



Original Article

Situation of Primary Health Care Activities in Non-Communicable Diseases for People in Dap Thanh Commune, Ba Che District, Quang Ninh Province in 2019

Nguyen Vu Ban¹, Le Anh Tuan¹, Dang Duc Nhu², Vu Duc Loi¹,
Vu Ngoc Ha¹, Mac Dang Tuan^{1,*}, Nguyen Thanh Trung¹

¹VNU School of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

²Department of Medical Service Administration, Ministry of Health, 138A Giang Vo, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 27 May 2021

Revised 15 June 2021; Accepted 12 July 2021

Abstract: Objectives: Describe the current status of village health care workers (VHWs) in non-communicable diseases (NCDs) with people in Dap Thanh commune, Ba Che district, Quang Ninh province in 2019. Subjects and methods: Direct interview with people in Dap Thanh commune, Ba Che district, Quang Ninh province: 151 people aged 18 and over. Information related to exposure to messages about NCD risk factors and primary health care activities of VHWs. Results: Most of the respondents heard about NCD risk factors messages in the past 30 days, from 56.3% (messages in physical inactivity), and 59.6% (notifications). on diet, 75.5% (messages on alcohol use) to 79.5% (messages for smoking). Radio/television is the most popular source of messages (between 91.8% and 95.8%) and the majority of people hear these messages from one source (from 77.1% to 80.9%). Most of the respondents said that there is no local village health worker (53.6%). Among localities with village health workers, the most common services provided were health communication and education (54.3%), while only 30% received NCD management services. These services are rated effective and moderate (6.6 - 7.7 points). Farmers who smoke and have diabetes are more likely to hear health messages than the rest of the population. Conclusion: The results show that the primary health care activities for non-communicable diseases of the people in the Dap Thanh commune are not really effective. The role of health workers as an official source of information has not yet been promoted. VHWs are not fully involved in the primary health care activities of the people. Efforts should be made to improve the capacity and participation of VHWs in health care activities, especially those NCDs managed by local VHWs.

Keywords: Non-communicable disease, village health worker, risk factor, communication, mountainous.

* Corresponding author.

E-mail address: tuanmac.smp@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4339>

Thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu trong các bệnh không lây nhiễm đối với người dân tại xã Đạp Thanh, huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2019

Nguyễn Vũ Bản¹, Lê Anh Tuấn^{1,*}, Đặng Đức Nhu², Vũ Đức Lợi¹,
Vũ Ngọc Hà¹, Mạc Đăng Tuấn¹, Nguyễn Thành Trung¹

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế, 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 27 tháng 5 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 15 tháng 6 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 12 tháng 7 năm 2021

Tóm tắt: Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân viên y tế thôn bản (YTTB) trong các bệnh không lây nhiễm (BKLN) với người dân xã Đạp Thanh, huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2019. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phỏng vấn trực tiếp người dân xã Đạp Thanh, huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh: 151 người dân từ 18 tuổi trở lên. Thông tin liên quan đến việc tiếp xúc với các thông điệp về các yếu tố nguy cơ của BKLN và hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu của YTTB. Kết quả nghiên cứu: Hầu hết những người dân được hỏi đều nghe về các thông điệp liên quan đến các yếu tố nguy cơ của BKLN trong 30 ngày qua, từ 56,3% (thông điệp không hoạt động thể chất), 59,6% (thông điệp về chế độ ăn uống), 75,5% (thông điệp sử dụng rượu) đến 79,5% (thông điệp hút thuốc). Đài phát thanh/truyền hình là nguồn phổ biến nhất của thông điệp (từ 91,8% đến 95,8%) và phần lớn người dân nghe những thông điệp này từ một nguồn (từ 77,1% đến 80,9%). Hầu hết các đối tượng người dân được hỏi cho biết không có nhân viên y tế thôn bản tại địa phương (53,6%). Trong hoạt động của nhân viên y tế thôn bản, hoạt động phổ biến nhất được cung cấp là truyền thông và giáo dục sức khỏe (54,3%), trong khi chỉ có 30% nhận được dịch vụ quản lý BKLN. Các dịch vụ này được đánh giá có hiệu quả và mức độ hài lòng vừa phải (6,6 – 7,7 điểm). Những người làm nông dân, có hút thuốc và mắc bệnh tiểu đường tiếp nhận các thông điệp về sức khỏe nhiều hơn các đối tượng còn lại. Kết luận: người dân được tuyên truyền về các thông điệp liên quan đến các không lây nhiễm; người dân đánh giá vai trò của YTTB còn hạn chế; hoạt động mà nhân viên YTTB cung cấp chủ yếu là các hoạt động liên quan đến tuyên truyền, giáo dục, tư vấn sức khỏe.

Từ khóa: BKLN, nhân viên YTTB, yếu tố nguy cơ, truyền thông, miền núi.

1. Mở đầu

Các BKLN là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu, góp phần lớn vào gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Một báo cáo toàn cầu gần đây cho

thấy BKLN là nguyên nhân gây ra hơn 41 triệu ca tử vong mỗi năm [1], ở các nước có thu nhập thấp và trung bình bị ảnh hưởng nặng nề hơn so với các nước có thu nhập cao [2]. Các BKLN thường gặp bao gồm bệnh tim mạch, ung thư,

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: tuanmac.smp@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4339>

bệnh hô hấp mãn tính và tiểu đường [3], phần lớn là do các yếu tố di truyền, hành vi và môi trường, trong đó các yếu tố hành vi như sử dụng thuốc lá, uống rượu, ăn mặn, đường và chất béo, và lối sống ít vận động là những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất [3].

Phòng ngừa và kiểm soát các BKLN là có thể thực hiện được nếu mọi người có đủ kiến thức và nhận thức về các yếu tố nguy cơ. Giáo dục sức khỏe, bao gồm truyền thông điệp sức khỏe, về các yếu tố nguy cơ của BKLN là một cách tiếp cận phổ biến và hiệu quả về chi phí để nâng cao nhận thức của cộng đồng về các yếu tố này, dẫn đến thay đổi hành vi phù hợp. Các đánh giá trước đây cho thấy rằng các can thiệp phòng ngừa BKLN đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành, ở nhiều cấp độ từ cá nhân, gia đình, cộng đồng và chính sách; tuy nhiên, truyền thông sức khỏe vẫn được coi là một trong những thành phần và hoạt động chính của các can thiệp này [4]. Do đó, việc hiểu biết về sự sẵn có của truyền thông thông tin y tế về các yếu tố nguy cơ ở các cơ sở khác nhau là rất quan trọng để thừa nhận những khoảng trống cần được thực hiện trong các kế hoạch (YTTB) đóng vai trò quan trọng đối với các quốc gia có nguồn nhân lực y tế hạn chế. Bằng cách huy động và chuyển nhiệm vụ người dân địa phương tự nguyện trở thành nhân viên y tế và cung cấp các khóa đào tạo ngắn hạn để nâng cao kiến thức y tế của họ, YTTB được kỳ vọng sẽ giải quyết được những thiếu hụt về nguồn nhân lực trong việc giải quyết các dịch bệnh BKLN [5]. Một số báo cáo cho thấy YTTB có hiệu quả trong việc đo huyết áp, tư vấn sức khỏe, quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường và các BKLN khác, cũng như cung cấp giáo dục sức khỏe để giảm các hành vi nguy cơ về sức khỏe [4, 6]. Để đạt hiệu quả trong phòng ngừa và kiểm soát BKLN trong tương lai cần có các chiến dịch truyền thông sức khỏe hiệu quả, sự tham gia của nhân viên y tế cộng đồng vào chương trình quản lý BKLN cũng cần được chú trọng, đặc biệt là ở những cơ sở hạn chế về nguồn lực. Nhân viên y tế cộng đồng hoặc nhân viên y tế thôn bản

Việt Nam là một trong những quốc gia có gánh nặng BKLN đang gia tăng nhanh chóng do tốc độ tăng trưởng kinh tế và tốc độ đô thị hóa

nhANH [7]. Các báo cáo trước đây cho thấy BKLN là nguyên nhân gây ra 77% số ca tử vong ở Việt Nam, chủ yếu là các bệnh tim mạch, ung thư và đái tháo đường [7]. Việt Nam đã xây dựng và triển khai các chương trình chiến lược quốc gia về phòng chống BKLN từ năm 2002 [8], và hiện tại, chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 đã được ban hành, nhấn mạnh vai trò của truyền thông sức khỏe và YTTB [9].

Ở Việt Nam, người dân sống ở khu vực miền núi là nhóm dễ bị ảnh hưởng bởi BKLN do trình độ học vấn thấp, tình trạng kinh tế xã hội thấp, hạn chế tiếp cận chăm sóc sức khỏe do rào cản địa lý và hạn chế về dịch vụ [10]. Tuy nhiên, bằng chứng hạn chế về sự sẵn có của thông tin liên quan đến BKLN và vai trò của YTTB trong môi trường này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “Trực trạng nhân viên y tế thôn bản với các bệnh không lây nhiễm tại miền núi năm 2019” với mục tiêu: Mô tả thực trạng các yếu tố liên quan đến bệnh không lây nhiễm và vai trò của nhân viên y tế địa phương trong việc nâng cao kiến thức và quản lý các bệnh không lây nhiễm.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thời gian nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu

Tháng 7 năm 2019, cuộc khảo sát thực hiện tại xã Đạp Thanh (huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh, Việt Nam). Chúng tôi thu thập số liệu cắt ngang với những người sống ở xã ít nhất 12 tháng, từ 18 tuổi trở lên. Công thức ước tính tỷ lệ dân số với độ chính xác tuyệt đối cụ thể được sử dụng để tính cỡ mẫu yêu cầu, với tỷ lệ kì vọng = 0,5 (theo nghiên cứu trước đây ở VN [11]), độ tin cậy = 95%, độ chính xác tuyệt đối = 0,08, kết quả với quy mô mẫu gồm 151 người dân.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành khảo sát phỏng vấn định lượng tại thực địa bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.4. Xử lý số liệu

Phiếu thu thập số liệu được làm sạch, sau đó được nhập liệu vào phần mềm epidata; sử dụng phần mềm stata với các thuật toán thống kê để đưa ra kết quả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi có sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng được phỏng vấn.

Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân trong cộng đồng, không nhằm mục đích nào khác.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của người được hỏi (n = 151)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính, Nữ	104	68,9%
Tuổi, ≥ 60 tuổi	46	30,5%
Dân tộc		
Tày	47	31,1%
Sán Chi	55	36,4%
Dao	28	18,5%
Cần Lan	15	9,9%
Khác	6	4,0%
Trình độ học vấn		
Mù chữ/Tiểu học	117	77,5%
Trung học cơ sở	28	18,5%
Trung học trở lên	6	4,0%
Nghề nghiệp, n (%)		
Nông dân/Công nhân	126	83,4%
Khác	25	16,6%
Thu nhập hộ hàng tháng (triệu đồng), Trung bình (SD)	1,4	1,3

Nhận xét: từ 60 tuổi trở lên là 30,5%. Độ tuổi nhỏ nhất tham gia nghiên cứu là 19 tuổi, cao nhất là 98 tuổi. Đa số người tham gia là dân tộc Tày (31,1%) và Sán Chi (36,4%), chỉ có 1 người Kinh (0,7%) tham gia nghiên cứu. Hầu hết mọi

người đều có trình độ tiểu học trở xuống (77,5%), nhóm người có trình độ trung học trở lên thấp (4,0%) và làm nông dân/công nhân (83,4%). Thu nhập trung bình của mọi người khoảng 1,4 triệu nghìn đồng (SD = 1,3).

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử của người được hỏi (n = 151)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tần suất sử dụng rượu		
Không bao giờ	113	74,8%
Hàng tháng hoặc ít hơn	21	13,9%
2-4 lần mỗi tháng	9	6,0%
2-3 lần mỗi tuần	3	2,0%
≥ 4 lần mỗi tuần	5	3,3%
Thói quen hút thuốc		
Không bao giờ	136	90,1%
Người từng hút thuốc	6	4,0%
Người hút thuốc không thường xuyên	3	2,0%
Người hút thuốc thường xuyên	6	4,0%
Mắc bệnh tiểu đường loại 2	80	53,0%
Tăng huyết áp	49	32,5%
Chỉ số khối cơ thể		
Bình thường (18,5-22,9 kg / m ²)	85	56,3%
Nhẹ cân (<18,5 kg / m ²)	10	6,6%
Thừa cân/béo phì (≥ 23 kg / m ²)	56	37,1%
Nhân viên y tế thôn bản hiện có ở địa phương	70	46,4%
Số lần khám của nhân viên y tế thôn bản trong 12 tháng qua (n = 70)		
Không	25	35,7%
Một lần	18 (25,7%)	25,7%
Hai lần	12 (17,1%)	17,1%
Hơn hai lần	8 (11,4%)	11,4%
Không biết / Không nhớ	7 (10,0%)	10,0%

Nhận xét: phần lớn người dân không sử dụng rượu bia (74,8%) hoặc hút thuốc lá (90,1%). Tỷ lệ tăng huyết áp do đái tháo đường tít 2 và thừa cân/béo phì lần lượt là 53,0%, 32,5% và 37,1%. Hầu hết những người được hỏi cho biết không có nhân viên y tế thôn bản tại địa phương của họ

(53,6%). Trong số những người được hỏi cho biết có sự hiện diện của nhân viên y tế thôn bản tại địa phương; chỉ có 54,2% người nhận được sự thăm khám của nhân viên y tế thôn bản trong 12 tháng qua.

Nhận xét: Bảng 3 mô tả rằng hầu hết những người được hỏi đã nghe về các thông điệp liên quan đến các yếu tố rủi ro BKLN trong 30 ngày qua, từ 56,3% (cho thông điệp không hoạt động thể chất) đến 79,5% (cho thông điệp hút thuốc). Số lần tiếp xúc các thông điệp hút thuốc lá và

lạm dụng rượu (Trung bình = 3,4; SD = 3,5 – 3,8) cao hơn so với thông điệp chế độ ăn và ít hoạt động thể chất (trung bình = 2,2 – 2,6; SD = 2,5 – 2,9). Đài phát thanh / truyền hình là nguồn phổ biến nhất của thông điệp (từ 91,8% đến 95,8%) và nguồn thông tin chính thức từ nhân viên y tế là nguồn phổ biến thứ hai nhưng chỉ chiếm 14,4% đến 15,8%. Và phần lớn người tham gia nghe những thông điệp này từ một nguồn (từ 77,1% đến 80,9%).

Bảng 3. Tỷ lệ tiếp xúc với các thông điệp về các yếu tố nguy cơ liên quan đến BKLN ở những người được hỏi (n = 151)

Đặc điểm	Thông điệp			
	Hút thuốc làm tăng nguy cơ mắc BKLN	Lạm dụng rượu làm tăng nguy cơ mắc các BKLN	Chế độ ăn nhiều chất béo/muối/đường làm tăng nguy cơ mắc BKLN	Ít hoạt động thể chất làm tăng nguy cơ mắc BKLN
Đã nghe trong 30 ngày qua, n (%)	120 (79,5%)	114 (75,5%)	90 (59,6%)	85 (56,3%)
Số lần tiếp xúc trong 30 ngày qua, Trung bình (SD)	3,4 (3,8)	3,4 (3,5)	2,6 (2,9)	2,2 (2,5)
Nguồn thông tin, n (%)				
Nhân viên y tế	19 (15,8%)	17 (14,9%)	13 (14,4%)	13 (15,3%)
Thành viên gia đình	6 (5,0%)	6 (5,3%)	1 (1,1%)	3 (3,5%)
Bạn bè/người thân	5 (4,2%)	3 (2,6%)	3 (3,3%)	5 (5,9%)
Đài/Truyền hình	115 (95,8%)	110 (96,5%)	94 (93,3%)	78 (91,8%)
Internet	9 (7,5%)	8 (7,0%)	7 (7,8%)	7 (8,2%)
Số lượng nguồn thông tin, n (%)				
Một	93 (77,5%)	90 (79,0%)	72 (80,9%)	64 (77,1%)
Hai	21 (17,5%)	19 (16,7%)	15 (16,9%)	15 (18,1%)
Ba trở lên	6 (5,0%)	5 (4,3%)	2 (2,2%)	4 (4,8%)

Bảng 4. Hoạt động của nhân viên y tế thôn bản (n = 70)

Dịch vụ	Tiếp nhận dịch vụ	Hiệu quả của dịch vụ (0-10)	Hài lòng với dịch vụ (0-10)
	n (%)	Trung bình (SD)	Trung bình (SD)
Truyền thông và giáo dục sức khỏe trong cộng đồng	38 (54,3%)	7,4 (2,5)	7,6 (2,6)
Hướng dẫn vệ sinh phòng bệnh	33 (47,1%)	7,5 (2,6)	7,7 (2,6)
Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình	28 (40,0%)	7,4 (2,4)	7,6 (2,3)
Sơ cứu ban đầu và chăm sóc thường quy	21 (30,0%)	6,9 (2,4)	7,2 (2,4)
Tham gia thực hiện các chương trình y tế thôn bản	21 (30,0%)	6,8 (2,5)	7,0 (2,5)
Quản lý các bệnh BKLN như tăng huyết áp, đái tháo đường	21 (30,0%)	6,6 (2,8)	6,8 (2,8)
Số lượng dịch vụ nhận được			
Không	32 (45,7%)		
Một	2 (2,9%)		
Hai	11 (15,7%)		
Ba trở lên	25 (35,7%)		

Nhận xét: trong số người dân cho rằng địa phương có nhân viên y tế thôn bản, Bảng 3 cho thấy dịch vụ phổ biến nhất được cung cấp là truyền thông giáo dục sức khỏe (54,3%), sau đó là hướng dẫn vệ sinh phòng bệnh (47,1%), chăm

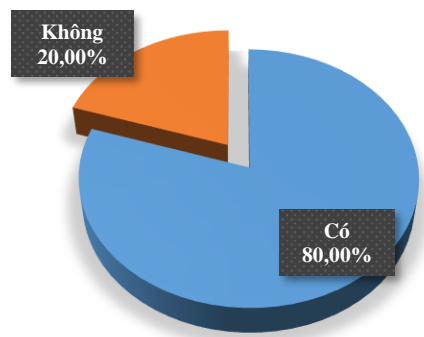
sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình. (40,0%). Các dịch vụ này được đánh giá có hiệu quả và mức độ hài lòng vừa phải. Nhìn chung, hầu hết họ không nhận được bất kỳ dịch vụ nào trong 12 tháng qua (45,7%) (Bảng 4).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến việc nghe các thông điệp về yếu tố nguy cơ của BKLN (n=151)

Đặc điểm	Đã nghe thông điệp liên quan đến hút thuốc	Đã nghe thông điệp liên quan đến uống rượu	Đã nghe thông điệp liên quan đến chế độ ăn uống	Đã nghe thông điệp liên quan đến hoạt động thể chất
	OR (KTC 95%)	OR (KTC 95%)	OR (KTC 95%)	OR (KTC 95%)
Giới tính				
Nam	1	1	1	1
Nữ	0,81 (0,23 - 2,92)	0,81 (0,24 - 2,69)	0,59 (0,19 - 1,78)	0,96 (0,31 - 3,03)
Tuổi (mỗi năm)	1,00 (0,97 - 1,03)	1,00 (0,97 - 1,03)	1,01 (0,98 - 1,04)	0,99 (0,97 - 1,02)
Học vấn				
Mù chữ/Tiểu học	1	1	1	1
Trung học trở lên	2,27 (0,67 - 7,72)	1,64 (0,55 - 4,84)	2,56 * (0,95 - 6,87)	2,62 * (0,97 - 7,06)
Nghề nghiệp				
Nông dân/Công nhân	1	1	1	1
Khác	0,75 (0,21 - 2,69)	0,59 (0,19 - 1,88)	0,32 ** (0,11 - 0,92)	0,53 (0,18 - 1,53)
Sử dụng rượu				
Không	1	1	1	1
Có	1,07 (0,27 - 4,25)	1,37 (0,36 - 5,22)	1,21 (0,37 - 3,99)	1,12 (0,33 - 3,81)
Đã từng hút thuốc				
Không	1	1	1	1
Có	-	-	6,86 ** (1,06 - 44,51)	6,00 * (0,92 - 38,94)
Mắc bệnh tiểu đường				
Không	1	1	1	1
Có	1,33 (0,55 - 3,24)	1,41 (0,61 - 3,25)	1,70 (0,81 - 3,58)	2,55 ** (1,20 - 5,41)
Tăng huyết áp				
Không	1	1	1	1
Có	1,21 (0,39 - 3,76)	0,95 (0,34 - 2,64)	1,67 (0,65 - 4,32)	1,18 (0,47 - 2,98)
Chỉ số khối cơ thể (trên kg / m ²)	1,05 (0,88 - 1,24)	1,03 (0,89 - 1,21)	1,01 (0,89 - 1,15)	0,89 * (0,77 - 1,02)
Nhân viên y tế thôn bản sẵn có ở địa phương				
Không	1	1	1	1
Có	1,44 (0,59 - 3,53)	1,33 (0,57 - 3,10)	0,81 (0,38 - 1,72)	1,07 (0,50 - 2,29)

* p <0,1; ** p <0,05; *** p <0,01

Nhận xét: Bảng 5 chỉ ra rằng không có yếu tố nào liên quan đến việc nghe các thông báo liên quan đến hút thuốc và rượu trong 30 ngày qua. Trong khi đó, những người tham gia có công việc khác ít được nghe về các thông điệp liên quan đến chế độ ăn uống hơn (OR = 0,32; KTC 95% = 0,11 - 0,92); ngược lại, những người đã từng hút thuốc có nhiều khả năng nghe thấy những thông báo này hơn trong 30 ngày qua (OR = 6,86; KTC 95% = 1,06 - 44,51). Những người mắc bệnh tiểu đường có nhiều khả năng nghe các tin nhắn liên quan đến hoạt động thể chất hơn trong 30 ngày qua (OR = 2,55; KTC 95% = 1,20 - 5,41).



Biểu đồ 1. Mong muốn quản lý BKLN của người dân (n=70).

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy đa số người dân có mong muốn quản lý BKLN (80,0%). Tuy nhiên vẫn còn nhiều các hạn chế để người dân không có mong muốn quản lý BKLN, một số lý do đáng kể như: không có thu nhập hay nguồn thu nhập thấp, thiếu hiểu biết về sức khỏe hay sự tin tưởng của người dân với YTTB,...

Bảng 6. Một số mong muốn quản lý bệnh của người dân và chi phí quản lý bệnh người dân muốn chi trả (n=56)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mong muốn quản lý bệnh		
Tim mạch	50	89,3%
Đái tháo đường	45	80,4%
Tăng huyết áp	50	89,3%
Ung thư	42	75,0%
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	42	75,0%

Tâm thần	27	48,2%
Chi phí người dân muốn chi trả (nghìn đồng)		
Miễn phí, n (%)	16	28,6%
Trung bình (Trung vị)	50	50

Nhận xét: hầu hết người dân có mong muốn quản lý các bệnh về tim mạch, tăng huyết áp (89,3%). Các bệnh về đái tháo đường, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có mong muốn quản lý cao (75,0%-80,4%). Bệnh tâm thần chưa có nhu cầu cao (48,2%). Mức chi trả của người dân mong muốn để quản lý bệnh là 50.000 đồng. Có đến 28,6% có mong muốn được quản lý bệnh miễn phí.

4. Bàn luận

Về chăm sóc sức khỏe ban đầu

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng sơ bộ về những vấn đề còn tồn tại liên quan đến chăm sóc sức khỏe ban đầu ở các vùng miền núi Việt Nam. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy, mặc dù thông điệp về tác hại của rượu và thuốc lá phổ biến ở những người tham gia nghiên cứu, nhưng chỉ hơn một nửa dân số đã từng nghe thông báo về chế độ ăn uống và hoạt động thể chất trong 30 ngày qua trước cuộc phỏng vấn. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ ra sự thiếu hụt YTTB, cũng như YTTB không đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa và quản lý BKLN ở các vùng miền núi.

Về mối liên quan đến các thông điệp về yếu tố nguy cơ BKLN

Kết quả của nghiên cứu hiện tại chỉ ra rằng các thông điệp liên quan đến việc sử dụng rượu bia và hút thuốc lá ở các khu vực miền núi là phổ biến. Điều này có thể lý giải rằng trong thời gian gần đây, các chương trình quốc gia phòng chống tác hại của thuốc lá và rượu bia đã được triển khai mạnh mẽ trên toàn quốc. Điều này thúc đẩy việc phổ biến thông tin thông qua các phương tiện thông tin đại chúng như truyền hình hoặc đài phát thanh; do đó, nhiều người biết về thông tin này. Kết quả mô hình đa biến cũng không tìm thấy mối quan hệ giữa việc tiếp nhận thông tin này với các yếu tố khác. Điều này chứng tỏ thông

tin này đã được phổ biến rộng rãi và không phân biệt người dân miền núi, không phân biệt đặc điểm kinh tế xã hội và điều kiện y tế. Tuy nhiên, thông tin liên quan đến chế độ ăn uống và hoạt động thể chất không được phổ biến rộng rãi vì kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ hơn một nửa số mẫu nghiên cứu nghe được thông tin này trong vòng 30 ngày qua, phù hợp với nghiên cứu trước đây tại Việt Nam [11]. Ngoài ra, mô hình hồi quy cho thấy những người có các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, hoặc những người đã có BKLN như bệnh nhân đái tháo đường có nhiều khả năng bị phơi nhiễm với thông tin này hơn. Do đó, thông tin về chế độ ăn uống và hoạt động thể chất không được phổ biến rộng rãi và chỉ những người có các yếu tố nguy cơ hoặc tình trạng sức khỏe cụ thể như bệnh tiểu đường mới được hưởng lợi từ các chiến dịch truyền thông này.

Về nguồn thông tin các thông điệp sức khỏe

Truyền hình/đài phát thanh là nguồn thông tin chính với hơn 90% người dân sử dụng các công cụ này để nghe các thông điệp về sức khỏe. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu ở Việt Nam [11] và Nhật Bản [12], nhưng khác với kết quả ở Hồng Kông, nơi mọi người ưa thích báo chí/tạp chí hơn [13]. Mặt khác, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy vai trò của nhân viên y tế trong việc cung cấp thông điệp sức khỏe là không đáng kể khi chỉ có khoảng 15% người dân nhận được thông tin từ nguồn này. Như vậy, mặc dù mạng lưới hệ thống y tế cơ sở ở Việt Nam đã được tổ chức tốt với 99% xã có trạm y tế và 79% thôn bản có YTTB [14], nhưng cán bộ y tế là nguồn thông tin chính thức để phổ biến kiến thức sức khỏe, truyền thông sức khỏe về nguy cơ, yếu tố từ cán bộ y tế miền núi dường như chưa đủ cả về số lượng và nội dung thông điệp.

Về vai trò của YTTB

Các báo cáo trước đây cho rằng nhân viên y tế cộng đồng hoặc YTTB có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa và quản lý BKLN trong cộng đồng thông qua tiếp cận những người có nguy cơ cao, cung cấp dịch vụ tư vấn, chuyển tuyến, chăm sóc theo dõi và những người khác [15]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng YTTB đóng một vai

trò nhỏ trong việc phòng ngừa và quản lý các BKLN. Thứ nhất, về khía cạnh số lượng, mặc dù mẫu của chúng tôi bao gồm người dân ở tất cả các thôn của xã Đạp Thanh, nhưng chỉ một nửa mẫu nghiên cứu của chúng tôi cho biết có YTTB trong cộng đồng của họ. Thứ hai, ở các thôn có YTTB, các hoạt động liên quan đến BKLN như truyền thông giáo dục sức khỏe và quản lý các BKLN như đái tháo đường hoặc tăng huyết áp cũng bị hạn chế, với mức độ hiệu quả và mức độ hài lòng vừa phải. Kết quả này cho thấy cần có thêm các chương trình đào tạo để giúp nâng cao năng lực của YTTB, cũng như các cơ chế giúp tuyên dụng thêm YTTB tại các cộng đồng chưa có YTTB. Như vậy, hệ thống quốc gia về phòng ngừa và chăm sóc BKLN đảm bảo sự tiếp cận của toàn dân, đặc biệt là người dân vùng núi. Rất tiếc, nghiên cứu của chúng tôi không có dữ liệu về những người hỗ trợ và các rào cản đối với hoạt động của YTTB trong quản lý BKLN. Cần có các nghiên cứu sâu hơn để xem xét vai trò của YTTB trong việc phòng ngừa và chăm sóc BKLN theo quan điểm của YTTB.

Về hạn chế của nghiên cứu

Một số hạn chế cần được lưu ý. Đầu tiên, chúng tôi sử dụng thiết kế mặt cắt ngang trong nghiên cứu này. Điều này làm giảm khả năng thiết lập mối quan hệ nhân quả giữa các biến. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một xã miền núi với quy mô mẫu nhỏ; do đó, khả năng ngoại suy quần thể của các vùng núi khác bị hạn chế. Thứ ba, nghiên cứu sử dụng một bảng câu hỏi có cấu trúc để phỏng vấn thông tin trong 30 ngày trước khi phỏng vấn, điều này có thể dẫn đến sai số nhớ lại.

5. Kết luận

Kết quả cho thấy các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu trong các bệnh không lây nhiễm của người dân ở xã Đạp Thanh chưa thực sự hiệu quả, vai trò của cán bộ y tế là nguồn thông tin chính thức chưa phát huy nhiệm vụ truyền thông giáo dục sức khỏe tới cộng đồng, đồng thời chưa được cộng đồng tại địa phương công nhận. YTTB tham gia chưa đầy đủ vào hoạt động chăm

sức khỏe ban đầu của người dân. Nhu cầu của người dân chưa được đáp ứng đầy đủ. Cần nỗ lực nâng cao năng lực và tham gia của các cán bộ y tế địa phương trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe đặc biệt là các BKLN tại địa phương quản lý.

Tài liệu tham khảo

- [1] World Health Organization, WHO fact sheet Noncommunicable Diseases, 2018, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases/>, (accessed on: March 8th, 2021).
- [2] World Health Organization, WHO Global Health Observatory (GHO) data, 2018, https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/, (accessed on: March 8th, 2021).
- [3] World Health Organization, WHO Global Action Plan for The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020, https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/, (accessed on: March 5th, 2021).
- [4] P. M. Philip, S. Kannan, N. A. Parambil, Community-based Interventions for Health Promotion and Disease Prevention in Noncommunicable Diseases: A Narrative Review, *Journal of Education and Health Promotion*, Vol. 7, 2018, pp. 141, https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_145_18.
- [5] A. S. Abdullah, L. B. Rawal, S. R. Choudhury, S. Baral, L. Jiang, T. Sha, H. V. Minh, T. T. D. Hanh, S. Tang, Use of Community Health Workers to Manage and Prevent Noncommunicable Diseases: Policy Options Based on The Findings of The Coach Study, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Delhi, Policy Brief, Vol. 6, No. 1 2019, pp 21-33.
- [6] D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, P. Musgrove, *Priorities in Health*, Chapter 5: Cost-effective Strategies for Noncommunicable Diseases, Risk Factors, and Behaviors, *Priorities in Health*, Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2006.
- [7] World Health Organization, World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, https://www.who.int/nmh/countries/2018/vnm_en.pdf?ua=1, (accessed on: March 8th, 2021).
- [8] World Health Organization, Vietnam Noncommunicable Disease Prevention and Control Programme 2002-2010: Implementation Review, http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/chronic_diseases/vietnam_noncommunicable_disease_prevention_and_control_program_2002_2010_imple_review.pdf/, (accessed on: March 8th, 2021).
- [9] Vietnam's Ministry of Health, Vietnam Prime Minister National Strategy for Prevention and Control of Cancer, Cardiovascular Disease, Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Asthma and Other Non-Communicable Diseases 2015–2025 (in Vietnamese).
- [10] D. B. Duong, H. V. Minh, L. H. Ngo, A. L. Ellner, Readiness, Availability and Utilization of Rural Vietnamese Health Facilities for Community Based Primary Care of Non-communicable Diseases: A CrossSectional Survey of 3 Provinces in Northern Vietnam, *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 8, No. 3, 2019, pp. 150-157, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.104>.
- [11] P. B. Diep, K. B. Giang, N. T. T. Huyen, H. V. Minh, Exposure to Messages on Risk Factors for Noncommunicable Diseases in a Rural Province of Vietnam, *BioMed Research International*, 2019, pp. 1-8, <https://doi.org/10.1155/2019/7962947>.
- [12] Y. Ishikawa, H. Nishiuchi, H. Hayashi, K. Viswanath, Socioeconomic Status and Health Communication Inequalities in Japan: a Nationwide Cross-sectional Survey, *PLoS One*, Vol. 7, No. 7, 2012, pp. 1-9, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040664>.
- [13] M. P. Wang, K. Viswanath, T. H. Lam, X. Wang, S. S. Chang, Social Determinants of Health Information Seeking Among Chinese Adults in Hong Kong, *Plos One*, Vol. 8, No. 8, 2013, pp. 1-7, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073049>.
- [14] Vietnam's Ministry of Health and Health Partnership Group, Joint Annual Health Review 2013, Hanoi, Vietnam (in Vietnamese).
- [15] T. A. Gaziano, S. A. Gessel, C. A. Denman, C. M. Montano, M. Khanam, T. Puoane, N. S. Levitt, An Assessment of Community Health Workers' Ability to Screen for Cardiovascular Disease Risk with a Simple, Non-Invasive Risk Assessment Instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: an Observational Study, *Lancet Glob Health*, Vol. 3, No. 9, 2015, pp. 556-563, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00143-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00143-6).