:

Viết tên biểu đồ: biểu đồ hoặc sơ đồ được sử dụng chung một tên gọi là Hình Số thứ tự các Hình được đánh số theo chương và thứ tự của biểu đồ theo chương đó.

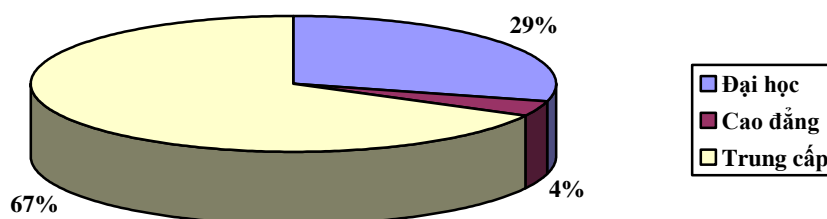
Ví dụ:

Các biểu đồ, hình vẽ, sơ đồ ở chương này được đánh số bắt đầu từ Hình 3.1 đến Hình thứ 3.n

Tùy theo đặc điểm của kết quả nghiên cứu, biểu đồ cần được trình bày cho phù hợp: thông thường người ta sử dụng các biểu đồ sau: biểu đồ hình bánh; biểu đồ cột; biểu đồ hình dây, biểu đồ hình đám mây...

Biểu đồ hình bánh (pie chart):

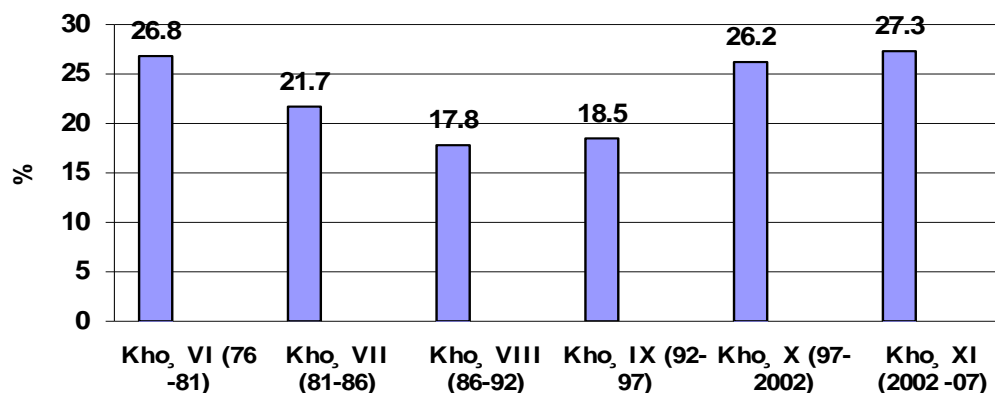
Chỉ sử dụng khi tổng số các phần của hình tròn cộng lại là 100%. Biểu đồ hình bánh mô tả tương quan về tỷ lệ của các nhóm nghiên cứu.



Hình 24: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ chuyên môn

Biểu đồ hình cột (bar chart)

Dùng để biểu diễn số liệu phân loại

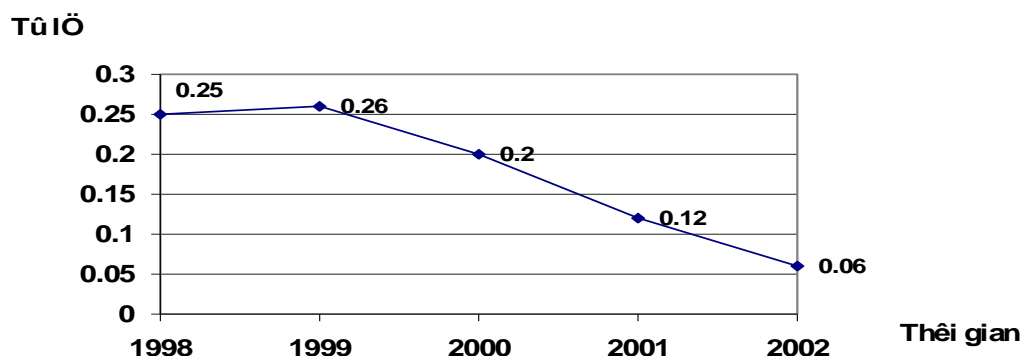


Hình 25: Tỷ lệ nữ Đại biểu Quốc hội qua các nhiệm kỳ

Nguồn: văn phòng Quốc hội, 2002

Biểu đồ hình dây (Line graph)

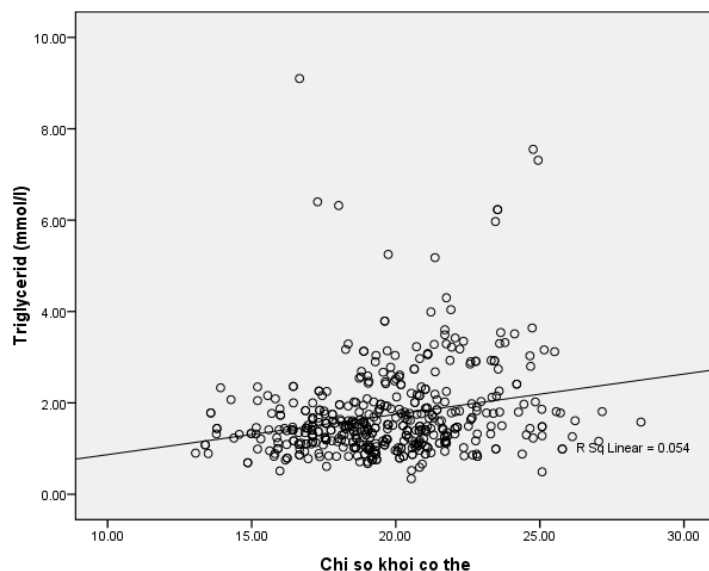
Dùng để biểu diễn số liệu động, có thể biểu diễn một lúc hai hay nhiều phân bố



Hình 26: Tỷ lệ chết do bệnh sốt rét theo năm (1998 -2002)

Biểu đồ hình đám mây (Scatter Diagram)

Dùng để biểu diễn thông tin của hai biến có liên quan với nhau, thông thường hai biến này phải là dạng biến số Ví dụ: các chỉ số sinh hóa, các chỉ số nhân trắc...



Hình 27: Mối tương quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) và chỉ số Triglycerid ($p < 0,05$)

9.3. Đo lường đơn vị trung tâm

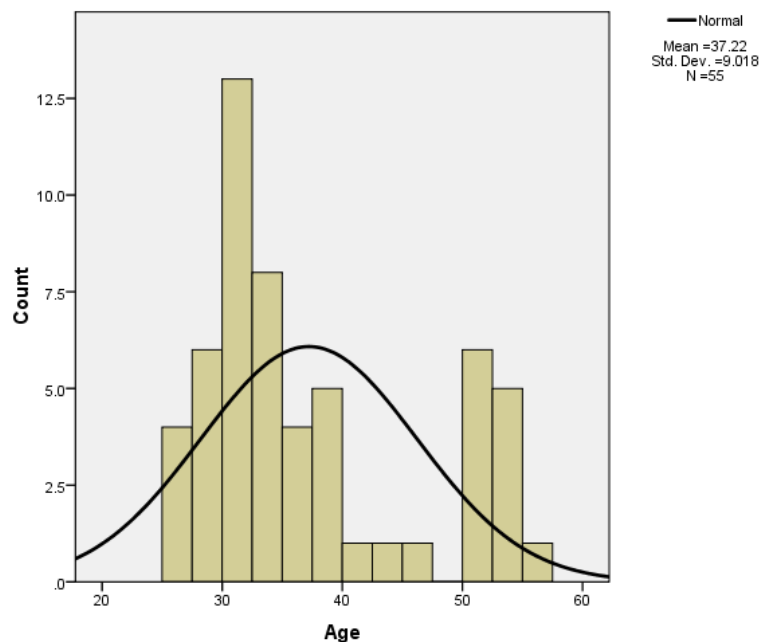
9.3.1. Trung bình

Được tính bằng cách lấy tổng của các quan sát chia cho lần quan sát. (Chỉ tính được với số liệu dạng số)

Ví dụ ở bảng 4: Tuổi trung bình của các điều dưỡng tham gia nghiên cứu là $37,2 \pm 9,0$.

Chú ý: trong khoa học hiện nay người ta thường sử dụng ước lượng khoảng thay cho ước lượng điểm vì vậy khi tính giá trị trung bình thì thường kèm theo đó là độ lệch chuẩn (Standard Deviation; viết tắt là SD), giá trị của SD càng nhỏ tức là độ biến thiên của số liệu càng thấp, còn gọi là tập trung. Khi giá trị của SD càng lớn thì độ biến thiên càng cao, nói cách khác là số liệu phân tán

Người ta còn dùng biểu đồ để biểu diễn giá trị trung bình của một biến, ví dụ tuổi trung bình của các điều dưỡng tham gia nghiên cứu có thể được biểu diễn bằng biểu đồ phân bố chuẩn (dành cho số liệu phân bố chuẩn).



Hình 28: Phân bố tuổi của các điều dưỡng tham gia nghiên cứu

9.3.2. Trung vị

Là giá trị chia phân bố thành hai phần bằng nhau. Nó còn được gọi là điểm giữa của các giá trị và cách tính như sau:

- Liệt kê các giá trị theo trật tự độ lớn(từ giá trị nhỏ nhất đến giá trị lớn nhất
- Đếm số lần quan sát (n)
- Giá trị trung vị là giá trị của số quan sát $(n + 1)/2$

Ví dụ: Cân nặng của 7 phụ nữ có thai như sau:

40, 41,42,43,44,47,72

Giá trị trung vị là $(7+1)/2 =$ giá trị thứ 4 và bằng 43

Câu hỏi tự lượng giá

1. Kể tên những học giả có ảnh hưởng tới sự phát triển của dịch tễ học, những đóng góp chính của họ?
2. Trình bày các tỷ lệ hiện mắc, ý nghĩa của mỗi tỷ lệ trong đánh giá sức khỏe cộng đồng
3. Trình bày các tỷ lệ mới mắc , ý nghĩa của chúng trong đánh giá sức khỏe cộng đồng
4. Trình bày các đo lường nguy cơ, ứng dụng của các đo lường trong đánh giá sức khỏe cộng đồng
5. Trình bày các cách xử lý số liệu một cuộc điều tra và cách trình bày các số liệu này?

Bài 3

QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1. Trình bày được khái niệm về quy trình điều dưỡng cộng đồng .*
- 2. Phân tích và ứng dụng được 5 bước của quy trình điều dưỡng vào thực tiễn chăm sóc cá nhân, gia đình và cộng đồng.*

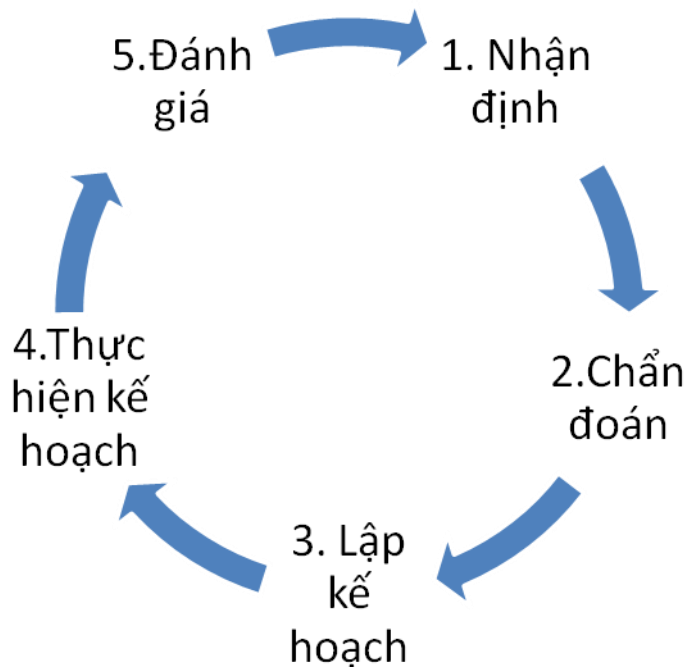
NỘI DUNG

1. Giới thiệu quy trình điều dưỡng

Quy trình điều dưỡng là hệ thống các hoạt động theo một trình tự để chăm sóc người bệnh.

Quy trình điều dưỡng tại cộng đồng là một hệ thống các hoạt động đã được định trước, để đạt được những mục tiêu nhằm phục hồi, duy trì, dự phòng, nâng cao sức khỏe và thỏa mãn các nhu cầu cơ bản cho cá nhân và các nhu cầu thiết yếu của cộng đồng. Quy trình điều dưỡng cộng đồng cũng tương tự như quy trình điều dưỡng chung

Gồm 5 bước là: (1) Lượng giá nhu cầu chăm sóc; (2) chẩn đoán cộng đồng; (3) lập kế hoạch; (4) thực hiện kế hoạch và (5) đánh giá chăm sóc. (hình 29)



Hình 29: Sơ đồ quy trình điều dưỡng

Quy trình điều dưỡng cộng đồng cũng bao gồm 5 bước giống như điều dưỡng chung nhưng sự khác nhau giữa mục tiêu của hai quy trình là cơ bản. Quy trình điều dưỡng chung giúp cho người điều dưỡng thực hiện trình tự công việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Quy trình điều dưỡng cộng đồng nhằm chăm sóc các vấn đề sức khỏe của cộng đồng, bao gồm cả người bệnh, người lành và môi trường họ đang sống.

2. Quy trình điều dưỡng áp dụng cho chăm sóc các cá nhân

2.1. Lượng giá

2.1.1. Tập hợp các dữ liệu và nhận biết các nhu cầu cần thiết về chăm sóc sức khỏe cho người bệnh như

- Tiếp xúc với người bệnh và thân nhân người bệnh .
- Quan sát theo dõi chung.
- Khám người bệnh (triệu chứng, dấu hiệu).
- Hỏi các nhân viên y tế khác.
- Khai thác bệnh án.

2.1.2. *Người điều dưỡng phải sử dụng các phương pháp sau đây để thu thập các dữ kiện*

- Kỹ năng giao tiếp
- Kỹ năng phỏng vấn
- Kỹ năng quan sát
- Khai thác lịch sử bệnh và gia đình .
- Phân tích các dữ kiện thu thập được

2.2. *Chẩn đoán chăm sóc (chẩn đoán điều dưỡng)*

Một chẩn đoán sức khỏe có thể xác định từ bệnh hoặc yếu tố nguy cơ đe dọa tới sức khỏe cá nhân và gia đình .

Cộng đồng chăm sóc là xác định vấn đề sức khỏe (những vấn đề ảnh hưởng đến một trong các nhu cầu cơ bản) và nguyên nhân gây nên vấn đề đó.

Ví dụ:

Một nam thanh niên 36 tuổi tên là (N), làm công việc văn phòng, ít vận động, người này có BMI là 27; Bố của anh ta bị bệnh tiểu đường; xét nghiệm đường huyết của anh này là 6,0mmol/Dl:

Anh này được chẩn đoán là thừa cân và có nguy cơ bị bệnh Đái tháo đường

2.3. *Lập kế hoạch chăm sóc /điều dưỡng*

- Kế hoạch chăm sóc là hàng loạt các hoạt động chăm sóc theo yêu cầu để ngăn ngừa, giảm bớt, loại trừ những khó khăn của người bệnh đã được xác định trong khi lượng giá, phân tích các dữ kiện thu thập được ở người bệnh và đã được thiết lập, chẩn đoán chăm sóc .

Kế hoạch chăm sóc bao gồm quyết định chăm sóc và giải quyết các vấn đề. Công việc này phụ thuộc rất nhiều vào kiến thức, kỹ năng, thái độ nghề nghiệp của người điều dưỡng của người bệnh .

*Những thành phần của kế hoạch chăm sóc : gồm 4 thành phần

- Đề xuất những ưu tiên.

- Thiết lập mục tiêu của người bệnh và kết quả mong chờ.
- Lập kế hoạch các hoạt động chăm sóc .
- Viết ra một kế hoạch chăm sóc.

Đối với khách hàng N trong ví dụ trên, người điều dưỡng cộng đồng cần phải làm gì?

- Giải thích cho anh ta mối nguy hiểm của thừa cân béo phì; Nguy cơ bị bệnh đái tháo đường của anh ta là rất cao
- Thảo luận cùng anh ta để xây dựng kế hoạch:

+ Hoạt động thể lực: Tùy theo sở thích của khách hàng, song thời gian tập luyện mức độ trung bình phải đạt là 60 phút/ ngày. Khuyến khích chơi các môn thể thao có cường độ tập luyện cao như: thể hình; bóng đá, tennis

+ Điều tiết chế độ ăn và thói quen xấu: Lượng Calo ăn vào không nên vượt quá 1900 Kcal; nên ăn theo trình tự: ăn rau trước sau đó ăn các thức ăn nhiều đạm rồi mới ăn cơm, hạn chế mỡ/dầu đồ ăn chiên rán...Không uống rượu bia , không hút thuốc lá

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Bước thứ ba của quy trình chăm sóc là giai đoạn thực hiện, triển khai kế hoạch chăm sóc người bệnh. Người điều dưỡng vừa phải thực hiện mệnh lệnh chăm sóc chủ động với hành động chăm sóc của mình, vừa phải thực hiện các y lệnh điều trị. Hoạt động chăm sóc phải được thực hiện với một trách nhiệm cao và mỗi điều dưỡng phải chịu trách nhiệm về công việc mình làm.

- + Phải biết an ủi, khuyến khích và giúp đỡ người bệnh.
- + Phải thực hiện các hoạt động chính xác và cẩn thận.
- + Phải biết theo dõi và phòng ngừa các biến chứng.
- + Phải coi người bệnh như một người thân.
- + Phải báo cáo thường xuyên mọi sự thay đổi về tình trạng của người bệnh cho bác sĩ điều trị và điều dưỡng cấp trên.

Người điều dưỡng cần giữ mối liên hệ và hỗ trợ khách hàng giới thiệu các địa điểm tập luyện, người hướng dẫn (huấn luyện viên) và yêu cầu người nhà thực hiện giám sát các hoạt động ăn uống, thói quen...

2.5. Đánh giá kết quả chăm sóc

- Đánh giá kết quả chăm sóc là kiểm tra lại kế hoạch chăm sóc lập ra, người bệnh có được chăm sóc không? Đạt được ở mức độ nào?

* Người điều dưỡng dùng một số kỹ năng sau đây để tự vấn khi lượng giá:

- Hành động chăm sóc có được thực hiện theo kế hoạch không ?
- Thông tin phản hồi của người bệnh và người nhà người bệnh được chăm sóc thế nào?
- Các y lệnh điều trị có được thực hiện không ?
- Bệnh tật của người bệnh tiến triển ra sao.
- Trên cơ sở đó người điều dưỡng điều chỉnh kế hoạch chăm sóc cho ngày hôm sau và lượng giá việc thực hiện kế hoạch chăm sóc của các điều dưỡng cấp

dưới, giúp đỡ, huấn luyện họ về kiến thức, kỹ năng và thái độ với người bệnh theo kế hoạch chăm sóc mà nghề điều dưỡng đã đề ra.

Hàng tuần, người điều dưỡng yêu cầu khách hàng báo cáo kết quả tập luyện và hiệu quả của quá trình tập luyện, đồng thời động viên khách hàng duy trì thói quen có lợi cho sức khỏe.

3. Quy trình điều dưỡng áp dụng cho nhóm, cộng đồng

3.1. Lượng giá sức khỏe cộng đồng

- Lượng giá nhu cầu điều dưỡng: trước khi thực hiện chăm sóc cho gia đình và cộng đồng, người điều dưỡng cần thu thập các thông tin về tình hình bệnh tật, sức khỏe, môi trường và những nhu cầu chăm sóc để có những chẩn đoán điều dưỡng cộng đồng kịp thời và chính xác. Có 3 phương pháp thu thập thông tin: phỏng vấn; quan sát và sử dụng số liệu có sẵn

3.1.1. Phương pháp thu thập thông tin

*** Phỏng vấn**

Hỏi trực tiếp với cá nhân và gia đình tại cộng đồng. Đây là một phương pháp đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, khả năng phán đoán và sự khéo léo tế nhị.

- Người điều dưỡng phải am hiểu tâm lý và kinh nghiệm giao tiếp.
- Khi đặt câu hỏi phải rõ ràng, dễ hiểu.
- Chú ý lắng nghe khi họ trả lời.
- Ghi chép lại những thông tin cần thiết.
- Quan sát thái độ của họ qua nét mặt, cử chỉ, hành động... để từ đó phát hiện ra bệnh lý hoặc diễn biến tâm lý khách hàng

- Chú ý các mong muốn và đề nghị của họ đáp ứng nhu cầu về chăm sóc.

*** Sử dụng số liệu có sẵn**

Thu thập thông tin qua sổ sách, thống kê báo cáo ở các trạm y tế hoặc hồ sơ, y bạ cá nhân.

- Sử dụng kết quả điều tra
- Số liệu sơ cấp .

*** Phương pháp quan sát.**

Sử dụng bảng kiểm để ghi lại những gì người điều dưỡng quan sát được: phương pháp này rất hiệu quả khi thu thập các thông tin về hành vi, môi trường...

Khám thực thể cũng là một hình thức thu thập số liệu mang tính quan sát nhiều hơn, tuy nhiên trong khám thực thể, người điều dưỡng cần sử dụng cả 3 phương pháp thu thập số liệu trên:

3.1.2. Các nhóm chỉ số cần thu thập:

1. Các thông tin về yếu tố địa lý: địa hình, thời tiết, khí hậu.
2. Dân số: quy mô; đặc điểm; xu hướng; di dân; tỷ số giới tính...
3. Môi trường: nguồn nước; xử lý chất thải; chất lượng không khí; chất lượng thực phẩm; nhà ở; quản lý vật nuôi
4. Nhà máy công nghiệp: công nghệ xanh; thu nhập
5. Giáo dục đào tạo: loại hình giáo dục; giáo dục tình dục; các hình thức hỗ trợ giáo dục
6. Cách thức tương tác: nơi sinh hoạt cộng đồng; thư viện; các thức hoạt động trao đổi thông tin cá nhân, công cộng...
7. Tôn giáo:
8. Giao tiếp/trao đổi thông tin (kênh): đài báo, ti vi, internet...
9. Giao thông
10. Dịch vụ công cộng: phòng cháy chữa cháy; phục hồi chức năng; an ninh...
11. Phát triển cộng đồng: xóa đói giảm nghèo; nông thôn mới...
12. Chương trình phòng chống thiên tai, thảm họa: Hội chữ thập đỏ; kế hoạch phòng chống thiên tai...
13. Tổ chức chính trị: Đảng; Đoàn; Hội...

14. Các vấn đề xã hội: thất nghiệp; vấn đề về tâm thần; sử dụng các chất gây nghiện; bỏ học, băng nhóm; tội phạm; tự tử...

15. Số liệu thống kê y tế: tỷ lệ mắc bệnh; tỷ lệ tử vong; 10 bệnh có tỷ lệ mắc, chết cao nhất

16. Nguồn lực y tế: Số lượng cán bộ y tế các loại: cả tư nhân và nhà nước

17. Cơ sở y tế chuyên nghiệp hỗ trợ cho điều dưỡng cộng đồng: phòng bệnh; cấp cứu;

18. Dịch vụ y tế tại địa phương:

19. Các chương trình y tế, chương trình y tế quốc gia đang triển khai tại địa bàn

3.1.3. Công cụ thu thập thông tin

Để có thể thu thập thông tin một cách chính xác, bên cạnh việc sử dụng tài liệu có sẵn, người điều dưỡng cộng đồng còn phải xây dựng cho mình công cụ thu thập thông tin để làm cơ sở cho việc chẩn đoán cộng đồng.

Các tiêu chí đánh giá bộ câu hỏi

- Sự rõ ràng
- Sự cân bằng
- Độ dài của các câu hỏi
- Sự toàn diện hay hạn chế của các câu trả lời
- Các hướng dẫn được cung cấp cho việc trả lời câu hỏi
- Cách sắp xếp và bố trí các câu hỏi trong bộ câu hỏi

Nguyên tắc thiết kế bộ câu hỏi

1. Dựa vào câu hỏi và mục tiêu nghiên cứu để lựa chọn câu hỏi
2. Không nên cố gắng tái tạo lại những câu hỏi cũ, nên tìm kiếm và tham khảo những câu hỏi của nghiên cứu khác
3. Kiểm tra tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi
4. Xác định loại câu hỏi để đưa ra cách hỏi phù hợp (hành vi, thái độ, nhận thức, tình trạng sức khỏe...)

5. Xác định phương pháp phỏng vấn (phỏng vấn cá nhân, phỏng vấn qua điện thoại, câu hỏi qua mail)

6. Dự đoán các lỗi phát sinh và cách giảm thiểu hoặc loại bỏ

Các bước tiến hành

1. Chuẩn bị nội dung
2. Đặt câu hỏi
3. Sắp xếp cấu trúc bộ câu hỏi
4. Hình thức bộ câu hỏi (và dịch thuật)
5. Phỏng vấn thử
6. Đánh giá độ tin cậy của bộ câu hỏi
7. Chỉnh sửa và hoàn thiện

3.2. Chẩn đoán cộng đồng

3.2.1 Khái niệm

Mỗi cộng đồng đều có vấn đề sức khỏe riêng và cách tiếp cận lượng giá vấn đề sức khỏe khác nhau. Vì vậy, để xác định đúng các vấn đề sức khỏe, người điều dưỡng cộng đồng phải sử dụng thực hành kỹ thuật chẩn đoán cộng đồng.

Chẩn đoán lâm sàng:

Hỏi bệnh + Khám bệnh + Xét nghiệm → Chẩn đoán bệnh

Chẩn đoán cộng đồng:

Nói chuyện với cộng đồng + Sổ sách + Điều tra → Chẩn đoán cộng đồng

Bảng 21: Phân biệt giữa cộng đồng lâm sàng và chẩn đoán cộng đồng

Các đặc điểm	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán cộng đồng
1. Đối tượng chẩn đoán	Cá nhân người bệnh	Cả cộng đồng
2. Mục đích chẩn đoán	Phát hiện bệnh tật	Xác định vấn đề sức khỏe
3. Mối quan hệ	Cán bộ y tế - người bệnh	Cán bộ y tế - cộng đồng

4. Ai đến với ai	Người bệnh đến với cán bộ y tế	Cán bộ y tế đến với cộng đồng
5. Phương pháp chẩn đoán	Y học lâm sàng là chính	Y học cộng đồng
6. Nguyên liệu chẩn đoán	Các triệu chứng, kết quả xét nghiệm	Các chỉ số dịch tễ học cộng đồng
7. Phương pháp chẩn đoán	Chữa bệnh	Các kế hoạch y tế chăm sóc cộng đồng
8. Điểm kết thúc	Người bệnh khỏi, đỡ, tàn tật hoặc tử vong	Suốt đời, lâu dài, không kết thúc

Ứng dụng chẩn đoán cộng đồng

Sau khi xác định vấn đề sức khỏe cộng đồng, để chẩn đoán cộng đồng chúng ta áp dụng kỹ thuật xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên.

Chẩn đoán cộng đồng là quá trình xác định vấn đề sức khỏe nào của cộng đồng cần được ưu tiên giải quyết. Quá trình này gồm 2 giai đoạn: Xác định vấn đề và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên.

3.2.2. Xác định vấn đề

Sau khi phát hiện được mô tả bằng các chỉ số như : bệnh tật , tử vong , sức khỏe , tài nguyên , kinh tế, xã hội cần phải được phân tích khách quan, dân chủ và thận trọng các yếu tố liên quan để xác định đúng đó có phải là vấn đề sức khỏe hay không ?

3.2.2.1. Vấn đề có vượt quá mức bình thường không?

- Chỉ số ô nhiễm môi trường gây xáo trộn cuộc sống dân cư.
- Tỷ lệ mắc bệnh cũ đã cao, số mắc mới tăng nhanh.
- Tỷ suất sinh thô có chiều hướng tăng lên từng năm.

3.2.2.2 Vấn đề có gây tổn hại và đe dọa nghiêm trọng sức khỏe cộng đồng ?

- Chỉ số suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi vẫn giữ mức cao.

-Nhiều trẻ bị mù lòa, kém trí tuệ.

-Do thiếu nước sạch gây dịch bệnh ngoài da và đã xảy ra nhiều vụ tranh chấp gây thương tích.

3.2.2.3. *Giải quyết vấn đề có là nhu cầu cấp thiết được cả cộng đồng quan tâm không ?*

- Cộng đồng đều thấy phải chặn đứng tỷ lệ mắc bệnh lao mới, để cắt nguồn lây bệnh sang các người than và thôn làng, hay là thờ ơ với sự việc đang diễn ra.

- Nước sạch không thể thiếu cho ăn uống sinh hoạt, loại trừ bệnh ngoài da càng sớm càng tốt (hay là thờ ơ).

3.2.2.4. *Vấn đề có được giải quyết hay không ?*

-Chính quyền quan tâm hay không quan tâm

-Cơ quan chuyên môn đã có kỹ thuật giải quyết chưa?

-Các ngành, đoàn thể sẵn sàng hỗ trợ hay không?

-Nhân dân có sẵn sàng tham gia hay bàng quang

Từ căn cứ trên, lập bảng điểm lượng giá một cách khoa học, khách quan, để xác định đó có phải vấn đề sức khỏe hay không ?

Bảng 22: Xác định vấn đề sức khỏe

STT	Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe	Điểm		
		Vấn đề 1	Vấn đề 2	Vấn đề 3
1	Vấn đề vượt quá mức bình thường			
2	Vấn đề gây tổn hại và đe dọa nghiêm trọng sức khỏe cộng đồng			
3	Vấn đề là nhu cầu cấp thiết được cả cộng đồng quan tâm			
4	Vấn đề có thể giải quyết được			

	Cộng			
--	------	--	--	--

Cho điểm:

-Rất rõ ràng: 3 điểm

-Rõ ràng : 2 điểm

-Chưa rõ: 1 điểm

-Không rõ: 0 điểm

Cộng dần từng vấn đề . Chọn ưu tiên từ vấn đề cao nhất đến các vấn đề tiếp theo.

Nhận định: 9 -12 điểm là có vấn đề sức khỏe

Dưới 9 điểm vấn đề chưa được rõ ràng

3.2.3. Lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên

Trong cộng đồng có thể tồn tại nhiều vấn đề sức khỏe mà trong một thời gian chúng ta không thể giải quyết được hết các vấn đề, bắt buộc phải chọn ưu tiên vấn đề nào giải quyết trước, vấn đề nào giải quyết sau. Mỗi bối cảnh chỉ nên tập trung vào một chủ đề của vấn đề sức khỏe cần truyền thông.

Cách xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên bằng cách sử dụng một bảng điểm để cân nhắc từng tiêu chuẩn. Thang điểm cho mỗi tiêu chuẩn có thể cho là 0, 1, 2, 3 điểm. Có 6 tiêu chuẩn chính để xét vấn đề sức khỏe ưu tiên như sau:

Bảng 23: Tiêu chuẩn xét vấn đề ưu tiên

Stt	Tiêu chuẩn để xét ưu tiên	Điểm		
		Vấn đề 1	Vấn đề 2	Vấn đề 3
1	Mức độ phổ biến của vấn đề (nhiều người mắc hoặc liên quan)			
2	Mức độ trầm trọng của vấn đề (tỷ lệ tử vong cao, gây tàn phế, thiệt hại kinh tế....)			

3	Ảnh hưởng đến những người có khó khăn (người nghèo, vùng sâu, vùng xa...)			
4	Có khả năng giải quyết (đã có phương pháp, phương tiện, kỹ thuật...)			
5	Kinh phí chấp nhận được			
6	Cộng đồng sẵn sàng tham gia, giải quyết			
Cộng				

Bảng 24: Cách cho điểm để xét vấn đề sức khỏe ưu tiên

Điểm	Mức độ phổ biến	Mức độ trầm trọng	Ảnh hưởng tới người khó khăn	Khả năng giải quyết	Kinh phí	Quan tâm của cộng đồng
0	Rất thấp	Không	Không	Không thể giải quyết	Không	Không
1	Thấp	Thấp	ít	Khó khăn	Thấp	Thấp
2	Trung bình	Trung bình	Trung bình	Có khả năng	Trung bình	Trung bình
3	Cao	Cao	Nhiều	Chắc chắn	Cao	Cao

Cách nhận định kết quả:

+ 15-18 điểm: Ưu tiên

+ 12-14 điểm: Có thể ưu tiên

+ Dưới 12 điểm: Xem xét lại không nên ưu tiên

Kết luận

Chẩn đoán cộng đồng là phương pháp và là nhiệm vụ cơ bản của cán bộ y tế cơ sở.

Khi một người bệnh đến với cán bộ y tế , vì một vấn đề sức khỏe nào đó thì người cán bộ y tế chẩn đoán xem bệnh nhân đó mắc bệnh gì bằng thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng .

Khi một cộng đồng có một vấn đề y tế nào đó thì người cán bộ y tế cơ sở chẩn đoán cộng đồng , xem vấn đề y tế của cộng đồng đó là vấn đề gì bằng phương pháp dịch tễ học cộng đồng .

Khi người thầy thuốc chẩn đoán được vấn đề sức khỏe của cộng đồng rồi thì giải quyết vấn đề sức khỏe đó bằng các kế hoạch chăm sóc cộng đồng .

Vậy chẩn đoán cộng đồng là phương pháp mà người cán bộ y tế sử dụng để xác định vấn đề sức khỏe cộng đồng và giải quyết vấn đề sức khỏe đó với sự tham gia của cộng đồng .

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc cộng đồng

Việc lập kế hoạch chăm sóc cộng đồng phải dựa trên thực tiễn của cộng đồng đó: ví dụ cộng đồng là một tỉnh thì việc xây dựng kế hoạch khác với một xã. Như vậy trong lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng có thể ở phạm vi rất rộng như một quốc gia; một tỉnh hoặc nhỏ hơn như một huyện, một xã. Tuy nhiên việc về cơ bản, lập kế hoạch chăm sóc gồm 4 bước như sau:

- Chọn lựa chọn chăm sóc ưu tiên.
- Xác định mục tiêu chăm sóc.
- Lựa chọn các hoạt động chăm sóc (các giải pháp)
- Viết hoàn thành bản kế hoạch chăm sóc .

Khi lập kế hoạch chăm sóc luôn phải đặt ra câu hỏi là gì? Tại sao? Làm như thế nào? Ở đâu? Ai làm? Khi nào làm?

Người điều dưỡng xây dựng kế hoạch dựa vào các dữ liệu thu được từ bước lượng giá và từ các chẩn đoán sức khỏe , xác định các ưu tiên và đưa ra các mục

tiêu . Người điều dưỡng sẽ xem xét những việc cần làm và xác định những vấn đề sức khỏe đang đặt ra cho mỗi cá thể, mỗi gia đình và toàn bộ cộng đồng vào tình trạng nguy cơ. Sau khi xác định được vấn đề sức khỏe của gia đình hoặc cộng đồng , người điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc. Trọng tâm của quy trình điều dưỡng là lập kế hoạch chăm sóc và đó chính là lý do áp dụng quy trình điều dưỡng .Kế hoạch xoay quanh chẩn đoán của mỗi gia đình hoặc cộng đồng, người điều dưỡng cần có mục tiêu để đánh giá , đo lường hiệu quả chăm sóc đã thực hiện được .

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Khi triển khai thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng vừa phải thực hiện mệnh lệnh chăm sóc vừa phải thực hiện y lệnh điều trị. Do vậy đòi hỏi người điều dưỡng phải thành thạo kỹ thuật và phải có trách nhiệm cao trong công việc.

Bảng 25: So sánh giữa chăm sóc cá nhân và chăm sóc cộng đồng

T T	Với cá nhân	Với gia đình và cộng đồng
1	An ủi, giúp đỡ người bệnh	Tuyên truyền, tư vấn và giáo dục
2	Thực hiện kế hoạch chăm sóc	Tổ chức và vận động thực hiện
3	Theo dõi diễn biến bệnh , báo cáo thường xuyên	Giám sát thường xuyên Báo cáo điều dưỡng và bác sỹ
4		Quan hệ chặt chẽ với lãnh đạo địa phương, các ban ngành, đoàn thể
5		

Sự thực hiện kế hoạch tập trung vào các can thiệp để đạt mục tiêu đề ra.

Những người điều dưỡng cộng đồng tham gia vào quá trình:

- Thăm khám thực thể
- Thực hiện hoạt động điều trị như cho người bệnh dùng thuốc...
- Hướng dẫn phòng bệnh
- Hướng dẫn hoạt động tự nâng cao sức khỏe

- Tư vấn cho cá nhân và gia đình.
- Theo dõi bệnh.
- Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc như phát hiện bệnh lao....
- Chuyển lên tuyến trên.
- Thu thập dữ liệu y tế
- Giáo dục sức khỏe
- Điều trị, chăm sóc , luyện tập phục hồi chức năng.

3.5. Đánh giá điều dưỡng

- Đánh giá điều dưỡng là kiểm tra lại kế hoạch chăm sóc đã tốt chưa? Thực hiện có kết quả không ?

Về cơ bản thì có thể chia ra 3 thời điểm để đánh giá: đánh giá ban đầu (đầu vào/); đánh giá quá trình (đánh giá tiến độ) và đánh giá cuối kỳ (đánh giá kết quả; đánh giá tác động...)

3.4.1. Đối với cá nhân người bệnh tại gia đình

- Hành động chăm sóc có thực hiện theo kế hoạch không ?
- Các diễn biến người bệnh và đáp ứng chăm sóc có kịp thời không ?
- Các y lệnh điều trị có đúng chỉ định không ?
- Tình hình tiến triển của người bệnh hiện tại tốt lên hay xấu đi ?
- Nếu tốt lên thì thực hiện kế hoạch đã định.
- Nếu tiến triển chậm thì cần tìm: nguyên nhân và bàn bạc với gia đình . điều chỉnh kế hoạch chăm sóc , chuyển viện.

3.4.2. Đối với gia đình và cộng đồng

- Kết quả có được như mục tiêu đề ra không ?
- Kết quả có đạt được sự hưởng ứng của cộng đồng và của chính quyền cấp cơ sở không ?

- Nếu không đạt được mục tiêu cần phải tìm nguyên nhân rồi bàn bạc cùng gia đình, cộng đồng, chính quyền cơ sở để xác định lại mục tiêu, điều chỉnh lại kế hoạch cho phù hợp với tình trạng và nhu cầu chăm sóc thực tế.

* Bước cuối cùng của quy trình điều dưỡng là đánh giá. Người điều dưỡng hỏi hàng loạt các câu hỏi như:

- Chẩn đoán sức khỏe có đúng không ?
- Kế hoạch có thực hiện được không ?
- Có cần điều chỉnh mục tiêu và xây dựng kế hoạch mới không ?
- Các kết quả thực hiện kế hoạch chăm sóc là gì ?

* Quá trình đánh giá tập trung xác định xem mục tiêu đề ra của kế hoạch chăm sóc có được đáp ứng không ? Tuy nhiên đánh giá không phải là bước cuối cùng mà nó là sự mở đầu cho sự giao tiếp giữa người điều dưỡng với các cá nhân, gia đình và cộng đồng.

4. Ứng dụng quy trình điều dưỡng cộng đồng

- Quy trình điều dưỡng là nền tảng của thực hành điều dưỡng. Người điều dưỡng cộng đồng áp dụng quy trình điều dưỡng thực hiện trách nhiệm của mình đối với cộng đồng. Những trách nhiệm này bao gồm

- + Nâng cao và duy trì sức khỏe.
- + Giáo dục sức khỏe.
- + Đề phòng ốm yếu bệnh tật.
- + Chăm sóc lâm sàng trực tiếp
- + Hỗ trợ các dịch vụ sức khỏe và các chương trình y tế.

- Quy trình điều dưỡng là một quá trình liên tục luôn được điều chỉnh và xem xét đánh giá.

- Quy trình điều dưỡng là nền tảng của điều dưỡng cộng đồng. Quy trình là cơ sở khoa học và là công cụ để lập kế hoạch, can thiệp và lượng giá hiệu quả của công tác chăm sóc cho mỗi cá thể, mỗi gia đình và cộng đồng .

- Ý nghĩa triết lí của quy trình điều dưỡng đã mở đường cho nghề nghiệp và học thuật điều dưỡng thoát khỏi cái bóng phụ thuộc vào người thầy thuốc.

Câu hỏi tự lượng giá

1. Vẽ sơ đồ và giải thích khái niệm quy trình điều dưỡng cộng đồng
2. Trình bày các nhóm chỉ số cần thu thập phục vụ cho đánh giá sức khỏe cộng đồng.
3. Trình bày các phương pháp thu thập thông tin phục vụ cho đánh giá sức khỏe cộng đồng.
4. Liệt kê các bước trong quy trình thiết kế bộ câu hỏi phục vụ cho đánh giá sức khỏe cộng đồng.
5. Vận dụng kiến thức đã học ở bài “ dịch tễ học” để thực hiện việc đánh giá sức khỏe cộng đồng
6. Trình bày ứng dụng xác định, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên vào quy trình chẩn đoán cộng đồng
7. Trình bày các ứng dụng của quy trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Bài 4: SỨC KHỎE TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được các chỉ số chính phản ánh sức khỏe trẻ em*
- 2. Phân tích được các đặc trưng sức khỏe trẻ em và trẻ vị thành niên*
- 3. Giải thích các chính sách liên quan đến sức khỏe trẻ em*
- 4. Phân tích được vai trò của gia đình, xã hội và của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em*

NỘI DUNG

Tương lai của đất nước phụ thuộc vào sức khỏe, nền giáo dục và hạnh phúc của trẻ em. Trong nhiều năm qua, Đảng, Nhà nước và nhân dân Việt Nam đã có nhiều chính sách và hoạt động nhằm nâng cao đời sống cho trẻ em cụ thể như: chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình phòng chống suy dinh dưỡng, chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy, chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính...Tuy nhiên, kết quả các chương trình này chưa được đồng đều giữa các vùng miền.

Mặc dù các chính sách chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu đáng khích lệ như tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi đã giảm gần 3 lần từ 44,4‰ vào năm 1990 xuống còn xuống còn 14,9‰ năm 2014. Tử vong trẻ em < 5 tuổi giảm hơn một nửa từ 58‰ vào năm 1990 xuống còn xuống 22,4 năm 2014. Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng đầy đủ là 97,1%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (cân nặng /tuổi) của trẻ giảm từ 18,9% (2009) xuống còn 14,5% vào năm 2014.

Tuy nhiên, một số vấn đề lớn về sức khỏe trẻ em Việt Nam hiện nay cần phải quan tâm là:

- Tỷ lệ tử vong trẻ em vẫn còn ở mức cao, chưa đạt được mục tiêu đề ra;
- Tình trạng sử dụng các chất gây nghiện có xu hướng gia tăng;

- Tai nạn thương tích khá phổ biến;
- Tỷ lệ nạo phá thai: Việt Nam là một trong 3 nước có tỷ lệ nạo phá thai cao nhất thế giới, trong đó 20% là ở lứa tuổi vị thành niên (VTN), trên cả nước có 5% em gái sinh con trước tuổi 18, 15% sinh con trước tuổi 20.
- Thẻ lực của thanh thiếu niên còn hạn chế...

Trẻ em là nhóm dân số phụ thuộc và dựa chủ yếu vào cha mẹ hoặc người lớn khác trong việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe, vì vậy gia đình và cộng đồng có vai trò quyết định trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ em.

1. Vấn đề sức khỏe trẻ sơ sinh

Sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau khi sinh đều có ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe của trẻ. Dự phòng và nâng cao sức khỏe cho bà mẹ có thể đảm bảo sức khỏe cho trẻ trong tương lai.

1.1. Tỷ lệ tử vong trẻ sơ

Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh hay Tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới 1 tháng tuổi là xác suất tử vong trong vòng 28 ngày sau sinh. Theo kết quả điều tra đánh giá các mục tiêu của trẻ em và phụ nữ năm 2014 của Tổng cục thống kê và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) thực hiện thì tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh là 11,95/1000. Tỷ lệ này ở nông thôn (13,37) cao hơn thành thị (8,69); nhóm người nghèo (18,73) cao hơn nhóm người giàu (7,35); tỷ lệ trẻ em nam tử vong (14,69) cao hơn trẻ em (nữ và nhóm mẹ lớn tuổi (35-49 tuổi) cao hơn nhóm mẹ (20-34 tuổi);

1.2. Đẻ non và đẻ thiếu cân

Định nghĩa: theo Tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kinh cuối cùng.

- Sơ sinh non tháng có tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với trẻ

đẻ đủ tháng, nguy cơ cao bị di chứng thần kinh với tỷ lệ 1/3 trước tuần 32, giảm xuống 1/10 sau 35 tuần. Dự phòng và điều trị dọa đẻ non - đẻ non luôn là một vấn đề quan trọng đối với sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội.

- Tại Việt nam, chưa có thống kê trên toàn quốc, nhưng theo những nghiên cứu đơn lẻ, tỷ lệ đẻ non khoảng 8-10%

Khái niệm thai nhẹ cân là khi thai đủ tháng, trọng lượng thai lúc sinh dưới 2500gr. Tỷ lệ trẻ em có cân nặng < 2500 gram ước tính năm 2010 khoảng 5,1%. Tuy nhiên, theo kết quả điều tra của UNICEF năm 2014 thì toàn quốc có 94,3 % trẻ sơ sinh được cân khi sinh và có khoảng 5,7 % trong số trẻ sinh ra được cân này có cân nặng dưới 2500 gram. Có sự chênh lệch rõ rệt giữa các vùng, tỷ lệ thấp nhất là 3,7 % ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long và cao nhất là 7,2 % ở vùng Tây Nguyên. Nhìn chung, tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh không biến động nhiều theo độ tuổi của bà mẹ, tỷ lệ này có xu hướng giảm khi mức sống tăng lên. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh của nhóm bà mẹ không có bằng cấp hoặc có trình độ tiểu học cao hơn nhóm bà mẹ trình độ trung học cơ sở trở lên.

1.3. Chăm sóc trước sinh

Giai đoạn mang thai tạo cơ hội quan trọng để có những can thiệp có lợi cho sức khỏe của bà mẹ mang thai cũng như trẻ sơ sinh. Hiểu biết tốt hơn về sinh trưởng, phát triển của thai nhi và mối liên hệ của nó với sức khỏe bà mẹ sẽ giúp nâng cao nhận thức về lợi ích của việc chăm sóc khi mang thai như là một can thiệp nhằm cải thiện sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh. Ví dụ, chăm sóc khi mang thai có thể cho người phụ nữ và gia đình biết về những rủi ro và các dấu hiệu trong khi mang thai và về các rủi ro trong khi chuyển dạ và khi sinh. Cho nên nó có thể cung cấp một lộ trình để đảm bảo rằng những phụ nữ có thai phải được cán bộ y tế được đào tạo hỗ trợ khi sinh con. Các lần khám thai cũng tạo cơ hội cung cấp thông tin về khoảng cách sinh, được coi là một yếu tố quan trọng nhằm nâng cao khả năng

sống sót của trẻ sơ sinh. Nó cũng có thể nêu bật vai trò của tiêm phòng uốn ván trong việc bảo vệ tính mạng của bà mẹ và trẻ sơ sinh. Phòng ngừa và điều trị sốt rét, kiểm soát tình trạng thiếu máu, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục khi mang thai có thể cải thiện đáng kể sự phát triển của thai nhi và sức khỏe bà mẹ. Những kết quả ngược lại như trẻ sinh ra nhẹ cân có thể được giảm thiểu thông qua việc kết hợp các can thiệp nhằm nâng cao tình trạng dinh dưỡng của mẹ và phòng các bệnh lây nhiễm như sốt rét, bệnh lây truyền qua đường tình dục trong khi mang thai. Gần đây, việc khám và chăm sóc khi mang thai được xem như đầu vào của công tác phòng ngừa và điều trị HIV, đặc biệt là phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con đã khơi lại sự quan tâm đối với việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc khi mang thai.

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo tối thiểu bốn lần khám thai dựa trên việc rà soát tính hiệu quả của các mô hình khác nhau về chăm sóc khi mang thai. Các hướng dẫn của WHO đặc biệt tập

trung vào nội dung khám thai, bao gồm:

- Đo huyết áp
- Thử nước tiểu để xác định có vi khuẩn và protein trong nước tiểu hay không
- Thử máu để loại trừ bệnh giang mai và thiếu máu trầm trọng
- Cân nặng và đo chiều cao (tùy chọn).

Các chỉ tiêu về độ bao phủ của chăm sóc khi mang thai (tối thiểu một lần đến cán bộ y tế được đào tạo và từ 4 lần trở lên khi đến bất kỳ người cung cấp dịch vụ y tế nào) được sử dụng để theo dõi tiến trình thực hiện mục tiêu Thiên niên kỷ số 5 về cải thiện sức khỏe bà mẹ.

Theo kết quả điều tra đánh giá mục tiêu của trẻ em và phụ nữ năm 2014, Kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ từ 15-49 tuổi sinh con trong vòng 2 năm trước điều tra được chăm sóc thai bởi cán bộ y tế được đào tạo chuyên môn lên tới 95,8 phần

trăm, trong đó hầu hết là bác sỹ (88,8 phần trăm), tiếp đó là y tá, y sỹ sản nhi hoặc nữ hộ sinh (7 phần trăm). Tỷ lệ này thấp nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc (82,7 phần trăm), thấp hơn 15,9 điểm % so với vùng Đồng bằng sông Hồng.

Tỷ lệ khám thai tương quan chặt chẽ với trình độ học vấn của người phụ nữ, với 99,4 % ở nhóm bà mẹ trình độ trung học chuyên nghiệp trở lên, giảm xuống còn 93,5 % ở nhóm bà mẹ trình độ tiểu học và 57,4 % ở nhóm bà mẹ không có bằng cấp.

Cứ 100 phụ nữ có thai thì có 74 người được khám thai 4 lần trở lên, 22 người được khám thai từ 1-3 lần và 4 người không khám thai lần nào. Tỷ lệ được khám thai 4 lần trở lên thấp ở các nhóm bà mẹ sống ở khu vực nông thôn, vùng Tây Nguyên và Miền núi trung du phía Bắc, nhóm bà mẹ trình độ học vấn thấp hơn, sống trong hộ gia đình nghèo hơn và nhóm dân tộc thiểu số.

Nhìn chung, có 84,7 % phụ nữ sinh con ra sống trong vòng 2 năm qua đã khám thai lần đầu tiên trong vòng 3 tháng đầu của thời kỳ mang thai, với số tháng trung vị của lần khám thai đầu tiên trong số phụ nữ có khám thai là 2 tháng.

Mức sống của hộ gia đình, trình độ học vấn và độ tuổi của người mẹ khi sinh con có mối tương quan chặt chẽ với chăm sóc sức khỏe khi mang thai. Đặc biệt chỉ có 70,4 % bà mẹ dưới 20 tuổi có đi khám thai trong vòng 3 tháng đầu so với khoảng 85 % ở nhóm bà mẹ 20 tuổi trở lên.

2. Vấn đề sức khỏe trẻ em

2.1. Tai nạn thương tích không chủ định

Trẻ em là đối tượng có nguy cơ rất cao với các chấn thương không chủ định. Các em thường hiếu kỳ và thích được khám phá thế giới xung quanh nhưng lại thiếu kiến thức và khả năng đề tự kiểm soát sự an toàn của bản thân trước các môi nguy hiểm.

Cũng như mô hình phổ biến trên thế giới, trẻ em trai thường gặp thương tích nhiều hơn trẻ em gái, đặc biệt là thương tích do tai nạn giao thông. Nguyên nhân và độ tuổi của các thương tích không gây tử vong có sự khác biệt với các thương tích gây tử vong. Theo một điều tra ban đầu về tình hình thương tích tiến hành ở 24 xã năm 2003, có 5 nguyên nhân phổ biến nhất gây thương tích không tử vong ở trẻ dưới 18 tuổi (tính trên 100.000 trẻ) là: ngã (1.559), tai nạn giao thông đường bộ (822), động vật cắn/tấn công (816), thương tích do vật sắc nhọn (419), và bỏng (324). Bỏng và ngã là các nguyên nhân gây thương tích không tử vong phổ biến nhất ở trẻ dưới năm tuổi, trong khi tai nạn giao thông và ngã là những nguyên nhân gây thương tích không tử vong nhiều nhất ở trẻ em và vị thành niên trong độ tuổi 5-18.

Ngoài ra, thương tích không gây tử vong cũng có sự đa dạng theo địa điểm xảy ra. Đa số các trường hợp xảy ra ở nhà (52%), ngoài ra là các thương tích xảy ra trên các đường liên xã/liên thôn (20%) và trường học (9%).

Gánh nặng về thương tích rất lớn không chỉ cho gia đình nạn nhân mà còn cho toàn xã hội bởi nó dẫn đến những chi phí y tế và xã hội đáng kể, nhất là các trường hợp thương tích gây khuyết tật vĩnh viễn. Theo ước tính của một nghiên cứu, tổng chi phí quốc gia về tai nạn giao thông đường bộ ở Việt Nam năm 2004 tương đương với 1,4% GDP.

Kết quả của nhiều khảo sát cho biết một số nguyên nhân trực tiếp, gián tiếp và nguyên nhân sâu xa của tình trạng thương tích trẻ em như sau:

Trẻ em ở nhà một mình hoặc thiếu sự giám sát của người lớn: Nhiều phụ huynh làm việc từ sáng sớm đến tối khuya và để con cái ở nhà một mình. Tình trạng này đặc biệt phổ biến là ở các vùng nông thôn chủ yếu làm nghề nông nên bố mẹ phải ra đồng làm việc.

Sự thay đổi cơ cấu gia đình đặc biệt là ở nông thôn do đòi hỏi của cuộc sống hiện đại đã hình thành nên nhiều gia đình hạt nhân và mô hình gia đình truyền

thống nhiều thể hệ thường có nhiều người để trông nom trẻ đã dần dần mất đi. Mặc dù đã có các nhà trẻ và trường mẫu giáo, nhìn chung đều là những môi trường an toàn cho trẻ nhưng tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi đi mẫu giáo ở nông thôn còn thấp hơn đáng kể so với thành thị, nhất là ở gia đình khó khăn về kinh tế. Lí do là những gia đình này không đủ tiền gửi con ở nhà trẻ hoặc mẫu giáo, và thường có ít cơ sở nuôi dạy trẻ tại vùng nông thôn hơn ở thành thị.

Môi trường sống thiếu an toàn: Trẻ em ở những nơi gần sông, kênh rạch, ao ruộng, gần biển hoặc ở những vùng có nguy cơ lũ lụt cao thường có nhiều nguy cơ dễ bị đuối nước. Ở nông thôn luôn có nhiều nguy cơ thương tích cho trẻ vì cơ sở vật chất hạn chế, nghèo nàn. Ví dụ nhiều cây cầu ở vùng đồng bằng sông Cửu Long rất nhỏ, cũ và không có tay vịn. Rất nhiều con đường ở vùng nông thôn nhỏ, gồ ghề và không có ánh sáng vào buổi tối làm trẻ em có nguy cơ bị ngã. Tình trạng thiếu sân chơi cho trẻ là một vấn đề nữa góp phần giảm an toàn cho trẻ. Ngoài ra còn các vấn đề về an toàn trong nhà vì nhiều trẻ tiếp xúc với thuốc trừ sâu, hệ thống điện và khu vực bếp thiếu an toàn. Hơn nữa, ở Việt Nam một số nơi còn sót lại nhiều bom mìn và vật liệu nổ.

Cha mẹ thiếu ý thức về nguy cơ thương tích: Nhiều bậc cha mẹ do lo là nên ít quan tâm đến vấn đề bảo vệ con cái tránh thương tích. Do đó họ đã bỏ qua một số việc đơn giản nhằm tạo ra môi trường an toàn cho trẻ, ví dụ không đập nắp giếng, bể nước, không trông coi bếp lò hoặc để chất hóa học, thuốc trừ sâu gần tầm với của trẻ. Ngoài ra, một số cha mẹ thường mang con nhỏ đến chỗ làm việc, thậm chí trên tàu thuyền như ở các gia đình làm nghề chài lưới làm tăng nguy cơ chết đuối ở trẻ em.

Một số trẻ nhỏ phải làm việc: Đây là một trong những nguyên nhân chính gây thương tích trẻ em ở những vùng nông thôn nghèo. Nhiều trẻ em đã bị thương tích nghiêm trọng hoặc bị tai nạn khi làm việc. Ví dụ, nhiều trẻ em gái bị bỏng khi

giúp cha mẹ nấu cơm, nhiều trẻ bị thương bởi các vật sắc khi giúp cha mẹ thu hoạch mùa màng.

Một số thương tích không được điều trị: Nhiều người bị thương tích tự quyết định không đến bệnh viện hoặc các cơ sở y tế vì ngại tốn tiền. Cho đến gần đây, Bảo hiểm y tế Việt Nam còn chưa chi trả cho điều trị thương tích.

Trẻ em không được dạy bơi: Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu liên quan trực tiếp tới tình trạng đuối nước ở trẻ em. Theo một nghiên cứu năm 2006, 76% số người được hỏi cho rằng không biết bơi là nguyên nhân hàng đầu gây đuối nước. Thực tế, theo nghiên cứu này có tới 45 trên 46 trẻ em bị đuối nước không biết bơi.

Khó khăn về kinh tế: Do lo sợ, ngại hoặc khó khăn về kinh tế mà nhiều gia đình không thực hiện các biện pháp an toàn bao gồm làm hàng rào quanh bờ ao, đặt các dấu hiệu cảnh báo ở hồ hoặc các khu vực có nước nguy hiểm hay che đậy bể, thùng đựng nước. Khó khăn về kinh tế cũng dẫn tới sự thiếu thôn trường mẫu giáo, vườn trẻ cũng như thiếu các giáo viên mẫu giáo, cô nuôi dạy trẻ có trình độ.

Thiếu luật pháp, quy định cụ thể: Đây là một vấn đề quan trọng trong phòng chống thương tích trẻ em. Cần phải đẩy mạnh triển khai các quy định hiện có để phòng chống tai nạn và thương tích cho trẻ em.

Thực thi luật giao thông còn yếu: Vấn đề thực thi luật giao thông hiện nay còn yếu. Tuy nhiên, gần đây đã có những nỗ lực tích cực trong việc thực thi quy định đội mũ bảo hiểm bắt buộc khi đi xe máy. Cần xem xét thêm về vấn đề thiếu hụt nhân lực trong lực lượng cảnh sát cũng như các chế độ đãi ngộ để tăng cường công tác thực thi các quy định pháp luật về an toàn giao thông.

Nhận thức của các cấp ra quyết định còn thấp: Nhận thức còn thấp của các nhà hoạch định chính sách cũng như của cộng đồng các nhà tài trợ về hậu quả của thương tích trẻ em, tỷ lệ tử vong và mắc bệnh do thương tích, cũng như gánh nặng

kinh tế mà gia đình và xã hội phải gánh chịu là một yếu tố nữa góp phần vào việc tình trạng thương tích ở trẻ em chưa được giải quyết một cách triệt để.

Thiếu tiêu chuẩn thiết kế và xây dựng phù hợp: Tiêu chuẩn thiết kế và xây dựng nhà cửa, sân chơi còn thấp cũng góp phần làm giảm an toàn và tăng thương tích ở trẻ.

2.2. Dinh dưỡng

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn tiếp tục giảm nhanh liên tục trong những năm qua, từ 21,2% năm 2007 xuống còn 17,5% năm 2010 và 14,1% năm 2015, đạt được mục tiêu kế hoạch đề ra cho năm 2015 (dưới 15%) và được kỳ vọng tiếp tục giảm đáng kể trong những năm tới. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi cũng giảm tương ứng từ 33,9% (2007) xuống 29,3% (2010) và 24,2% (2015)

Kết quả chủ yếu điều tra giám sát của Viện dinh dưỡng quốc gia cho thấy:

Năm 2010, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em nước ta là 17,5% (chỉ tiêu cân nặng/tuổi), trong đó SDD vừa (độ I) là 15,4%, SDD nặng (độ II) là 1,8% và SDD rất nặng (độ III) là 0,3%. 20/63 tỉnh, thành có mức SDD trẻ em trên 20% (xếp ở mức cao theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới). Tỷ lệ trẻ em SDD theo chỉ tiêu chiều cao/tuổi (SDD thể thấp còi) năm 2010 toàn quốc là 29,3%, trong đó xét theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới có đến 31 tỉnh tỷ lệ trên 30% (mức cao), 2 tỉnh trên 40% (mức rất cao). Mức giảm trung bình SDD thấp còi trong 15 năm qua (1995-2010) là 1,3%/năm. Tỷ lệ SDD thể gầy còm (cân/cao) là 7,1%.

Ước tính đến năm 2010, nước ta còn gần 1,3 triệu trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng nhẹ cân, khoảng 2,1 triệu trẻ em SDD thấp còi và khoảng 520 ngàn trẻ em SDD gầy còm. Phân bố SDD không đồng đều ở các vùng sinh thái khác nhau.

Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi 5,6% (ở thành phố 6,5% và ở nông thôn 4,2%). Tỷ lệ này đang có xu hướng gia tăng. So với năm 2000, tỷ lệ thừa cân-béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi hiện cao hơn 6 lần.

Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu máu dinh dưỡng (TMDD) là 29,2%, Thiếu vitamin A ở nước ta chủ yếu là thể tiềm lâm sàng với tỷ lệ còn cao (14,2% ở trẻ em) (Điều tra năm 2008).

Tỷ lệ bao phủ viên nang vitamin A trong nhóm đối tượng trẻ em được uống là 79,5%. Tỷ lệ bà mẹ sau khi sinh con được uống vitamin A là 51,4%.

Chiều cao đạt được của thanh niên Việt Nam ở nhóm 22-26 tuổi cho cả nam và nữ, với mức đạt được trung bình của nam là 1,64 m (tương đương 5 ft 5 in), nữ là 1,54 m (tương đương 5 ft 11/2in).

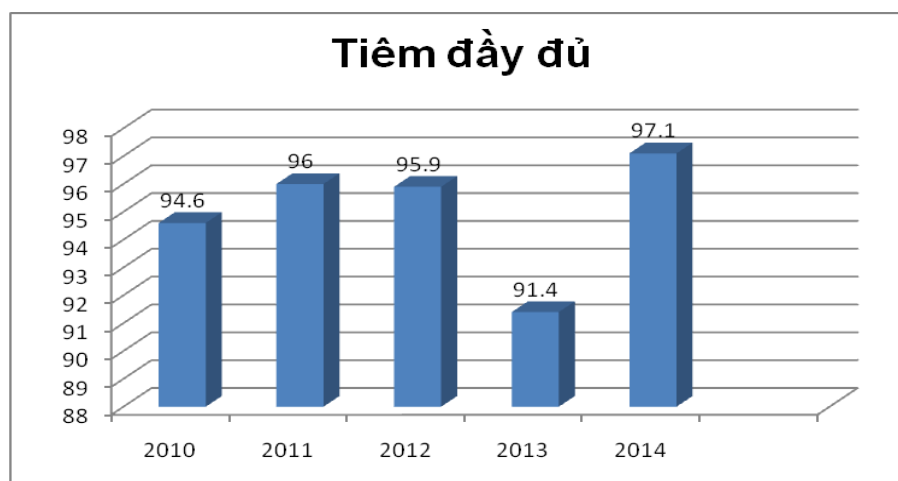
2.3. Tiêm chủng

Mục tiêu Thiên niên kỷ phấn đấu giảm 2/3 tử vong trẻ em trong giai đoạn từ năm 1990 đến 2015 (MDG4). Tiêm chủng đóng vai trò then chốt nhằm thực hiện mục tiêu này. Bên cạnh đó, 194 thành viên của Hội đồng Y tế Thế giới đã thông qua Kế hoạch hành động vắc xin toàn cầu (GVAP) vào tháng 5 năm 2012 nhằm đạt mục tiêu của Thập kỷ về Tầm nhìn Vắc xin (Decade of Vaccines vision) thông qua việc phổ cập tiêm chủng. Tiêm chủng bảo vệ cuộc sống của hàng triệu trẻ em trong bốn thập kỷ kể từ khi Chương trình tiêm chủng mở rộng được phát động vào năm 1974. Tuy nhiên, trên toàn thế giới vẫn còn hàng triệu trẻ em không được tiêm chủng định kỳ nên hàng năm vẫn còn khoảng hơn 2 triệu trẻ chết do mắc các bệnh có thể phòng ngừa nhờ vắc xin.

Theo hướng dẫn của Quỹ nhi đồng Liên hợp quốc và Tổ chức Y tế Thế giới, trẻ em cần được tiêm một mũi vắc xin BCG để phòng lao, ba mũi DPT để phòng bạch hầu, ho gà và uốn ván, ba liều phòng bại liệt và một mũi tiêm phòng sởi trước lần sinh nhật đầu tiên.

Đối với chương trình tiêm chủng của Việt Nam, mũi tiêm sởi cần được tiêm trong vòng 12 tháng tuổi. Tùy thuộc vào tình hình dịch tễ của địa phương, thời gian và số lượng các liều vắc xin khác có thể khác biệt đôi chút và có thể bao gồm các mũi tiêm nhắc lại sau đó. Lịch tiêm vắc xin của Chương trình Tiêm chủng Mở rộng của Việt Nam bao gồm toàn bộ các mũi nói trên và ba mũi phòng viêm gan B, ba mũi vắc xin Hib phòng viêm màng não. Các vắc xin nói trên cần được tiêm trong vòng 1 năm đầu đời.

Theo số liệu thống kê thì Tỷ lệ trẻ dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ giai đoạn 2010 – 2014 (trình bày ở hình 1) đạt trên 90%.



Hình 30 : tỷ lệ trẻ < 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ

Nguồn: Theo niên giám thống kê Y tế năm 2014

2.4. Các bệnh thường gặp ở trẻ em

Chiến lược quan trọng nhằm đẩy nhanh tiến trình đạt được mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong trẻ em là giải quyết các bệnh gây tử vong hàng đầu đối với trẻ em dưới 5 tuổi. Viêm phổi và tiêu chảy là hai trong số các bệnh nói trên. Kế hoạch hành động toàn cầu nhằm đẩy lùi và kiểm soát bệnh viêm phổi và tiêu chảy (GAPPD) có mục tiêu nhằm thanh toán tử vong do viêm phổi và tiêu chảy bằng cách giảm tử

vong do viêm phổi xuống còn 3 ca tử vong trên 1000 trẻ sinh ra sống và giảm tử vong do tiêu chảy xuống còn 1 ca tử vong trên 1000 trẻ sinh ra sống vào năm 2025.

Theo kết quả điều tra năm 2014, ổng số có 8,6 % trẻ em dưới 5 tuổi được khai báo bị tiêu chảy trong vòng hai tuần trước thời điểm phỏng vấn và 3 % có triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Tỷ lệ trẻ em bị tiêu chảy ở các nhóm phân tổ dao động từ 4,5 % đến 18,5 % và tỷ lệ trẻ em có dấu hiệu nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính dao động từ 1,8 % đến 5,1 phần trăm.

Có sự khác biệt lớn giữa thành thị và nông thôn, giữa các vùng, độ tuổi, trình độ học vấn của mẹ, mức sống hộ gia đình và dân tộc, đặc biệt đối với nhóm trẻ bị tiêu chảy.

2.5. Trẻ có nhu cầu chăm sóc đặc biệt

Theo thống kê của Tổng cục thống kê, tỷ lệ người khuyết tật là 6,3% của tổng dân số. Trong nhóm tuổi 0-18, tổng số trẻ khuyết tật được báo cáo là 662.000 chiếm 2,4% lứa tuổi đó.

Báo cáo Phân tích Tình hình trẻ em khuyết tật do Bộ LĐ-TB&XH và UNICEF thực hiện năm 2004 cho thấy rằng tỷ lệ trẻ em khuyết tật ở nông thôn cao hơn các vùng đô thị: 2,6% so với 1,4% ở các khu vực đô thị. Theo báo cáo phân phân tích tình hình đó, trẻ em dưới 16 tuổi chiếm khoảng 40% tổng số người dân bị ảnh hưởng bởi chất dioxin (chất độc da cam). Sức khỏe bị ảnh hưởng do phơi nhiễm dioxin bao gồm các loại bệnh tật và khuyết tật nghiêm trọng chẳng hạn như khuyết tật về thị giác, thính giác, ngôn ngữ và trí tuệ. Khoảng 41% các em không có khả năng chăm sóc bản thân mình

Theo kết quả nghiên cứu, thiếu năng vận động được cho là dạng tàn tật chính, chiếm 29% của tất cả các khuyết tật. Trong nhóm 0-5 tuổi, 3% trẻ em được báo cáo là thiếu năng vận động. Đứng ngay sau thiếu năng vận động là rối loạn tâm

thần / hành vi (17%) và thấp nhất trong số những người khuyết tật được báo cáo là có liên

quan đến năng lực trí tuệ (7%). Hai nguyên nhân phổ biến nhất của khuyết tật là dị tật và bệnh tật bẩm sinh, tương ứng 36 và 32% các dạng khuyết tật. Trong nhóm 0-5 tuổi, 76% các khuyết tật là do dị tật bẩm sinh và 21% là do bệnh tật.

Đa số người Việt Nam quen hơn với mô hình y tế truyền thống của khuyết tật. Mô hình này chú ý nhiều hơn đến phục hồi chức năng so với hòa nhập xã hội và tháo gỡ các rào cản giới hạn môi trường của người lớn và trẻ em khuyết tật. Tuy nhiên, những trở ngại trẻ em khuyết tật phải đối mặt thường xuyên nhất không phải là sự suy giảm chức năng của cơ thể mà là thái độ và thành kiến của cộng đồng. Do đó, hòa nhập cho trẻ em khuyết tật không phải là đưa các em vào các guồng máy hiện có, mà các hệ thống này cần phải được chuyển đổi để bao hàm cả trẻ em có và không có khuyết tật.

Cuộc Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) năm 2009 đối với trẻ em khuyết tật thực hiện tại Đà Nẵng, cho thấy hầu hết mọi người đã có một thái độ tích cực đối với trẻ em khuyết tật. Hơn 90% số người được hỏi nói rằng họ tôn trọng trẻ em khuyết tật và gia đình họ, và tin rằng khuyết tật có thể xảy ra cho bất cứ ai. 85% trong số họ tin rằng trẻ em khuyết tật phụ thuộc vào người khác phần lớn thời gian và 73% cho rằng trẻ em khuyết tật đã được đối xử tốt trong xã hội Việt Nam. Tuy nhiên, 60% coi trẻ em khuyết tật là gánh nặng cho gia đình của họ và/hoặc xã hội và nghĩ rằng đa số những trẻ em đó sống trong các gia đình nghèo. Đồng thời, sự hạn chế tài chính và thiếu kiến thức về các nhu cầu của trẻ khuyết tật được coi là những trở ngại chính cản trở hỗ trợ cộng đồng đối với trẻ khuyết tật.

Mặt khác, cuộc điều tra KAP cho biết những khó khăn phổ biến nhất mà trẻ em khuyết tật và gia đình họ phải đối mặt, bao gồm: Đối với trẻ em: a) hạn chế về khả năng tiếp cận vào giao thông công cộng và nơi công cộng, b) khó khăn trong giao tiếp với bạn đồng lứa, c) hạn chế về tiếp cận giáo dục và chăm sóc sức khỏe.

Đối với gia đình có trẻ khuyết tật: a) khó khăn tài chính để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng, b) Các vấn đề tâm lý trước sức ép của việc có con khuyết tật c) hạn chế về mặt kiến thức đối với khuyết tật và sự kỳ thị.

Trẻ em bị khuyết tật rất dễ bị bạo lực, lạm dụng, bóc lột và sao nhãng, không chỉ vì sự khác biệt cụ thể nào đó về mặt thể chất hoặc trí tuệ mà còn vì những nhận thức sai lầm dẫn tới các hình thức phân biệt đối xử. Tuy nhiên, hiện còn thiếu dữ liệu đáng tin cậy về lạm dụng và sao nhãng trẻ em ở Việt Nam cũng như không có dữ liệu phân tử về trẻ em khuyết tật. Điều này có thể do thực tế rằng những trẻ em gặp khó khăn hơn trong việc bảo vệ chính mình hoặc trong việc báo cáo một sự lạm dụng. Ngay cả khi các em có thể báo cáo sự lạm dụng, báo cáo của các em có thể bị loại bỏ vì bị coi là không đáng tin cậy.

Nói chung trẻ em khuyết tật và gia đình các em có nhiều khả năng nghèo hơn so với trẻ không khuyết tật. Trong năm 2006, tỷ lệ đói nghèo đối với người tàn tật ở Việt Nam được ước tính là 16% so với 14% của những người không khuyết tật.

Trong số những phát hiện từ cuộc KSMS năm 2006 ở Việt Nam, khuyết tật cũng được xem là có sự liên quan đáng kể đến đói nghèo. Tuy nhiên, khi xem xét ảnh hưởng của tình trạng khuyết tật đối với giáo dục, sự tương quan giữa khuyết tật và nghèo đói lại giảm đáng kể, điều đó cho thấy rằng thiếu tiếp cận giáo dục có thể là một yếu tố chính trong mối quan hệ giữa khuyết tật và đói nghèo. Tiếp cận giáo dục là một thách thức cho trẻ khuyết tật, kéo dài vòng nghèo đói.

Bộ LĐ-TB&XH ước tính rằng trong số 20.000 trẻ em sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung, có hơn 10.000 trẻ em bị bỏ rơi, hơn 5.000 là trẻ mồ côi và hơn 2.000 là trẻ em khuyết tật. Trẻ em có nhu cầu khác nhau thường được đặt cùng nhau trong cùng một cơ sở giáo dục, mà không có chương trình thích ứng với hoàn cảnh cá nhân của chúng. Thiếu sự khuyến khích và quan tâm cá nhân thường làm xấu đi năng lực trí tuệ và hạ thấp lòng tự trọng của trẻ em. Để khuyến khích việc sử dụng các cơ sở tập trung đối với trẻ khuyết tật, Chính phủ đã ban hành Quyết định

65 về Chăm sóc dựa vào cộng đồng cho tất cả trẻ em có hoàn cảnh khó khăn và Quyết định 19 về Phòng ngừa và giải pháp cho tình trạng trẻ em đường phố, trẻ em bị lạm dụng tình dục, trẻ em lao động trong điều kiện nặng nhọc, nguy hiểm, độc hại giai đoạn 2004-2010. Các gia đình chăm sóc cho trẻ khuyết tật được hưởng trợ cấp xã hội theo Nghị định 67.

Trẻ khuyết tật có thể phụ thuộc nhiều hơn vào các hình thức hỗ trợ xã hội khác nhau, vì các em không có khả năng tiếp cận một cách công bằng vào việc làm hay học nghề. Theo số liệu năm 2003, 30% trẻ em khuyết tật nhận được một số loại hình trợ giúp xã hội, chẳng hạn như miễn học phí, miễn phí bảo hiểm y tế và trợ cấp hàng tháng.

Mặc dù trên lý thuyết phần lớn các trẻ em khuyết tật được hưởng trợ cấp xã hội, điều đáng nói là liệu số tiền có đủ cho nhu cầu của các em hay không. Do đó, sự nghèo đói và hạn chế trong tiếp cận dịch vụ của cộng đồng có thể khiến các gia đình xem xét đưa trẻ vào các cơ sở chăm sóc thường trú, đặc biệt là khi chúng cùng lúc chịu nhiều dạng khuyết tật. Tỷ lệ trẻ em khuyết tật sống trong các cơ sở chăm sóc là cao hơn các trẻ không khuyết tật.

Kiến thức về phòng, chống và phát hiện sớm các khuyết tật trong gia đình, cộng đồng và đôi khi ngay cả các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế rất hạn chế. Trẻ khuyết tật không nhận được chăm sóc y tế kịp thời hoặc đầy đủ. Nâng cao nhận thức về các dịch vụ phục hồi chức năng ở địa phương có thể giúp khắc phục tình trạng này, đặc biệt là khi Việt Nam có một mạng lưới các Trung tâm Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng rất tốt.

3. Vấn đề sức khỏe vị thành niên

3.1. Có thai ngoài ý muốn

Kết quả điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 (SAVY) năm 2010 cho thấy: Ở nhóm tuổi 15 - 24, 9% (82 trong số 977) phụ nữ đã

có hoạt động tình dục cho biết đã từng nạo phá thai. Ta thấy tỷ lệ đã từng nạo phá thai tăng theo tuổi, ví dụ trong nhóm tuổi 18 – 21, 7% đã từng nạo phá thai trong khi ở nhóm tuổi 22 – 25 thì cứ 10 người có 1 người nạo phá thai. Hầu hết phụ nữ đã từng nạo phá thai là những người đã kết hôn (98%).

Tình hình nạo phá thai của nữ vị thành niên (VTN) và thanh niên ở Việt Nam vẫn luôn là một thực trạng nhức nhối cho gia đình và xã hội: Năm 2008, hơn 116.087 trường hợp phá thai tại các cơ sở y tế công lập ở TP. HCM, tăng 5% so với năm 2007. Tình trạng nạo phá thai trong lứa tuổi VTN tiếp tục tăng cao với 2.499 ca (hội nghị tổng kết chương trình SKSS năm 2008 tại TP. HCM, 16/1/2009)

Việt Nam là một trong 3 nước có tỷ lệ nạo phá thai cao nhất thế giới, trong đó 20% là ở lứa tuổi VTN, trên cả nước có 5% em gái sinh con trước tuổi 18, 15% sinh con trước tuổi 20...(hội kế hoạch hóa gia đình Việt Nam).

Kiến thức về mang thai ở thanh thiếu niên ở cả hai cuộc điều tra còn rất hạn chế và điều này dường như không có tiến bộ đáng kể nào giữa hai kỳ điều tra. Thanh thiếu niên chủ yếu biết được thông tin về mang thai hay kế hoạch hóa gia đình qua các nguồn thông tin đại chúng. Mức độ biết các thông tin này từ nhà trường, gia đình, nhân viên y tế/dân số hay các cơ sở tư vấn sức khỏe sinh sản còn rất khiêm tốn.

3.2. Bạo lực

Kết quả điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 cho thấy, 4,1% người trẻ tuổi đã có gia đình báo cáo đã từng bị đánh bởi vợ/chồng; trong đó 5,8% từ chồng và 1,0% từ vợ. Tỷ lệ người vợ bị chồng đánh ở thành thị (8,4%) phổ biến hơn khu vực nông thôn(5,3%).

3% người được hỏi trả lời rằng đã từng bị thành viên khác trong gia đình đánh gây thương tích. Nhóm tuổi 18 – 21 hay đánh thành viên khác trong gia đình nhất.

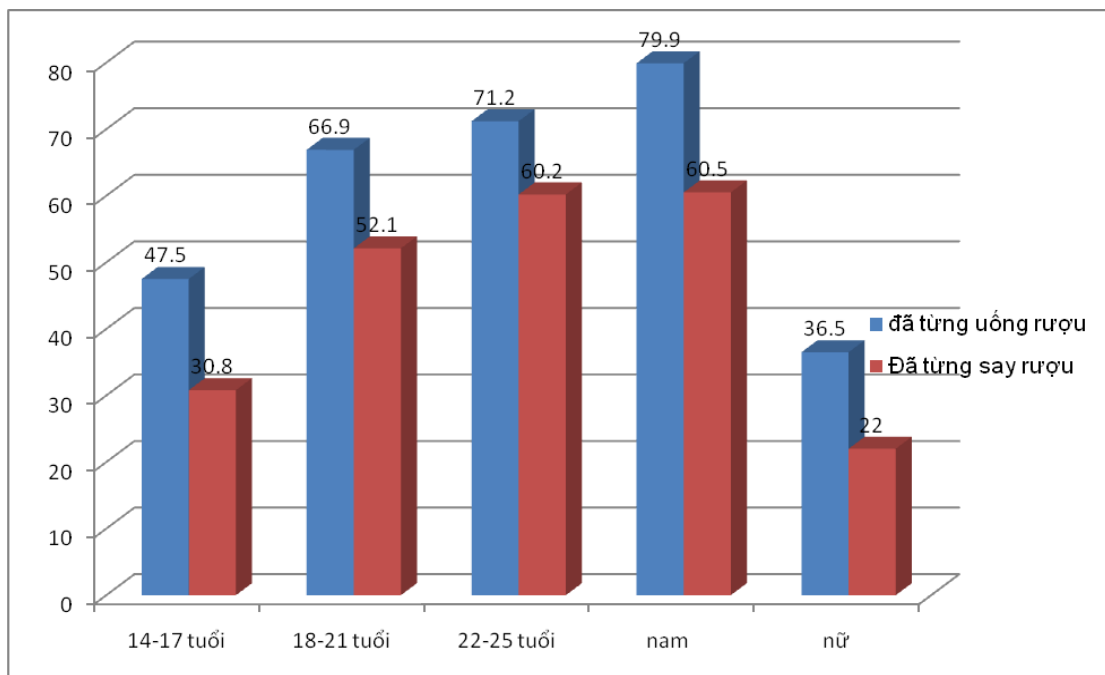
7,6% (12,8% nam và 2,3% nữ) trả lời đã từng bị người ngoài đánh gây thương tích. Nhóm tuổi bị người ngoài hành hung nhiều nhất là 18-21 tuổi.

3.3. Các bệnh lây qua đường tình dục

Kiến thức của trẻ vị thành niên về bệnh lây truyền qua đường tình dục khá cao. 98% trẻ có nghe nói về HIV và 57% trả lời đúng các câu hỏi về bệnh

3.4. Sử dụng thuốc lá, Rượu và các chất gây nghiện

-Theo báo cáo từ cuộc điều tra quốc gia vị thành niên và thanh niên Việt Nam (2009), có 79,9% nam giới từng uống rượu, 60,5% đã từng say rượu; tỷ lệ này ở nữ giới tương ứng là 36,5 % và 22%. Tỷ lệ sử dụng rượu và say rượu tăng theo nhóm tuổi.



Hình 31 : tỷ lệ vị thành niên và thanh niên từng uống rượu, từng say rượu theo nhóm tuổi và giới tính

Nguồn: điều tra quốc gia vị thành niên và thanh niên Việt Nam

Theo kết quả điều tra tình hình hút thuốc lá ở người trẻ toàn cầu năm 2007, tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm tuổi 13-15 là 5,9% ở nam giới và 1,2% ở nữ giới. Đa số các em đều có mong muốn từ bỏ thuốc lá. Tỷ lệ hút thuốc thụ động khoảng 58,5%.

Tỷ lệ thanh niên từng hút thuốc lá trong nhóm tuổi 16-19 là 18,2% và trong nhóm tuổi 20-24 là 33%

Bảng 26 : Tỷ lệ sử dụng thuốc lá ở nhóm tuổi từ 13-15 theo giới tính

Chỉ số	Nam (%)	Nữ (%)	Chung (%)
Tỷ lệ học sinh hiện đang hút thuốc lá	5,9	1,2	3,3
Tỷ lệ học sinh đang sử dụng các sản phẩm của thuốc lá (dạng khác)	1,9	0,7	1,2
Tỷ lệ học sinh đã hút thuốc lá có nguyện vọng bỏ thuốc	79,2	59,4	75,4
Tỷ lệ học sinh tiếp xúc với khói thuốc từ người khác trong gia đình	59	58	58,5

- Sử dụng ma túy trong thanh niên đang diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng cùng với việc xuất hiện nhiều loại ma túy mới, hình thức sử dụng ma túy không an toàn làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Theo số liệu báo cáo của các địa phương, tính tới cuối tháng 6 năm 2011 cả nước có 149.900 người sử dụng ma túy, trong đó 70% ở độ tuổi dưới 30. Số liệu SAVY2 cho thấy, tỷ lệ thanh niên từng sử dụng ma túy (cần sa, thuốc lắc, ma túy đá, ma túy tiêm) là 0,4% trong cả hai nhóm tuổi từ 16-19 và 20-24. Tuổi trung bình lần đầu tiên khi sử dụng ma túy của thanh niên độ tuổi 16-24 là 19,1 tuổi (độ lệch chuẩn = 2,3). Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể

thấp hơn thực tế do đây là các thông tin nhạy cảm, các hình thức thu thập thông tin thông thường như phát vấn hay phỏng vấn có thể không thu được số liệu chính xác.

4. Tóm tắt chương trình hành động quốc gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ , trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 - 2020

4.1. Định hướng chính

1. Xây dựng kế hoạch can thiệp dựa trên các bằng chứng khoa học cũng như kinh nghiệm thực hành tốt và các khuyến cáo cập nhật của quốc tế;
2. Áp dụng cách tiếp cận chăm sóc liên tục, toàn diện theo vòng đời (Continuum of Care) và tiếp cận toàn diện dịch vụ CSSKBMTE (Universal Access);
3. Ưu tiên can thiệp giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ em. Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản có chất lượng. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và giảm các tai biến sản khoa, sai sót chuyên môn. củng cố, tăng cường mạng lưới cấp cứu và điều trị sản khoa, nhi khoa;
4. Tập trung làm giảm sự khác biệt về tình trạng sức khỏe và TVM, TVTE giữa các vùng miền, các nhóm đối tượng ưu tiên như phụ nữ nghèo, phụ nữ người dân tộc thiểu số, người di cư;
5. Lựa chọn các can thiệp phù hợp với các điều kiện tự nhiên và xã hội, tôn trọng yếu tố văn hóa, phong tục, tập quán, huy động tối đa sự tham gia của người dân và cộng đồng;
6. Cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trẻ em trọn gói, thiết yếu và hiệu quả, phù hợp với chức năng nhiệm vụ của từng tuyến, đảm bảo tính đồng bộ giữa nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu;
7. Tăng cường tính sẵn có và chất lượng của mạng lưới cung cấp dịch vụ đi đôi với tăng cường mức độ sử dụng dịch vụ của người dân thông qua truyền

thông, giáo dục sức khỏe, hỗ trợ người dân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em;

8. Ổn định và nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cấp theo hướng chuyên môn hóa. Triển khai các giải pháp hiệu quả, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của các địa phương để tăng cường thu hút cán bộ y tế chuyên ngành sản khoa, nhi khoa làm việc lâu dài tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.

9. Tiếp tục củng cố hệ thống thông tin về sức khỏe bà mẹ-trẻ em, nâng cao chất lượng số liệu báo cáo thống kê và sử dụng thông tin dữ liệu phục vụ cho công tác lập kế hoạch và vận động nguồn lực, chính sách cho các mục tiêu về LMAT và CSSS;

10. Gắn kết chặt chẽ công tác LMAT/CSSS với các chương trình y tế liên quan như chương trình DS-KHHGD, HIV/AIDS, dinh dưỡng bà mẹ - trẻ em, tiêm chủng mở rộng, bác sỹ gia đình.

4.2. Mục tiêu

4.2.1. Mục tiêu chung

Cải thiện tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ em, giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh và tử vong trẻ em thông qua các giải pháp can thiệp và thực hiện các biện pháp dự phòng có hiệu quả, ưu tiên các vùng còn nhiều khó khăn nhằm tiếp tục giảm sự khác biệt giữa các vùng miền trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, chăm sóc sơ sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ; góp phần thực hiện các mục tiêu của Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn 2030; Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020 và chỉ tiêu về sức khỏe bà mẹ trẻ em trong các Mục tiêu phát triển bền vững.

4.2.2. Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu cụ thể 1: Tăng cường tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau sinh, ưu tiên những vùng khó khăn/đặc biệt khó khăn nhằm thu hẹp sự chênh lệch về tình trạng sức khỏe và TVM giữa các vùng miền.

Mục tiêu cụ thể 2: Tăng cường tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh, chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ nhỏ, ưu tiên những vùng khó khăn/đặc biệt khó khăn nhằm thu hẹp sự khác biệt về tình trạng sức khỏe và tử vong trẻ sơ sinh, trẻ em giữa các vùng miền

Bảng 27: chỉ tiêu sức khỏe trẻ em cần đạt được vào năm 2020

TT	Chỉ số	Thực hiện 2015	Chỉ tiêu 2020
1	Tỷ suất TVSS/1000 trẻ đẻ sống (‰)	10	<10
2	Tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi/1000 trẻ đẻ sống (‰)	14,7	14
3	Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi/1000 trẻ đẻ sống (‰)	22,1	20,4
4	Tỷ lệ trẻ được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (%)	24,3	30
5	Tỷ lệ trẻ được bú mẹ trong giờ đầu sau đẻ (%)	80 (2014)	85
6	Tỷ lệ trẻ 0-24 tháng tuổi được bú mẹ và ăn bổ sung hợp lý (%)	80	90
7	Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi (%)	24,6	21,8
8	Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi(%)	14,1	12
9	Tỷ lệ trẻ 0-59 tháng tuổi nghi ngờ viêm phổi được điều trị bằng kháng sinh (%)	88,2 (2014)	95

4.3. Các can thiệp thiết yếu

1. Chăm sóc trước khi mang thai (KHHGD, Quản lý thai, dinh dưỡng, tiêm chủng...).
2. Chăm sóc trong khi mang thai.
3. Chăm sóc trong và ngay sau sinh, bao gồm: chăm sóc thiết yếu sớm bà mẹ và trẻ sơ sinh; chăm sóc và điều trị sơ sinh đến đủ 28 ngày; chăm sóc bà mẹ sau sinh đến 42 ngày.
4. Sàng lọc trước sinh và sàng lọc sơ sinh.
5. Dự phòng các bệnh lây truyền từ cha mẹ sang con.
6. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú và trẻ nhỏ từ 0-24 tháng tuổi (nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, nuôi dưỡng trẻ nhỏ, bổ sung vitamin, vi chất...).
7. Lòng ghép chăm sóc trẻ bệnh, dự phòng, điều trị các bệnh thông thường ở trẻ nhỏ như tiêu chảy cấp, nhiễm khuẩn hô hấp cấp, sốt xuất huyết, bệnh tay-chân- miệng, sốt rét - ở vùng sốt rét lưu hành...
8. Sàng lọc đánh giá sự phát triển về tâm thần và vận động nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các trạng thái chậm phát triển và rối nhiễu ở trẻ nhỏ.
9. Tiêm chủng cho bà mẹ, trẻ em

5. Một số chương trình quốc gia liên quan đến trẻ em

- Chương trình tiêm chủng mở rộng
- Chương trình hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 - 2020
- Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

- Chiến lược quốc gia chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2012 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

6. Chia sẻ trách nhiệm trong chăm sóc sức khỏe trẻ em

Sức khỏe trẻ em chịu sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố vì vậy trách nhiệm bảo vệ và nâng cao sức khỏe trẻ em phải là trách nhiệm của toàn bộ cộng đồng và xã hội. Trách nhiệm này trước hết là của cha mẹ, cán bộ y tế, các ban ngành đoàn thể và chính quyền. Khi đứa trẻ lớn lên, trẻ có trách nhiệm thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe và tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp

6.1. Vai trò của cha mẹ

Trước khi có thai, người mẹ phải đảm bảo sức khỏe cho thai nhi của họ. Chăm sóc trước sinh có thể cung cấp cho người mẹ những thông tin cụ thể để người mẹ có thể có được sức khỏe tốt nhất ví dụ như sử dụng viên sắt; duy trì cân nặng hợp lý. Trong khi có thai, người mẹ cần phải thực hiện những hành vi có lợi cho sức khỏe như: dinh dưỡng hợp lý, không sử dụng các chất gây nghiện như thuốc lá, rượu...điều này rất quan trọng đối với sự phát triển bình thường của thai nhi,

Nuôi con bằng sữa mẹ và tiêm chủng cho trẻ cũng là những việc mà người mẹ cần phải thực hiện một cách nghiêm túc theo chỉ dẫn của thầy thuốc

6.2. Vai trò của cộng đồng

Gia đình cần phải phối hợp với cộng đồng để thể hiện vai trò cũng như trách nhiệm đối với việc chăm sóc bà mẹ và trẻ em. Ví dụ một người sống xa trạm y tế, gia đình và xã hội phải đảm bảo chắc chắn rằng họ sẽ được tiếp cận với hệ thống y tế một cách thuận lợi nhất

Cộng đồng phải tạo ra môi trường an toàn cho người mẹ và trẻ em thông qua các chương trình giáo dục, nội dung tập trung vào hoạt động chăm sóc trước sinh,

phòng chống tác hại của thuốc lá, dinh dưỡng hợp lý, phòng chống bạo lực gia đình và các chủ đề có liên quan khác.

6.3. Vai trò của điều dưỡng cộng đồng

Điều dưỡng cộng đồng đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe bà mẹ, trẻ em và vị thành niên. Trong cộng đồng, người điều dưỡng là am hiểu nhất về tình trạng sức khỏe của trẻ và những rào cản làm cản trở sự tiếp cận dịch vụ y tế của trẻ cũng như các yếu tố khác ảnh hưởng tới sức khỏe của trẻ. Với những kiến thức, kỹ năng có được cùng với sự trợ giúp của cán bộ y tế khác, người điều dưỡng cộng đồng cần phải thực hiện các công việc sau:

Vận động các cá nhân và cộng đồng đáp ứng đầy đủ các nhu cầu của trẻ

Nghiên cứu, cung ứng các dịch vụ hiệu quả nhất cho bà mẹ và trẻ em

Tham gia xây dựng các quỹ của cộng đồng

Thực hiện các can thiệp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho những gia đình có nguy cơ cao

Hợp tác hiệu quả với các thành viên khác nhằm cung cấp những dịch vụ y tế đạt chất lượng cao nhất.

Một trong những vai trò quan trọng nhất của điều dưỡng cộng đồng là cầu nối giữa hệ thống y tế, các dịch vụ xã hội và hệ thống trường học.

Câu hỏi lượng giá

1. Giải thích ý nghĩa tử vong trẻ em
2. Trình bày các vấn đề sức khỏe trẻ em
3. Phân tích đặc điểm sức khỏe vị thành niên
4. Trình bày tóm tắt chương trình hành động quốc gia chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 – 2020
5. Phân tích vai trò của các bên liên quan trong chăm sóc sức khỏe trẻ em

Bài 5: CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ

MỤC TIÊU:

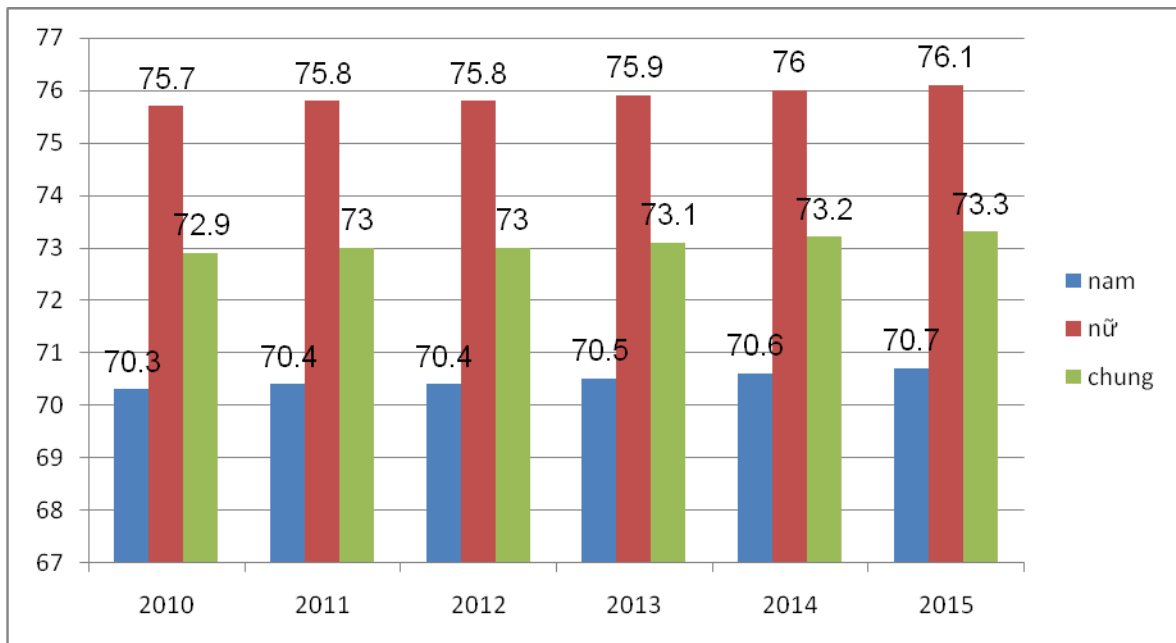
1. Trình bày được các chỉ số sức khỏe chủ yếu của phụ nữ
2. Giải thích được các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe phụ nữ
3. Trình bày được các chiến lược chăm sóc sức khỏe phụ nữ
4. Vận dụng được các cấp độ dự phòng vào quy trình chăm sóc sức khỏe phụ nữ tại cộng đồng

NỘI DUNG:

1. Những chỉ số sức khỏe chủ yếu

1.1. Tuổi thọ

Trong 5 năm qua, tuổi thọ trung bình (gọi tắt là tuổi thọ) của người dân Việt Nam vẫn tiếp tục được cải thiện, tăng dần đều đặn khoảng 0,1 tuổi/năm, từ 72,9 tuổi năm 2010 lên 73,2 tuổi vào năm 2015 (70,7 tuổi ở nam và 76,1 tuổi ở nữ), Tuổi thọ trung bình của phụ nữ cao hơn nam giới (hình 1)



Hình 32: tuổi thọ trung bình của người Việt Nam giai đoạn 2010 – 2015

(Nguồn: Tổng cục Thống kê: Điều tra biến động dân số và KHHGD các năm; Điều tra dân số và nhà ở thời điểm 1/4/2014, Kết quả chủ yếu; Niên giám thống kê các năm .)

Tuổi thọ gia tăng thể hiện sự cải thiện về sức khỏe chung của người dân đồng thời cũng tạo ra áp lực cho hệ thống y tế và toàn xã hội trong việc đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng tăng của người cao tuổi trong bối cảnh già hoá dân số.

Theo số liệu thống kê y tế năm 2014: có phụ nữ 45.970.800/90.728900 chiếm 50,67% dân số

1.2. Tỷ lệ mắc bệnh

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu quy mô toàn quốc riêng biệt cho nữ giới, qua các số liệu điều tra đơn lẻ và thống kê từ các bệnh viện cho thấy các bệnh phổ biến ở nữ giới bao gồm:

Các bệnh liên quan đến cấu trúc cơ thể đó là các bệnh về đường sinh dục tiết niệu. Các bệnh ung thư phổ biến ở phụ nữ như:

Ung thư vú: là loại ung thư thường gặp nhất ở nữ (chiếm khoảng 23% tổng số các loại ung thư), đặc biệt phụ nữ ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ ung thư vú tăng cao ở tuổi 50, 60 và cao nhất ở độ tuổi 70. Dự báo tần suất mắc bệnh là 111/100.000 dân vào những năm đầu của thế kỷ 21.

- Ung thư cổ tử cung: ước tính có khoảng 493.000 người mới mắc hàng năm. Virus HPV (Human Papilloma virus) có lẽ là một trong những yếu tố gây nguy cơ cao mắc bệnh này ở các nước nghèo và đang phát triển

ở Việt nam: tại thành phố Hồ Chí Minh ung thư cổ tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất. Điều này khác với thành phố Hà Nội, ung thư vú ở vị trí số 1. Trong khi đó ung thư cổ tử cung ở phụ nữ tại Hà Nội xếp ở vị trí thứ 4 và không phải là loại thường gặp. Các loại ung thư khác có tỉ lệ mắc gần tương tự nhau giữa 2 thành phố. Tuy nhiên, ung thư vú, ung thư cổ tử cung là 2 loại ung thư có mức độ ác tính không cao như các loại ung thư thường gặp ở nam giới. Ngoài ra các loại ung thư

này đều có cơ hội phát hiện sớm và điều trị có nhiều hiệu quả, thậm chí có thể phòng ngừa được như ung thư cổ tử cung.

Bên cạnh đó, phụ nữ cũng có mô hình bệnh tật tương tự như nam giới, tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính như: tăng huyết áp; Đái tháo đường; bệnh tim mạch...khá cao trong cộng đồng.

1.3. Tỷ lệ tử vong

Bảng 28: Mười nguyên nhân tử vong hàng đầu theo giới

STT	Nam			Nữ		
	Bệnh	SL	TL(%)	Bệnh	SL	TL(%)
1	Đột quy	53.217	18%	Đột quy	56.771	23%
2	Ung thư gan	19.915	7%	COPD	14.941	6%
3	Tai nạn giao thông	17.330	6%	Viêm phổi	11.175	4%
4	Ung thư phổi	15.720	5%	Bệnh mạch vành	11.015	4%
5	COPD	14.355	5%	Đái tháo đường	9.858	4%
6	Bệnh mạch vành	13.504	5%	Ung thư gan	8.587	3%
7	Lao	11.450	4%	Ung thư phổi	7.869	3%
8	Viêm phổi	9.470	3%	Lao	6.798	3%
9	HIV/AIDS	9.417	3%	Tai nạn giao thông	5.750	2%
10	Ung thư dạ dày	8.469	3%	Ung thư dạ dày	5.470	2%
Tổng		290.624			250.605	

Nguồn: Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam 2008

Số lượng tử vong ước tính ở Việt Nam năm 2008 là 541.228, trong đó tử vong ở nam chiếm 54% và ở nữ là 46%. Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả 2 giới là đột quỵ (bảng). Ung thư gan và tai nạn giao thông là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 và thứ 3 ở nam giới trong khi ở nữ giới là COPD và viêm phổi.

Một tỷ lệ tử vong ở phụ nữ được xem là rất quan trọng đó là tỷ lệ tử vong mẹ. Tỷ số tử vong mẹ (TVM)/100.000 trẻ đẻ sống đã giảm hơn 3 lần, từ 233 năm 1990 xuống còn 85 năm 2005 và 69 năm 2009 (mục tiêu đến năm 2015 là 58,3). Kết quả điều tra TVM ở Việt Nam 2006-2007 do Vụ SKBMTE kết hợp với Viện Chiến lược và Chính sách y tế- Bộ Y tế thực hiện cho thấy tỷ số TVM của Việt Nam là 63 trên 100.000 trẻ đẻ sống với khoảng giao động từ 42 - 84 ca TVM trên 100.000 trẻ đẻ sống. Báo cáo tóm tắt “Xu hướng tử vong mẹ từ 1990 đến 2015” của LHQ ước tính tỷ số tử vong mẹ năm 2015 tại Việt Nam là 54/100.000 trẻ đẻ sống. Chênh lệch tỷ số tử vong mẹ từ năm 1990 đến 2015 là 61,2. Tốc độ giảm TVM trung bình trong cả giai đoạn 1990 đến 2015 đạt được 3,8%/năm. Cũng theo tài liệu này, so sánh với một số nước trong khối ASEAN, cả tỷ số TVM và tốc độ giảm TVM của Việt Nam đạt được tốt hơn của Philippin (114 và 1,1); Indonesia (126 và 5,0); Myanmar (178 và 3,7); Lào (197 và 6,1); Cambodia (161 và 7,4).

Cũng tương tự như ở nhiều nước trên thế giới, TVM ở Việt Nam phần lớn (khoảng 70% các trường hợp) là do các nguyên nhân trực tiếp, trong đó chủ yếu là do băng huyết, sản giật và nhiễm khuẩn. Một trong những giải pháp hữu hiệu nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc sản khoa là thực hiện thẩm định TVM đối với tất cả các trường hợp TVM. Ở Việt nam, hoạt động thẩm định TVM đã được chính thức thực hiện trên phạm vi cả nước từ năm 2011.

Mặc dù còn nhiều hạn chế trong báo cáo, các dữ liệu thu thập được cũng đã chỉ ra bức tranh tương đối toàn cảnh của TVM. Tổng số ca TVM được báo cáo năm 2012 là 289, số ca đã được tiến hành thẩm định là 207, chiếm 71.4%.

TVM trong quá trình mang thai chiếm 18%, trong chuyển dạ và 24 giờ đầu sau đẻ là 45%. Có đến 38% các trường hợp TVM xảy ra tại tuyến huyện, tỉnh, và bệnh viện chuyên khoa so với 36% các trường hợp TVM xảy ra tại nhà. Con số này ít nhiều chỉ ra chất lượng chăm sóc sản khoa của các cơ sở y tế cũng như phản ánh mức độ nguy cơ của đẻ tại nhà. Cũng theo Báo cáo thẩm định TVM năm 2012, mô hình 3 chậm trễ trong Làm mẹ an toàn. Chậm trong nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm và ra quyết định sử dụng dịch vụ y tế; 2. Chậm tiếp cận đến cơ sở và dịch vụ y tế; và 3. Chậm trong tiếp nhận điều trị thích hợp tại cơ sở y tế], được áp dụng để phân tích các nguy cơ TVM, và mức độ ứng phó của chăm sóc sản khoa tại Việt nam. 159 trường hợp TVM được phân tích có liên quan đến 3 chậm trễ, trong đó 69% liên quan đến chậm 1, 40% liên quan đến chậm 2, và 58% có liên quan đến chậm 3

Có một điều đáng lưu ý là trong vòng 15 năm gần đây ở Việt Nam đã có sự thay đổi theo hướng giảm dần tỷ lệ TVM do nguyên nhân trực tiếp và tăng tỷ lệ tử vong do nguyên nhân gián tiếp. Theo Điều tra TVM 2001-2002, các nguyên nhân trực tiếp gây TVM là 76,3% và nguyên nhân gián tiếp chiếm 23,7%. Tỷ lệ tương ứng của Điều tra 2006-2007 là 68% và 18,7%. Số liệu mới nhất (năm 2014) của Vụ SKBMTE cho thấy nguyên nhân trực tiếp chiếm 59,7% và có tới 35,4% là do nguyên nhân gián tiếp. Điều này cho thấy tính hiệu quả của các can thiệp về làm mẹ an toàn (LMAT), đặc biệt là các can thiệp về cấp cứu, hồi sức sản khoa được triển khai trong thời gian qua ở nước ta nhưng mặt khác cũng cho thấy sự cần thiết phải quan tâm hơn đến các can thiệp nhằm làm giảm các nguy cơ dẫn đến TVM do các nguyên nhân gián tiếp gây ra.

2. Các yếu tố xã hội ảnh hưởng tới sức khỏe phụ nữ

2.1. Tiếp cận dịch vụ y tế

Ở Việt Nam, liên quan giới và sử dụng dịch vụ y tế còn rất ít tài liệu đề cập đến. Tuy nhiên, có thể đoán biết rằng trong điều kiện kinh tế xã hội hiện nay nhiều phụ nữ sống ở khu vực nông thôn miền núi khó có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng. Điều tra tỷ lệ sử dụng dịch vụ cơ bản hàng năm (không kể bệnh viện) trên đầu người theo giới và tuổi cho thấy: Ở mọi lứa tuổi, nữ giới đều sử dụng dịch vụ y tế cao hơn nam giới. Nghiên cứu của Trương Việt Dũng cho thấy: Nữ giới thường mua thuốc tự chữa bệnh cao hơn nam giới (38,7% so với 25,2%). Trong khi đó, nam giới có tỷ lệ đến bệnh viện cao hơn nữ giới (23,2% so với 18,1%).

2.2. Giáo dục

Tỷ lệ biết chữ của phụ nữ trẻ phản ánh kết quả của giáo dục tiểu học trong thập kỷ trước. Là thước đo tính hiệu quả của hệ thống giáo dục tiểu học nên chỉ tiêu này thường được coi là thước đo thay thế cho sự phát triển kinh tế và tiến bộ xã hội.

Một tỷ lệ cao (96,5 %) phụ nữ trong độ tuổi 15-24 ở Việt Nam biết chữ. Tỷ lệ biết chữ của phụ nữ trẻ từ 15-24 tuổi không chênh lệch đáng kể giữa nông thôn và thành thị; giữa nhóm phụ nữ 15-19 tuổi và 20-24 tuổi.

Tỷ lệ này thấp nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc (87,3 %) và Tây Nguyên (92,3 %). Phụ nữ dân tộc thiểu số và phụ nữ sống trong các hộ nghèo có tỷ lệ biết chữ thấp. Tỷ lệ biết chữ khác biệt tương đối lớn giữa phụ nữ thuộc nhóm hộ nghèo nhất (84,2 %) và các nhóm hộ còn lại (nhóm 2 là 98,6 % , trong khi nhóm giàu nhất là 100 %); cũng như giữa phụ nữ Kinh/Hoa (99,1 %) và phụ nữ dân tộc thiểu số (83,2 %).

2.3. Lao động tiền lương

Theo kết quả điều tra về lao động việc làm của Tổng cục thống kê năm 2016, cả nước có hơn 1,1 triệu người thất nghiệp; trong đó khu vực thành

thị chiếm 46,1% và số nữ chiếm 44,9% tổng số người thất nghiệp. Tuy nhiên, xu hướng chung của cả nước tỷ lệ thất nghiệp của nữ thanh niên cao hơn của nam thanh niên. Hiện là 7,5% so với 7,4% (2016).

Thu nhập từ việc làm bình quân/tháng năm 2016 của lao động làm công ăn lương là 5,07 triệu đồng/tháng. Nam giới có thu nhập từ việc làm bình quân/tháng cao hơn 10,7% so với nữ giới

2.4. Việc nhà và cuộc sống gia đình

Cân đối giữa công việc và trách nhiệm gia đình, một số phụ nữ Việt Nam phải làm việc rất nhiều giờ. Theo một đánh giá về bình đẳng giới của Hội LHPNVN vào năm 2004, phụ nữ làm việc trung bình 13 giờ một ngày so với nam giới là 9 giờ (Nước Cộng hòa XHCN Việt Nam, 2005). Số liệu của Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2002 cho thấy phụ nữ tập trung cao trong số những người làm việc từ 51 đến 60 giờ một tuần, thậm chí hơn 61 giờ một tuần. Điều tra này trong năm 2004 thấy rằng trong khi phụ nữ bỏ ra thời gian tương đương với nam giới trong các hoạt động kiếm thu nhập thì nam giới lại không chia sẻ công việc nhà ở mức tương đương khiến cho nhìn chung, phụ nữ phải chịu gánh nặng công việc không cân bằng.

3. Chiến lược nâng cao sức khỏe phụ nữ

Sức khỏe bà mẹ trẻ em đã nhận được sự quan tâm của nhà nước cũng như của cộng đồng. Điều này được thể hiện qua các chính sách liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe phụ nữ, những chính sách đó bao gồm:

- Các bộ luật: luật chăm sóc sức khỏe dân; luật bình đẳng giới; luật phòng chống HIV/AIDS.
- Chiến lược chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2012 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030
- Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

- Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
- Chương trình mục tiêu quốc gia y tế - dân số giai đoạn 2016 – 2020
- Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016-2020 (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4177/QĐ-BYT, ngày 03 tháng 8 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Trong đó, mục tiêu cụ thể đối với chăm sóc cho phụ nữ là : Tăng cường tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau sinh, ưu tiên những vùng khó khăn/đặc biệt khó khăn nhằm thu hẹp sự chênh lệch về tình trạng sức khỏe và TVM giữa các vùng miền.

Bảng 29: các chỉ tiêu sức khỏe cần đạt đến năm 2020

TT	Chỉ số	Thực hiện 2015	Chỉ tiêu 2020
1	Tỷ số TVM/100.000 trẻ đẻ sống	58,3	52
2	Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ (%)	90,8 (2014)	92
	Trong đó tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 4 lần trong 3 thời kỳ	-	85
3	Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng đủ mũi vắc xin uốn ván (%)	95,8	98
4	Tỷ lệ phụ nữ đẻ được CBYT đỡ (%)	98,1	≥ 98
	Trong đó do người đỡ đẻ có kỹ năng hỗ trợ (%)	-	80
5	Tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh (%)	91,3 (2014)	95
	Trong đó trong tuần đầu	80,6	85

6	Tỷ lệ phụ nữ trong nhóm tuổi từ 15-49 đang áp dụng biện pháp tránh thai hiện đại (%)	70	71,9
7	Tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ mang thai (%)	32,8	28
8	Tỷ lệ phụ nữ đã được xét nghiệm HIV	40	60

Nguồn: Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016-2020 (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4177/QĐ-BYT, ngày 03 tháng 8 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

4. Các cấp độ dự phòng trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ

4.1. Dự phòng cấp I

Dự phòng cấp I là cấp độ dự phòng được xem là trọng tâm của chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các yếu tố nguy cơ về sức khỏe của phụ nữ cần được xác định rõ và các hành vi có lợi cho sức khỏe cũng cần được xác định.

Các hoạt động của dự phòng cấp I bao gồm: không hút thuốc lá; tình dục an toàn; dinh dưỡng hợp lý; hoạt động thể lực thường xuyên; không lạm dụng đồ uống có cồn.

4.2. Dự phòng cấp II

Dự phòng cấp II tập trung vào các hoạt động phát hiện bệnh sớm để có hướng điều trị kịp thời, hiệu quả. Các hoạt động dự phòng cấp II bao gồm: sàng lọc ung thư; sàng lọc trước sinh; quản lý thai nghén (theo dõi cân nặng; huyết áp...)

4.3. Dự phòng cấp III

Dự phòng cấp III tập trung vào việc dự phòng di chứng, biến chứng cho những người mắc bệnh mạn tính như đái tháo đường; tăng huyết áp; dự phòng trầm cảm sau sinh...

5. Vai trò của điều dưỡng cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ

5.1. Chăm sóc trực tiếp

Người điều dưỡng cộng đồng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho phụ nữ ở nhiều vị trí khác nhau: có thể tại nhà hoặc tại cơ sở y tế

5.2. Giáo dục sức khỏe

Người điều dưỡng cộng đồng có nhiều cơ hội tiếp cận với phụ nữ để truyền thông. Tuy nhiên, để truyền thông có hiệu quả, người điều dưỡng cộng đồng cần phải cố gắng hiểu được những vấn đề nhạy cảm liên quan đến yếu tố văn hóa. Người điều dưỡng cộng đồng cũng cần ý thức được rằng tình trạng cảm xúc và thể chất của phụ nữ có ảnh hưởng tới kết quả truyền thông vì hoạt động truyền thông sẽ không hiệu quả nếu người phụ nữ đang trong trạng thái đau hoặc lo lắng.

5.3. Tư vấn sức khỏe

Vai trò tư vấn của người điều dưỡng cộng đồng được thể hiện ở hầu hết các lĩnh vực trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ. Trước khi tư vấn sức khỏe cho người phụ nữ, để cuộc tư vấn có hiệu quả, người điều dưỡng cộng đồng cần phải đặt mình vào vị trí của người được tư vấn .

6. Các chủ đề về sức khỏe phụ nữ cần quan tâm nghiên cứu

Phụ nữ có thời gian sử dụng dịch vụ y tế rất dài do tuổi thọ cao. Các nghiên cứu liên quan đến phụ nữ bắt đầu từ việc thu thập các thông tin mang tính dự báo, giải thích hoặc mô tả các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe.

Một số chủ đề gợi ý để khám phá và nghiên cứu về phụ nữ:

- Sử dụng thuốc lá, rượu, chất gây nghiện
- Bạo lực gia đình
- Bệnh tim mạch, đái tháo đường
- Hành vi sức khỏe
- Sàng lọc các bệnh di truyền
- Loãng xương và các bệnh xương khớp
- Sàng lọc, dự phòng , chẩn đoán, điều trị ung thư và chăm sóc giảm nhẹ

- Sử dụng biện pháp tránh thai an toàn, hiệu quả
- Giáo dục sức khỏe trong môi trường trình độ học vấn đa dạng
- Nuôi con bằng sữa mẹ
- Tình dục trẻ nữ vị thành niên
- HIV và thai nghén
- Ảnh hưởng bởi vai trò xã hội của phụ nữ
- Kiểm soát thừa cân béo phì...

Câu hỏi lượng giá

1. Liệt kê mười bệnh tử vong cao nhất ở phụ nữ
2. Trình bày các chỉ tiêu sức khỏe cần đạt được ở phụ nữ đến năm 2020
3. Liệt kê các chủ đề sức khỏe ưu tiên nghiên cứu ở phụ nữ

Bài 6: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được đặc trưng nhân khẩu học của người cao tuổi Việt Nam*
- 2. Giải thích được các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi*
- 3. Phân tích được các bệnh thường gặp ở người cao tuổi*
- 4. Phân tích được các chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam giai đoạn hiện nay*
- 5. Lựa chọn được các mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi phù hợp ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.*

NỘI DUNG

1. Đại cương về người cao tuổi

1.1. Định nghĩa người cao tuổi

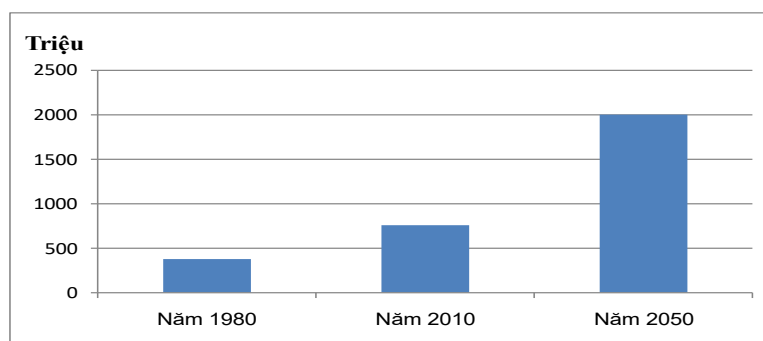
Quá trình lão hóa là một quá trình sinh học tự nhiên mang tính tất yếu ngoài tầm kiểm soát của con người. Tùy theo đặc trưng của từng xã hội mà già hóa có ý nghĩa khác nhau. Vì vậy, khái niệm người cao tuổi không giống nhau ở những quốc gia, khu vực khác nhau trên thế giới. Với đa số các nước phát triển độ tuổi quy định là người cao tuổi phải từ 65 tuổi trở lên. Để thuận tiện cho việc so sánh giữa các quốc gia, Liên Hợp quốc chấp nhận mốc để xác định dân số già là từ 60 tuổi trở lên và phân ra làm ba nhóm: Sơ lão (60-69 tuổi), trung lão (70-79 tuổi) và đại lão (từ 80 tuổi trở lên).

Người cao tuổi (NCT) theo quy ước của Liên Hiệp quốc và theo Luật người cao tuổi của Việt nam là những người đủ 60 tuổi trở lên.

1.2. Thực trạng người cao tuổi trên thế giới và ở Việt Nam

1.2.1. Một số đặc trưng nhân khẩu học của người cao tuổi trên thế giới.

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, xảy ra ở mọi quốc gia và ảnh hưởng đến mọi quốc gia, dân tộc. Dân số cao tuổi ở nhiều nước trên thế giới đang tăng nhanh và sẽ tiếp tục tăng trong những năm tới, cả về số lượng cũng như tỷ lệ trong tổng dân số.



Hình 33: Số người từ 60 tuổi trở lên : 1980; 2010; 2050

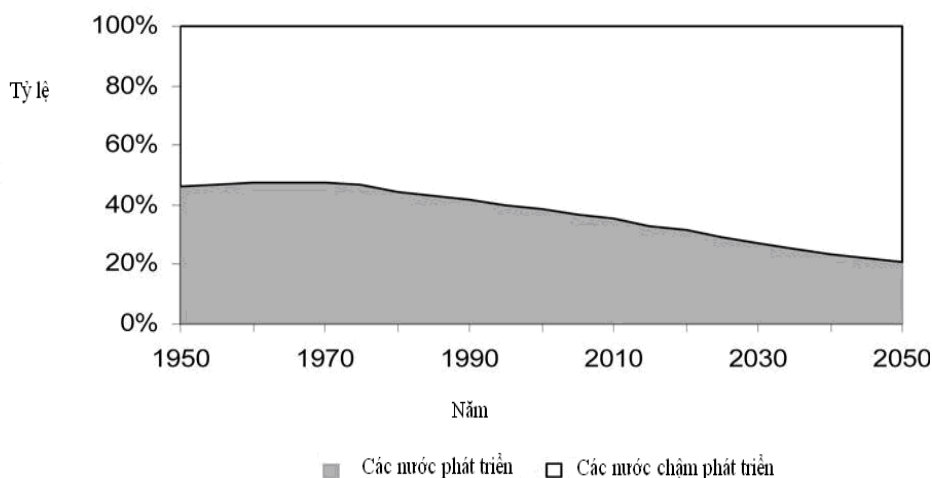
Nguồn: United Nation (2009). World population prospects 2008 revision

Theo số liệu của Liên hợp quốc (hình 33), số người từ 60 tuổi trở lên đã gia tăng với tốc độ chưa từng thấy. Năm 1980, ngay trước khi triệu tập Đại hội thế giới lần thứ nhất về người cao tuổi có 378 triệu người trên thế giới từ độ tuổi 60 trở lên. Sau 30 năm, con số này đã tăng lên gấp đôi 759 triệu và ước tính đến năm 2050 con số này là 2 tỷ người.

Sự phân bố người cao tuổi trên thế giới không đều ở các khu vực trên thế giới. Năm 2010, thế giới có gần 760 triệu người từ 60 tuổi trở lên. Hơn một nửa (414 triệu) số người cao tuổi sống ở châu Á, bao gồm 166 triệu người ở Trung Quốc, 92 triệu người ở Ấn Độ. Châu Âu là khu vực có số NCT đông thứ hai 161 triệu người, tiếp theo là khu vực Bắc Mỹ với 65 triệu người, khu vực Mỹ Latin và vùng Caribbean 59 triệu người, châu Phi 55 triệu người và châu Đại dương 6 triệu người.

Mặc dù người cao tuổi đều tăng ở tất cả các nơi trên thế giới, nhưng tốc độ

phát triển nhanh nhất lại diễn ra ở các nước đang phát triển. Trung bình mỗi năm, dân số người cao tuổi trên thế giới có thêm 29 triệu người, trên 80 % số này ở các nước đang phát triển. Như một kết quả tất yếu, tỷ lệ dân số người cao tuổi sống ở các nước đang phát triển năm 2010 là 65% sẽ tăng lên 80% vào năm 2050. (Hình 34)



Hình 34: Phân bố người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực phát triển: 1950 - 2050

Nguồn: United Nation (2009). World population prospects 2008 revision

Ở đại đa số các nước, tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên sống ở khu vực nông thôn cao hơn thành thị, mặc dù tỷ suất sinh ở nông thôn cao hơn thành thị và cơ cấu dân số lẽ ra phải trẻ hơn thành thị. Lý do của hiện tượng này là do có nhiều người trẻ tuổi trong độ tuổi lao động di cư ra thành thị để tìm kiếm việc làm. Có một sự khác biệt lớn về đặc điểm dân số giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển. Ở các nước phát triển, phần lớn người già sống ở khu vực thành thị, trong khi đó phần lớn người già ở các nước đang phát triển lại sống ở khu vực nông thôn. Theo dự báo, đến năm 2025, khoảng 82% dân số ở các nước phát triển sẽ sống ở thành thị, trong khi đó ở các nước đang phát triển tỉ lệ này chưa đến 50% .

Xu hướng nữ giới sống lâu hơn nam giới làm cho tỷ số giới tính ở người từ 60 tuổi trở lên có một khoảng cách tương đối rõ ràng. Tỷ lệ nữ giới ở những người tuổi

từ 60 trở lên là 54%, tỷ lệ này là 63% ở những người tuổi từ 80 trở lên và cao hơn nữa ở lứa tuổi 100.

Đa số nam giới tuổi từ 60 trở lên có vợ trong khi đó nữ giới ở lứa tuổi này thường trong tình trạng góa. Trên phạm vi toàn cầu, có khoảng 80% nam giới và chưa tới 50% nữ giới có vợ/chồng. Có hai lý do giải thích cho hiện tượng này: (1) nữ giới sống lâu hơn nam giới; (2) Nữ giới thường kết hôn với người nhiều tuổi hơn mình.

1.2.2. Một số đặc trưng nhân khẩu học ở người cao tuổi Việt Nam.

Cũng như nhiều nước ở khu vực Đông Nam Á, Việt Nam đang ở giai đoạn sau của thời kỳ quá độ dân số chuyển đổi từ một nước có mức độ sinh và mức độ chết cao sang một nước có mức độ sinh và mức độ chết thấp và điều đó đã làm thay đổi đáng kể cấu trúc tuổi và giới tính của dân số Việt Nam. Kết quả là tỷ lệ người cao tuổi gia tăng một cách nhanh chóng

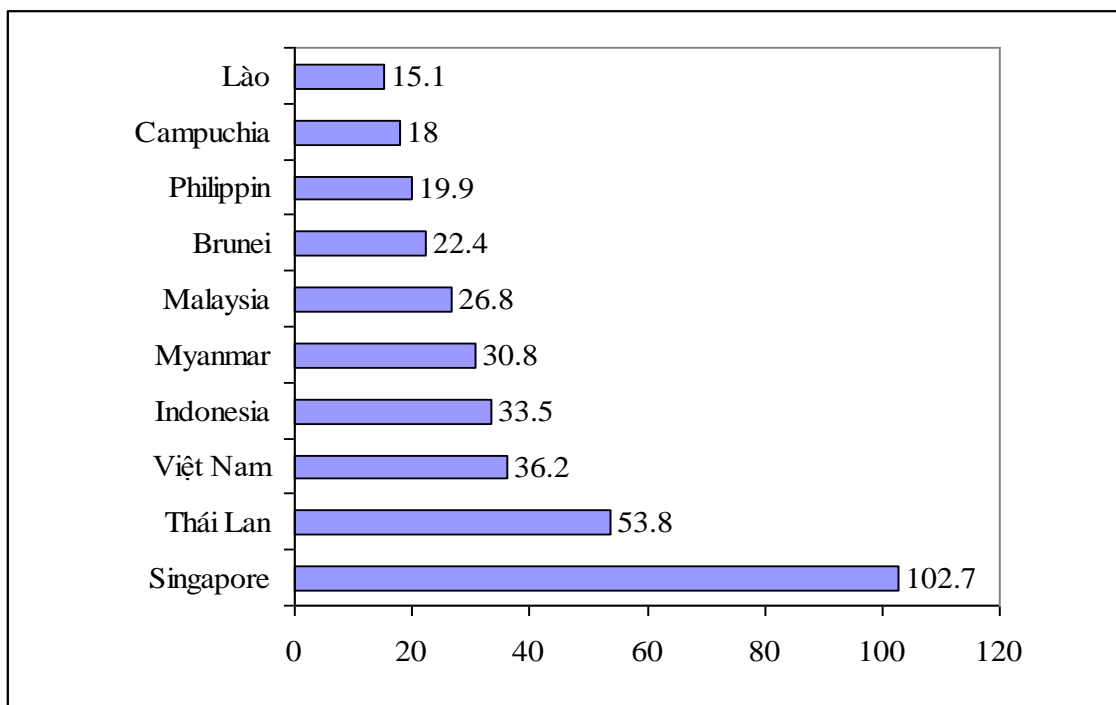
Do mức sinh giảm và tuổi thọ trung bình của dân số tăng lên (72,8), chỉ số già hóa của dân số Việt Nam tăng khá nhanh trong 3 thập kỷ qua. Các số liệu trong Bảng 1 cho thấy, chỉ số già hóa dân số (60+) đã tăng từ 16,6% năm 1979 lên 18,2% năm 1989; 24,3% năm 1999 và đạt mức 35,5% năm 2009[6]. Như vậy, nếu như vào năm 1979, cứ khoảng 6 trẻ em 0-14 tuổi mới có một cụ già từ 60 tuổi trở lên thì 30 năm sau, chưa đến 3 trẻ em 0-14 tuổi đã có một cụ.

Bảng 30: Tỷ trọng dân số theo nhóm tuổi, tỷ số phụ thuộc và chỉ số già hóa, Việt Nam, 1979-2009

Nhóm tuổi	1979	1989	1999	2009
0 -14 tuổi	42,6	39,2	33,2	24,5
15 - 64	52,7	56,1	61,1	69,1
65 trở lên	4,8	4,7	5,8	6,4
Tỷ số phụ thuộc trẻ	80,8	69,8	54,2	35,4
Tỷ số phụ thuộc già	9,1	8,4	9,4	9,3

Tổng tỷ số phụ thuộc	89,9	78,2	63,6	44,7
Chỉ số già hóa (65+)	11,3	12	17,5	26,1
Chỉ số già hóa (60+)	16,6	18,2	24,3	35,5

Chỉ số già hóa của dân số Việt Nam năm 2010 là 36,2%, đứng thứ 3 trong số 10 nước ASEAN, cao hơn các nước Lào, Campuchia, Philipin, Brunei, Malaysia, Myanmar và Indonesia, chỉ thấp hơn Thái Lan và đặc biệt là Singapore. Chỉ số già hóa của dân số Việt Nam chỉ bằng một phần ba chỉ số của Singapore (36,2% so với 102,7%). (Hình 35)



Hình 35: Chỉ số già hóa dân số ở các nước ASEAN, 2010

Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn

Chỉ số giới tính ở người cao tuổi Việt Nam cũng có những đặc điểm tương tự như các quốc gia khác trên thế giới đó là: tuổi càng cao thì tỷ lệ nam giới càng thấp. Tỷ số giới tính càng thấp khi tuổi thọ trung bình được tăng lên và vì vậy tỷ số giới tính ở người cao tuổi Việt Nam có xu hướng giảm dần theo thời gian (Bảng 31).

Bảng 31: Tỷ suất giới tính theo nhóm tuổi, Việt Nam, 1979 - 2009

Nhóm tuổi	1979	1989	1999	2009
0-4	104,8	105,6	105,5	108,7
5-9	104,4	104,2	105,4	106,3
10-14	106,6	105,0	105,5	105,7
15-19	96,5	97,4	101,5	104,4
20-24	87,7	92,0	98,1	101,8
25-29	88,2	91,1	99,8	100,5
30-34	89,6	91,4	99,1	101,7
35-39	87,5	87,6	95,3	102,0
40-44	84,7	86,5	92,0	99,0
45-49	89,3	81,5	87,6	94,1
50-54	91,5	80,5	84,6	89,4
55-59	78,0	85,8	77,8	84,2
60-64	81,5	82,8	76,9	80,1
65-69	74,9	74,0	78,8	72,5
70-74	65,4	68,2	70,4	67,3
75 trở lên	53,2	55,1	54,1	49,9
Tổng số	94,2	94,2	96,4	97,6

Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam

Quá trình già hóa dân số ở Việt Nam diễn ra không đều giữa các vùng địa lý – kinh tế. chỉ số già hóa khu vực đô thị cao hơn rất nhiều so với vùng địa lý - kinh tế khó khăn (Bảng 32)

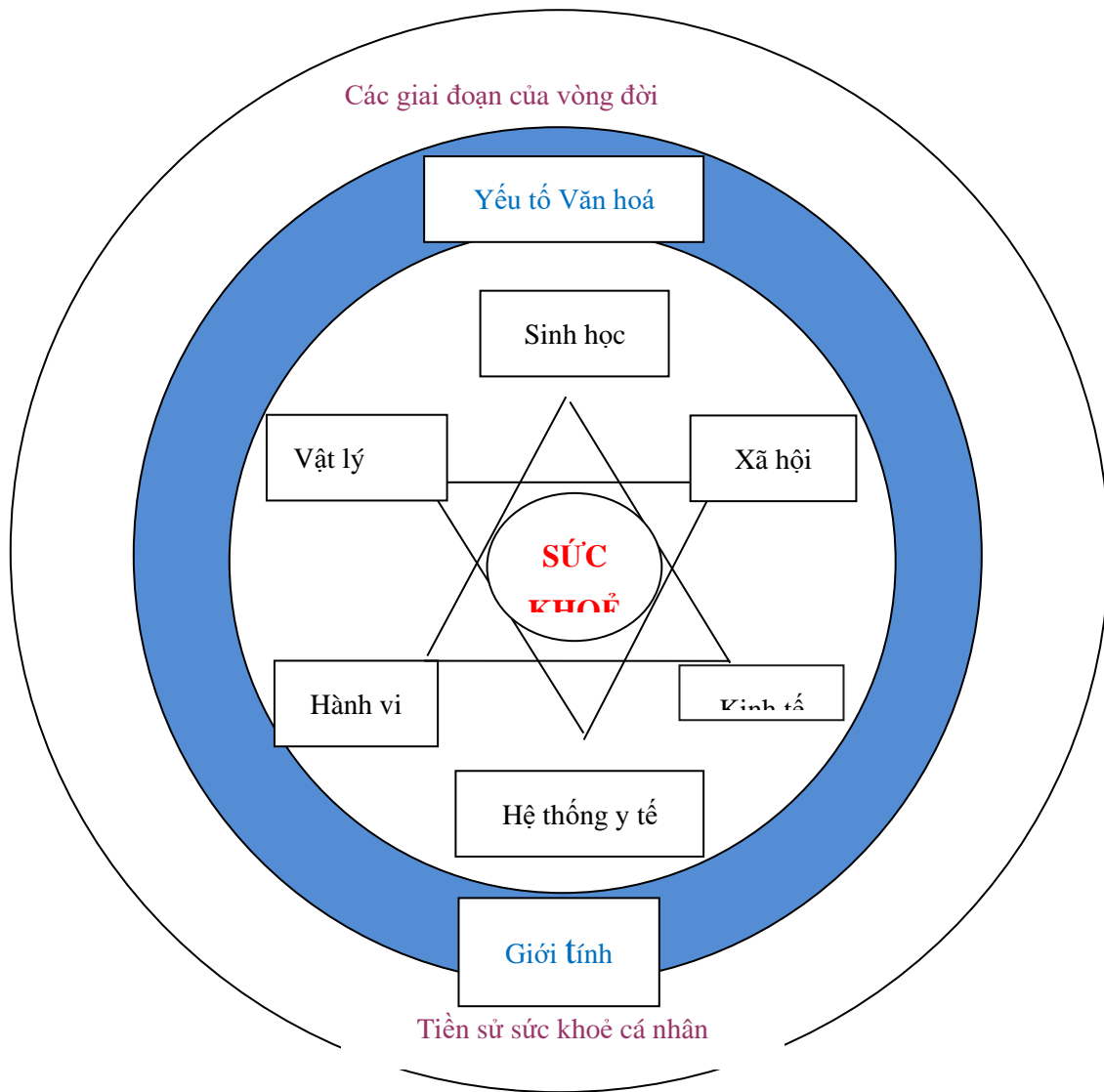
Bảng 32: Chỉ số già hóa của dân số chia theo vùng địa lý – kinh tế, Việt Nam, 2009

Vùng địa lý	Chỉ số già hóa (60 tuổi + / 0-15 tuổi)
Đồng bằng sông Cửu Long	34,6
Đông Nam bộ	30,1
Tây nguyên	17,3
Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung	38,7
Đồng bằng sông Hồng	47,7
Trung du và miền núi phía Bắc	29,0
Cả nước	35,6

Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam

2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi.

Vấn đề sức khỏe lớn nhất của người cao tuổi là các bệnh mạn tính, các bệnh không lây và suy giảm chức năng/ tàn tật. Bất cứ một chiến lược nâng cao sức khỏe nào cho người cao tuổi đều phải tìm hiểu các yếu tố gây nên các nhóm bệnh này. Trong phạm vi nghiên cứu này, bên cạnh những yếu tố về mặt y tế, chúng tôi đặt vấn đề sức khỏe người cao tuổi trong bối cảnh kinh tế, văn hoá, xã hội rộng lớn.



Hình 36: Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khoẻ người cao tuổi

Vòng tròn trong cùng chứa đựng 6 yếu tố quyết định tới sức khoẻ người cao tuổi gồm: Yếu tố sinh học, môi trường vật lý, hành vi lối sống, hệ thống y tế, yếu tố xã hội, yếu tố kinh tế. Quá trình tác động của các yếu tố này tới sức khoẻ người cao tuổi chịu sự chi phối của yếu tố giới và yếu tố văn hoá và tất cả các yếu tố trên lại chịu ảnh hưởng của tiền sử bệnh tật và các giai đoạn phát triển của con người.

2.1. Yếu tố văn hoá

Sức khoẻ của một cá nhân chịu ảnh hưởng bởi chính hành vi của người đó và môi trường mà họ đang sống. Các giá trị, niềm tin, truyền thống đóng vai trò trung tâm trong các hành vi sức khoẻ của người cao tuổi. Tuy nhiên, để người cao tuổi thực hiện các hành vi có lợi cho sức khoẻ thì xã hội phải tạo những điều kiện để họ thực hiện hành vi đó.

Trong yếu tố văn hoá thì văn hoá gia đình đóng vai trò trung tâm vì gia đình là tế bào của xã hội. Người cao tuổi có vai trò rất lớn trong việc hình thành và phát triển những giá trị văn hoá cho các thế hệ trong gia đình. Tuy nhiên, hiện nay mô hình gia đình Việt Nam có xu hướng thu nhỏ lại chỉ có 2 thế hệ là cha mẹ và con cái (63%), do đó vai trò của người cao tuổi trong gia đình có những thay đổi theo. Nếu như trong gia đình truyền thống có nhiều thế hệ chung sống, người cao tuổi thường được con cháu chăm sóc thì với gia đình hạt nhân mà cả hai vợ chồng đều đi làm, ít có điều kiện để chăm sóc bố mẹ già. Việc tan rã của hình thái gia đình mở rộng, người cao tuổi không còn được con cháu chăm sóc, để lại một khoảng trống không nhỏ ảnh hưởng tới sức khoẻ người cao tuổi. Vì thế Nhà nước và các tổ chức xã hội cần phải chuẩn bị các phương án để lấp khoảng trống này.

Một trong những khía cạnh văn hoá ảnh hưởng tới sức khoẻ người cao tuổi là quan niệm về quá trình lão hóa và thái độ của xã hội đối với NCT. Có rất ít nghiên cứu về thái độ của xã hội đối với quá trình lão hóa và NCT đặc biệt ở các nước đang phát triển. Kết quả nghiên cứu ở Anh (2004-2008) cho thấy: 48 % người được phỏng vấn cho biết sự phân biệt tuổi tác là một vấn đề nghiêm trọng, người được phỏng vấn cho rằng những người từ 70 tuổi trở lên là gánh nặng của xã hội và có rất ít điểm chung giữa người 30 tuổi và người 70 tuổi. Kết quả nghiên cứu của HSBC (2005) ở 10 quốc gia trên thế giới chỉ ra rằng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận thức của xã hội đối với quá trình lão hóa giữa các quốc gia phát

triển và đang phát triển, người tham gia nghiên cứu ở các quốc gia phát triển cho rằng về hưu là bắt đầu cho một giai đoạn mới của cuộc đời, “có tuổi” hay “già” được hiểu là khi khả năng của người đó bị suy giảm. {trích dẫn từ [60]}. Trong khi đó quan niệm của các quốc gia châu Á thì “già” có liên quan mật thiết với sự phát triển gia đình, chẳng hạn như ở Trung Quốc, người được xem là “già” khi có cháu gọi bằng ông, bà. Một số quốc gia khác trong khu vực châu Á Thái Bình dương cũng tương tự như ở Trung Quốc.

Sự đóng góp của người cao tuổi vào các hoạt động xã hội tạo nên giá trị của NCT. Một trong những yếu tố quan trọng để NCT có thể đóng góp nhiều cho xã hội là trình độ học vấn. Theo báo cáo của UNESCO (2005-2007) cho thấy 71,3% người từ 65 tuổi trở lên trên phạm vi toàn cầu biết đọc, biết viết. Tỷ lệ này ở các quốc gia phát triển là 97,3%, còn ở các quốc gia đang phát triển là 53,8%. Đặc biệt quan tâm là sự khác nhau trong khu vực. Ở châu Phi tỷ lệ NCT biết đọc, biết viết là 33% (phụ nữ là 22% thấp hơn so với nam giới 43%), ở châu Á tỷ lệ này là 56% (71% ở nam giới và 43% ở nữ giới), tỷ lệ này ở châu Âu là 96% (98% ở nam giới và 95% ở nữ giới), khu vực Nam Mỹ và Caribbean tỷ lệ này là 73% (77% ở nam và 71% ở nữ)

Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Giang Thanh Long và Pfeu (2007) mặc dù tỷ lệ NCT biết đọc biết viết đã được cải thiện nhiều trong những năm gần đây nhưng vẫn ở mức khiêm tốn, vẫn còn hơn một nửa NCT không biết chữ. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Anh (2005) chỉ ra rằng tỷ lệ NCT không biết chữ ở nông thôn cao gấp 2 lần so với thành phố. Kết quả điều tra về dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy khoảng cách tỷ lệ NCT biết đọc biết viết giữa nam và nữ là 23%.

Từ những số liệu trên, chúng ta thấy rằng càng ở khu vực kém phát triển thì chênh lệch về trình độ học vấn giữa phụ nữ và nam giới càng cao. Tỷ lệ nam giới có học vấn cao hơn nữ giới, thành thị cao hơn nông thôn ở mọi khu vực trên thế

giới. Với những NCT có trình độ học vấn còn hạn chế, họ ít có cơ hội tham gia vào những hoạt động xã hội, tiếp cận và phân tích thông tin kém, khả năng làm việc để có thu nhập khó khăn và đặc biệt là nhận thức về sức khỏe, phòng bệnh cũng ít nhiều bị hạn chế.

2.2. Yếu tố kinh tế - xã hội

Sức khỏe theo định nghĩa của tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là *“trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không chỉ không có bệnh hoặc thương tật”*

Như vậy sức khỏe còn bị chi phối bởi bối cảnh một xã hội nhất định. Những người có một vị trí xã hội cao hơn thì có xu hướng khỏe mạnh còn những người sống trong một vị trí xã hội thấp có nguy cơ mắc bệnh và thương tật cao hơn, chết trẻ hơn.

Nguyên nhân chính ảnh hưởng tới sức khỏe con người của yếu tố xã hội là đói nghèo. Người nghèo có nguy cơ mắc bệnh cao ở bất kỳ giai đoạn nào trong cuộc đời đặc biệt là khi tuổi cao. Theo báo cáo của Tổ chức hợp tác phát triển kinh tế (OECD) năm 2008 về thu nhập bình quân đầu người ở 30 quốc gia phát triển thì có 13,3% người từ 65 tuổi trở lên thuộc diện nghèo (tỷ lệ chung là 10,6%). Với các quốc gia đang phát triển, ước tính tỷ lệ người cao tuổi thuộc diện hộ nghèo cao hơn tỷ lệ chung từ 9 -14%.

Ở các nước phát triển, NCT sau khi nghỉ hưu thường vẫn tiếp tục tham gia vào các hoạt động xã hội như tham gia làm việc cho các tổ chức phi chính phủ, làm tình nguyện hoặc giúp đỡ gia đình.

Ở Việt Nam, Theo kết quả nghiên cứu của Martin Evans và cộng sự (2010) thì có 18% hộ có người cao tuổi làm chủ hộ thuộc diện nghèo [18]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Thế Huệ (2004) ở Hải Dương, Quảng Bình và Daklak cho thấy có 19,7 % người có thu nhập dưới 100.000đ/tháng, tỷ lệ này ở nông thôn cao gấp 2

lần thành phố, tỷ lệ NCT có thu nhập bình quân 1 triệu/tháng chỉ có 7%, tỷ lệ này ở thành phố cao gấp 5 lần ở nông thôn. Tỷ lệ NCT có lương hưu là 36,5%; tỷ lệ này ở thành thị cao hơn nông thôn. Mức sống của người cao tuổi nhìn chung còn rất thấp đặc biệt là những người cô đơn, đối tượng chính sách và nghi mất sức, 85,9% NCT neo đơn sống trong tình trạng thiếu và rất thiếu thốn.

Theo kết quả điều tra gia đình Việt Nam (2006) thì 39,3 % NCT sống dựa vào sự chu cấp của con cháu và 30% từ nguồn thu từ công việc của chính họ. Lương hưu hoặc trợ cấp xã hội là nguồn sống chính của 35,6% NCT ở thành phố và 21,9% NCT ở nông thôn. Tự lao động để kiếm sống là cách sống của 35,2% NCT ở nông thôn, trong khi đó chỉ có 17,5% NCT ở thành phố phải làm như vậy. NCT thành thị có lương hưu/trợ cấp và tích lũy cao hơn 1,5 lần so với NCT nông thôn, ngược lại nguồn sống của NCT nông thôn từ lao động của chính mình cao hơn gấp 2 lần NCT thành thị.

Ở NCT, tuổi càng cao thì sự lệ thuộc vào chu cấp của con cháu càng lớn, tỷ lệ này tăng từ 26,3% (nhóm 60-69 tuổi) lên 46,6% (nhóm 70-79 tuổi) và 66,7% (nhóm từ 80 tuổi trở lên). Và NCT ở nhóm nghèo nhất lệ thuộc vào con cháu nhiều hơn (48,9% nhóm nghèo và 38% ở nhóm giàu). NCT nữ giới phụ thuộc vào con cháu (51,8%) nhiều hơn nam giới (26,5%), đó là do tỷ lệ nam giới có nguồn sống chủ yếu từ lương hưu và trợ cấp (33%) nhiều hơn so với tỷ lệ này ở nữ giới (19%).

Có thể nhận thấy rằng những hộ do người cao tuổi làm chủ gia đình dễ rơi vào diện hộ nghèo vì thu nhập chủ yếu của người cao tuổi là do con cháu chu cấp hoặc từ lương hưu, an sinh xã hội hoặc vẫn phải lao động để kiếm sống trong khi mức chi phí cho người cao tuổi lại cao hơn so với các lứa tuổi khác, khả năng làm việc hạn chế do sức khỏe yếu. NCT là phụ nữ, sống ở khu vực nông thôn và người tuổi càng cao thì mức độ phụ thuộc càng lớn.

Sự phụ thuộc về tài chính tất yếu dẫn đến sự thiếu tự chủ, tự định đoạt cuộc sống và tương lai của mình và vì vậy họ không hoặc khó có thể lựa chọn những hành vi có lợi

cho sức khoẻ như: lựa chọn thực phẩm đảm bảo an toàn, tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, điều kiện đảm bảo cuộc sống an toàn khoẻ mạnh như nước sạch, nhà ở... Hơn nữa điều kiện kinh tế phụ thuộc còn có thể làm cho NCT thiếu tự tin khi tham gia các hoạt động xã hội, trở nên tự ti (một loại hình trầm cảm)

2.3. Môi trường (vật lý)

Môi trường sống đóng vai trò rất quan trọng đối sức khoẻ con người đặc biệt là đối với người cao tuổi. Đây là yếu tố không tách rời với môi trường xã hội. Có hai khía cạnh của môi trường sống tác động đến sức khoẻ người cao tuổi đó là:

Điều kiện cơ sở hạ tầng nơi người cao tuổi sống có những mối nguy hiểm như vấn đề tai nạn giao thông, thiếu đèn chiếu sáng, không có hoặc bậc lên xuống cao... Những yếu tố này làm cho người cao tuổi ngại đi ra khỏi nhà và là yếu tố làm cho người cao tuổi ít có cơ hội để hoạt động xã hội, tập luyện thể thao...

Năm 2006, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch kết hợp với Tổng cục Thống kê, Viện Gia đình và Giới, Tổ chức Nhi đồng Liên hợp quốc tổ chức “ Điều tra Gia đình Việt Nam”. Kết quả của cuộc điều tra phản ánh điều kiện sống vật chất của NCT ở nước ta còn khá khó khăn, còn 18,3% NCT sống trong nhà tạm và dột nát, đặc biệt là các hộ độc thân (34,6%). Tỷ lệ NCT chưa được tiếp cận với nguồn điện lưới quốc gia chiếm 5,7% (thành phố 2,26%; nông thôn 7,39%).

Vấn đề thứ hai là ô nhiễm môi trường không khí, môi trường nước và ô nhiễm tiếng ồn. Người cao tuổi cần có một không gian yên tĩnh, không khí trong lành, một khi môi trường bị ô nhiễm nó trở thành yếu tố cơ của các bệnh mạn tính như ung thư, tăng huyết áp. Theo kết quả nghiên cứu của Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch(2006) vẫn còn 37% NCT chưa được sử dụng nước hợp vệ sinh trong sinh hoạt, 26% NCT không có nhà vệ sinh hoặc nhà vệ sinh ở mức độ hết sức đơn giản như “ cầu cá ” hoặc đào hố. Nguyễn Thế Huệ (2004) và cộng sự nghiên cứu thực trạng sức khoẻ và đời sống của 600 NCT tại 3 tỉnh Quảng Bình, Daclak, Hải

Dương cho thấy chỉ có 24,5% NCT được tiếp cận với nước máy; 56,3% NCT được tiếp cận với nước giếng khoan .

Như vậy, ở Việt Nam hiện nay điều kiện giao thông, hệ thống lưới điện còn có những khó khăn nhất định. Mặt khác, điều kiện cơ sở vật chất nhà ở hộ gia đình, nước sạch, nhà vệ sinh NCT chưa tốt, điều đó có ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe con người nói chung đặc biệt là NCT (là đối tượng dễ tổn thương).

2.4. Hệ thống dịch vụ y tế

Hệ thống y tế và dịch vụ y tế ở bất kỳ quốc gia, khu vực nào trên thế giới đều ảnh hưởng nhất định tới sức khỏe con người nói chung đặc biệt đối với bệnh mạn tính ở người cao tuổi. Đối với những bệnh có thể phòng ngừa được, mức độ hệ thống y tế áp dụng các biện pháp điều trị, phòng ngừa cho người dân sẽ quyết định người dân có hành vi sức khỏe lành mạnh.

Mất cân đối trong việc phân phối nguồn lực của hệ thống y tế cũng ảnh hưởng lớn tới sức khỏe con người. Chẳng hạn như ở các quốc gia khu vực châu nhưng kinh phí đầu tư cho lĩnh vực này chỉ chiếm 1% ngân sách đầu tư cho Y tế.

Trong khi mô hình bệnh tật đang có xu hướng chuyển dịch từ nhóm bệnh lây truyền sang nhóm bệnh không lây truyền, bệnh mạn tính thì hệ thống y tế của đa số các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình lại đang phải tập trung cho việc phòng chống các bệnh lây truyền mà chưa quan tâm đúng mức tới các bệnh không lây truyền. Hơn nữa, khi tỷ lệ người cao tuổi trong dân số tăng đồng nghĩa với tỷ lệ người mắc bệnh mạn tính, bệnh không lây truyền tăng. Số lượng, tính phức tạp cũng như việc chăm sóc lâu dài cho người mắc bệnh mạn tính làm tăng chi phí y tế là một gánh nặng đối với hệ thống y tế của các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

2.5. Yếu tố sinh học

2.5.1. *Yếu tố di truyền*

Rất khó để có thể nói một cách chính xác mức độ ảnh hưởng của yếu tố di truyền đối với bệnh tật. Tuy nhiên, có nhiều bệnh mạn tính như bệnh tim mạch, ung thư và đái tháo đường được xác định là chịu sự ảnh hưởng của yếu tố gia đình.

2.5.2. *Yếu tố tuổi thọ*

Khi tuổi thọ trung bình thấp, số người cao tuổi ít tỷ lệ trong dân số thấp thì người cao tuổi được quan tâm hơn và có một vị trí cao trong xã hội. Ngược lại, khi tuổi thọ trung bình cao, số người cao tuổi nhiều, tỷ lệ trong dân số cao thì theo cách phân loại của dân số học, họ là nhóm người phụ thuộc và người cao tuổi trở thành gánh nặng cho xã hội, vì vậy vị trí xã hội của họ thấp

2.5.3. *Yếu tố giới tính*

Giới tính là một yếu tố quan trọng đối với sức khỏe người cao tuổi, do cấu trúc của cơ thể nên phụ nữ có thể mắc một số bệnh cao hơn nam giới như bệnh xương khớp, glaucome... phụ nữ có tuổi thọ cao hơn nam giới và vì vậy tình trạng độc thân ở tuổi cao thường xảy ra đối với phụ nữ. Theo kết quả nghiên cứu của Giang Thanh Long, phần lớn người cao tuổi sống độc thân là nữ giới (80%) và chủ yếu sống ở khu vực nông thôn.

Ở một số khu vực trên thế giới như châu Á, vị thế người phụ nữ thấp hơn so với nam giới, do đó họ sẽ không được con cháu quan tâm chăm sóc sức khỏe như nam giới.

2.5.4. *Những thay đổi về thể chất ở người cao tuổi*

Những thay đổi về thể chất trong quá trình lão hoá, trước hết đó là sự thay đổi diện mạo bề ngoài, như da nhăn, tóc bạc, lưng khòm, đi đứng chậm chạp, mọi phản ứng đều chậm, ...Đi sâu tìm hiểu những thay đổi ở từng cơ quan tổ chức trong quá trình lão hoá cho thấy có những biểu hiện sau:

* *Não và hệ thần kinh trong quá trình lão hoá.*

- Tế bào não mất đi mà không được thay thế

- Giảm khối lượng các hồi não (gyrus)
- Các rãnh (Sulcus) rộng ra
- Lượng máu cung cấp cho não bị giảm do thay đổi trong huyết động lực, do các mạch máu não hẹp đi và cứng ra do xơ vữa động mạch
- Hệ thống các chất trung gian dẫn truyền thần kinh thay đổi: Adrenergic, Noradrenergic, Serotonergic, Dopaminergic bị giảm.

Hậu quả của quá trình này là:

- Đáp ứng phản xạ chậm
- Giác quan giảm sút
- Đáp ứng tự động của bàng quang và ruột, đáp ứng của mạch máu khi thay đổi tư thế bị chậm hơn lúc còn trẻ, rối loạn, nhầm lẫn.
- Suy nghĩ chậm hơn, có những thay đổi của trí nhớ.
- Mất cảm giác rung động, đặc biệt là đầu ngón chân, coi như phổ biến ở người trên 60 tuổi

** Hệ thống tim mạch trong quá trình lão hoá*

Tồn thất của đáp ứng Adrenergic có thể kết hợp với sự giảm thiểu các thụ thể của tim và các mạch máu dẫn đến hậu quả:

- Nhịp tim: Khi nghỉ ngơi thì nhịp tim thay đổi ít cùng với tuổi. Khi cơ thể gắng sức khả năng tăng nhịp tim bị giảm đi.
- Lưu lượng của tim: Lưu lượng trung bình của tim và thể tích tim đập bị giảm. Huyết áp tâm thu tăng lên có lẽ do thay đổi trong các mạch máu vì tuổi tác. Những thay đổi khác bao gồm giảm đầy máu tâm trương, tăng huyết áp động mạch và giảm co bóp cơ tim.
- Cơ tim xơ cứng, dễ bị suy tim, dễ bị ngất xỉu. Người già dễ bị các bệnh lý tim mạch.

** Hệ thống hô hấp trong quá trình lão hoá*

- Lồng ngực cứng nhắc hơn do các thay đổi của xương, do xương sống bị gù, đỉnh

phổi thay đổi vị trí. Phổi giãn hơn trước nhưng tổng dung lượng vẫn như cũ.

- Thay đổi trong chức năng của phổi: Dung tích sống (vital capacity) giảm ở tuổi 70, nó chỉ bằng 75% khi 17 tuổi. Lượng không khí cặn tăng 50% (giữa tuổi 17 và 70).

Chức năng của mô phổi cũng giảm, bề mặt tiếp xúc phế nang - mao mạch giảm. Điều đó dẫn đến áp suất của O₂ giảm mặc dầu áp suất của CO₂ vẫn giữ nguyên. Áp suất của O₂ giảm đi do lưu lượng của tim thay đổi.

Đáp ứng đối với các thay đổi trong áp suất của O₂ và áp suất của CO₂ giảm 50% ở người cao tuổi. Kết quả là hơi thở ngắn, nhanh, dễ bị khó thở do lượng dưỡng khí trong máu giảm, dễ mệt khi làm việc chân tay và như vậy, đáp ứng lâm sàng như tăng thông khí phổi có thể không xảy ra cho đến khi bệnh nặng hơn.

** Những thay đổi về sinh lý và chuyển hoá*

- Mô cơ giảm, mô xơ thay vào
- Tích mỡ tăng
- Cân nặng giảm
- Lưu lượng của tim giảm
- Lưu lượng máu qua gan giảm từ 1400ml/phút ở tuổi 30 xuống còn 800ml/phút ở tuổi 74.
- Chức năng thận giảm ở tuổi 75, lọc qua cầu thận chỉ bằng 50% khi ở tuổi 20
- Cân bằng nội môi bị suy yếu như đáp ứng với thụ thể cảm áp (Baroreceptor) kém đi, điều hoà thân nhiệt kém đi, rối loạn trong bài tiết Kali
- Lớp mỡ dưới da teo, tuyến mồ hôi và tuyến nhờn kém hoạt động, gây da khô, nhăn nheo, dễ bị tổn thương, ít chịu đựng được, giảm thể tích nước và khối lượng cơ thể nhỏ, nồng độ Albumin huyết thanh thấp,.. Do đó, sẽ làm tăng thời gian bán hủy, tăng nồng độ các thuốc tan trong nước, trong rượu, tăng nồng độ trong huyết thanh của các thuốc gắn với Protein.
- Hệ thống miễn dịch yếu, sự sản xuất kháng thể bị trì trệ, cơ thể dễ bị nhiễm khuẩn, bệnh tật dễ trầm trọng hơn..

- Gan teo, thể tích gan nhỏ, lượng máu qua gan giảm, hoạt động các men oxy hóa giảm, chức năng thanh lọc độc chất kém hiệu quả. Do đó, thuốc chuyển hóa qua gan chậm, tăng thời gian bán hủy các thuốc.

- Thận nhỏ lại, máu đi qua thận giảm, tốc độ lọc cầu thận giảm, khả năng bài tiết kém, bàng quang co bóp yếu, gây chứng khó tiểu và tiểu tiện không tự chủ, tuyến tiền liệt xơ hoá, gây bí tiểu,... Do đó, dẫn tới tăng nồng độ thuốc thải trừ qua thận (như Lithium, Solian).

- Đòi sống tình dục suy giảm.

- Mất cơ và giảm đậm độ của xương.

** Những thay đổi về giác quan*

- Thủy tinh thể của mắt cứng đục, võng mạc kém nhạy cảm với ánh sáng, thị giác giảm khi nhìn sự vật ở gần hay trong bóng tối.

- Tai nghe nghễng ngãng, khó bắt được các âm thanh có tần số cao, kể cả tiếng nói bình thường.

- Khứu giác kém, mũi khó phân biệt và tiếp nhận được mùi của thực phẩm, hoá chất.

- Ăn uống mất ngon vì tế bào vị giác trên lưỡi ngày một ít đi, miệng khô vì tuyến nước bọt giảm bài tiết, thiếu hụt về dinh dưỡng (nồng độ Protein huyết thanh thấp, thiếu vitamin B12, Acid Folic).

- Xúc giác giảm

Mặc dầu có những thay đổi trên, những nghiên cứu chiều sâu cho thấy ở người cao tuổi nếu không có bệnh tật thì chức năng bình thường, kể cả tâm thần lẫn thể chất. Nhưng khi với tuổi tác, một hệ thống nào đó thay đổi, nó kéo theo những thay đổi ở các hệ thống khác.

** Thay đổi tâm lý trong quá trình lão hoá*

Người cao tuổi dễ bị xúc động, khi bị Stress có thể dẫn đến bệnh tật về thể chất. Vì vậy, người cán bộ y tế phải biết tâm lý của người cao tuổi. Người bệnh

cao tuổi đến với cán bộ y tế là rất phức tạp, người cao tuổi đó không những bị tác động bởi quá trình lão hoá mà còn bị tác động bởi rất nhiều điều đã kinh qua trước đây.

Nghiên cứu đặc điểm tâm lý của người cao tuổi, các tác giả cho thấy tuổi già có những biểu hiện tâm lý liên quan đến quá trình lão hóa.

- Sự chậm chạp về tâm lý vận động: một động tác nhưng mất nhiều thời gian, sự lẫn lộn về thời gian, rối loạn trí nhớ: khó khăn trong việc tái hiện, có thể nhớ được khi có sự gợi ý, có khi lú lẫn, do liên quan đến sự suy giảm ý thức và tập trung chú ý.

- Về tư duy: suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng chậm, ý tưởng tự ti, tự cho mình là thấp kém, nặng hơn có thể có hoang tưởng bị tội, bị hại, nghi bệnh,...

- Về tri giác: giảm tốc độ xử lý thông tin, có sự suy giảm về tri giác giác quan (thao tác cấp cao) nên nhận thông tin chậm, đôi khi bị nhiễu.

- Khó tập trung chú ý hoặc chú ý giảm, cảm xúc dao động liên quan đến sự lão hóa hệ viền, cấu tạo lưới. Những biến đổi tâm lý nặng có thể có lo âu, trầm cảm. Những biểu hiện của lo âu rất đa dạng, phức tạp: cảm giác sợ hãi, lo lắng thái quá về sức khoẻ của mình, lo lắng về tương lai, khó tập trung tư tưởng, dễ cáu, khó tính, căng thẳng vận động, bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau đầu, khô miệng, đánh trống ngực. Những biểu hiện của trầm cảm ở người già thường thấy là cảm giác buồn phiền, chán nản, bi quan, mất hứng thú với những ham thích trước đây, mất niềm tin vào tương lai, giảm nghị lực, giảm tập trung, rối loạn giấc ngủ, ăn không ngon miệng, và họ có thể trở nên suy kiệt.

2.6. Yếu tố hành vi, lối sống

Theo các tài liệu gần đây của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), yếu tố hành vi, lối sống ảnh hưởng rất lớn tới việc hình thành và phát triển các bệnh mạn tính nhất

là ở người cao tuổi. Một phần ba các bệnh tật liên quan đến hành vi lối sống, các bệnh này chủ yếu là các bệnh mạn tính.

Các hành vi nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi ở tất cả các quốc gia trên thế giới được xác định là: Hút thuốc lá; sử dụng rượu bia quá mức, Ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý, thừa cân béo phì.

* **Hút thuốc lá:** Theo công bố của Tổng hội Y khoa Hoa kỳ (2010) thì thuốc lá có 7.000 hóa chất, trong đó có 70 chất gây ung thư. WHO xếp thuốc lá là nguy cơ đứng thứ 2 trong 10 nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển. Các bệnh có liên quan tới thuốc lá bao gồm: ung thư phổi (90%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (75%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (25%).... Theo báo cáo của WHO (2004), 12% tử vong của người từ 30 tuổi trở lên trên phạm vi toàn cầu được quy cho có liên quan đến thuốc lá (tỷ lệ này ở Nam giới cao hơn nữ giới) .

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở Việt Nam(2010) cho thấy có 23,8 % người trưởng thành hiện đang hút thuốc (47,4% nam giới; 2,3% nữ giới). Có 73,1% người trưởng thành từ 15 tuổi trở lên (đại diện 47 triệu người) cho rằng bị phơi nhiễm thụ động với thuốc lá tại nhà (77,2% nam và 69,2% nữ).

* **Sử dụng rượu, bia quá mức:** Theo số liệu được Tổ chức Y tế Thế giới công bố, sử dụng rượu quá mức là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 8 và là yếu tố nguy cơ gây bệnh và tàn phế đứng thứ ba. Tác hại của rượu đối với sức khỏe là rất trầm trọng, sử dụng rượu quá mức có thể dẫn đến rối loạn tâm thần, xơ gan, viêm tụy, đái tháo đường, tăng huyết áp, đột quỵ, chấn thương chủ định hoặc không định chủ, ung thư... Hơn nữa, sử dụng rượu quá mức còn ảnh hưởng tới sức khỏe của người khác và sự phát triển kinh tế, văn hóa và xã hội. Tuy nhiên, mức tác hại của rượu đối với sức khỏe con người phụ thuộc vào số lượng rượu sử dụng mỗi ngày và cách các cá thể sử dụng rượu như thế nào .

Năm 2006, J. W. Culberson nghiên cứu ở Mỹ cho kết quả 33% NCT có sử dụng rượu, bia trong khoảng thời gian 30 ngày, 25% trong số này uống rượu hàng

ngày (nam 31%; nữ 19%). Nghiên cứu trong các bệnh nhân nội trú từ 75 tuổi trở lên tại Pháp (2013) cho thấy có khoảng 44% NCT sử dụng rượu, người có vấn đề về tâm trí có tỷ lệ sử dụng rượu cao hơn. Tỷ lệ NCT sử dụng rượu trong một nghiên cứu ở Brazil (2010) là 8,2% .

+ **Ít hoạt động thể lực:** Đã có nhiều tài liệu của WHO và các tổ chức nghề nghiệp của các quốc gia công bố lợi ích của việc hoạt động thể lực thường xuyên như: hoạt động thể lực thường xuyên có tác dụng cải thiện chức năng nội mô, kích thích quá trình ô xy hóa lipid, kích thích hoạt động của các enzyme, tăng tính nhạy cảm của gan, cơ xương và mô mỡ đối với hoạt động của Insulin... trên cơ sở đó, hoạt động thể lực có vai trò nâng cao sức khỏe con người, đặc biệt là trong việc phòng các bệnh mạn tính như: các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu....

Tiếp theo việc công bố các bằng chứng về lợi ích của việc hoạt động thể lực thường xuyên, năm 2010 WHO đã xuất bản tài liệu hướng dẫn hoạt động thể lực vì sức khỏe (trong đó có nội dung dành cho người cao tuổi) để làm cơ sở cho việc tập luyện hướng tới mục tiêu phòng các bệnh mạn tính hiệu quả. Theo nội dung của tài liệu, người từ 65 tuổi trở lên nên hoạt động thể lực ở cường độ nhẹ đến trung bình ít nhất 150 phút mỗi tuần, hoặc tập thể lực ở cường độ cao ít nhất 75 phút mỗi tuần, những người có khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động thể lực thì có thể tập các bài tập thăng bằng, ngăn ngừa té ngã ít nhất 3 lần mỗi tuần .

Mặc dù lợi ích của hoạt động thể lực thường xuyên đã có những bằng chứng rất rõ ràng song đối với NCT có nhiều yếu tố cản trở nhận thức và thực hiện đúng theo chỉ dẫn. Năm 2001, K. M. Cooper và cộng sự tiến hành nghiên cứu những rào cản trong việc thực hiện các hoạt động thể lực ở người 60 – 80 tuổi cho thấy ở NCT đau, mệt mỏi, suy giảm chức năng của các giác quan là rất phổ biến và là yếu tố làm cản trở họ tham gia các hoạt động thể lực.

Nguyễn Quốc Anh và Phạm Minh Sơn (2005) đã tiến hành nghiên cứu đặc trưng người cao tuổi Việt Nam và đánh giá các mô hình chăm sóc người cao tuổi đang áp dụng. Một trong những phát hiện của nghiên cứu này là tỷ lệ NCT tham gia các hoạt động thể lực, nâng cao sức khỏe còn hạn chế, chỉ có 13,8% NCT tham gia các câu lạc bộ dưỡng sinh (thành thị 23,3%; nông thôn 4,4%), tập trung chủ yếu vào NCT có tình trạng sức khỏe tốt (17,1%) và trung bình(56,1%). Có 64% NCT tập luyện tại nhà. Đáng chú ý là 59,6% NCT có tình trạng sức khỏe hạn chế không quan tâm tới việc tập luyện thể thao.

+ **Chế độ dinh dưỡng không hợp lý:** Thực phẩm cung cấp cho cơ thể các chất dinh dưỡng cần thiết để tồn tại, hoạt động và phát triển. Những bằng chứng khoa học hiện nay cho thấy muốn có cuộc sống khỏe mạnh, con người cần phải biết sử dụng thực phẩm một cách hợp lý đồng thời phải tích cực hoạt động thể lực.

Dinh dưỡng hợp lý (hay sử dụng thực phẩm hợp lý) là tình trạng được cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng một cách cân đối và vệ sinh. Nếu thừa hoặc thiếu dinh dưỡng đều không có lợi cho sức khỏe, ví dụ ăn nhiều chất béo, nhiều muối...hoặc ăn thiếu các chất dinh dưỡng như thiếu Protein, thiếu các Vitamin và khoáng chất.

Khi dinh dưỡng không hợp lý sẽ dẫn tới gánh nặng kép về dinh dưỡng mà nhiều quốc gia đang phát triển hiện nay phải đối phó đó là suy dinh dưỡng và thừa cân béo phì [60], [105]. Thừa cân béo phì lại là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu...

Theo số liệu của WHO (2006), trên phạm vi toàn thế giới có 1,6 tỷ người thừa cân và 400 triệu người béo phì .

Phạm Văn Hoan (2007) phân tích số liệu từ cuộc điều tra mức sống dân cư 1992-1993; 1997-1998 và kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cung cấp các bằng chứng về tỷ lệ thừa cân béo phì ở người cao tuổi Việt Nam đang có xu hướng gia tăng, thành thị (29,6%) cao hơn nông thôn (12,1%); nữ giới (21,2%) cao hơn nam giới (14,7%).

Kết quả nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước trong những năm gần đây chứng minh mối liên quan giữa thừa cân béo phì và một số bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...

3. Thực trạng sức khỏe người cao tuổi

3.1. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi trên thế giới

Đảm bảo của người cao tuổi có tình trạng sức khỏe tốt nhất là một mục tiêu quan trọng hàng đầu của cả thế giới, đó là nội dung trong kế hoạch hành động quốc tế về người cao tuổi năm 2002 tại Madrid. Người dân đạt được mức độ cao về sức khỏe là mục tiêu của sự phát triển và là chìa khóa cho sự tăng trưởng kinh tế và phát triển xã hội. Người cao tuổi có sức khỏe tốt sẽ góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống đồng thời có thể đóng góp kinh nghiệm và trí tuệ vào quá trình phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội và chính sách xã hội.

Thế kỷ XX đã chứng kiến một sự suy giảm tỷ lệ tử vong chưa từng có trên phạm vi toàn cầu. Số người có cơ hội sống đến tuổi 60 đã tăng một cách đáng kể ở tất cả các vùng trên thế giới (46 tuổi năm 1950 tăng lên 76 tuổi năm 2005), những người sống sót đến 60 tuổi còn có cơ hội để sống lâu hơn nữa. Tuy nhiên, vấn đề đặt ra hiện nay là có bao nhiêu năm con người có thể sống khỏe mạnh ở tuổi từ 60 trở lên.

Việc kiểm soát tốt các bệnh nhiễm khuẩn đã làm giảm tỷ lệ tử vong đồng thời làm thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong. Khi tỷ lệ tử vong do bệnh truyền nhiễm giảm, tỷ lệ tử vong do các bệnh không truyền nhiễm như: tim mạch, đột quỵ, ung thư chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số tử vong. Trong nhóm người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) bệnh không truyền nhiễm chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất và là gánh nặng bệnh tật lớn nhất ở các nước phát triển, thậm chí ở cả những nước đang phát triển. Trên phạm vi toàn cầu, năm 2004, tử vong vì các bệnh không truyền nhiễm chiếm

tới 86 % số tử vong ở nhóm người cao tuổi, dao động từ 77% ở các nước thu nhập thấp đến 91 % ở các nước thu nhập cao.

Bảng 33 : Tỷ lệ tử vong ở người từ 60 tuổi trở lên theo nhóm bệnh, nhóm thu nhập: 2004

Chỉ số tử vong	Toàn cầu (%)	Các nước thu nhập cao	Các nước thu nhập trung bình	Các nước thu nhập thấp
Tổng	100	100	100	100
Bệnh lây và điều kiện dinh dưỡng không tốt	10	6	7	19
Bệnh không lây	86	91	89	77
Chấn thương	4	3	4	4

Nguồn: Calculated from WHO, The Global Burden of Disease, 2004 update, table A5.

Các nước thu nhập thấp không những phải đối mặt với tuổi thọ trung bình thấp mà còn phải đối mặt với tình trạng sức khỏe kém. Ở mọi lứa tuổi, suy giảm chức năng ở mức độ nặng và trung bình ở các nước thu nhập thấp và trung bình cao hơn các nước thu nhập cao đặc biệt là ở các quốc gia châu Phi. Trung bình, tỷ lệ người bị suy giảm chức năng mức độ nặng và trung bình ở người cao tuổi (≥ 60) gấp 3 lần những người trong độ tuổi lao động (15 – 59 tuổi). Các nghiên cứu ở cả các nước phát triển và đang phát triển đều chỉ ra rằng, phụ nữ có tuổi thọ cao hơn nam giới và phụ nữ chiếm tỷ lệ lớn về gánh nặng bệnh tật và suy giảm chức năng ở người cao tuổi. Vì vậy, người cao tuổi là nữ giới có nhiều năm sống trong tình trạng sức khỏe không tốt.

Suy giảm thính lực, thị lực và sa sút trí tuệ là những nguyên nhân thường gặp nhất của suy giảm chức năng ở người cao tuổi. Các bệnh mạn tính như: Trầm cảm, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh tim mạch là những nguyên nhân đặc thù thường gặp nhất ở người cao tuổi. Những bệnh gây khuyết tật hàng đầu ở người cao tuổi ở cả các nước phát triển và đang phát triển là: khiếm thính, khiếm thị, bệnh khớp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, trầm cảm và bệnh tim mạch. Bệnh Alzheimer phổ biến hơn ở

các nước phát triển bởi vì số người từ 80 tuổi trở lên ở các quốc gia này cao hơn các quốc gia đang phát triển, trong khi đó chấn thương không chủ định lại phổ biến hơn ở các nước đang phát triển (bảng 34)

Bảng 34: Mười nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật vừa và nặng ở người cao tuổi xếp theo thứ tự quan trọng

Các nước phát triển	Các nước đang phát triển
Giảm thính lực	Giảm thính lực
Bệnh xương khớp	Lỗi khúc xạ
Lỗi khúc xạ	Đục thủy tinh thể
Alzheimer	Bệnh xương khớp
Thoái hóa hoàng điểm	Thoái hóa hoàng điểm
COPD	Bệnh mạch vành
Bệnh mạch vành	COPD
Tai biến mạch máu não	Glocoma
Viêm khớp dạng thấp	Alzheimer
Glocoma	chấn thương không chủ định

Theo kết quả nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu của WHO đầu những năm 2000 cho thấy: ở các nước đang phát triển, hơn 20 % số người cao tuổi gặp khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo...; 2 phần ba số người cao tuổi được báo cáo là có một hoặc nhiều bệnh mạn tính như: tăng huyết áp; đái tháo đường; COPD, bệnh tim mạch và bệnh khớp. Kết quả khảo sát cũng chỉ ra rằng tỷ lệ tàn tật ở nhóm người từ 70 trở lên cao hơn nhóm người tuổi 60 và nữ giới có tình trạng sức khỏe kém hơn nam giới.

** Xu hướng mắc bệnh mạn tính ở người cao tuổi trên thế giới*

Theo kết quả từ các số liệu điều tra ngang, văn hóa là yếu tố có liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe và tử vong ở người cao tuổi. Điều đó dẫn tới một mong muốn rằng nếu nâng cao mặt bằng học vấn thì sẽ góp phần kéo dài những năm sống khỏe mạnh ở người cao tuổi. Tuy nhiên, sự thật lại không thuận lợi như chúng ta mong muốn, sự quay trở lại của những bệnh nhiễm khuẩn như lao, sốt rét... tình trạng thừa cân béo phì ngày một gia tăng, lối sống không lành mạnh như uống rượu, hút thuốc lá, và sự không ổn định của hệ thống y tế, hệ thống chính trị là những yếu tố tác động mạnh tới tình trạng sức khỏe người cao tuổi.

Kết quả các nghiên cứu ở tất cả các vùng trên thế giới là bằng chứng thuyết phục cho việc dự báo về xu hướng bệnh mạn tính đang gia tăng trong thời gian gần đây, những bệnh mạn tính được quan tâm nhất là tình trạng thừa cân béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn Lipid máu, sa sút trí tuệ và suy giảm chức năng nghe, nhìn.

3.2. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam

Theo số liệu thống kê, người cao tuổi ở Việt Nam đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng trong vòng 30 năm trở lại đây. Người cao tuổi thường kèm theo những suy giảm về chức năng của các cơ quan, tổ chức trong cơ thể làm cho sức khỏe người cao tuổi bị suy giảm thường mắc bệnh mạn tính. Kết quả những nghiên cứu gần đây về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam cho thấy:

Có khoảng từ 18,1 – 57,7% người cao tuổi tự đánh giá có sức khỏe kém 4/5 số người cao tuổi mắc các bệnh mạn tính và trung bình mỗi người cao tuổi có khoảng 2,1 bệnh mạn tính .

Theo kết quả điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam của Phạm Thắng(2007) được tiến hành ở 3 địa điểm đại diện cho 3 miền cho thấy những bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi Việt Nam theo thứ tự là: suy giảm thị lực (76,7%) trong đó có khoảng 57,9

% bị đực thủy tinh thể; tăng huyết áp (45,5%); rối loạn lipid máu (45,0%); suy giảm thính lực (40,1%); thoái hóa khớp (33,9%). Một số bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, sa sút trí tuệ, thừa cân béo phì và COPD cũng ở ngưỡng cao.

Nhóm tuổi ≥ 75 có tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính cao hơn nhóm tuổi 60-74 ở hầu hết các nhóm bệnh.

Nữ giới có tỷ lệ mắc các bệnh thoái hóa khớp, rối loạn lipid máu, sa sút trí tuệ cao hơn nam giới, trong khi nam giới có tỷ lệ mắc COPD cao hơn so với nữ giới.

3.3. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi

Mô hình bệnh tật trên thế giới đang có xu hướng chuyển từ các bệnh lây truyền sang các bệnh không lây truyền, số người tử vong do các bệnh không lây chiếm 2/3 trong tổng số 57 triệu người tử vong năm 2008 trên phạm vi toàn cầu. Trong đó 80% trường hợp tử vong do bệnh không lây tập trung ở các nước thu nhập trung bình và thu nhập thấp.

Tại các quốc gia đang phát triển, số người từ 60 tuổi trở lên tử vong vì các bệnh không lây gấp 2 lần nhóm người dưới 60 tuổi.

Kết quả nghiên cứu ở hầu hết các quốc gia trên thế giới đều cho thấy nhóm bệnh mạn tính phổ biến nhất ở người từ 60 tuổi trở lên là tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh xương khớp, rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì. Trong đó, tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở người từ 60 tuổi trở lên.

Bên cạnh các bệnh mạn tính gây tử vong cao, nhóm người từ 60 trở lên còn phải đối diện với các vấn đề sức khỏe do suy giảm chức năng như suy giảm chức năng nghe, nhìn và suy giảm trí nhớ. Những vấn đề này tuy không gây tử vong nhưng ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

3.3.1. Tăng huyết áp ở người cao tuổi

Tăng huyết áp trên thế giới

Tăng huyết áp là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất đặc biệt ở người cao tuổi bởi vì tuổi càng cao thì nguy cơ tăng huyết áp càng cao.

Việc xác định tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp phụ thuộc vào tiêu chuẩn được sử dụng để phân loại, cách đo và nhóm đối tượng. Tuy nhiên, hiện nay hầu hết các quốc gia đều sử dụng thống nhất về cách đo trong các cuộc điều tra và sử dụng tiêu chuẩn của JNC VII để phân loại tăng huyết áp cụ thể là: một người được chẩn đoán là tăng huyết áp khi chỉ số huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Tiêu chuẩn chẩn đoán này cũng được Bộ Y tế (2011) sử dụng trong tài liệu “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp”

Theo kết quả nghiên cứu của nhiều quốc gia trên thế giới thì hơn một nửa người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi của các nước phát triển cao hơn các nước đang phát triển: ở Mỹ những năm 1999 - 2000 tỷ lệ này là khoảng 70 % (trong khi tỷ lệ này ở người trưởng thành là 27% ở nam và 32% ở nữ); Tunisia là 52% ; Tây Ban Nha là 62,1% ; tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Ấn độ là 51,8% ; ở Brazil là 51,8%;Thái Lan là 51,1% , Trung Quốc là 48,5%, Malaysia là 36%, Singapore 73,9% (2010) .

Ngoài những yếu tố về tuổi, giới có liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi đã được chứng minh thì tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và đái tháo đường là các yếu tố nguy cơ nổi bật mà hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp.

Tăng huyết áp có thể để lại những hậu quả rất nghiêm trọng trong đó đáng quan tâm nhất là các bệnh tim mạch và đột quy, suy thận, tổn thương võng mạc .

Các kết quả các nghiên cứu còn cho thấy có tới 1/3 số người cao tuổi không biết mình bị tăng huyết áp; có khoảng hơn 70 % người bị tăng huyết áp có dùng thuốc hạ huyết áp và hiệu quả điều trị tăng huyết áp (đưa chỉ số huyết áp về ngưỡng $< 140/90$ mmHg) chỉ đạt khoảng 40 % . Người cao tuổi ở các nước phát triển có nhận thức về bệnh tăng huyết áp, tuân thủ điều trị và hiệu quả kiểm soát huyết áp

cao hơn các nước đang phát triển, tuy nhiên sự khác biệt đó không có ý nghĩa thống kê và khoảng cách đó đang dần dần thu hẹp.

Ở đa số các quốc gia, tỷ lệ tăng huyết áp đang gia tăng nhanh chóng và tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu dịch tễ học đã chứng minh rằng tỷ lệ tăng huyết áp phổ biến hơn ở những cộng đồng cụ thể chứ không phải là hệ quả tất yếu của quá trình lão hóa và vì vậy công tác phòng chống tăng huyết áp là một mục tiêu có tính khả thi cao. Thông thường, tỷ lệ tăng huyết áp ở mức thấp ở những cộng đồng có BMI chuẩn, tiêu thụ ít muối, hoạt động thể lực đều đặn và một xã hội phát triển. Kinh nghiệm y tế công cộng đã chỉ ra rằng dịch bệnh thường bị ngăn chặn bởi các chiến lược phòng chống ban đầu nhằm làm giảm và ngăn chặn tối đa sự xáo trộn văn hóa cộng đồng làm nền tảng cho các vấn đề. Việc tạo ra một môi trường sống lành mạnh hơn có thể ngăn chặn sự gia tăng bệnh tăng huyết áp nói chung và ở người cao tuổi nói riêng ở mọi quốc gia.

Tăng huyết áp ở Việt Nam

Nếu như ở các nước phát triển, tăng huyết áp đã trở thành vấn đề y tế công cộng từ nhiều năm nay thì ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam tăng huyết áp gia tăng rất nhanh và đang tiến gần tới ngưỡng của các nước phát triển.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Khuê và cộng sự năm 1982, tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi là 9,2% .

Theo kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2001 – 2002, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi 65 – 74 là 50,0% ở nam giới và nữ giới là 49,2%; ở lứa tuổi ≥ 75 tỷ lệ tăng huyết áp là 55,8 % ở nam giới và 62,3% ở nữ giới.

Tác giả Hoàng Khánh và Tạ Tiến Dũng (2006) nghiên cứu tại Long An có kết quả là 53,8% người cao tuổi tăng huyết áp

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi trong nghiên cứu của tác giả Trương Tấn Minh, Lê Tấn Phùng (2008) tại Khánh Hòa là 48,1%.

Như vậy, với những kết quả nghiên cứu trong khoảng từ năm 2000 – 2008 ở Việt Nam thì tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi nước ta dao động trong khoảng trên dưới 50%, tỷ lệ này cũng tương tự như kết quả những nghiên cứu tại cộng đồng ở các nước đang phát triển như Ấn Độ, Thái Lan...

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi Việt nam cũng có các đặc điểm như các quốc gia khác trên thế giới đó là: tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn; người cao tuổi sống ở thành thị có tỷ lệ mắc cao hơn ở nông thôn, nhóm tuổi từ 75 trở lên có tỷ lệ mắc cao hơn nhóm tuổi từ 60 -74; tỷ lệ tăng huyết áp có mối quan hệ với tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân béo phì, uống rượu, hút thuốc lá và đái tháo đường.

Nhận thức của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp là một trong những yếu tố quan trọng trong việc triển khai các biện pháp dự phòng và kiểm soát huyết áp. Kết quả các nghiên cứu ở nước ta trong thời gian gần đây cho thấy kiến thức về bệnh và các biện pháp dự phòng tăng huyết áp của người cao tuổi vẫn có những khoảng trống đặc biệt là những người chưa bị tăng huyết áp.

3.3.2. Đái tháo đường

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) được định nghĩa là một nhóm các bệnh chuyển hoá được đặc trưng bởi tăng glucose máu mạn tính do hậu quả của sự thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insulin hoặc kết hợp cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong ĐTĐ làm tổn thương, rối loạn và suy chức năng của nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt là các tổn thương ở mắt, thận, thần kinh và tim mạch. Đái tháo đường được chia làm 3 dạng chính: đái tháo đường typ I; đái tháo đường type II và đái tháo đường thai kỳ, trong đó đái tháo đường type II chiếm hơn 90% tổng số các trường hợp.

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh đái tháo đường đang có xu hướng gia tăng rất nhanh, là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay, ước tính có khoảng 4,8 triệu người tử vong do đái tháo đường năm 2012. Theo số liệu của hiệp hội đái tháo đường thế giới, năm 2012 có khoảng 8,3 % (371 triệu) người trưởng

thành (20-79 tuổi) mắc đái tháo đường, 80 % số người mắc đái tháo đường đang sống ở các quốc gia đang phát triển (thu nhập trung bình và thấp). Khoảng 50 % người bệnh không biết mình bị đái tháo đường (28 – 80). Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người từ 60 tuổi trở lên trên toàn cầu ước tính là 13 % (năm 2010). Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ở các quốc gia khác nhau song nhìn chung tỷ lệ đái tháo đường đang gia tăng trên phạm vi toàn cầu đặc biệt là các quốc gia đang phát triển.

Kết quả nghiên cứu đái tháo đường ở người cao tuổi khu vực thành thị Ấn Độ của A.K. Singh và cộng sự năm 2012 cho thấy có 18,8 % người cao tuổi mắc đái tháo đường, 1/3 không biết mình bị bệnh, có khoảng 2/3 số người bị bệnh được điều trị và khoảng 3/4 số người điều trị có hiệu quả.

Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường người cao tuổi ở Mỹ của M.McDonald năm 1999 – 2004 cho kết quả là 21,2%, có 50,9% trường hợp mắc bệnh sử dụng thuốc điều trị.

Theo kết quả nghiên cứu của Y.Porapakkham và cộng sự tại Thái Lan năm 2004 thì tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường ở Thái Lan là 14% tỷ lệ này ở Brazil là 14,7%

Có nhiều bằng chứng cho thấy có sự liên quan giữa đái tháo đường và tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của Y.Porapakkham (2004) ở Thái Lan phát hiện thấy có 8 % NCT vừa mắc đái tháo đường vừa bị tăng huyết áp. Điều này đã được đề cập tới trong mục tiêu điều trị đái tháo của Mỹ

Nguy cơ của bệnh đái tháo đường type II được đã được xác định là: thừa cân – béo phì, chế độ dinh dưỡng không hợp lý, ít hoạt động thể lực, kháng insulin, yếu tố tuổi, giới, gia đình và chủng tộc. Trong đó các nguy cơ như thừa cân – béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, chế độ dinh dưỡng và hoạt động thể lực không hợp lý là những nguy cơ có thể thay đổi được.

Bệnh đái tháo đường có liên quan đến một loạt các biến chứng nghiêm trọng mà kết quả là làm giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Những biến chứng của

bệnh đái tháo đường thường rất phổ biến (khoảng 50% bệnh nhân bị đái tháo đường có các biến chứng) như bệnh mạch vành, các bệnh mạch máu ngoại vi, đột quỵ, bệnh lý thần kinh do đái tháo đường, cắt đoạn chi, suy thận và mù mắt. Các biến chứng này thường dẫn đến tàn tật và giảm tuổi thọ.

Việc sàng lọc sớm người bệnh đái tháo đường để có biện pháp phòng ngừa hợp lý là chiến lược được nhiều quốc gia trên thế giới áp dụng. Trong các giải pháp kiểm soát đái tháo đường, giáo dục nâng cao nhận thức và truyền thông thay đổi hành vi được nhiều tác giả lưu ý. Những nghiên cứu kinh điển nhất về lĩnh vực này là “Nghiên cứu ảnh hưởng của chế độ ăn uống và luyện tập trong việc phòng bệnh đái tháo đường típ 2 ở những đối tượng rối loạn dung nạp đường” tại Da quing, Trung quốc, “Nghiên cứu phòng bệnh đái tháo đường” tại Phần lan, “Nghiên cứu ngăn chặn đái tháo đường không phụ thuộc insulin”...; tất cả các nghiên cứu trên đều khẳng định bằng các biện pháp phòng bệnh khác nhau có thể giảm nguy cơ mới mắc đái tháo đường tới 58%. Các nghiên cứu cũng chỉ ra chế độ ăn và chế độ luyện tập hợp lý là biện pháp phòng bệnh hữu hiệu nhất khi so sánh với các biện pháp phòng bệnh bằng thuốc.

Ở Việt Nam, theo ước tính của WHO (2012) nước ta có 3,2 triệu người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường đứng thứ 7 trong số 39 quốc gia khu vực Tây Thái bình dương [81]. Kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2004 cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực lần lượt là: miền núi 7,8%; đồng bằng 8,2%; trung du 7,9% và thành phố là 13,4%. Các nguy cơ phổ biến nhất của đái tháo đường ở Việt Nam không kể tuổi là BMI cao, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực.

Hoàng Đăng Mịch và cộng sự (2008) nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường ở Hải Phòng phát hiện thấy có 4,15% người từ 55 tuổi trở lên mắc ĐTĐ, kết quả này trong nghiên cứu của Phạm Thắng (2007) là 5,3% .

Từ những kết quả nghiên cứu đã được trình bày ở trên, chúng ta có thể nhận thấy sự đe dọa đối của đái tháo đường đối với sức khỏe người cao tuổi trên phạm vi toàn cầu nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Những hiểu biết về nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của bệnh và những bằng chứng về hiệu quả của các biện pháp can thiệp đã được áp dụng giúp chúng ta tự tin và có quyền hy vọng sự thành công trong việc hạn chế, phòng chống bệnh đái tháo đường.

3.3.3. Thừa cân, Béo phì

Theo ước tính của WHO năm 2008, có 1,4 tỷ người từ 20 tuổi trở lên trên toàn cầu thừa cân, trong đó có 200 triệu nam giới và 300 triệu nữ giới béo phì. Tình trạng thừa cân béo phì ở người từ 60 tuổi trở lên cũng có xu hướng tăng ở tất cả các quốc gia trên thế giới. Số liệu thống kê của 10 quốc gia châu Âu năm 2004, tỷ lệ thừa cân béo phì ở nam giới từ 59 -71%; tỷ lệ này ở nữ giới là 41 – 67 % .

Ở các nước đang phát triển, suy dinh dưỡng là vấn đề từ nhiều năm nay, song ở các quốc gia này đang phải đối mặt với gánh nặng kép đó là tình trạng suy dinh dưỡng vẫn tồn tại, tình trạng thừa cân béo phì đang gia tăng nhanh chóng. Nghiên cứu của F. B.Andrade và cộng sự tại Brazil năm 2012 cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 23,4%, thừa cân là 41,8%. Một nghiên cứu khác ở Ấn Độ của năm 2004 cho kết quả tỷ lệ thừa cân là 26,7 %, béo phì là 9,7 %, tỷ lệ này ở Anh là 17% .

Thừa cân béo phì được xác định là nguy cơ chính của nhiều bệnh không lây truyền như các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và một số loại ung thư.

Nhận thức về nguy cơ của thừa cân béo phì đối với các bệnh mạn tính không lây là hết sức quan trọng vì nếu thay đổi lối sống bằng cách ăn uống hợp lý và hoạt động thể lực thường xuyên có thể phòng được thừa cân béo phì và trên cơ sở đó có thể giảm được nguy cơ mắc một số bệnh mạn tính liên quan đến thừa cân béo phì.

Kết quả nghiên cứu của Trần Đức Thọ và cộng sự năm 1999 – 2001 tại 3 xã của 3 miền ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 7,8%, nam 6,7%, nữ 8,6%; thừa cân là 10,5%. Béo bụng là nguy cơ của các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu.

3.3.4. Suy giảm chức năng ở người cao tuổi

Bên cạnh các bệnh mạn tính, người cao tuổi cao thường phải đối diện với vấn đề suy giảm nhiều chức năng của các cơ quan, tổ chức trong cơ thể. Mặc dù suy giảm chức năng không trực tiếp gây tử vong như các bệnh mạn tính nhưng ảnh hưởng rất lớn tới sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Những suy giảm chức năng hàng đầu gây ảnh hưởng tới người cao tuổi là: suy giảm thị lực, suy giảm thính lực và suy giảm trí nhớ.

Nhìn chung, tỷ lệ người cao tuổi suy giảm chức năng ở các quốc gia đang phát triển cao hơn ở các quốc gia phát triển, ở nữ cao hơn nam.

Theo ước tính của WHO có khoảng 24 % phụ nữ và 27% nam giới tuổi từ 45 trở lên bị suy giảm chức năng nghe ở các cấp độ khác nhau. Nghiên cứu suy giảm chức năng nghe của người từ 60 tuổi trở lên ở Brazil của L. C.Mattos (2007) cho thấy có 61,6% nữ giới và 77,5% nam giới bị suy giảm chức năng nghe .

Trong suy giảm thị lực ở người từ 60 tuổi trở lên thì đục thủy tinh thể là phổ biến và ảnh hưởng lớn nhất. Theo kết quả nghiên cứu của A.Araujo Filho và cộng sự tại Brazil (2008), tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên bị đục thủy tinh thể là 24, 16%. Tỷ lệ này ở Ấn Độ là 58%.

Trầm cảm (depression) là hội chứng phổ biến ở người cao tuổi, mặc dù chưa có số liệu chính xác về trầm cảm ở các nước đang phát triển song những kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy người cao tuổi ở các quốc gia này đang phải đối mặt với hội chứng trầm cảm, cô đơn và lo lắng. Tỷ lệ người cao tuổi mắc hội chứng trầm cảm dao động từ 13,9 % đến 45% .

Những vấn đề này có thể phát sinh khi có sự thay đổi một cách đột ngột trong cuộc sống như sự ra đi của người thân hoặc khi mắc bệnh. Trầm cảm thường kết hợp với một căn bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, bệnh tim mạch, suy giảm chức năng nghe, nhìn...

Sa sút trí tuệ (dementia) là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở người cao tuổi và tạo ra gánh nặng lớn cho người chăm sóc. Theo WHO ước tính năm 2010 có 36 triệu người trên toàn cầu mắc chứng sa sút trí tuệ và con số này sẽ tăng gấp đôi trong vòng 20 năm tới. Điều đáng quan tâm là số người sa sút trí tuệ tăng tập trung ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thu nhập thấp.

Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả tại Việt nam, tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi dao động từ 4,5% - 4,71%, tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi nhưng không có sự khác biệt về giới tính.

4. Tiếp cận, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi

4.1. Tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi trên thế giới

Tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe với mức chi phí thấp là nhu cầu của mọi lứa tuổi, tuy nhiên nhu cầu này ở người cao tuổi cao hơn các lứa tuổi khác vì tỷ lệ mắc bệnh mạn tính và suy giảm chức năng của nhiều cơ quan, tổ chức ở người cao tuổi cao hơn các nhóm tuổi khác.

Việc tiếp cận với dịch vụ y tế của NCT chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó yếu tố tác động lớn nhất là vấn đề tài chính, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Ở các quốc gia có thu nhập bình quân đầu người khoảng 1-2USD/ngày thì người dân (gia đình người cao tuổi) phải chi trả tới 50 % cho các chi tiêu vì y tế, trong khi đó tỷ lệ này ở các nước phát triển chỉ có 14%.

Một nghiên cứu có sự tham gia được tổ chức HelpAge International triển khai ở 5 quốc gia Đông Nam Á(2008) phát hiện thấy rào cản đối với NCT trong việc tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm: (1) vấn đề tài chính chi

trả cho các dịch vụ y tế (2) Thái độ và chất lượng của dịch vụ không “*thân thiện*” với NCT cụ thể là : (a) ở khu vực thành thị có vấn đề về sự thiếu tôn trọng của nhân viên y tế, thời gian chờ đợi lâu, cơ sở hạ tầng thấp kém; (b) ở khu vực nông thôn tồn tại một số vấn đề như trình độ chuyên môn của cán bộ y tế hạn chế đặc biệt là chuyên khoa lão khoa, giao thông đi lại không thuận tiện, NCT có tâm lý không muốn xa gia đình . Annette L. Fitzpatrick (2004) nghiên cứu trên 4889 NCT ở Mỹ cũng cho kết quả tương tự.

Những người từ 80 tuổi trở lên, những người độc thân hoặc gặp khó khăn trong việc di chuyển thường bị phụ thuộc vào người khác trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế.

Ở các nước đang phát triển, hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu thường tập trung nhiều vào việc phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm mà chưa chú trọng tới việc phòng chống các bệnh mạn tính. Hoặc nếu có thì cũng chỉ lồng ghép vào các chương trình chăm sóc sức khỏe chung cho cả cộng đồng. Điều đó dẫn tới việc tiếp cận với dịch vụ y tế của người cao tuổi gặp rất nhiều khó khăn.

Cán bộ y tế cơ sở nói riêng và cán bộ y tế nói chung thiếu kiến thức và kỹ năng chăm sóc cho người cao tuổi vì không được đào tạo. Tập hợp các nghiên cứu được tiến hành ở 18 quốc gia phát triển cho thấy đa số các bác sỹ có định kiến và thái độ không đúng khi khám chữa bệnh cho người cao tuổi.

Ngay cả việc sử dụng thuốc mới các thầy thuốc cũng rất ít khi tiến hành thử nghiệm ở người cao tuổi và vì vậy kết quả điều trị bằng thuốc mới trên người cao tuổi ít được ghi nhận. Hậu quả là, cùng có biểu hiện như nhau nhưng thuốc mới thì được kê đơn cho người trẻ nhiều hơn người cao tuổi.

4.2. Tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở Việt Nam

Việt Nam là một trong những quốc gia đang phát triển, vì vậy những đặc điểm về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi cũng có nhiều nét tương đồng với các nước đang phát triển khác đó là:

- Nhu cầu được chăm sóc sức khỏe của Người cao tuổi Việt Nam rất cao vì đa số NCT mắc bệnh mạn tính, đồng thời cùng một lúc mắc nhiều bệnh (2,69 bệnh)

- Hệ thống chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi còn rất hạn chế. Theo điều tra của Viện Lão khoa Trung ương (2006) thì hiện nay chỉ có 22 bệnh viện trong toàn quốc có khoa lão khoa với 139 bác sỹ, nghiên cứu viên và 237 điều dưỡng. Cả nước có 5 cơ sở chuyên chăm sóc sức khỏe lâu dài cho NCT, 2 cơ sở đào tạo môn Lão khoa. Cán bộ y tế cơ sở chủ yếu hoạt động trong lĩnh vực dự phòng, ít được đào tạo về các nội dung phòng chống bệnh mạn tính.

- Một rào cản rất lớn đối với NCT tiếp cận với hệ thống chăm sóc sức khỏe đó là chi phí chữa bệnh ngày càng tăng trong khi NCT lại thường bị phụ thuộc tài chính đặc biệt những NCT sống độc thân.

- Nhận thức của NCT về bệnh tật cũng là một cản trở lớn khi tiếp cận với dịch vụ y tế, nhiều nghiên cứu cho thấy nhận thức của người cao tuổi về bệnh mạn tính còn chưa đầy đủ .

Như vậy, một thực tế hiện đang tồn tại cả ở Việt Nam và trên phạm vi toàn cầu là sự mâu thuẫn giữa nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và khả năng đáp ứng của hệ thống y tế. Trong khi nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi càng ngày càng nhiều thì khả năng đáp ứng của hệ thống y tế và mạng lưới xã hội lại chậm thay đổi. Đối tượng chịu tác động lớn nhất từ sự mâu thuẫn này là người cao tuổi dễ bị tổn thương như những người gia cô đơn, người có thu nhập thấp, những người từ 80 tuổi trở lên

5.Chính sách và mô hình chăm sóc sức khỏe NCT trên thế giới và ở Việt Nam

5.1. Chính sách chăm sóc người cao tuổi trên thế giới

Nhận thức được tầm quan trọng và những thách thức của quá trình già hóa dân số, năm 1982, lần đầu tiên Liên hợp quốc triệu tập Đại hội thế giới về tuổi già họp tại thành phố Vienna nước Cộng hòa Áo. Chương trình hành động đã thống nhất đưa ra 50 điều khuyến cáo, bao quát 6 mục tiêu lớn về NCT trong đó mục tiêu về sức khỏe và dinh dưỡng của NCT được đề cập đến đầu tiên. Văn kiện này đã định hướng cho tư duy và hành động về NCT với nhiều chính sách và sáng kiến quan trọng

Năm 1990, Đại hội đồng liên hợp quốc đã quyết định lấy ngày 1 tháng 10 hàng năm làm ngày quốc tế NCT bắt đầu từ năm 1991.

Năm 2002 tại Madrid - Tây Ban Nha, Đại hội đồng Liên hợp quốc đã họp Hội nghị thế giới lần thứ 2 về già hóa dân số để tổng kết những kết quả của Hội nghị thế giới lần thứ nhất và thông qua kế hoạch hành động quốc tế về NCT 2002. Đây là một văn kiện chiến lược mới nhằm hướng dẫn các hoạt động chính sách về NCT trong thế kỷ XXI.

Chương trình hành động quốc tế về NCT năm 2002 đặc biệt chú ý đến những thách thức của quá trình già hóa dân số ở các nước đang phát triển. Chương trình được xây dựng theo ba bước ưu tiên đó là: (1) *Hướng ưu tiên 1*: NCT và sự phát triển, trong đó nhấn mạnh đến việc điều chỉnh các chính sách về thể chất và xã hội nhằm tạo điều kiện để NCT tiếp tục đóng góp cho xã hội; (2) *Hướng ưu tiên thứ 2*: tăng cường sức khỏe và chất lượng sống của NCT, trong đó nhấn mạnh đến nhu cầu về các chính sách nhằm tăng cường sức khỏe ngay từ khi còn trẻ và trong suốt cuộc đời để đạt được một tuổi già khỏe mạnh; (3) *Hướng ưu tiên thứ 3*: Đảm bảo môi trường thuận lợi và hỗ trợ cho NCT, trong đó nhấn mạnh đến việc tăng cường các chính sách hướng tới gia đình và cộng đồng nhằm tạo một môi trường sống an toàn cho NCT .

Chương trình hành động quốc tế về NCT năm 2002 là một văn kiện quan trọng của Liên Hợp quốc giúp cho việc hoạch định các chính sách cho NCT. Mặc dù già hóa dân số là một vấn đề có tính chất toàn cầu, tác động mạnh mẽ đến sự hình thành tương lai nhưng các chính sách cụ thể sẽ khác nhau tùy từng quốc gia, khu vực.

Năm 2012, trong bản báo cáo tóm tắt của WHO nhân ngày sức khỏe thế giới đã đưa ra nhận định: bên cạnh những vấn đề kinh tế, văn hóa, xã hội thì việc nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi là một vấn đề trọng tâm mang tính toàn cầu vì người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh mạn tính cùng một lúc, trong khi hệ thống y tế đặc biệt là các nước đang phát triển chưa đáp ứng kịp dẫn tới tăng gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho gia đình và xã hội. Đồng thời WHO cũng đưa ra các biện pháp nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi bao gồm: (1) Giáo dục sức khỏe cho mọi lứa tuổi thực hiện hành vi sức khỏe lành mạnh để phòng và hạn chế các bệnh mạn tính; (2) Giảm thiểu tối đa hậu quả của các bệnh mạn tính thông qua việc dự phòng sớm và chất lượng; (3) Xây dựng môi trường xã hội và hạ tầng thân thiện với người cao tuổi; (4) Thay đổi thái độ của xã hội đối với người cao tuổi để khuyến khích người cao tuổi tham gia nhiều hơn vào các hoạt động xã hội.

5.2. Một số mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hiện nay trên thế giới

xhiêm riêng cho NCT. Đa số các nước khác trong khu vực có các chính sách an sinh xã hội cho NCT, trong đó có các chế độ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ y tế cho NCT được thực hiện dưới nhiều hình thức khác nhau hoặc thông qua các hình thức trợ cấp quốc gia, hoặc chính sách khám chữa bệnh đặc biệt qua hệ thống thuế.

Chính sách chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở các nước trong khu vực có thể chia thành 2 nhóm: (1) Nhóm đã bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn bộ cho toàn bộ NCT bao gồm: Nhật Bản, Bắc Triều Tiên, Singapore, Malaysia, Thailand và Sri Lanka thông qua 2 hình thức hoặc cấp thẻ bảo hiểm y tế hoặc khám chữa

bệnh miễn phí thông qua hệ thống thuế; (2) Nhóm các nước chưa bao phủ chăm sóc sức khỏe được cho NCT: Trung Quốc, Ấn Độ, Indonesia và một số nước khác trong đó có Việt Nam .

- **Định hướng mô hình chăm sóc người cao tuổi trên thế giới**

Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc các bệnh mạn tính và suy giảm chức năng đang ngày càng gia tăng, diễn biến phức tạp ở người cao tuổi đặc biệt là ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo tất cả các quốc gia cần phải xây dựng hệ thống y tế có đủ khả năng để ngăn chặn và kiểm soát các bệnh không lây truyền. Bằng chứng cho cách làm này là rất rõ ràng: điểm mấu chốt để giảm thiểu và ngăn chặn sự hình thành và phát triển các bệnh mạn tính là phải thay đổi hành vi lối sống không có lợi cho sức khỏe như: ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý, sử dụng rượu bia quá mức và hút thuốc lá.

Kết quả một số nghiên cứu trong những năm gần đây làm rõ thêm định hướng đúng đắn này của WHO

Mô hình chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi có nhiều bệnh mạn ở Canada

Mô hình “IMPACT” clinic được C. Shawn Tracy và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu thử nghiệm ở Canada. Nghiên cứu này có mục tiêu là xây dựng mô hình chăm sóc lâu dài, thiết yếu cho người cao tuổi có nhiều bệnh mạn tính dựa vào nhóm chăm sóc toàn diện (nhóm này bao gồm các nhân viên y tế: bác sỹ gia đình, dược sỹ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng, nhân viên xã hội cộng đồng). Những số liệu đánh giá ban đầu chỉ ra rằng đây là một mô hình có tiềm năng tốt giải quyết các nhu cầu chăm sóc bệnh mạn tính phức tạp cho người cao tuổi. Tuy nhiên, mô hình này còn đang trong giai đoạn thử nghiệm, chưa đánh giá được đầy đủ tính khả thi, hiệu quả và tính bền vững của mô hình để có thể nhân rộng.

Lựa chọn và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi Brazil

Kết quả nghiên cứu tại Brazil của Bos và cộng sự công bố năm 2007 chỉ ra rằng, Hệ thống y tế công của Brazil không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức của người cao tuổi, tác giả đưa ra khuyến nghị chính sách là cần thiết phải cải thiện cơ sở vật chất và nâng cao kiến thức lão khoa cho cán bộ y tế tuyến cơ sở.

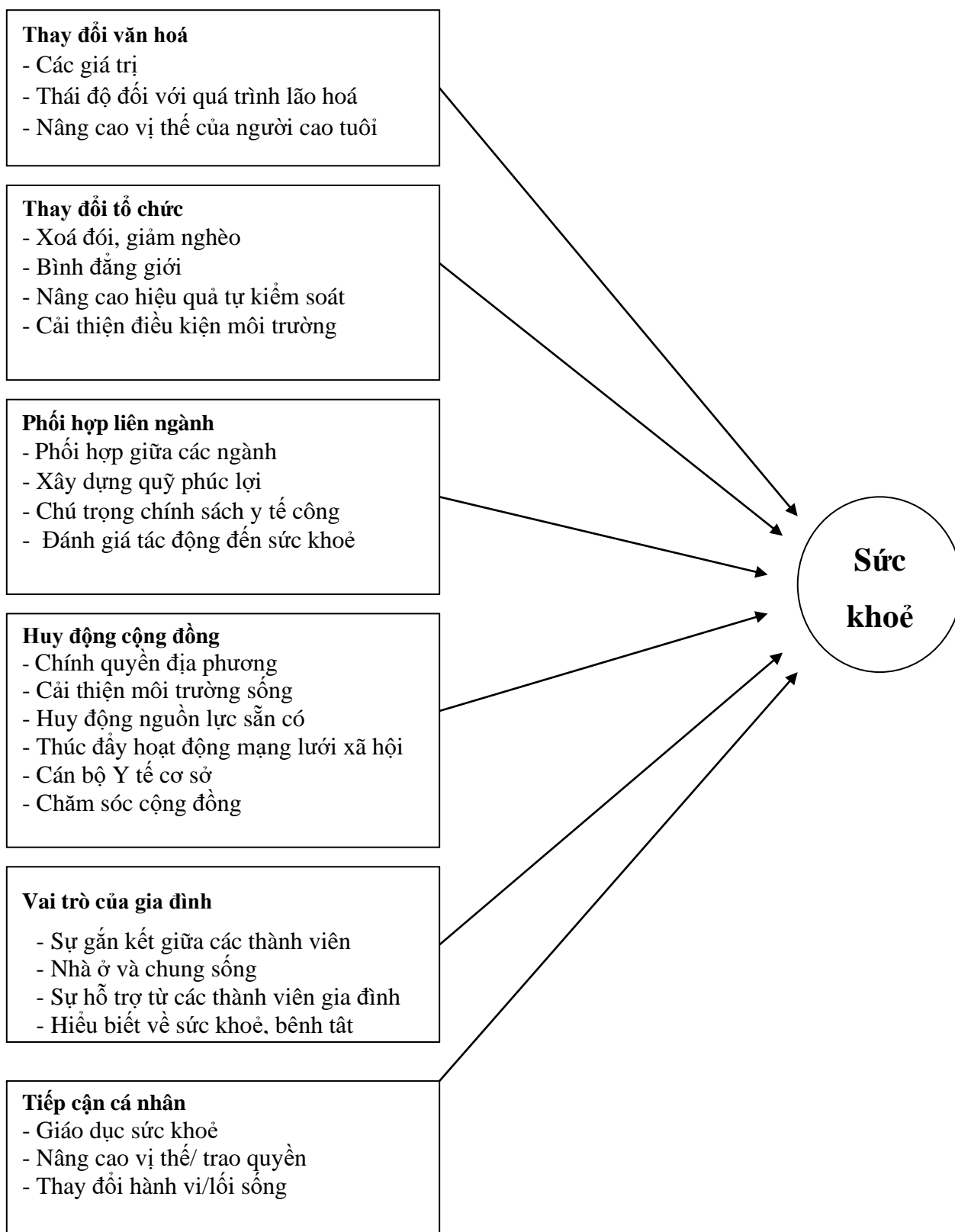
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Trung Đông

A. ABYAD (2006) đã tiến hành nghiên cứu dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Trung Đông cũng khẳng định các chính sách và chương trình nâng cao sức khỏe nhằm phòng chống các bệnh mạn tính, giảm nhẹ khuyết tật cho người cao tuổi là giải pháp phù hợp nhất cho các quốc gia đang phát triển vì như vậy sẽ vừa giảm được chi phí y tế vừa thúc đẩy phát triển kinh tế.

Hướng dẫn của WHO về nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi ở các nước đang phát triển.

Đối với các quốc gia phát triển, nhận thức của người cao tuổi cao và các dữ liệu về sức khỏe của người dân được quản lý tốt. Còn đối với các quốc gia thu nhập thấp và trung bình thì nhận thức của người cao tuổi thấp, thiếu số liệu có sẵn về sức khỏe người cao tuổi vì vậy việc xây dựng chiến lược hành động cho người cao tuổi gặp rất nhiều khó khăn.

Sau khi nghiên cứu tại 6 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, WHO đã xây dựng tài liệu hướng dẫn các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình phương pháp tiếp cận nâng cao sức khỏe người cao tuổi. Trong tài liệu này, WHO đã xây dựng mô hình các yếu tố tác động tới sức khỏe người cao tuổi (hình 5) và trên cơ sở đó, đề xuất các giải pháp tiếp cận nâng cao sức khỏe người cao tuổi ở các cấp độ khác nhau.



Hình 37: Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khoẻ người cao tuổi Nguồn: WHO *Ageing and Health: A health promotion approach for developing countries*

5.3. Một số chính sách về CSSK cho người cao tuổi ở Việt Nam

Kính trọng và đề cao vai trò của người cao tuổi luôn là truyền thống văn hoá tốt đẹp của nhân dân ta. Trong lịch sử, trí tuệ và kinh nghiệm quý báu của người cao tuổi cũng đã được phát huy trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc. Ngày nay, Đảng và Nhà nước ta vẫn tiếp tục phát huy truyền thống tốt đẹp này của cha ông, luôn coi việc quan tâm, chăm sóc đời sống vật chất tinh thần của người cao tuổi trong đó có chăm sóc sức khỏe là đạo lý của dân tộc, là trách nhiệm của toàn Đảng, toàn dân và các cấp chính quyền. Điều này đã được thể hiện qua việc ban hành nhiều chính sách của Nhà nước trong công tác chăm sóc người cao tuổi từ khi đất nước giành được độc lập đến nay bao gồm: Hiến pháp (1946; 1992); luật người cao tuổi (2009); Pháp lệnh; Quyết định; Chỉ thị, thông tư...

Đáng chú ý nhất là Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12 đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khoá 12 kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009. Luật người cao tuổi ra đời đánh dấu một mốc rất quan trọng trong chính sách đối với người cao tuổi của nhà nước ta trong đó, việc chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi

Để cụ thể hoá công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi theo Luật người cao tuổi, ngày 14 tháng 1 năm 2011, Chính phủ ra Nghị định 06/2011/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều trong Luật người cao tuổi. Ngày 14 tháng 10 năm 2011, Bộ Y tế ban hành thông tư số 35/2011/TT-BYT hướng dẫn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Thông tư quy định cụ thể nhiệm vụ của từng tổ chức, cá nhân trong và ngoài ngành Y tế trong việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

5.4. Một số mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam

Lựa chọn mô hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội của Việt Nam là vấn đề hết sức quan trọng. Kinh nghiệm từ mô

hình chăm sóc NCT tập trung, miễn phí và đầu tư trang thiết bị kỹ thuật cao ở các nước phát triển là không khả thi ở nước ta do chi phí cao, trong khi thu nhập thấp và tỷ lệ NCT tham gia BHYT hạn chế. Vì vậy, mô hình chăm sóc dự phòng và có sự tham gia của cộng đồng là phù hợp với điều kiện kinh tế còn khó khăn như nước ta hiện nay. Nguyễn Quốc Anh (2005) và cho cộng sự đã tiến hành đề tài “ *nghiên cứu một số đặc trưng của người cao tuổi và đánh giá mô hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi hiện đang áp dụng*” cho thấy hiện nay ở Việt Nam đang tồn tại một số mô hình chăm sóc sức khỏe như: (1) Trung tâm nuôi dưỡng người già và trẻ mồ côi ở An Giang; (2) Mô hình chăm sóc sức khỏe miễn phí cho người cao tuổi – Viện Lão Khoa; (3) Mô hình Trung tâm tư vấn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi TP. Hồ Chí Minh; (4) Khu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi Phú Diễn – Hà Nội. Mỗi mô hình nêu trên đều có những ưu điểm và hạn chế nhất định, ưu điểm là NCT được chăm sóc toàn diện và có sự hỗ trợ của cán bộ Y tế trong lúc ốm đau. Hạn chế lớn nhất của hầu hết các mô hình này là thiếu nguồn nhân lực và cơ sở hạ tầng chưa đảm bảo.

Mô hình chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng

Trần Thị Mai Oanh (2010) nghiên cứu đề tài “*Sức khỏe, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh, tỉnh Hải Dương*” đã chứng minh mô hình chăm sóc sức khỏe NCT dựa vào bản thân NCT và thành viên trong gia đình là mô hình hiệu quả, khả thi và phù hợp với điều kiện Việt Nam hiện nay. Tuy nhiên, để mô hình có tính bền vững thì chính quyền và y tế địa phương vẫn phải là chỗ dựa vững chắc và đặc biệt quan trọng là NCT cần được tập huấn và cung cấp các tài liệu cần thiết đối với những bệnh thường gặp ở NCT.

Mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại nhà được tác giả Trần Thị Hạnh(2008) nghiên cứu ở Cần Thơ cho thấy NCT tự chăm sóc sức khỏe tại nhà là phổ biến ở địa bàn nghiên cứu (51%). Để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe

tại nhà cho NCT, tác giả khuyến nghị cần có những đợt khám sức khỏe định kỳ cho NCT và nâng cao kiến thức tự chăm sóc cho NCT.

Mô hình chăm sóc sức khỏe dựa vào tình nguyện viên

Mô hình chăm sóc sức khỏe dựa vào tình nguyện viên là một dự án được sự hỗ trợ của tổ chức HelpAge International (HAI) và tổ chức Help Age Korea (HAK) triển khai thí điểm ở quận Đống Đa – Hà Nội và huyện Chí Linh – Hải Dương với mục tiêu là tổ chức mạng lưới tình nguyện viên để chăm sóc giúp đỡ người cao tuổi nghèo cô đơn trong sinh hoạt hàng ngày, giao tiếp xã hội và chăm sóc y tế[52]. Mô hình này có ưu điểm là quan tâm toàn diện tới NCT có điều kiện khó khăn. Tuy nhiên, đó cũng là hạn chế của mô hình vì với mô hình này thì chỉ một bộ phận NCT dễ bị tổn thương được chăm sóc còn đa số NCT thì chưa được chú ý tới.

Một cách tiếp cận toàn diện hơn trong việc nâng cao sức khỏe NCT đang được Hội Y tế công cộng Việt Nam triển khai tại huyện Tiên Hải tỉnh Thái Bình đó là chương trình “*Nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng*”. Mục tiêu của chương trình hướng tới là : (1) Nâng cao sức khỏe NCT thông qua việc nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi sức khỏe của (1họ; (2) Tăng cường sự tham gia tích cực, chủ động của NCT vào các hoạt động cộng đồng;(3)Nhân rộng mô hình sang các địa phương khác. Kết quả bước đầu của chương trình là rất quan đặc biệt là việc thay đổi hành vi nguy cơ như bỏ hút thuốc lá, giảm sử dụng bia, rượu và tích cực hoạt động thể lực, tham gia hoạt động xã hội.

Câu hỏi lượng giá

1. Trình bày đặc điểm nhân khẩu học người cao tuổi Việt Nam
2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi theo quan điểm của WHO
3. Liệt kê các bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi

4. Phân tích các bệnh thường gặp ở người cao tuổi
5. Phân tích chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hiện nay ở Việt Nam
6. Liệt kê các mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đã triển khai ở Việt Nam? Lựa chọn mô hình bạn cho là phù hợp nhất? Phân tích lý do

PHẦN II : THỰC HÀNH

1. Một số quy trình sử dụng trong thực hành cộng đồng

QUI TRÌNH ĐIỀU TRA SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG

TT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn thành đạt
1	Chuẩn bị		
	Làm việc với chính quyền nơi điều tra	Giải thích mục tiêu kế hoạch điều tra	Hợp đồng ý cộng tác
	Thiết lập danh sách đối tượng	Tránh nhầm lẫn đối tượng	Đúng đối tượng
	Thông báo cho nhân viên y tế và đối tượng điều tra	Tạo sự hợp tác	Hợp tác tốt
	Phiếu điều tra	Thu thập thông tin	Rõ ràng, ngắn gọn, dễ hiểu
	Địa điểm và thời gian điều tra	Thuận lợi cho việc điều tra	Thích hợp
2	Thử nghiệm phương pháp điều tra.	Hoàn chỉnh phiếu điều tra.	Rõ ràng, dễ hiểu, ngắn gọn, phù hợp với thực tế
3	Huấn luyện điều tra viên	Quan tâm và có thể xử lý một số tình huống xảy ra	Làm đúng theo mẫu điều tra, xử lý được tình huống
4	Tiến hành điều tra		
	- Phổ biến mục đích điều tra với đối tượng	Làm cho đối tượng hiểu và cho thông tin đúng	Hợp tác và cho thông tin đúng

	- Thực hiện PV và quan sát	Thu thập thông tin	Chính xác , trung thực
5	Xử lý thông tin	Tóm tắt kết quả.	Mô tả phân tích thông tin thu được
6	Viết báo cáo	Tóm tắt kết quả và kết luận chính	Rõ ràng , dễ đọc

QUY TRÌNH XÂY DỰNG BỘ CÂU HỎI

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn thành đạt
1	Chuẩn bị nội dung	Xây dựng chiến lược	Xác định được nội dung
1.1	Rà soát lại cây vấn đề	Tránh bỏ sót nội dung	Vẽ được cây vấn đề chi tiết, đầy đủ
1.2	Rà soát lại mục tiêu nghiên cứu	Phù hợp với mục tiêu	Các chỉ số nghiên cứu đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu
1.3	Xem xét các chỉ số/chỉ tiêu nghiên cứu	Viết câu hỏi cho phù hợp	
2	Đặt/ Viết câu hỏi	Thu thập các chỉ số cần thiết	Liệt kê được các câu hỏi có thể phục vụ cho việc thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu
3	Sắp xếp cấu trúc bộ câu hỏi	Dễ dàng cho việc sử dụng	Logic – hợp lý
4	Hình thức bộ câu hỏi (và dịch thuật)	Dễ dàng cho việc sử dụng	Đẹp ; thuận tiện cho việc sử dụng

5	Phỏng vấn thử	Phát hiện các hạn chế	Phỏng vấn đủ số mẫu cần thiết
6	Đánh giá độ tin cậy của bộ câu hỏi	Thể hiện giá trị của bộ câu hỏi	Đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy theo quy định
7	Chỉnh sửa và hoàn thiện		Đảm bảo bộ công cụ sử dụng được

QUY TRÌNH THĂM, CHĂM SÓC SỨC KHỎE GIA ĐÌNH

TT	Các bước tiến hành	ý nghĩa	Tiêu chuẩn thành đạt
1	Chào hỏi, nói lý do đến thăm.	Gây thiện cảm với gia đình	Gia đình vui vẻ tiếp đón
2	Phát hiện các vấn đề sức khỏe gia đình	Phục vụ cho mục đích đến thăm	Chuẩn xác, rõ ràng
3	Thực hiện chăm sóc người bệnh, hướng dẫn gia đình cùng làm.	Thể hiện việc nói và làm. Sự chăm sóc của cán bộ y tế	Gia đình cảm ơn và lắng nghe
4	Giáo dục sức khỏe gia đình	Gia đình tự chăm sóc cho sức khỏe của họ.	Nghe, hiểu, tỏ rõ quyết tâm.
5	Ghi chép hướng dẫn dặn dò	Tỷ mỉ thân tình	Chú ý lắng nghe
6	Chào ra về	Để giao tiếp lâu dài	Vui vẻ, cởi mở.

QUY TRÌNH TRUYỀN THÔNG TRỰC TIẾP

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn thành đạt
1	Chào hỏi thân mật, tạo không khí thân thiện ngay từ đầu	Tạo sự tin tưởng	Tạo được không khí thân mật
2	Lắng nghe để tìm hiểu xem đối tượng đã biết, tin và làm gì về vấn đề đó	Tìm hiểu thông tin	Đánh giá được kiến thức và thực hành của đối tượng
3	Bổ sung thêm những điều cần biết, cần làm	Cung cấp kiến thức, kỹ năng đối tượng còn thiếu	Lựa chọn đúng các kiến thức, kỹ năng đối tượng còn thiếu.
4	Đưa ra các thông tin chủ chốt và giải thích những điểm lợi của hành vi mới	Củng cố niềm tin cho đối tượng	Lựa chọn đúng các kiến thức, kỹ năng đối tượng còn thiếu.
5	Khích lệ động viên	Củng cố niềm tin cho đối tượng	Đối tượng tin tưởng
6	Quan sát đối tượng trong khi nói để nắm bắt diễn biến và phản ứng của đối tượng	Để có những thay đổi cần thiết	Nắm bắt được phản ứng của đối tượng
7	Dùng từ ngữ quen thuộc	Đối tượng dễ hiểu	Không dùng từ chuyên môn
8	Giữ giọng điệu lời nói và cử chỉ biểu cảm thích hợp	Tăng cường sự tin tưởng	Duy trì được kỹ năng giao tiếp tốt

9	Dùng các phương tiện trực quan	Bổ trợ cho lời nói	Sử dụng phương tiện phù hợp
10	Tạo cơ hội cho đối tượng được trao đổi, phát biểu ý kiến và thực hành	Để kiểm tra kiến thức, kỹ năng của đối tượng	Đối tượng được trình bày các ý kiến và thực hành kỹ năng mới
11	Kiểm tra xem đối tượng có hiểu, làm đúng không?	Đánh giá đúng đối tượng	Đối tượng hiểu và làm đúng
12	Đi đến nhất trí với đối tượng về những gì họ sẽ làm	Cam kết thực hiện	Đối tượng cam kết thực hiện

2. Phiếu điều tra hộ gia đình

PHIẾU ĐIỀU TRA HỘ GIA ĐÌNH

Số

PHẦN 1: THÔNG TIN CHUNG

1. Thông tin gia đình

1.1. Tên chủ hộ.....

1.2. Địa chỉ.....

1.3. Bản đồ khu vực

1.4. Sơ đồ phả hệ (có bản riêng)

2. Thông tin về các thành viên trong gia đình

TT	Họ tên	Tuổi	Giới	Quan hệ	Tình trạng hôn nhân	Học vấn	Nghề nghiệp	SK thể chất			Tình trạng sức khỏe
								Cân nặng	Chiều cao	BM I	

3. Gia đình có người qua đời có:..... không:..... tuổi:

giới: nguyên nhân.....

4. Tình trạng sức khỏe

4.1. Sức khỏe sinh sản

TT	Kế hoạch hóa gia đình		Phương pháp			
	Có	Không (lý do)	Bao cao su	Thuốc	Triệt sản	Vòng tránh thai

4.2. Thai kỳ

TT	Tiêm phòng		Chăm sóc		Dấu hiệu bất thường thời kỳ mang thai	
	Có	Không	Có	Không	Không	Có (cụ thể)

4.3. Trẻ dưới 5 tuổi

TT	Bú sữa mẹ (hoàn toàn trong 6 tháng)		Cân nặng (so với tiêu chuẩn)			Phát triển		Tiêm phòng	
	Có	Không	Thấp	Bình thường	Quá cân	Bình thường	Bất thường	Có	không

4.4. Bệnh mạn tính

TT	Bệnh	Biến chứng		Kiểm soát bệnh		Tăng cường phòng bệnh	
		Không	Có (cụ thể)	Có	Không	Có	Không

4.5. Người cao tuổi và tàn tật

TT	Người cao tuổi	Người tàn tật

	Độc lập			Tích cực		Độc lập			Tích cực	
	Cao	Trung bình	Thấp	Có	không	Cao	Trung bình	Thấp	Có	không

PHẦN II: VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TINH THẦN

1. Bệnh tâm thần – thần kinh

Không..... Có..... (ghi cụ thể).....

2. Căng thẳng và lo lắng

- | | | |
|---|-------|----------|
| 2.1. Căng thẳng do yếu tố gia đình | 1. Có | 2. không |
| 2.2. Căng thẳng do công việc/ đồng nghiệp | 1. Có | 2. không |
| 2.3. Căng thẳng do vấn đề tài chính | 1. Có | 2. không |
| 2.4. Các vấn đề khác | 1. Có | 2. không |

3. Giảm căng thẳng

1. xem tivi 2. chơi thể thao 3. đọc sách báo 4. du lịch 5. khác

PHẦN III: VẤN ĐỀ HÀNH VI SỨC KHỎE

T T	Câu hỏi	Mức độ				Ghi chú
		Luôn luôn (≥5 ngày/tuần)	Thi thoảng 3-4 ngày/tuần	Đôi khi (1-2 ngày/tuần)	Không bao giờ	
1	Dinh dưỡng					

T T	Câu hỏi	Mức độ				Ghi chú
		Luôn luôn (≥ 5 ngày/tuần)	Thi thoảng 3-4 ngày/tu n	Đôi khi (1-2 ngày/tuần	Không bao giờ	
	Ông/ bà có thường xuyên ăn ngọt không (bánh, kẹo...)					
	Ông/ bà có thường dùng thêm muối hay nước mắm trong bữa ăn					
	Ông/ bà có thường ăn rau không					
	Ông/ bà có thường ăn đồ ăn nhanh (bún, phở, bánh kẹp thịt...)					
	Ông/ bà có thường ăn hoa quả không?					
	Ông/ bà có thường ăn đồ ăn cay không					
2	Thời gian rảnh					
	Ông/ bà có thường chơi điện tử					

T T	Câu hỏi	Mức độ				Ghi chú
		Luôn luôn (≥ 5 ngày/tuần)	Thi thoảng 3-4 ngày/tu n	Đôi khi (1-2 ngày/tuần	Không bao giờ	
	Ông/ bà có thường xuyên xem tivi không?					
3	Phòng tránh tai nạn					
	Ông/ bà có thường xuyên đội mũ bảo hiểm không?					
	Ông/ bà có thắt dây an toàn khi ngồi ô tô?					
	Ông/ bà có lái xe sau khi uống rượu không?					
	Ông/ bà có thường lái xe quá tốc độ không					
4	Quan hệ tình dục					
	Ông/bà quan hệ tình dục có thường xuyên không?					
	Ông/bà có sử dụng					

T T	Câu hỏi	Mức độ				Ghi chú
		Luôn luôn (≥5 ngày/tuần)	Thi thoảng 3-4 ngày/tu n	Đôi khi (1-2 ngày/tuần	Không bao giờ	
	bao cao su trong quan hệ tình dục không?					

4. Tập luyện thể dục, thể thao

Không...Có..... mức độ thường xuyên.....ngày/tuần.....thời gian (khoảng thời gian)

Nhẹ (đi bộ <10 phút,....)

Trung bình (đi chợ, mua sắm, nấu ăn, dọn nhà, cắt cỏ, đi bộ/bơi>10 phút)

Nặng (lao động nặng, làm nông, ...)

5. Hút thuốc và uống rượu

5.1. Hút thuốc

Ông/bà đã từng hút thuốc bao giờ chưa 1. chưa 2 rồi Không.....

Ông/bà đã bỏ thuốc được bao lâu rồi

Ông/bà đã hút thuốc được bao lâu rồi

Hiện tại Ông/bà hút bao nhiêu điếu thuốc một ngày?

5.2. Uống rượu, bia

không Ông/bà đã uống bia/rượu bao giờ chưa chưa rồi

Ông/bà đã bỏ bia/rượu được bao lâu rồi

có Ông/bà đã uống bia/rượu được bao lâu rồi?

Ông/bà uống bia/rượu bao nhiêu cốc một ngày?.....

6. Khám bệnh

Ông bà có kiểm tra sức khỏe thường xuyên không 1. Có 2. không

Nếu ông/bà trên 35 tuổi, ông bà có kiểm tra các chỉ số sau không

Huyết áp 1. Có 2. không

Xét nghiệm máu 1. Có 2. không

PHẦN IV: VẤN ĐỀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

1. Bảo hiểm y tế

Không

Bảo hiểm dành cho trẻ dưới 6 tuổi

Bảo hiểm y tế

Khác

Bảo hiểm dành cho người nghèo

2. Sử dụng các dịch vụ tế (khi mắc bệnh)

Trung tâm y tế

Bệnh viện

Phòng khám tư

Nhà thuốc

Thuốc thay thế (đông y) (cụ thể)

3. Khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế 1. Có 2. không

4. Sự hài lòng về các dịch vụ y tế 1. Có 2. không

PHẦN V: ĐIỀU KIỆN SỐNG

1. Nhà ở

Loại nhà: nhà tranh/mái ngói

Nhà mái bằng

Khác

Các nội thất

Tivi

Sử dụng ga

Tủ lạnh

Xe máy

Điều hòa

2. *Cung cấp nước sạch*

Nguồn cung cấp

Nước máy

Nước mưa

Khác

Nước lọc

Đủ nước dùng

1. *Có*

2. *không*

Vệ sinh

1. *Có*

2. *không*

3. *Nước thải*

Nhà vệ sinh 1. *Có* 2. *không*

3. Một số bảng kiểm vệ sinh môi trường

**BẢNG KIỂM VỆ SINH MÔI TRƯỜNG HỘ GIA ĐÌNH
(ĐÁNH GIÁ 3 CÔNG TRÌNH VỆ SINH)**

1. Bảng kiểm xử lý rác hộ gia đình

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không
1	Trong nhà và ngoài sân có nhiều rác		
2	Không có nơi đổ rác riêng		
3	Nơi đổ rác ở đầu hướng gió với nhà ở		
4	Nơi đổ rác cách nguồn nước dưới 6m		
5	Có nhiều ruồi đậu quanh hố rác		
6	Hố rác có mùi hôi thối		
7	Hố rác không được chôn lấp kín		
Tổng điểm			

2. Dành cho giếng khoan

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không
1	Cầu tiêu cách giếng trong vòng 10m		
2	Cầu tiêu cao hơn mặt giếng		
3	Nguồn ô nhiễm khác cách giếng <10m (chuông gia súc, hố rác)		
4	Nước đọng vũng trên nền xi măng trong vòng 2m		
5	Hệ thống dẫn nước bị hỏng vỡ, làm nước đọng vũng		
6	Bán kính nền xi măng quanh giếng <1m		
7	Nền xi măng xung quanh giếng bị nứt nẻ để nước thấm vào giếng		

8	Bơm tay bị lỏng chỗ nối từ trên xuống, nước thấm vào giếng		
9	Rãnh thoát nước không tốt		
Tổng điểm			

3. Dành cho giếng đào, giếng cải tạo có bơm tay

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không
1	Cầu tiêu cách giếng trong vòng 10m		
2	Cầu tiêu cao hơn mặt giếng		
3	Nguồn ô nhiễm khác cách giếng <10m (chuồng gia súc, hố rác)		
4	Nước đọng vũng trên nền xi măng trong vòng 2m		
5	Hệ thống dẫn nước bị hỏng vỡ, làm nước đọng vũng		
6	Không có tường rào bảo vệ giếng		
7	Bán kính nền xi măng quanh giếng <1m		
8	Nền xi măng xung quanh giếng bị nứt nẻ để nước thấm vào giếng		
9	Thành giếng không được trát kỹ ở độ sâu <3m		
10	Bơm tay hở để nước xâm nhập từ ngoài vào ống		
11	Nắp giếng bị nhiễm bẩn hoặc không có nắp		
12	Gàu múc nước ở trên sàn giếng		
Tổng điểm			

4. Bảng kiểm vệ sinh nguồn nước mưa

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không
1	Có các chất gây ô nhiễm trên mái hứng nước (rác, cỏ cây, phân chim...)		
2	Hệ thống máng xối bẩn		
3	Phương tiện lọc nước mưa không tốt trước khi nước chảy vào bể chứa (sỏi nhỏ) hoặc không có chỗ lọc nước trước khi nước chảy vào bể		
4	Các điểm khác làm cho nước chảy vào bể chứa được che kín hoặc không có nắp bể		
5	Những vết nứt trên bể làm cho nước thấm vào bể		
6	Không có hệ thống thoát nước quanh bể		
7	Có nguồn ô nhiễm cách bể chứa hay nơi hứng nước <2m (chuồng gia súc hay nơi đổ rác)		
8	Gáo múc nước đặt ở nơi có thể bị ô nhiễm		
9	Có rong, rêu, rác trong bể		
10	Không thay nước định kỳ		
Tổng điểm			

5. Vệ sinh hố xí hai ngăn

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không
Kỹ	1	Khoảng cách dưới 6m với giếng	
	2	Ngăn chứa phân nứt nẻ nước vào được	

	3	Nắp lấy phân không kín		
	4	Nắp nút hố xí không có hoặc nắp nút có cọc thấp <40cm		
	5	Nước tiểu không được tách riêng		
	6	Không đủ chất độn (tro, đất, vôi bột...)		
	7	Mái che không kín		
Vệ sinh	8	Có mùi		
	9	Có ruồi nhặng		
	10	Không có sọt đựng giấy chùi		
	11	Có súc vật tới đào bới		
	12	Có dây phân ở nền		
Sử dụng	13	Sử dụng hai ngăn cùng một lúc		
	14	Ở vị trí không thuận lợi (xa, khó đi)		
	15	Không làm vệ sinh thường xuyên		
	16	Không có cửa, vách hở		
Tổng điểm				

6. Dành cho hồ xí tự hoại, hồ xí thấm dội nước

Thông tin định lượng đánh giá nguy cơ ô nhiễm		Có	Không	
Kỹ thuật	1	Khoảng cách <10m so với nguồn nước		
	2	Khoảng cách <15m so với nhà ở		
	3	Nút nước không đúng kỹ thuật		
	4	Hồ xí bị tắc		
	5	Mái che không kín		
Vệ sinh	6	Có mùi		
	7	Có ruồi nhặng		
	8	Không có sọt đựng giấy chùi		
	9	Có dây phân ở nền		
	10	Không có đủ hoặc không có nước dội sau khi đi ngoài		
Sử dụng	11	Chỗ để đổ nước ở xa không thuận tiện		
	12	Không sẵn dụng cụ làm vệ sinh		
	13	Ở vị trí không thuận lợi (khó đi, xa...)		
	14	Không có cửa, vách hở		
Tổng điểm				

Cách dùng bảng kiểm

Sinh viên cho điểm vào bảng kiểm khi tới quan sát hộ gia đình. Nếu vào ô “Có” cho 1 điểm, vào ô “không” cho 0 điểm, sau đó cộng tổng số điểm cho từng phần và tổng số điểm cho toàn bộ và nhận xét.

PHẦN III

HƯỚNG DẪN THỰC TẾ CỘNG ĐỒNG

GIỚI THIỆU

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trân trọng cảm ơn quý đồng nghiệp đã giúp đỡ Nhà trường trong nhiều năm qua với cương vị là người hướng dẫn quản lý sinh viên đi thực tế cộng đồng. Nhờ sự hướng dẫn của các anh chị, nhiều thế hệ sinh viên của nhà trường đã đạt được các kỹ năng cần thiết trong chương trình đào tạo và phát huy được năng lực của các em khi ra trường. Chúng tôi thực sự mong muốn tiếp tục nhận được sự giúp đỡ và tham gia giảng dạy quý nhiệt tình của quý đồng nghiệp cho những lớp sinh viên trong thời gian tới. Chúng tôi cam đoan rằng, sinh viên của chúng tôi đã được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng để tham gia vào các hoạt động như một điều dưỡng cộng đồng.

Chúng tôi muốn được hợp tác cùng quý đồng nghiệp nhằm nâng cao chất lượng đào tạo, đặc biệt là phần thực hành cho sinh viên. Vì lý do đó, chúng tôi muốn gửi tới quý đồng nghiệp bản hướng dẫn thực hành cộng đồng cho sinh viên. Trong tài liệu này, chúng tôi cung cấp các thông tin cần thiết cho đợt thực hành của sinh viên tại cơ sở bao gồm: mục tiêu học tập, chỉ tiêu tay nghề cần đạt được và cách đánh giá, quản lý sinh viên. Quý đồng nghiệp có thể hỏi lại nếu có bất kỳ điều gì chưa rõ, chúng tôi rất mong muốn nhận được sự trao đổi, góp ý của quý đồng nghiệp để nâng cao hiệu quả phối hợp giữa Trường và cơ sở thực hành nhằm giúp cho việc thực tế của sinh viên đạt được chất lượng cao.

MỤC TIÊU MÔN HỌC

Sau khi học xong học phần này, sinh viên có khả năng

1. Trình bày được một cách hệ thống về các khái niệm, nội dung và quy trình điều dưỡng cộng đồng.. Vai trò, phạm vi hoạt động của điều dưỡng cộng đồng.
2. Xác định được các vấn đề sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng.
3. Thực hiện được các kỹ năng cần thiết trong quy trình điều dưỡng cộng đồng như: phỏng vấn; điều tra; sàng lọc; vẽ bản đồ, lập kế hoạch, viết báo cáo... ở cấp độ khác nhau.
4. Vận dụng được quy trình điều dưỡng cộng đồng để chăm sóc sức khỏe cho cá nhân, gia đình, nhóm và cộng đồng.
5. Vận dụng được các phương pháp và kỹ năng truyền thông phù hợp với đối tượng đích.
6. Trình bày được một cách hệ thống, đầy đủ về hệ thống ngành y tế Việt Nam
7. Có thái độ đúng mực, thường xuyên cập nhật, nghiên cứu và áp dụng hiệu quả các văn bản pháp quy liên quan đến ngành y tế.
8. Trình bày được một cách hệ thống các nội dung về quản lý chất thải y tế.
9. Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng quản lý chất thải y tế vào thực tiễn công việc của người điều dưỡng.

LỊCH TRÌNH THỰC TẾ CỘNG ĐỒNG

Kế hoạch thực tế cộng đồng cụ thể đã được nhà trường phê duyệt, chúng tôi sẽ gửi trước cho quý đồng nghiệp.

Để đảm bảo cho việc quản lý sinh viên được hiệu quả, chúng tôi xây dựng kế hoạch cụ thể cho sinh viên thực hành tại cơ sở. Trong quá trình triển khai kế hoạch thực tế, nếu cần thiết phải thay đổi, quý đồng nghiệp có thể điều chỉnh, **tuy nhiên** những điều chỉnh này quý đồng nghiệp cần báo trước cho giảng viên hướng dẫn tối thiểu là 1 ngày (24 giờ).

Thời gian	Hoạt động	Chỉ tiêu
Tuần thứ nhất		
Ngày thứ nhất	8 giờ - 8 giờ 30 sinh viên và giảng viên có mặt tại trạm theo kế hoạch làm công tác ổn định tổ chức: - Làm quen, giới thiệu và thống nhất nội dung học tập; nghe Trưởng trạm giới thiệu về Trạm y tế và nguyên tắc hoạt động của cán bộ y tế - Báo cáo với chính quyền địa phương - Ổn định nơi ở - Chia nhóm: Mỗi nhóm tối đa 5 sinh viên	
Ngày 2+3	Thu thập số liệu ban đầu để phục vụ cho hoạt động chẩn đoán cộng đồng (lượng giá sức khỏe cộng đồng) gồm các hoạt động: + Phỏng vấn trưởng trạm; đại diện chính quyền; đại diện đoàn thể; đại diện người	- Sinh viên tự xây dựng bộ công cụ thu thập số liệu trước khi xuống cộng đồng - Có minh chứng

	<p>dân (3 người)</p> <p>+ Quan sát môi trường xung quanh (kỹ thuật đi ngang qua làng, vẽ bản đồ)</p> <p>+ Tham khảo số liệu có sẵn tại trạm y tế(các số liệu liên quan đến y tế và sức khỏe); tại UBND xã (tình hình kinh tế-văn hóa-xã hội)</p>	<p>cụ thể: phiếu phỏng vấn; hồ sơ tài liệu.</p> <p><u>- Phần này sinh viên làm theo tổ</u></p>
Ngày 4 +5	<p>Xử lý số liệu thu thập được để xác định vấn đề sức khỏe và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên: (giảng viên giám sát giúp đỡ sinh viên)</p> <p>Khuyến khích các nhóm chọn vấn đề về môi trường; bệnh lây truyền qua động vật hoặc những vấn đề mà cơ sở gợi ý.</p>	<p><u>Chú ý:</u> Mỗi nhóm chọn được một chủ đề; không được trùng chủ đề với nhóm khác</p>
Tuần thứ hai		
Ngày 5+ 6	<p>Xây dựng bộ công cụ thu thập số liệu lần 2 trên cơ sở vấn đề ưu tiên đã lựa chọn.</p> <p>Mục đích để phát hiện những nguyên nhân của vấn đề làm cơ sở cho việc đề ra giải pháp can thiệp</p>	<p>Mỗi nhóm xây dựng một bộ công cụ phù hợp với chủ đề đã lựa chọn</p>
Ngày 7	<p>Thử nghiệm bộ công cụ và hoàn thiện bộ công cụ (giảng viên giám sát giúp đỡ sinh viên)</p> <p>Xác định đối tượng phỏng vấn (phù hợp với chủ đề)</p>	<p>Bộ câu hỏi phải đạt được các tiêu chí: rõ ràng; dễ hiểu; bao phủ nội dung chủ đề; nội</p>

	Báo cáo cơ sở y tế (trưởng trạm hoặc người được ủy quyền) đề lên kế hoạch thu thập số liệu	dung sắp xếp logic;
Ngày 8+ 9	Thu thập số liệu	Phỏng vấn tối thiểu 30 đối tượng
Ngày 10	Phân tích số liệu (giảng viên giám sát giúp đỡ sinh viên) Xác định nguyên nhân của vấn đề sức khỏe	Sử dụng phần mềm Exel để thực hiện. khuyến khích dung phần mềm thống kê (SPSS; EPI...)
Tuần thứ ba		
Ngày 11	Lập kế hoạch can thiệp bao gồm: - Chuẩn bị nội dung can thiệp : khuyến khích sinh viên hướng dẫn cho đối tượng can thiệp các kỹ năng phòng chống bệnh tật hoặc phục hồi chức năng ví dụ: tập thở cho người bệnh COPD; Hướng dẫn người bệnh tiểu đường chăm sóc bàn chân và chăm sóc dinh dưỡng; hướng dẫn trẻ em vệ sinh cá nhân (cách đánh răng; rửa tay...); hướng dẫn phục hồi chức năng tại cộng đồng cho người bệnh tai biến mạch máu não; Hướng dẫn sản phụ chăm sóc	Chuẩn bị đầy đủ nội dung; phương tiện và giấy mời

	<p>sức khỏe sinh sản sau sinh...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị phương tiện can thiệp: poster; tranh ảnh; dụng cụ trực quan... - Chuẩn bị đại điểm: nên chọn nhà văn hóa thôn - Xác định thời gian tiến hành can thiệp - Chuẩn bị đối tượng: <i>nên làm giấy mời</i> 	
Ngày 12	Tiến hành can thiệp (Ghi lại các hình ảnh làm minh chứng) (giảng viên giám sát giúp đỡ sinh viên)	Thực hiện theo đúng kế hoạch.
Ngày 13	Đánh giá sau can thiệp (có thể được tiến hành ngay sau can thiệp)	Đánh giá đúng , đủ đối tượng
Ngày 14	Chuẩn bị báo cáo bằng bản word (báo cáo tại trường bằng phần mềm powerpoint)	Nộp quyền theo đúng quy định
Ngày 15	<ul style="list-style-type: none"> - Sáng tổng kết tại Trạm Y tế - Chiều báo cáo tại Trường 	Báo cáo

BÁO CÁO TỔNG KẾT

(THEO NHÓM)

1. **Khái niệm;**

- Báo cáo tổng kết đợt thực tế là kết quả học tập thực tế của nhóm sinh viên được sử dụng làm cơ sở để bộ môn đánh giá kết quả học tập của sinh viên.
- Báo cáo tổng kết đợt thực tế phải là kết quả hoạt động học tập, thực hành độc lập của chính nhóm sinh viên, không được sử dụng những kết quả của những nhóm trước hoặc của nhóm sinh viên ở xã khác. Nếu bộ môn phát hiện thấy nhóm nào có nội dung trùng lặp, nhóm đó sẽ chịu trách nhiệm và xử lý theo quy chế hiện hành.

2. **Yêu cầu về nội dung và định dạng văn bản:**

Báo cáo phải đúng các quy định về trình bày, cụ thể như sau:

2.1. *Về định dạng văn bản:*

- Báo cáo bản word trình bày như sau: Canh lề: lề trái 3 cm; lề phải 02 cm; lề trên và dưới 2,5 cm. font chữ Time New Roman; cỡ chữ 14; cách dòng 1,5 line.
- Các đề mục và dưới đề mục đánh số Ả Rập (1,2,3,4...)

2.2. *Yêu cầu về nội dung*

- Phần phụ gồm:
 - + Trang bìa ngoài :
 - + Trang bìa phụ
 - + Lời cảm ơn
 - + Danh mục chữ viết tắt
 - + Mục lục
- Phần nội dung gồm:

1+ **Giới thiệu:**

- Giới thiệu về bản thân/ nhóm: bao gồm những cá nhân nào; giảng viên; địa danh đã đi thực tế (đặc điểm); thời gian đi thực tế....
- Vấn đề nhóm đã lựa chọn (sau khi chẩn đoán cộng đồng và tìm được vấn đề sức khỏe ưu tiên): **Ví dụ:** bệnh tăng huyết áp ; Đái tháo đường; ung thư....*Cần làm rõ đặc điểm dịch tễ học của vấn đề sức khỏe ưu tiên*

2+ Mục tiêu học tập: Trên cơ sở mục tiêu môn học, mỗi nhóm xác định mục tiêu học tập cụ thể cho nhóm của mình. Yêu cầu mục tiêu của nhóm phải đảm bảo không ít hơn mục tiêu học tập của môn học.

3+ Lượng giá sức khỏe cộng đồng: Phần này sinh viên trình bày kết quả đánh giá nhanh sức khỏe cộng đồng (ngày 2+3). Các số liệu được khuyến khích trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ.

4+ Chẩn đoán cộng đồng: Căn cứ kết quả thu thập được; sinh viên sử dụng công cụ chẩn đoán cộng đồng và lựa chọn sức khỏe ưu tiên.

5+ Phân tích vấn đề: Phần này sinh viên thực hiện các hoạt động sau:

- Phát triển bộ câu hỏi về chủ đề đã được lựa chọn và thử nghiệm bộ câu hỏi (Ngày 6 +7)
- Tổ chức thu thập thông tin (ngày 8+9)
- Phân tích số liệu để phát hiện những tồn tại/nguyên nhân của vấn đề sức khỏe (ngày 10). Khuyến khích sinh viên sử dụng phần mềm thống kê và trình bày số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ.
- Xác định nguyên nhân của vấn đề làm cơ sở cho việc đề xuất giải pháp

6+ Đề xuất giải pháp:

Phần này sinh viên phải viết được mục tiêu của giải pháp can thiệp. Khuyến khích sinh viên sử dụng các giải pháp can thiệp “ hướng dẫn thực hành” các kỹ năng tự chăm sóc cho đối tượng.

7.+ Lập kế hoạch can thiệp:

Sinh viên sẽ phải lên kế hoạch chi tiết cho hoạt động can thiệp bao gồm:

- Chuẩn bị nội dung can thiệp . Trường hợp sinh viên không tìm được tài liệu hướng dẫn thì có thể liên hệ với cơ sở y tế hoặc giảng viên để làm cơ sở cho can thiệp
- Chuẩn bị các phương tiện hỗ trợ như: poster; máy chiếu...
- Chuẩn bị địa điểm: nên chọn nhà văn hóa thôn hoặc trạm y tế làm nơi can thiệp
- Chuẩn bị đối tượng: Cần thiết phải có giấy mời
- Chuẩn bị thời gian...

Chú ý: nhóm trưởng phải phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên trong nhóm; ai chuẩn bị nội dung nào.

8+ Tiến hành can thiệp: Chú ý phải ghi lại các hình ảnh và tất cả các phương tiện sử dụng để can thiệp (quy trình hoặc hướng dẫn thực hiện kỹ năng)

9+Đánh giá sau can thiệp: Sinh viên có thể đánh giá ngay sau can thiệp hoặc ngày hôm sau.

10+ Kết luận:

- Kết quả đánh giá nhanh
- Các vấn đề sức khỏe của địa bàn và lựa chọn ưu tiên.
- Thực trạng về vấn đề sức khỏe ưu tiên đã chọn
- Các giải pháp đã tiến hành và kết quả.

Tài liệu tham khảo:

Phụ lục: sinh viên phải in phiếu điều tra (cả lần 1 và lần 2; các hình ảnh hoạt động của nhóm)

Nếu có điều gì chưa rõ, xin liên hệ với Th Vũ Thị Thúy Mai - khoa YTCC trường Đại học Điều dưỡng Nam Định : 257 Hàn Thuyên, TP Nam Định; Mobil : 0917561883

Tài liệu tham khảo

1. **Bộ Y tế - Vụ khoa học đào tạo (2003)**, *Điều dưỡng cộng đồng*, NXB Y học. Hà Nội.
2. **Bộ Y tế - Nhóm đối tác Y tế (2016)**, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, NXB Y học. Hà Nội. 214 trang.
3. **Bộ Y tế (2015)** Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 hướng dẫn chức năng nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn
4. **Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2015)** Thông tư liên tịch Bộ y tế - Bộ nội vụ số 51/2015-TTLT-BYT-BNV ngày 11/ 12/2015 “ *Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở y tế thuộc Ủy Ban Nhân Dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Phòng y tế thuộc Ủy Ban Nhân Dân quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh*”
5. **Chính phủ (2013)**, quyết định 122/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 10/01/2013 về việc “*Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030*”
6. **R Bonita, R Beaglehole, T Kjellstrom (2006)**. Dịch tễ học cơ bản. WHO phát hành. Phiên bản Việt Nam.
7. **Nguyễn Minh Sơn (2012)**. Dịch tễ học (Dùng cho đào tạo cử nhân điều dưỡng). Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9241547073_vie.pdf?sequence=9&isAllowed=y
8. **Tổng cục thống kê, UNICEF (2014)**, Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ

em và phụ nữ Việt nam năm 2014. URL:
<https://www.unicef.org/vietnam/media/1301/file/B%C3%A1o%20c%C3%A1o%20t%C3%B3m%20t%E1%BA%Aft%20MICS%202014%20Ti%E1%BA%BFng%20Vi%E1%BB%87t.pdf>

9. **Janet Quillian (2000), Phạm Đức Mục dịch, Sổ tay giảng dạy điều dưỡng cộng đồng** (bản thảo).
10. **Joan M. Cookfair. Lĩnh vực đào tạo SIDA – INDEVELOP(1998), Chăm sóc điều dưỡng ở cộng đồng**, NXB Y học. Hà nội
11. **Gail A Harkness, R DeMarco (2012), Community and Public Health Nursing: Evidence for Practice**. Philadelphia; Tokyo; Baltimore; London; New York; Hong Kong; Sydney; Buenos Aires: Lippincot Williams & Wilkins 2012. Available from: <http://www.lww.com>.
12. **Mary A. Nies, M MacEwen (2011), Community/public health nursing: Promoting for Health of Population**. Elsevier Saunders; China: . Available from: <http://evolve.elsevier.com>.
13. **WHO - Regional Office for South-East Asia (2010), Framwork for Community Nursing Education**. New Delhi 110 002, India: Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Margx. Available from: Website: www.searo.who.int.