

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Sự gắn bó và một số yếu tố liên quan đến sự gắn bó của Điều dưỡng lâm sàng với Bệnh viện Thủ Đức thành phố Hồ Chí Minh, năm 2017

Trần Thị Bích Ân^{1*}, Hà Văn Như²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả sự gắn bó và phân tích một số yếu tố liên quan đến sự gắn bó của điều dưỡng lâm sàng (ĐDLS) với Bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định tính, thực hiện từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2017 tại Bệnh viện Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng SPSS 18.0.

Kết quả: Tỷ lệ ĐDLS gắn bó với bệnh viện là 56,6%. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy có 4 yếu tố tác động sự gắn bó của ĐDLS, mức độ tác động là 52% (Adjusted R Square: 0,52). Trong đó môi trường làm việc là yếu tố có tác động mạnh nhất đến sự gắn bó ($\beta = 0,35$), tiếp đến là khen thưởng và công nhận thành tích ($\beta = 0,26$), quan hệ với đồng nghiệp ($\beta = 0,16$), cuối cùng là cơ hội đào tạo và phát triển nghề nghiệp ($\beta = 0,13$).

Kết luận: Tỷ lệ gắn bó của ĐDLS với Bệnh viện Thủ Đức là 56,6%. Nghiên cứu đã tìm ra 4 yếu tố tác động lớn đến sự gắn bó.

Từ khóa: Sự gắn bó, Điều dưỡng lâm sàng, Bệnh viện Thủ Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nhân lực y tế là nguồn lực quan trọng nhất của bất kỳ cơ sở y tế nào, tạo lợi thế cạnh tranh lâu dài trên cơ sở tích lũy kinh nghiệm và thực hành y khoa. Các nguồn lực khác (vốn, công nghệ) chỉ tạo lợi thế trong chu kỳ ngắn, dễ dàng tìm kiếm được trong cơ chế thị trường (8). Tình trạng luân chuyển công tác, cạnh tranh về thu nhập, môi trường làm việc giữa các cơ sở y tế ngày càng tăng, đòi hỏi cơ sở y tế cần có chiến lược hợp lý nhằm duy trì nhân lực. Môi trường làm việc mang tính gắn bó khiến nhân viên cảm thấy muốn cống hiến, giảm ảnh hưởng từ việc tuyển người thay thế (13). Muốn tổ chức ổn định và phát triển thì cần duy trì sự gắn bó giữa nhân viên với nhân viên và giữa nhân viên với tổ chức. Bệnh viện Thủ Đức (BVTĐ) thành phố Hồ Chí Minh (TP.

HCM) là BV hạng I trực thuộc BHYT. Nhân sự BV phát triển từ 99 viên chức, người lao động năm 2007 lên đến 1326 năm 2016; trong đó gần 30% cán bộ làm công tác điều dưỡng (4). Điều dưỡng là hoạt động quan trọng, đặc thù, chiếm phần lớn khối lượng công việc và nhân lực bệnh viện. Mặc dù BV đã thực hiện nhiều chính sách thu hút và duy trì nhân lực, tuy nhiên còn một số tồn tại chưa đáp ứng được nguyện vọng của ĐDLS, ảnh hưởng đến sự gắn bó của ĐD với BV. Nghiên cứu này nhằm làm rõ hai mục tiêu: mô tả sự gắn bó của ĐDLS với bệnh viện (1) và phân tích một số yếu tố liên quan đến sự gắn bó của ĐDLS với BVTĐ (2).

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương



*Địa chỉ liên hệ: Trần Thị Bích Ân

Email: tranbichan1401@gmail.com

¹Công Ty TNHH TM Dược Phẩm Huỳnh Kim

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 30/09/2017

Ngày phản biện: 20/10/2017

Ngày đăng bài: 25/12/2017

State and demands for continuing education for doctors and clinical nurses working at Department of Emergency - Intensive Care and Anti-Poison in Khanh Hoa General Hospital in 2017

Nguyễn Dung Nghi¹, Phạm Tri Dung²

¹ Hoa Lam International Hospital

²Hanoi University of Public Health

Doctors and clinical nurses working at two Departments: Emergency, Intensive Care and Anti-Poison in Khanh Hoa General Hospital have had demands for continuing education to enhance their job skills and adapt the increasing requirements from the patients. Describing the duties and demand for training of them were absolutely necessary to specify the content and suitable form for the continuing education. Objectives: 1) Describe the duties of doctors and clinical nurses at two Departments: Emergency, Intensive Care and Anti-Poison in Khanh Hoa General Hospital in 2017. 2) Determine the demands for continuing education of doctors and clinical nurses in Emergency - Intensive Care and Anti-Poison Departments in Khanh Hoa General Hospital in 2017. Methods: a cross-sectional descriptive study with the combination of qualitative and quantitative research. In the quantitative research, 114 doctors and clinical nurses in two departments answered the self-administered questionnaire. In the qualitative research, 09 managers and staffs who involved in continuing education were interviewed. Main findings: Most of the doctors and clinical nurses often did their duties confidently. They were also well-trained (>80%). 100% of doctors and clinical nurses had the demands of continuing education. About training form: 89% participants wanted to be trained 2 to 3 times per year, 57% wanted 2-5 days training sessions, 58.8% wanted to attend direct and focused training courses, 92.1% wanted to be trained at the hospital and 89.5% wanted an training course combined theory with practice. Conclusions: doctors and clinical nurses were limited in communication and collaboration skills. They wanted to be attended in short training course combined theory with practice at the hospital.

Keywords: *Continuing education, Department of Emergency - Intensive Care and Anti-Poison in Khanh Hoa General Hospital.*

cũng có nhu cầu được ĐT. Kết quả cho thấy kỹ năng giao tiếp, cộng tác và kỹ năng lâm sàng vẫn chưa hoàn toàn có sự tương đồng giữa việc thực hiện nhiệm vụ với mức độ tự tin. Có những kỹ năng thường ít được thực hiện nhưng lại rất tự tin, điều này được lý giải là các kỹ năng đó là kỹ năng đơn giản, nên mặc dù ít thực hiện nhưng họ vẫn cảm thấy tự tin, ví dụ như ở ĐD lâm sàng thì kỹ năng (C2) Điều động, phối hợp với các đơn vị trong và ngoài BV ít được thực hiện nhưng lại khá tự tin. Và ngược lại có những kỹ năng vẫn thường xuyên thực hiện nhưng lại kém tự tin, có thể đây là những kỹ năng khó, đòi hỏi tay nghề vững. Tuy các BS có thể gặp những trường hợp BN như vậy nhưng lại cảm thấy mình chưa đủ tự tin để thực hiện thành thạo, có thể thấy ở ĐD lâm sàng kỹ năng (C11) Giao tiếp trong tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, người gặp khó khăn về nghe – nhìn – nói – người dân tộc. Bên cạnh đó, ở nhóm năng lực giao tiếp, cộng tác không có sự tương đồng giữa mức độ được ĐT và nhu cầu ĐT, có một số kỹ năng được đào tạo chưa đầy đủ lại ít có nhu cầu được ĐT như ở BS có kỹ năng (B7) Chẩn đoán và xử trí bệnh nhân chấn thương, và ngược lại một số kỹ năng đã được ĐT đầy đủ thì lại có nhu cầu ĐT hơn ví dụ như các kỹ năng (B8) CĐ và xử trí BN hội chứng gan thận, (B9) CĐ và xử trí BN ngộ độc. Có thể là do quan điểm chủ quan của ĐTNC, họ nghĩ rằng những kỹ năng thường xuyên thực hiện thì cần được cập nhật, bổ sung và nâng cao tay nghề nhiều hơn để họ duy trì được sự tự tin trong thực hành chuyên môn.

Nghiên cứu còn có một số hạn chế nhất định. Nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ cho kết quả tại thời điểm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chưa đánh giá thực trạng khách quan, còn

mang ý kiến chủ quan của ĐTNC. Nghiên cứu định tính chỉ tiến hành trên đối tượng CBQL, chưa đánh giá được chính xác thực trạng nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo của ĐTNC.

KẾT LUẬN

Kết quả tự đánh giá cho thấy các BS và ĐD lâm sàng còn hạn chế ở nhóm năng lực giao tiếp và cộng tác. Có nhiều kỹ năng ở nhóm năng lực này chưa được ĐT đầy đủ, chưa thực hiện thường xuyên nên chưa được tự tin và có nhu cầu ĐT cao hơn nhóm kỹ năng lâm sàng. CBYT chủ yếu có mong muốn được ĐT tại chỗ, với thời gian ĐT ngắn hạn, phương pháp ĐT kết hợp giữa lý thuyết và thực hành. Trong khi tiếp tục đào tạo các kỹ năng lâm sàng, bệnh viện cũng cần có kế hoạch nâng cao năng lực giao tiếp, cộng tác cho các BS và ĐD lâm sàng đang công tác tại 2 khoa CC, HSTC&CĐ.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin cảm ơn tất cả những cá nhân và đơn vị có liên quan đã tạo mọi điều kiện cho chúng tôi được học tập, nghiên cứu và tiếp cận đối tượng trong quá trình thu thập mẫu nhằm phục vụ cho công tác nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa. Đề án thành lập trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa. Khánh Hòa, 2016.
2. Bộ Y tế. Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hà Nội, 2013.
3. Bộ Y tế, Tổ chức y tế thế giới. Quản lý công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2014.

Bảng 3 chỉ ra rằng hầu hết các kỹ năng đều được các ĐD lâm sàng thực hiện thường xuyên, tự tin, được cập nhật đầy đủ và có nhu cầu ĐTTL. “*Hiện tại theo tôi đánh giá thì nhân viên trong khoa làm việc tốt, có năng suất và tự tin*” (PVS CBQL). “*Tại cấp cứu ngoài kỹ năng chuyên môn thì kỹ năng giao tiếp ứng xử rất quan trọng. Nên kỹ năng về giao tiếp, ứng xử của nhân viên rất cần thiết và các kỹ năng này được thường xuyên đào tạo, tập huấn, kiểm tra*

và áp dụng vào thực tế” (PVS CBQL). Vì thế cần quan tâm tới đào tạo 2 kỹ năng ở nhóm năng lực giao tiếp, cộng tác, đó là: (C11) Giao tiếp trong tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, người gặp khó khăn về nghe – nhìn – nói, người dân tộc, (C12) Xử trí trong tình huống giao tiếp khó như người bệnh kích động, những đối tượng dễ bị tổn thương, bị bạo hành, chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp thông tin.

Bảng 4. Mong muốn của CBYT về công tác đào tạo liên tục (n = 114)

| Nội dung | | Tần số (N) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|--|------------|-----------|
| Mong muốn được ĐTTL | | 114 | 100 |
| Số lần ĐTTL trong năm | 1 lần | 11 | 9,6 |
| | 2 lần | 50 | 43,9 |
| | 3 lần | 40 | 35,1 |
| | > 3 lần hoặc theo nhu cầu | 13 | 11,4 |
| Thời gian đào tạo phù hợp | 1 ngày | 24 | 21,1 |
| | 2 – 5 ngày | 65 | 57,0 |
| | 5 – 30 ngày | 21 | 18,4 |
| | > 30 ngày | 04 | 3,5 |
| Hình thức đào tạo phù hợp | Học trực tiếp theo hình thức tập trung | 67 | 58,8 |
| | Học từ xa (qua mạng, cầu truyền hình) | 0 | 0,0 |
| | Kết hợp giữa trực tiếp và từ xa | 47 | 41,2 |
| Địa điểm đào tạo phù hợp | Ngay tại bệnh viện | 105 | 92,1 |
| | Tại bệnh viện khác | 02 | 1,8 |
| | Các trường đào tạo y dược | 07 | 6,1 |
| Phương pháp đào tạo phù hợp | Lý thuyết | 04 | 3,5 |
| | Thực hành | 08 | 7,0 |
| | Kết hợp lý thuyết và thực hành | 102 | 89,5 |

Bảng 4 trình bày kết quả mong muốn của bác sỹ và ĐD lâm sàng về công tác ĐTTL: 100% mong muốn được ĐTTL. Về hình thức đào tạo: 89% đối tượng mong muốn được đào tạo 2 – 3 lần/năm; 57% đối tượng mong muốn thời gian cho 1 đợt đào tạo kéo dài khoảng 2 – 5 ngày; 58,8% đối tượng mong muốn được học trực tiếp theo hình thức tập trung; 92,1% mong muốn được đào tạo ngay tại bệnh viện

và 89,5% đối tượng mong muốn phương pháp đào tạo kết hợp lý thuyết với thực hành.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng các BS và ĐD lâm sàng thường kém tự tin với những kỹ năng mà họ nhận thấy chưa được đào tạo đầy đủ, chưa thực hiện thường xuyên, do đó

Bảng 3. Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo của ĐD lâm sàng (n = 87)

| Nội dung | Thực trạng thực hiện nhiệm vụ (%) | | Nâng cao kiến thức (%) | |
|---|-----------------------------------|--------|------------------------|--------------|
| | Thường xuyên | Tự tin | Cập nhật đầy đủ | Nhu cầu ĐTLT |
| I. Các năng lực giao tiếp, cộng tác | | | | |
| C1. Tiếp nhận ban đầu BN CC | 93,2 | 96,6 | 98,9 | 79,5 |
| C2. Điều động, phối hợp với các đơn vị trong và ngoài BV | 67,0 | 86,4 | 86,4 | 80,7 |
| C3. Tổ chức đánh giá, phân loại bệnh, triển khai CC, ổn định hoặc vận chuyển người bệnh | 92,0 | 92,0 | 96,6 | 80,7 |
| C4. Hợp tác tốt các bộ phận CC trong hệ thống CC của BV | 90,9 | 95,5 | 98,9 | 87,5 |
| C5. Bàn giao người bệnh, thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác | 97,7 | 96,6 | 98,9 | 92,0 |
| C6. Ghi chép đầy đủ diễn biến của người bệnh vào hồ sơ bệnh án | 97,7 | 100 | 100 | 93,2 |
| C7. Trao đổi với đồng nghiệp và lãnh đạo để phát hiện các trường hợp vượt quá khả năng giải quyết, đảm bảo an toàn cho người bệnh | 86,4 | 89,8 | 98,9 | 89,8 |
| C8. Giao tiếp bằng ngôn ngữ có lời và ngôn ngữ không lời với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp | 93,2 | 96,6 | 94,3 | 85,2 |
| C9. Hướng dẫn, tư vấn cho BN và gia đình người bệnh | 96,6 | 98,9 | 100 | 84,1 |
| C10. Lắng nghe, chia sẻ chính xác, có hiệu quả các thông tin cần thiết về người bệnh qua trao đổi bằng lời, chữ viết, phương tiện điện tử và không vi phạm nguyên tắc bảo mật | 94,3 | 95,5 | 97,7 | 86,4 |
| C11. Giao tiếp trong tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, người gặp khó khăn về nghe – nhìn – nói, người dân tộc | 89,3 | 64,8 | 64,8 | 88,6 |
| C12. Xử trí trong tình huống giao tiếp khó như người bệnh kích động, những đối tượng dễ bị tổn thương, bị bạo hành, chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp thông tin | 79,5 | 65,9 | 77,3 | 90,9 |
| C13. Bảo quản, sử dụng thuốc, y dụng cụ theo quy định | 98,9 | 89,8 | 100 | 92,0 |
| II. Các kỹ năng lâm sàng | | | | |
| D1. Nhận định, kiểm soát và CS ban đầu BN CC | 92,0 | 100 | 100 | 94,3 |
| D2. CC và CS BN suy hô hấp | 95,5 | 100 | 98,9 | 92,0 |
| D3. CC và CS BN ngừng tuần hoàn | 95,5 | 98,9 | 100 | 95,5 |
| D4. CC và CS BN sốc giảm thể tích | 89,8 | 94,3 | 98,9 | 96,6 |
| D5. CC và CS BN sốc tim | 81,8 | 85,2 | 98,9 | 96,6 |
| D6. CC và CS BN sốc nhiễm khuẩn | 85,2 | 88,6 | 100 | 94,3 |
| D7. CC và CS BN chấn thương | 90,9 | 95,5 | 100 | 95,5 |
| D8. CC và CS BN hội chứng gan thận | 83,0 | 87,5 | 73,7 | 90,9 |
| D9. CC và CS BN ngộ độc | 93,2 | 92,0 | 74,6 | 93,2 |
| D10. CC và CS BN có trạng thái động kinh | 89,8 | 92,0 | 98,9 | 94,3 |
| D11. CC và CS BN rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan | 81,8 | 86,4 | 97,7 | 89,8 |
| D12. CC và CS BN hôn mê | 90,9 | 98,9 | 98,9 | 89,8 |

| Nội dung | Thực trạng thực hiện nhiệm vụ (%) | | Nâng cao kiến thức (%) | |
|---|-----------------------------------|--------|------------------------|--------------|
| | Thường xuyên thực hiện | Tự tin | Cập nhật đầy đủ | Nhu cầu ĐTLT |
| II. Các kỹ năng lâm sàng | | | | |
| B1. Nhận định và kiểm soát ban đầu BN CC | 96,2 | 96,2 | 88,5 | 80,8 |
| B2. CD và xử trí BN suy hô hấp cấp | 96,2 | 96,2 | 88,5 | 80,8 |
| B3. CD và xử trí BN ngừng tuần hoàn | 88,5 | 96,2 | 84,6 | 80,8 |
| B4. CD và xử trí BN sốc giảm thể tích | 84,6 | 96,2 | 84,6 | 80,8 |
| B5. CD và xử trí BN sốc tim | 92,3 | 76,9 | 84,6 | 84,6 |
| B6. CD và xử trí BN sốc nhiễm khuẩn | 76,9 | 88,5 | 88,5 | 84,6 |
| B7. CD và xử trí BN chấn thương | 73,1 | 76,9 | 76,9 | 76,9 |
| B8. CD và xử trí BN hội chứng gan thận | 88,5 | 73,1 | 76,9 | 84,6 |
| B9. CD và xử trí BN ngộ độc | 88,5 | 76,9 | 76,9 | 84,6 |
| B10. CD và xử trí BN rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan | 80,8 | 76,9 | 80,8 | 84,6 |
| B11. CD và xử trí trạng thái động kinh | 80,8 | 76,9 | 84,6 | 76,9 |

Bảng 2 chỉ ra rằng ở nhóm năng lực giao tiếp, cộng tác, đa số các BS thường xuyên thực hiện và tự tin với các kỹ năng này. Tuy nhiên có một vài kỹ năng: (A2) Điều động, phối hợp với các đơn vị trong và ngoài BV, (A3) Tổ chức đánh giá, phân loại bệnh, triển khai CC, ổn định hoặc vận chuyển người bệnh, (A11) Giao tiếp trong tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, người gặp khó khăn về nghe – nhìn – nói, người dân tộc có vẻ như các BS thường xuyên thực hiện nhưng có mức độ tự tin thấp (<80%), có thể đây là những kỹ năng khó và họ không được tự tin khi thực hiện, vì thế cần chú trọng đào tạo thêm ở các kỹ năng này. Ở nhóm kỹ năng lâm sàng, đa số các kỹ năng được các BS thường xuyên thực hiện (>80%), nhưng cần chú ý đến các kỹ năng

(B5) CD và xử trí BN sốc tim, (B7) CD và xử trí BN chấn thương, (B8) CD và xử trí BN hội chứng gan thận, (B9) CD và xử trí BN ngộ độc, (B10) CD và xử trí BN rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan, (B11) CD và xử trí trạng thái động kinh, các BS thường xuyên thực hiện nhưng lại có mức tự tin thấp (<80%), vì thế cũng cần chú trọng đào tạo thêm ở các kỹ năng này. Ở đây chỉ tìm thấy sự khác biệt ở kỹ năng (B7) CD và xử trí BN chấn thương, thực hiện không thường xuyên, ít tự tin và mức độ ĐT chưa cao nhưng lại có nhu cầu ĐT không bằng các kỹ năng còn lại. Nhìn vào kết quả ta có thể thấy hầu hết các BS đều có nhu cầu được ĐT, phù hợp với nghiên cứu định tính “Nhu cầu đào tạo và tự đào tạo ở mỗi nhân viên là rất cao” (PVS CBQL).

Bảng 1 chỉ ra rằng không có sự chênh lệch về giới, tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều: nam (42,1%), nữ (57,9%). Độ tuổi trung bình là $31,76 \pm 8,08$; cao nhất là 55 tuổi và thấp nhất là 22 tuổi. Độ tuổi từ 22 – 29 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%), 50 tuổi trở lên (3,5%). “Hầu như nhân lực điều dưỡng của khoa rất trẻ” (PVS CBQL). Kinh nghiệm chuyên môn còn thấp: dưới 5 năm (40,4%), từ 20

năm trở lên (5,3%). “Đội ngũ nhân viên của khoa là đội ngũ trẻ nên có ưu điểm là làm việc năng động, mức độ tiếp thu công việc nhanh. Bên cạnh đó do còn trẻ nên kinh nghiệm làm việc còn ít và tính ổn định chưa cao” (PVS CBQL). Về trình độ chuyên môn, tỷ lệ bác sĩ so với điều dưỡng lâm sàng là 1: 3 (23,7%: 76,3%), trình độ học vấn phù hợp với trình độ chuyên môn.

Bảng 2. Thực trạng nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo liên tục của bác sỹ (n = 27)

| Nội dung | Thực trạng thực hiện nhiệm vụ (%) | | Nâng cao kiến thức (%) | |
|---|-----------------------------------|--------|------------------------|--------------|
| | Thường xuyên thực hiện | Tự tin | Cập nhật đầy đủ | Nhu cầu ĐTLT |
| I. Các năng lực giao tiếp cộng tác | | | | |
| A1. Tiếp nhận BN ban đầu | 92,3 | 88,5 | 80,8 | 73,1 |
| A2. Điều động, phối hợp với các đơn vị trong và ngoài BV | 76,9 | 69,2 | 76,9 | 84,6 |
| A3. Tổ chức đánh giá, phân loại bệnh, triển khai CC, ổn định hoặc vận chuyển người bệnh | 88,5 | 76,9 | 88,5 | 80,8 |
| A4. Hợp tác tốt các bộ phận CC trong hệ thống CC của BV | 84,6 | 92,3 | 80,8 | 76,9 |
| A5. Bàn giao người bệnh, y lệnh đầy đủ, chính xác | 100 | 92,3 | 80,8 | 65,4 |
| A6. Ghi chép đầy đủ diễn biến của người bệnh vào hồ sơ bệnh án và bảng theo dõi của BS | 100 | 96,2 | 88,5 | 69,2 |
| A7. Hội chẩn với đồng nghiệp và lãnh đạo để phát hiện các trường hợp vượt quá khả năng giải quyết, đảm bảo an toàn cho người bệnh | 100 | 96,2 | 80,8 | 76,9 |
| A8. Giao tiếp bằng ngôn ngữ có lời và ngôn ngữ không lời với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp | 96,2 | 96,2 | 80,8 | 80,8 |
| A9. Hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và gia đình người bệnh | 96,2 | 96,2 | 80,8 | 76,9 |
| A10. Lắng nghe, chia sẻ chính xác, có hiệu quả các thông tin cần thiết về người bệnh qua trao đổi bằng lời, chữ viết, phương tiện điện tử và không vi phạm nguyên tắc bảo mật | 88,5 | 84,6 | 73,1 | 84,6 |
| A11. Giao tiếp trong tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, người gặp khó khăn về nghe – nhìn – nói, người dân tộc | 84,6 | 69,2 | 65,4 | 84,6 |
| A12. Xử trí trong tình huống giao tiếp khó như người bệnh kích động, những đối tượng dễ bị tổn thương, bị bạo hành, chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp thông tin | 84,6 | 84,6 | 76,9 | 84,6 |

bộ câu hỏi tự điền do nhóm nghiên cứu thiết kế và lấy mẫu thử nghiệm để điều chỉnh nội dung. Bộ câu hỏi tự điền được xây dựng dựa trên (1) Quy chế Cấp cứu – Hồi sức tích cực và chống độc, (2) Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản, (3) Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực, (4) Chuẩn năng lực cơ bản của BS đa khoa, (5) Chuẩn năng lực cơ bản của ĐD Việt Nam và các bộ công cụ của một số luận văn về ĐTLT.

Nghiên cứu định tính: Sau khi có kết quả nghiên cứu định lượng, tiến hành phỏng vấn sâu (PVS) để củng cố thêm kết quả định lượng.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 4.2, xuất

qua SPSS và làm sạch. Phần mềm SPSS 20.0 được dùng để phân tích số liệu, bao gồm thống kê mô tả và phân tích đơn biến.

Số liệu định tính: Phân tích ghi chép, biên bản gỡ băng, mã hóa các ý cần thiết, tạo log book, viết kết quả.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự phê duyệt của Ban lãnh đạo BVĐK tỉnh Khánh Hòa. Nghiên cứu tiến hành mà không vi phạm các vấn đề về y đức, được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng. Cuộc điều tra được tiến hành trên cơ sở tự nguyện, được sự đồng ý của đối tượng được tham gia nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 114)

| | Đặc tính | Tần số (N) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|-------------------------------|------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 48 | 42,1 |
| | Nữ | 66 | 57,9 |
| Nhóm tuổi | 20 – 29 tuổi | 56 | 49,1 |
| | 30 – 39 tuổi | 41 | 36,0 |
| | 40 – 49 tuổi | 13 | 11,4 |
| | ≥ 50 tuổi | 04 | 3,5 |
| Trình độ chuyên môn | Bác sĩ | 27 | 23,7 |
| | Điều dưỡng lâm sàng | 87 | 76,3 |
| Trình độ học vấn | Trung cấp | 55 | 48,2 |
| | Cao đẳng | 28 | 24,6 |
| | Đại học | 22 | 19,3 |
| | Sau đại học | 09 | 7,9 |
| Số năm công tác trong chuyên ngành | < 5 năm | 46 | 40,4 |
| | 5 – 9 năm | 24 | 21,1 |
| | 10 – 14 năm | 27 | 23,7 |
| | 15 – 19 năm | 11 | 9,6 |
| | ≥ 20 năm | 06 | 5,3 |
| Khoa công tác | Cấp cứu | 45 | 39,5 |
| | Hồi sức tích cực và chống độc | 69 | 60,5 |

CBYT trong và ngoài tỉnh (1). Chính vì lý do trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu 1) *Mô tả thực trạng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của bác sỹ (BS) và điều dưỡng (ĐD) lâm sàng tại hai khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017*; 2) *Xác định nhu cầu đào tạo liên tục của bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng tại hai khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017*.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính với định lượng. Nghiên cứu định lượng thu thập số liệu qua phiếu điều tra bằng bộ câu hỏi tự điền về thực trạng thực hiện nhiệm vụ, mức độ tự tin, mức độ được đào tạo (ĐT) và nhu cầu ĐTLT của BS và ĐD lâm sàng. Nghiên cứu định tính bằng cách phỏng vấn sâu cán bộ quản lý (CBQL) nhằm củng cố thêm kết quả của nghiên cứu định lượng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại BVĐK tỉnh Khánh Hòa từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2017.

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: BS và ĐD lâm sàng tại hai khoa CC, HSTC&CD – BVĐK tỉnh Khánh Hòa.

Nghiên cứu định tính: Giám đốc BV, Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến và cán bộ phụ trách công tác ĐTLT, Trưởng - Phó khoa, ĐD trưởng Khoa CC, Khoa HSTC&CD.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Chọn mẫu toàn bộ 114 BS và ĐD lâm sàng đang công tác tại 2 khoa CC (45 đối tượng) và HSTC&CD (69 đối tượng).

Nghiên cứu định tính: Lựa chọn đối tượng có

khả năng hiểu rõ hoạt động của khoa, BV như lãnh đạo cấp khoa/phòng, cán bộ phụ trách công tác ĐTLT và lãnh đạo cấp BV để tiến hành phỏng vấn sâu (9 đối tượng).

Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

Biến số định lượng: Nhóm các biến về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): tuổi, giới, trình độ chuyên môn, trình độ học vấn, số năm công tác chuyên ngành, khoa công tác. Nhóm các biến về thực hiện nhiệm vụ (năng lực giao tiếp cộng tác và kỹ năng lâm sàng), mức độ tự tin khi thực hiện. Các biến về nhu cầu đào tạo: mức độ được ĐT, nội dung mong muốn được ĐT, hình thức ĐT. Bộ câu hỏi tự thiết kế sử dụng thang đo likert 4 mức độ, chuẩn hoá thành 2 mức độ để phân tích.

+ Thực hiện nhiệm vụ được chia thành 4 mức độ: (1) Rất ít thực hiện, (2) Có thực hiện nhưng chưa thường xuyên, (3) Thực hiện thường xuyên nhưng chưa thành thạo, (4) Thực hiện thường xuyên và thành thạo; ĐTLT chọn (1) và (2) được đánh giá là Thực hiện chưa thường xuyên, (3) và (4) được đánh giá là Thực hiện thường xuyên.

+ Tự tin khi thực hiện nhiệm vụ được chia thành 4 mức độ: (1) Không tự tin, (2) Ít tự tin, (3) Tự tin, (4) Rất tự tin; ĐTLT chọn (1) và (2) được đánh giá là Không tự tin, (3) và (4) được đánh giá là Tự tin.

+ Nhu cầu ĐTLT được chia thành 4 mức độ: (1) Chưa được đào tạo, (2) Cần ít, (3) Cần nhiều, (4) Cần rất nhiều; ĐTLT chọn (1) và (2) được đánh giá là Chưa được đào tạo đầy đủ, (3) và (4) được đánh giá là Đã được cập nhật, đào tạo đầy đủ.

Các chủ đề nghiên cứu định tính: Thực trạng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, thực trạng đào tạo các kỹ năng, thực trạng nhu cầu ĐTLT của BS, ĐD lâm sàng.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu định lượng: Thu thập số liệu bằng

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo liên tục bác sỹ, điều dưỡng lâm sàng tại hai khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017Nguyễn Dung Nghi^{1*}, Phạm Trí Dũng²**TÓM TẮT**

Đặt vấn đề: Bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng làm việc tại 2 khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa có nhu cầu đào tạo liên tục để nâng cao tay nghề, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của bệnh nhân. Mô tả thực trạng nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo của các đối tượng trên là rất cần thiết để xác định được những nội dung và hình thức phù hợp cho đào tạo liên tục.

Mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng tại hai khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017; 2) Xác định nhu cầu đào tạo liên tục của bác sỹ, điều dưỡng lâm sàng tại hai khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp định tính với định lượng. Nghiên cứu định lượng chọn mẫu toàn bộ 114 bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng tại 2 khoa để thực hiện bộ câu hỏi tự điền. Nghiên cứu định tính phỏng vấn sâu 09 cán bộ quản lý và cán bộ có liên quan đến công tác đào tạo liên tục.

Kết quả: Đa số các bác sỹ, điều dưỡng lâm sàng thường xuyên thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, tự tin khi thực hiện, được đào tạo đầy đủ và có nhu cầu đào tạo liên tục (>80%). 100% bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng có nhu cầu được đào tạo liên tục. Về hình thức đào tạo: 89% đối tượng mong muốn được đào tạo 2 – 3 lần/năm; 57% đối tượng mong muốn thời gian cho 1 đợt đào tạo kéo dài khoảng 2 – 5 ngày; 58,8% đối tượng mong muốn được học trực tiếp theo hình thức tập trung; 92,1% mong muốn được đào tạo ngay tại bệnh viện và 89,5% đối tượng mong muốn phương pháp đào tạo kết hợp lý thuyết với thực hành.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy, các bác sỹ và điều dưỡng lâm sàng nhận thấy họ còn hạn chế ở nhóm năng lực giao tiếp và cộng tác. Cán bộ y tế mong muốn được đào tạo tại chỗ, với thời gian đào tạo ngắn hạn, phương pháp đào tạo kết hợp giữa lý thuyết và thực hành.

Từ khóa: đào tạo liên tục, cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế quy định cán bộ y tế (CBYT) hàng năm phải có nghĩa vụ học tập, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ (2, 3). Mặc dù đã có hướng dẫn cụ thể về đào tạo liên tục (ĐTLT) cho CBYT, tuy nhiên việc triển khai ĐTLT còn nhiều hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu mong muốn (2). Lĩnh vực Cấp cứu (CC) –

Hồi sức tích cực và chống độc (HSTC&CĐ) rất quan trọng trong điều trị và chăm sóc (CS) bệnh nhân (BN). Với vai trò là trung tâm đào tạo của tỉnh và khu vực, Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Khánh Hòa đang rất quan tâm đến vấn đề đào tạo nhân lực y tế. Bệnh viện cũng là cơ sở ĐTLT cho các CBYT, là nơi thường xuyên đào tạo nâng cao tay nghề, cập nhật các kỹ thuật mới, là đơn vị thực tập lâm sàng, xác nhận thời gian thực hành cho



***Địa chỉ liên hệ:** Nguyễn Dung Nghi
Email: nguyendungnghiqlbv@gmail.com

¹Bệnh viện Quốc tế Hoa Lâm

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 16/10/2017

Ngày phản biện: 16/11/2017

Ngày đăng bài: 25/12/2017

The satisfaction of elderly people of health care services in Dien Hong Nursing House in Ha Noi, 2017

Le Minh Dat¹, Nguyen Dang Vung², Nguyen Thi Cham²

¹Center for Population Health Sciences, Hanoi University of Public Health

²Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University

Objective: Describe the satisfaction of the elderly of health care services quality of Dien Hong nursing house in 2017. Methods: A cross - sectional study included all participants who were living in Dien Hong nursing house, Ha Dong, Hanoi from January to March 2017. All participants were interviewed through an available structure questionnaire. Main findings: 56.8% of participants were female. Most elderly came to nursing house because their children did not have time to take care about them or the need to be monitored and treated chronic diseases. 90.9% of the participants were involved in acupressure massage service; 29.6% used rehabilitation service. Nearly 70% of the elderly were satisfied with the quality of the nursing house service. Conclusions: Most of the elderly were satisfied with the quality of Dien Hong nursing house service. It was necessary to expand the model and the number of similar nursing houses to meet the needs of the elderly.

Keywords: *Elderly satisfaction, nursing house, health care.*

tình trạng vệ sinh, an ninh cũng như thủ tục ra vào, thăm hỏi tại trung tâm cũng như tỷ lệ NCT nhận xét tốt về các hoạt động thường ngày tại trung tâm và các hoạt động CSSK, khám chữa bệnh khá cao. So với các trung tâm CSSK cho NCT do tư nhân quản lý khác cũng như những trung tâm do Nhà nước quản lý ở Việt Nam thì trang thiết bị, cơ sở vật chất tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng hiện đại và khang trang, điều kiện chăm sóc và thái độ phục vụ của nhân viên trong trung tâm đều khiến NCT rất hài lòng.

Hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu khá nhỏ, không có giá trị ngoại suy ra quần thể. Nghiên cứu chỉ được tiến hành tại 1 trung tâm dưỡng lão nên chưa tìm hiểu được nhu cầu và sự hài lòng của người cao tuổi đang sử dụng các mô hình CSSK khác.

KẾT LUẬN

Hoạt động chăm sóc sức khỏe tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng

Mỗi NCT tại trung tâm được tham gia rất nhiều hoạt động như tập thể dục, tập phục hồi chức năng hay vui chơi giải trí trong đó hoạt động xoa bóp bấm huyệt thu hút được sự quan tâm của nhiều NCT nhất với 90,9% NCT tham gia. Một số NCT không thể tham gia các hoạt động của trung tâm vì sức khỏe quá yếu hoặc không còn minh mẫn.

Sự hài lòng của NCT với các đặc điểm của trung tâm

Người cao tuổi hài lòng với các đặc điểm của trung tâm. Tỷ lệ người cao tuổi nhận xét tốt

về cơ sở vật chất và các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại trung tâm là khá cao.

Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng là một trung tâm dưỡng lão hiện đại và các hoạt động CSSK tại trung tâm đều góp phần nâng cao sức khỏe cho NCT. Cần nhân rộng các mô hình viện dưỡng lão trên khắp toàn quốc để phục vụ nhu cầu CSSK của NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục thống kê (2014), Điều tra Dân số và nhà ở giữa kỳ Việt Nam 2014.
2. Văn Phòng Quốc Hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2009), Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12 ngày 23 tháng 11 năm 2009, chủ biên.
3. Martina Lesperance (2014), “Sweden: a role model for elderly care”.
4. Roy Grant và Danielle Greene (2010), “The Health Care Home Model: Primary Health Care Meeting Public Health Goals”, *Am J Public Health*, 102(6), tr. 1096–1103.
5. Brian Wu (2015), “What Are the Benefits and Advantages of Telemedicine?”, *HealthLine*.
6. Japanese Telemedicine and and Telecare association (2013), *Telemedicine in japan 2013*.
7. Dr D Renwick (1996), “Caring for Older People: Community care and social services”, *BMJ*.
8. Đặng Vũ Cảnh Linh (2009), *Người cao tuổi và mô hình chăm sóc người cao tuổi Việt Nam*, 34-53.
9. Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng (2016), *Giới thiệu chung về trung tâm dưỡng lão Diên Hồng*, truy cập ngày, tại trang.
10. Nguyễn Đăng Vững và Nguyễn Thị Hồng (2015), “Một số vấn đề sức khỏe của người cao tuổi và các yếu tố liên quan tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2014”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 6, tr. 323 - 327.
11. Thái Thị Thanh Huyền (2012), *Mô tả thực trạng chăm sóc sức khỏe Người cao tuổi tại trung tâm chăm sóc sức khỏe Người cao tuổi Thiên Đức, Hà Nội*, Đại học Y Hà Nội.

Bảng 3 cho thấy mỗi NCT tại trung tâm được tham gia nhiều hoạt động, trong đó hoạt động xoa bóp bấm huyệt có nhiều NCT tham gia nhất (90,9%) và tiếp đến là các hoạt động vui

chơi, giải trí (75,0%) và tập phục hồi chức năng (29,6%).

Sự hài lòng của người cao tuổi với các đặc điểm của trung tâm

Bảng 4. Đánh giá của NCT về các đặc điểm của trung tâm

| Đặc điểm | Tốt | | Trung bình | | Kém | | Tổng | |
|-----------------------------------|-----|------|------------|------|-----|-----|------|-----|
| | SL | % | SL | % | SL | % | SL | % |
| Không khí, cảnh quan chung | 34 | 77,3 | 10 | 22,7 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |
| Phòng sinh hoạt chung | 31 | 70,4 | 13 | 29,6 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |
| Phòng ngủ | 36 | 81,8 | 8 | 18,2 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |
| Phòng PHCN | 30 | 68,2 | 14 | 31,8 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |
| Các hoạt động thường ngày | 35 | 79,5 | 8 | 18,2 | 1 | 2,3 | 44 | 100 |
| Chăm sóc sức khỏe, Khám chữa bệnh | 34 | 77,3 | 9 | 20,5 | 1 | 2,3 | 44 | 100 |
| Tình trạng vệ sinh, an ninh | 36 | 81,8 | 8 | 18,2 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |
| Thủ tục ra vào, thăm hỏi | 37 | 84,1 | 7 | 15,9 | 0 | 0,0 | 44 | 100 |

Bảng 4 cho thấy về cơ sở vật chất của trung tâm, đa số NCT đều nhận xét tốt về không khí cảnh quan chung (77,3%). Tỷ lệ NCT nhận xét tốt về phòng sinh hoạt chung là 70,4%; về phòng ngủ là 81,8% và phòng PHCN là 81,8%. Về các hoạt động tại trung tâm, tỷ lệ NCT nhận xét tốt về các hoạt động CSSK, khám chữa bệnh là 77,3%. Tuy nhiên có 2,3% số NCT cho rằng các hoạt động này vẫn còn ở mức kém.

BÀN LUẬN

Trong số 44 NCT được phỏng vấn, có gần 2/3 là nữ giới, cho thấy tỷ lệ nữ giới già cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình của NCT tại trung tâm là khá cao 79,75. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả của Tổng cục thống kê năm 2014, tuổi thọ trung bình của người Việt là 73,2 tuổi (1). Với sự phát triển của khoa học công nghệ, điều kiện chăm sóc sức khỏe ngày một tốt hơn dẫn tới tuổi thọ của con người ngày càng tăng lên, số lượng người cao tuổi cũng ngày càng nhiều hơn (10).

Hoạt động chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng

Đa số NCT tại trung tâm đang sử dụng dịch vụ chăm sóc dài ngày tương tự như nghiên cứu của Thái Thị Thanh Huyền tại trung tâm chăm sóc người cao tuổi Thiên Đức, Hà Nội (11). Điều này chứng tỏ NCT cũng như người nhà rất yên tâm, tin tưởng vào chất lượng của trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, sẵn sàng lựa chọn việc an dưỡng dài ngày tại trung tâm. NCT tại trung tâm được tham gia rất nhiều hoạt động trong đó hoạt động xoa bóp bấm huyệt có nhiều NCT tham gia nhất 90,9%, chứng tỏ hoạt động này có hiệu quả cao, mang lại nhiều lợi ích về mặt sức khỏe cho NCT.

Sự hài lòng của NCT với các đặc điểm của trung tâm

Sự hài lòng của NCT về trung tâm là tiêu chí hàng đầu để đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe NCT. Tỷ lệ NCT nhận xét tốt về không khí cảnh quan chung, phòng sinh hoạt chung, phòng ngủ, phòng PHCN,

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| | | Số lượng (người) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|--------|------------------|-----------|
| Nhóm tuổi | 60-74 | 12 | 27,3 |
| | 75- 89 | 21 | 47,7 |
| | ≥ 90 | 11 | 25,0 |
| | Tổng | 44 | 100 |
| Giới tính | Nam | 19 | 43,2 |
| | Nữ | 25 | 56,8 |
| | Tổng | 44 | 100 |

Bảng 1 cho thấy NCT thuộc nhóm 75 - 89 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 47,7%. Nhóm đối tượng ≥ 90 tuổi cũng chiếm tỷ lệ khá cao là 25,0%. Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 79,75 trong đó cao nhất là

102 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi. Trong các đối tượng nghiên cứu có 56,8% NCT là nữ giới và 43,2% NCT là nam giới.

Lý do chính NCT phải đến trung tâm dưỡng lão

Bảng 2. Lý do chính NCT phải đến trung tâm dưỡng lão

| | Lý do | Số lượng (người) | Tỷ lệ (%) |
|--|---|------------------|-----------|
| | Con cái ở xa | 3 | 6,8 |
| | Con cái sống cùng nhưng không có thời gian chăm sóc | 28 | 63,6 |
| | Bị bệnh mãn tính cần được chăm sóc y tế | 13 | 29,6 |
| | Tổng | 44 | 100 |

Bảng 2 cho thấy đa số NCT phải đến trung tâm dưỡng lão chủ yếu là vì con cái không có thời gian chăm sóc (63,6%) hoặc NCT bị bệnh mãn tính cần được chăm sóc đặc biệt (29,6%). Một số NCT đến trung tâm dưỡng

lão vì con cái đi làm xa, không sống chung với NCT (6,8%).

Hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại trung tâm

Bảng 3. Tỷ lệ NCT tham gia các hoạt động tại trung tâm

| | Hoạt động | Số lượng (người) | Tỷ lệ (%) |
|--|-------------------------|------------------|-----------|
| | Tập thể dục, dưỡng sinh | 3 | 6,8 |
| | Tập PHCN | 13 | 29,6 |
| | Xoa bóp bấm huyệt | 40 | 90,9 |
| | Vui chơi, giải trí | 33 | 75,0 |

nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm hiểu các hoạt động chăm sóc sức khỏe của Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và sự hài lòng của người cao tuổi về mô hình này là cơ sở để góp phần nâng cao hiệu quả trong việc CSSK cho người cao tuổi.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, số U01/L16 – Khu đô thị Đô Nghĩa, phường Yên Nghĩa, quận Hà Đông, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2017 đến tháng 3/2017.

Đối tượng nghiên cứu

Là những người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đang dưỡng lão tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2017.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ 44 người cao tuổi đang an dưỡng tại trung tâm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những NCT đang an dưỡng tại trung tâm nhưng từ chối tham gia vào nghiên cứu hoặc không thể giao tiếp được.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, lý do chính khiến NCT phải đến trung tâm dưỡng lão...

Hoạt động CCSK tại trung tâm: Tỷ lệ % NCT đang tham gia các hoạt động của trung tâm, Tỷ lệ % NCT đánh giá tốt về các hoạt động CSSK của trung tâm.

Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi điều tra đánh giá thực sự hài lòng của NCT với các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại trung tâm dưỡng lão.

Hình thức thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 12.

Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu có xin phép và được sự đồng ý của Ban giám hiệu, phòng Đào tạo đại học, phòng Quản lý nghiên cứu khoa học nhà trường, giám đốc Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng và đã được thông qua đề cương tại bộ môn Dân số, trường Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu nhằm mục đích khảo sát nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT, không ảnh hưởng tới sức khỏe cũng như các vấn đề về kinh tế của đối tượng, không ảnh hưởng tới các hoạt động của trung tâm dưỡng lão.

Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được thông báo là tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không.

Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật. Đối tượng được quyền dừng sự tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

KẾT QUẢ

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Sự hài lòng của người cao tuổi với các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, thành phố Hà Nội năm 2017

Lê Minh Đạt^{1*}, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Thị Châm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người cao tuổi (NCT) tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, thành phố Hà Nội năm 2017, đánh giá của NCT về các đặc điểm của trung tâm dưỡng lão.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang toàn bộ người cao tuổi đang an dưỡng tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, Hà Đông, Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2017. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có cấu trúc.

Kết quả: Tỷ lệ NCT là nữ giới chiếm 56,8%. Lý do chính khiến NCT phải đến trung tâm dưỡng lão là do con cái không có thời gian chăm sóc, bị bệnh mãn tính cần chăm sóc y tế... Tỷ lệ NCT tham gia hoạt động xoa bóp bấm huyệt là 90,9% và tập phục hồi chức năng là 29,6%. Gần 70% NCT hài lòng về tất cả các đặc điểm của trung tâm.

Kết luận: Đa số NCT hài lòng với các đặc điểm và hoạt động chăm sóc tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng. Cần nhân rộng mô hình trung tâm dưỡng lão để phục vụ nhu cầu CSSK cho NCT.

Từ khóa: Sự hài lòng người cao tuổi, viện dưỡng lão, chăm sóc sức khỏe

ĐẶT VẤN ĐỀ

Người cao tuổi trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng đang có xu hướng tăng nhanh. Theo Điều tra Dân số và nhà ở giữa kỳ Việt Nam 2014, số lượng NCT nước ta là 9,4 triệu người, chiếm tỷ lệ 10,3% dân số cả nước. Dự báo tỷ lệ này có thể lên tới 22% vào năm 2050 (1).

Hiện nay, một trong những định hướng chính sách cho NCT là khuyến khích các tổ chức mở rộng các dịch vụ và mô hình chăm sóc sức khỏe (CSSK) để đáp ứng nhu cầu của NCT có nguồn thu nhập khác nhau (2). Trên thế giới có nhiều mô hình CSSK dành cho NCT như “Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà” (3, 4);

“Mô hình tư vấn khám chữa bệnh từ xa” (5, 6); “Mô hình CSSK tại cộng đồng” (7); “Mô hình viện dưỡng lão” (8).

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, số lượng các viện dưỡng lão tư nhân ngày càng nhiều hơn, nhưng có rất ít nghiên cứu tìm hiểu về hoạt động của các trung tâm này. Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, Hà Đông, Hà Nội được thành lập từ tháng 9 năm 2014 là một trong các trung tâm dưỡng lão hiện đại và tiện nghi nhất, đáp ứng được các nhu cầu CSSK của NCT (9).

Sự hài lòng của NCT về trung tâm là tiêu chí hàng đầu để đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe NCT. Chính vì vậy,



*Địa chỉ liên hệ: Lê Minh Đạt

Email: lmd@huph.edu.vn

¹Trung tâm nghiên cứu khoa học sức khỏe, Trường Đại học Y tế công cộng

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 26/09/2017

Ngày phản biện: 20/10/2017

Ngày đăng bài: 25/12/2017

- 2009 [Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng]. Hà Nội: Đại học Y tế công cộng; 2010.
6. Hoàng Trung Kiên. Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội [Luận án Tiến sĩ y học]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2012.
 7. Đinh Thị Tâm. Phân tích các yếu tố tác động đến chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở Việt Nam [Luận văn thạc sĩ kinh tế]. TP.HCM: Đại học kinh tế TP.HCM; 2013.
 8. Nguyễn Văn Song và cộng sự. Xác định mức sẵn lòng chi trả của các hộ nông dân về dịch vụ thu gom, quản lý và xử lý chất thải rắn sinh hoạt ở địa bàn huyện Gia Lâm - Hà Nội. Tạp chí Khoa học và Phát triển. 2014;5:853-60.
 9. Dương Hồng Nhựt. Mô tả một số kết quả hoạt động và một số yếu tố ảnh hưởng chương trình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại huyện Châu Thành, tỉnh Đồng Tháp năm 2016 [Luận văn chuyên khoa 2]. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2016.

Willingness to pay and some related factors for the periodical health check-up services for the elderly in 2017 at Dau Tieng District Health Center, Binh Duong province, Vietnam

Ngô Hoàng Dũng¹, Huỳnh Minh Chin², Nguyễn Huy Ngọc³

¹ *Dau Tieng District Health Center*

² *Bau Bang District Health Center*

³ *Phu Tho General Hospital*

Objectives: to estimate the level and rate of willingness to pay for the periodical health check-up services (PHCS) for the elderly in Dau Tieng District Health Center in 2017, and to determine a number of related factors. Methods: The a cross sectional descriptive study design was applied for data collection in our study. The data were collected of 380 elderly who already used PHCS at Dau Tieng District Health Center from February 2017 to April 2017. The data were then entered into EpiData management software 3.1. Statistical analyses were carried out by Stata software 12.0. Main findings: the average payment for the PHCS of 380 elderly was 267,900 VND (including people who were not willing to pay for the PHCS). The average payment of elderly who willinged to pay for the PHCS was 777,100 VND. One third of the elderly were willing to pay for the PHCS. Factors related to the amount of payment and willingness to pay for the PHCS were: sex, education level, marital status, income, household ranking, distance from home to a healthcare centre, the frequency of annual health check-up, the attitude about the PHCS and be counseled about the role of the PHCS.

Keywords: *willingness to pay, periodical health check-up services, the elderly.*

trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Song và cộng sự (2011) cũng cho thấy, các biến số có tác động dương (+) là thu nhập, trình độ, nghề nghiệp, giới tính (8). Kết quả nghiên cứu cho thấy NCT có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện ≥ 12 km sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng cao gấp 12,71 lần so với NCT có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện < 12 km và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($OR=12,71$, $KTC95\%: 1,43-113,00$). Ngoài các yếu tố trên, các yếu tố về tình trạng hôn nhân, tần suất KSKĐK trong một năm cũng liên quan đến tỉ lệ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK của ĐTNC với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%.

Hạn chế nghiên cứu là chỉ tập trung tìm hiểu một số đối tượng là NCT tới khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng. Một số đối tượng NCT khỏe mạnh, đối tượng gặp khó khăn trong giao tiếp (khiếm thị, khiếm thính) hoặc đang mắc bệnh nặng trong quần thể chưa được nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Có 34,5% NCT sẵn sàng trả cho dịch vụ KSKĐK. Các yếu tố liên quan đến sẵn sàng chi trả của NCT bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập, xếp loại hộ gia đình, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện, tần suất KSKĐK trong một năm, thái độ đối với hoạt động KSKĐK, nghe tư vấn về vai trò của KSKĐK.

KHUYẾN NGHỊ

Khuyến nghị với BHYT

NCT đã nhận thức được vai trò và tầm quan trọng của KSKĐK tuy nhiên họ gặp phải rào cản chủ yếu về tài chính. Để NCT có thể sử dụng dịch vụ KSKĐK như là một trong những công cụ giảm thiểu rủi ro sức khỏe, cần sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế để có thể đồng chi trả chi phí KSKĐK cho NCT, hoặc BHYT

có những công cụ chính sách để hỗ trợ kinh phí cho dịch vụ KSKĐK ở NCT. Để NCT có thể khám sức khỏe định kỳ đầy đủ nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống, tiết kiệm được chi phí và thời gian điều trị.

Khuyến nghị với Chính quyền địa phương

Cần tuyên truyền, vận động, giáo dục ý thức cộng đồng về phòng bệnh hơn chữa bệnh, về vai trò và tầm quan trọng của việc khám sức khỏe định kỳ cho đối tượng là người cao tuổi.

Hỗ trợ kinh phí cho chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, để người cao tuổi được khám và quản lý sức khỏe định kỳ.

Khuyến nghị với Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng

Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng nên triển khai gói dịch vụ khám sức khỏe định kỳ cho NCT với mức giá thấp hơn 800.000 đồng.

Trung tâm Y tế huyện phối hợp với các bên liên quan xây dựng và triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trên địa bàn huyện, trình UBND huyện để được hỗ trợ kinh phí cho chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, để người cao tuổi được khám và quản lý sức khỏe định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Tịnh Minh Trí. Phân tích các yếu tố tác động quyết định kiểm tra sức khỏe của người dân TP. HCM [Luận văn thạc sĩ kinh tế]. Đại học kinh tế TP.HCM; 2015.
2. Đỗ Hồng Phúc. Nhu cầu kiểm tra sức khỏe của người dân Việt Nam [Luận văn thạc sĩ kinh tế]. TP.HCM: Đại học kinh tế TP.HCM; 2015.
3. Minh V. Hoang, Phuong H. Nguyen. Maternal willingness to pay for infant and young child nutrition counseling services in Vietnam. Global Health Action. 2015.
4. UBND huyện Dầu Tiếng. Báo cáo tổng kết tình hình Kinh tế - Chính trị - Xã hội huyện Dầu Tiếng năm 2016. 2016.
5. Nguyễn Kim Chung. Đánh giá công tác khám sức khỏe định kỳ và tư vấn sức khỏe dành cho người cao tuổi tại trạm y tế phường Nguyễn Trung Trực, quận Ba Đình, Hà Nội, năm 2008-

Kết quả phân tích trong mô hình hồi quy logistic ở bảng 2 cho thấy: NCT nam sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 59,57 lần so với NCT nữ. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=59,57, KTC95%: 1,68-2110,57). NCT có trình độ học vấn \geq cấp III sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 192,75 lần so với NCT có trình độ học vấn \leq Cấp I, NCT có trình độ học vấn cấp II sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng cao gấp 14,03 lần so với NCT có trình độ học vấn \leq cấp I và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=192,75, KTC95%: 9,85-3770,81). NCT sống chung cùng vợ/chồng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh chỉ bằng 0,05 lần so với nhóm NCT không sống chung cùng vợ/chồng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=0,05, KTC95%: 0,003-0,93).

NCT có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện ≥ 12 km sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 12,71 lần so với NCT có khoảng cách từ nhà đến bệnh viện < 12 km và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=12,71, KTC95%: 1,43-113,00).

NCT xếp loại hộ gia đình trên trung bình sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 16,89 lần so với nhóm NCT xếp loại hộ gia đình trung bình và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=16,89, KTC95%: 1,07-264,20).

Những NCT có thu nhập bình quân hàng tháng $> 2.500.000$ đồng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 86,92 lần so với những NCT có thu nhập bình quân hàng tháng $\leq 2.500.000$ đồng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=86,92, KTC95%: 8,15-926,17).

NCT có tần suất KSKĐK trong một năm nhỏ hơn 6 tháng/lần sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 255,53 lần so với ĐTNC chưa bao giờ khám sức khỏe định kỳ và sự khác biệt là

có ý nghĩa thống kê (OR=255,53, KTC95%: 0,87-58156,03).

NCT được nghe tư vấn về vai trò của KSKĐK sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK ở mức 800.000 đồng với độ chênh cao gấp 34,93 lần so với nhóm NCT chưa được nghe tư vấn về vai trò của KSKĐK và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (OR=34,93, KTC95%: 2,09-582,34).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy có 34,5% NCT sẵn sàng chi trả cho dịch vụ khám sức khỏe định kỳ. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Chung tỉ lệ đi khám sức khỏe định kỳ chiếm 33,3% (5) và cao hơn tỉ lệ 31,25% trong nghiên cứu của Trần Tịnh Minh Trí (1), cao hơn tỉ lệ 22,1% trong nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (6). Từ nghiên cứu này có thể thấy, NCT nhận thức về khám sức khỏe định kỳ đang dần tăng lên song chưa thực sự nổi bật, cần một quá trình tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe lâu dài để NCT nhận thấy được vai trò của KSKĐK trong việc kiểm soát sự phát sinh bệnh tật và góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống.

Kết quả nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sẵn sàng chi trả theo mức giá 800.000 đồng cho thấy nam giới, có trình độ học vấn cao, có thu nhập cao, xếp loại hộ gia đình trên trung bình sẽ có tỉ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn cho dịch vụ KSKĐK. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Phuong H. Nguyen, Minh V. Hoang (2015) nghiên cứu “Sự sẵn sàng chi trả cho dịch vụ tư vấn dinh dưỡng trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh của các bà mẹ ở Việt Nam”. Tỷ lệ sẵn sàng chi trả cho các dịch vụ tư vấn tại mức giá 20.000 đồng liên quan đáng kể với giáo dục, nghề nghiệp và điều kiện kinh tế. Các bà mẹ có điều kiện kinh tế đã sẵn sàng trả một số tiền cao hơn so với những bà mẹ có kinh tế nghèo. Ngoài ra, các bà mẹ là Công chức, viên chức; buôn bán nhỏ sẵn sàng trả một số tiền cao hơn so với bà mẹ là nông dân (3). Kết quả ước lượng hồi quy tuyến tính

Một số yếu tố liên quan đến mức và tỷ lệ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK của NCT đến khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017**Bảng 2. Mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa sẵn sàng chi trả theo mức giá 800.000 (có/không) với một số yếu tố liên quan**

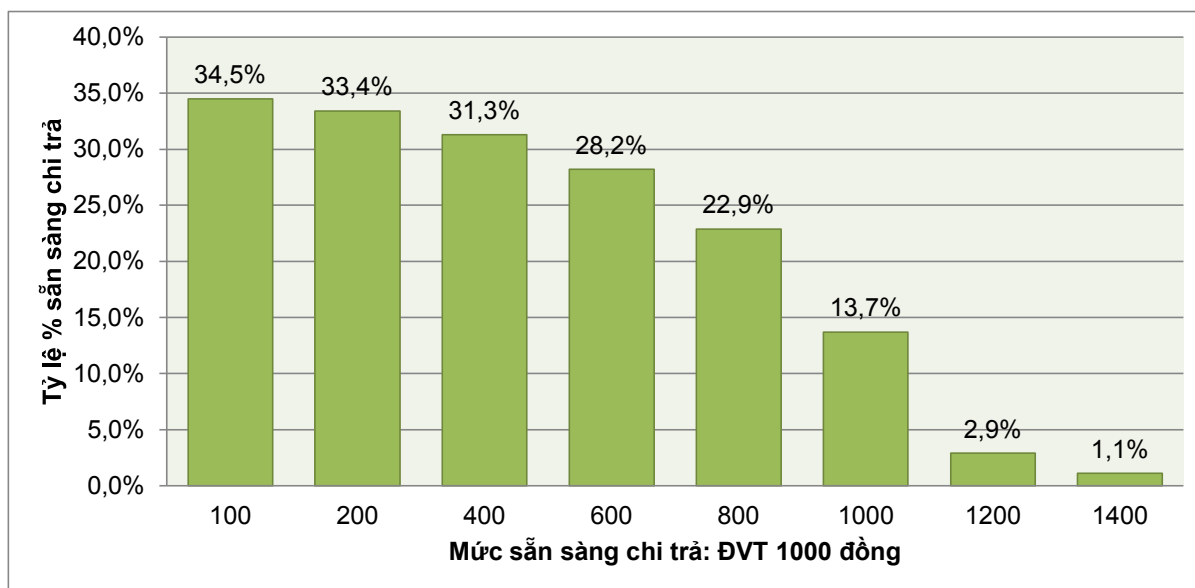
| Biến độc lập | Biến phụ thuộc sẵn sàng chi trả (có/không) | Số quan sát =380; LR chi2(22)= 342,52 Prob > chi2 = 0,001; Pseudo R2 = 0,8377 | | |
|--|---|--|---------------|-------------------------------------|
| | | Odds ratio | P> z | 95% CI |
| Nhóm tuổi (1: 60-69 tuổi, 2: 70+ tuổi) | | 0,8 | 0,07 | (0,004; 1,34) |
| Giới tính (1: Nữ, 2 Nam) | | 59,57 | 0,02 | (1,68; 2110,57) |
| Nghề nghiệp (1: Lao động khác, 2 Công nhân, nông dân) | | 3,66 | 0,18 | (0,54; 24,83) |
| Cấp học cao nhất: (1: ≤ Cấp I, 2: Cấp II, 3: ≥ Cấp III) | | 14,03 192,75 | 0,03 0,001 | (1,24; 159,17) (9,85; 3770,81) |
| Tình trạng hôn nhân (1: khác, 2: Sống cùng vợ/chồng) | | 0,05 | 0,04 | (0,003; 0,93) |
| Theo đạo, tôn giáo (1: Không, 2: Có) | | 4,7 | 0,15 | (0,57; 39,01) |
| Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện (1: < 12 Km, 2: ≥ 12 Km) | | 12,71 | 0,02 | (1,43; 113,00) |
| Xếp loại Hộ gia đình: (1: Trung bình, 2: trên trung bình) | | 16,89 | 0,04 | (1,07; 264,20) |
| Thu nhập: (1: ≤ 2.500.000 đồng, 2: > 2.500.000 đồng) | | 86,92 | 0,001 | (8,15; 926,17) |
| Bị bệnh/ốm trong vòng 1 năm qua (1: Không, 2: > 2 lần, 3: 1-2 lần) | | 0,83 0,09 | 0,87 0,27 | (0,09; 7,48) (0,01; 6,33) |
| Mắc bệnh mãn tính: (1: Không, 2: Có) | | 8,02 | 0,07 | (0,83; 76,63) |
| Hút thuốc lá: (1: Không, 2: Có) | | 2,51 | 0,52 | (0,15; 40,85) |
| Sử dụng rượu, bia: (1: Không, 2: Có) | | 0,05 | 0,08 | (0,00; 1,49) |
| Tập thể dục: (1: Không, 2: Có) | | 2,72 | 0,37 | (0,30; 24,58) |
| Hoạt động KSKĐK quan trọng và cần thiết: (1: Không, 2: Có) | | 0,08 | 0,29 | (0,00; 8,92) |
| Quan tâm hoạt động KSKĐK (1: Có, 2: Không) | | 3,15 | 0,39 | (0,23; 43,92) |
| Tần suất KSKĐK trong một năm (1: Chưa bao giờ, 2: ≤ 6 tháng/lần, 3: ≥ 1 năm/lần) | | 255,53 1,50 | 0,05 0,87 | (0,87; 58156,03) (0,008; 262,12) |
| Nghe tư vấn về vai trò của KSKĐK (1: Không, 2: Có) | | 34,93 | 0,01 | (2,09; 582,34) |

Bảng 1. Mức sẵn sàng chi trả tối đa cho dịch vụ KSKĐK của NCT đến khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017 (ĐVT: nghìn đồng)

| Đặc trưng | n | Trung bình | Trung vị | Độ lệch chuẩn | 95%CI |
|--|-----|------------|----------|---------------|-------------|
| Mức sẵn sàng chi trả tối đa trong toàn bộ mẫu nghiên cứu (bao gồm cả những người không sẵn sàng chi trả) | 380 | 267,9 | 0 | 409,4 | 226,6-309,2 |
| Mức sẵn sàng chi trả tối đa trong số những người sẵn sàng chi trả (Mức sẵn sàng chi trả > 0) | 131 | 777,1 | 800 | 299,9 | 725,3-828,9 |

Bảng 1 cho thấy giá trị trung bình của mức chi trả tối đa cho dịch vụ KSKĐK của toàn bộ mẫu nghiên cứu bao gồm cả những người không chi trả là 267.900 đồng và độ lệch chuẩn là 409.400 đồng (khoảng tin cận 95% nằm trong khoảng 226.600 đồng đến 309.200 đồng).

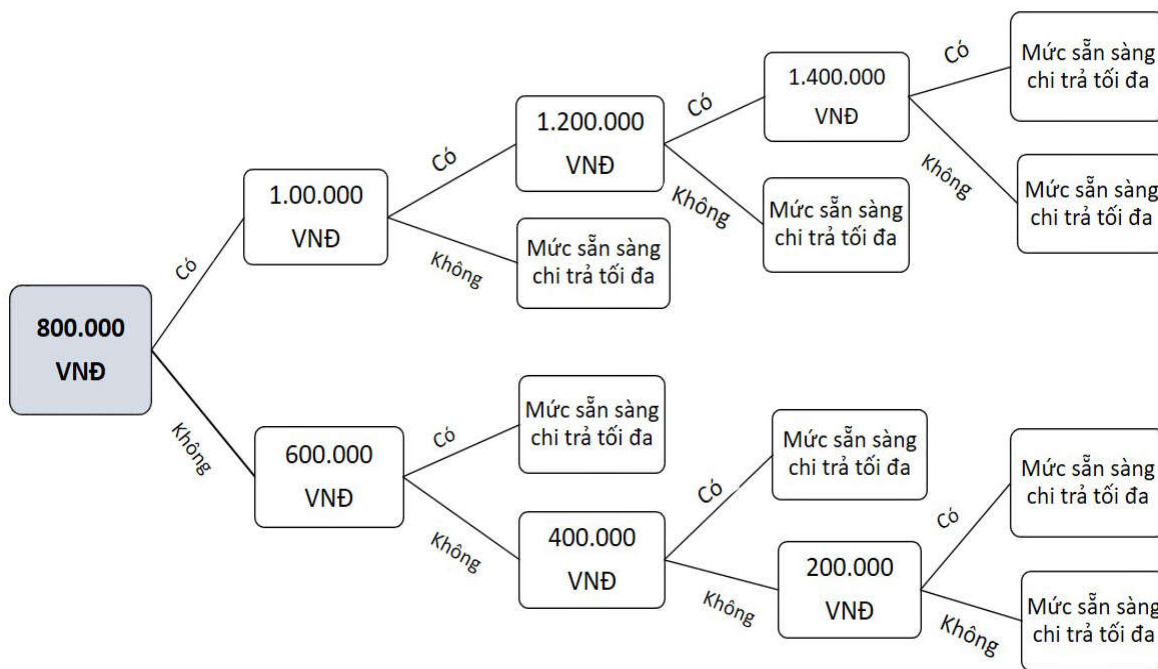
Giá trị trung bình, trung vị của mức sẵn sàng chi trả tối đa cho dịch vụ KSKĐK trong những người sẵn sàng chi trả lần lượt là 777.100 đồng, 800.000 đồng và độ lệch chuẩn là 299.900 đồng (khoảng tin cận 95% nằm trong khoảng 725.300 đồng đến 828.900 đồng).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK theo các mức giá của NCT đến khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017

Tỉ lệ sẵn sàng chi trả trong mẫu nghiên cứu giảm từ 34,5% xuống 22,9% khi mức giá tăng từ 100.000 đồng đến 800.000 đồng. Tỉ lệ

sẵn sàng chi trả trong mẫu nghiên cứu giảm từ 22,9% xuống 1,1% khi mức giá tăng từ 800.000 đồng lên 1.400.000 đồng.



Công cụ

Công cụ điều tra là bộ câu hỏi điều tra được thiết kế bám sát vào mục tiêu nghiên cứu. Bộ câu hỏi được đánh giá và phỏng vấn thử trước khi thu thập số liệu.

Quy trình thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp NCT theo bộ câu hỏi soạn sẵn để thu thập thông tin. Tổng số 380 NCT được tiến hành phỏng vấn vào các ngày trong tuần và các buổi trong ngày, mỗi buổi sáng phỏng vấn khoảng 7 NCT và mỗi buổi chiều phỏng vấn khoảng 7 NCT, các cuộc phỏng vấn được thực hiện phỏng vấn rải đều trong khoảng thời gian dành cho thu thập số liệu (từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 4 năm 2017).

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Cả thống kê mô tả và thống kê phân tích được thực hiện.

Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Trong số 380 NCT gia nghiên cứu, có 158 nam (41,6%) và 222 nữ (58,4%). Nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỉ lệ 56,1%, nhóm tuổi từ 70+ chiếm tỉ lệ 43,9%. Nghề nghiệp trước đây của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là công nhân, nông dân chiếm tỉ lệ 70,8%, còn lại là các nghề lao động khác chiếm 29,2%. NCT có trình độ học vấn từ cấp I trở xuống chiếm tỉ lệ cao nhất 43,1%, cấp II chiếm 37,9%, tiếp theo là \geq cấp III chiếm 19,0%. NCT đang sống cùng vợ/chồng chiếm tỉ lệ 75,3%. Chỉ có 6 đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo chiếm 1,6%, hộ cận nghèo chiếm 3,4%, tiếp theo là hộ có điều kiện kinh tế trung bình chiếm 87,6% và trên trung bình chiếm 7,4%. Thu nhập tháng trung bình của NCT là 2.167.610 đồng, đối tượng nghiên cứu có thu nhập bình quân lớn nhất là 8.000.000 đồng/tháng. Khoảng cách trung bình của các đối tượng khi đi khám bệnh tại Trung tâm là 12,28 km, khoảng cách mà đối tượng đi khám bệnh xa nhất là 35 km.

Mức và tỉ lệ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ KSKĐK của NCT đến khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017

KẾT QUẢ

cho dịch vụ khám sức khỏe định kỳ của các đối tượng nghiên cứu.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 11/2016 đến hết tháng 09/2017 tại Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương.

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Những người cao tuổi (người 60 tuổi trở lên) đến khám bệnh, chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu.

p là ước lượng tỷ lệ NCT có nhu cầu và sẵn sàng trả phí cho dịch vụ khám sức khỏe định kỳ (theo nghiên cứu Nguyễn Kim Chung năm 2010 là 33,3%) (5).

a là mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 5\% \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. ε là mức chính xác tương đối = 0,15.

Thay vào công thức ta tính được $n = 342$. Ước lượng 10% từ chối phỏng vấn và làm tròn số được cỡ mẫu $n = 380$.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phòng vấn NCT sử dụng phương pháp định giá ngẫu nhiên phụ thuộc (Contingent Valuation Method: CVM). CVM là một kỹ thuật điều tra kinh tế học dựa vào các câu hỏi trực tiếp các cá nhân về sự sẵn sàng chi trả cho một loại mặt hàng, dịch vụ nào đó (dịch vụ, hàng hóa có chất lượng tốt hơn chất lượng dịch vụ họ đang sử dụng, hoặc dịch vụ đó chưa có trong thực tế). Ưu điểm của CVM là ít tốn chi phí hơn so với phương pháp thử nghiệm thực tế thị trường, không cần dựa vào nguồn dữ liệu thứ cấp, xác định được mức và tỉ lệ sẵn sàng chi trả của người tiêu dùng về các hàng hoá, dịch vụ chưa có trên thị trường dựa vào một kịch bản giả định để đo lường các giá trị liên quan. Hạn chế của phương pháp định giá ngẫu nhiên phụ thuộc là kết quả điều tra phụ thuộc nhiều vào các điều kiện của thị trường giả định, cách đặt vấn đề của người điều tra. Nếu không thực hiện tốt hai yếu tố trên, dẫn đến câu trả lời của ĐTNC có xu hướng nói bớt hoặc tăng lên cái giá mà người ta thực sự trả (3). Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp CVM với 7 mức giá được đưa ra để hỏi NCT về sự sẵn sàng chi trả của họ cho dịch vụ KSKĐK. Mức giá ban đầu của gói KSKĐK để đưa ra hỏi NCT được định giá dựa vào thông tư 37/2015/TTLT-BYT-BTC là 800 nghìn đồng. Nếu đối tượng nghiên cứu đồng ý sẽ hỏi mức giá cao hơn và ngược lại nếu không đồng ý sẽ hỏi với mức giá thấp hơn. Tiếp tục hỏi như vậy cho đến khi tìm được mức giá tối đa mà NCT có thể chấp nhận. Các câu hỏi được hỏi theo sơ đồ sau:

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Sẵn sàng chi trả và một số yếu tố liên quan đối với dịch vụ khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi đến khám chữa bệnh tại Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương năm 2017Ngô Hoàng Dũng^{1*}, Huỳnh Minh Chính², Nguyễn Huy Ngọc³**TÓM TẮT**

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định mức và tỷ lệ sẵn sàng chi trả và một số yếu tố liên quan đối với dịch vụ khám sức khỏe định kỳ (KSKĐK) của người cao tuổi (NCT) đến khám chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế lượng giá ngẫu nhiên phụ thuộc. Số liệu thu thập được 380 NCT đến khám chữa bệnh tại Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng từ tháng 02/2017 đến tháng 4/2017. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

Kết quả: mức chi trả trung bình trong toàn bộ mẫu nghiên cứu (bao gồm cả những người có mức chi trả = 0) là 267.900 đồng và mức sẵn sàng chi trả trung bình trong những người sẵn sàng chi trả (mức chi trả > 0) là 777.100 đồng. Có 34,5% NCT sẵn sàng trả cho dịch vụ KSKĐK. Các yếu tố liên quan đến sẵn sàng chi trả của NCT bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập, xếp loại hộ gia đình, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện, tần suất KSKĐK trong một năm, thái độ đối với hoạt động KSKĐK, nghe tư vấn về vai trò của KSKĐK.

Từ khóa: Sẵn sàng chi trả, khám sức khỏe định kỳ, người cao tuổi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

KSKĐK là việc kiểm tra sức khỏe, đánh giá tổng quan tình trạng sức khỏe, bao gồm việc khám, chẩn đoán bệnh để phát hiện và điều trị bệnh sớm tại các cơ sở y tế nhằm mục đích đảm bảo sức khỏe của người dân (1, 2). KSKĐK đặc biệt quan trọng đối với người cao tuổi (NCT) nhằm phát hiện các vấn đề bất thường về sức khỏe trước khi chuyển thành bệnh hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khi chưa có biểu hiện ra bên ngoài để điều trị hiệu quả hơn, khả năng chữa khỏi bệnh cao hơn; tiết kiệm được thời gian, tiền

bạc và kéo dài tuổi thọ. Theo Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, tại khoản 3 Điều 23 quy định KSKĐK thuộc trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế. Do vậy NCT vẫn phải tự chi trả chi phí cho KSKĐK của mình. Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng mỗi ngày trung bình có khoảng 350 lượt bệnh nhân khám và điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu: 1) Xác định mức và tỷ lệ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi đến khám chữa bệnh tại Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng năm 2017; 2) Phân tích một số yếu tố liên quan tới sẵn sàng chi trả



*Địa chỉ liên hệ: Ngô Hoàng Dũng

Email: ngohoangdzung@gmail.com

¹Trung Tâm Y tế Dầu Tiếng tỉnh Bình Dương²Trung Tâm Y tế Bàu Bàng, tỉnh Bình Dương³Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Ngày nhận bài: 04/10/2017

Ngày phản biện: 04/12/2017

Ngày đăng bài: 25/12/2017

Self-assessment of student academic pressure in some high schools in Ha Nam, 2016

Nguyen Thi Vinh, Le Xuan Hung

*Department of Preventive Medicine and Public Health Training,
Hanoi Medical University*

Objective: This study focused on the percentage of high school students under academic pressure and signs if suffered from academic pressure. **Methods:** A cross-sectional quantitative study was conducted in the form of a survey of 596 students of grades 10, 11 and 12 in Ha Nam province, including Binh Luc and Kim Bang districts. **Main findings:** 93.46% of students struggled with academic pressure. The research also indicated that academic pressure was not influenced by gender, class, academic strength, or areas. In addition, fatigue, anxiety, and distraction (lack of concentration) were common signs in students who were under academic pressure. **Conclusions:** Most students in high school were under academic pressure in learning with some identifiable signs; therefore, students need to be interested by teachers and parents to deal with academic pressure and prevent from negative effects of academic pressure.

Keywords: *student, high school, academic pressure, signs of academic pressure.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deb S, Strodl E, Sun J. Academic-related stress among private secondary school students in India. *Asian Educ Dev Stud*. 2014 May 6;3(2):118–34.
2. Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương. Sức khoẻ tâm thần học sinh trường học Hà Nội [Internet]. [cited 2017 Jan 8]. Available from: <http://mai.huong.gov.vn/vi/suc-khoe-tam-than-tre-em/63-suc-khoe-tam-than-hoc-sinh-truong-hoc-ha-noi.html>
3. Phạm Thanh Bình. Stress trong học tập của học sinh trung học phổ thông. [Internet]. 2007 [cited 2016 Nov 28]. Available from: http://thuvien.ued.udn.vn:8080/dspace/bitstream/TVDHSPDN_123456789/17907/1/000000CV-v211S122007029.pdf
4. Dat Tan Nguyen, Dedding C, Pham TT, Wright P, Bunders J. Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13:1195.
5. Nguyễn Đình Chất. Rối nhiễu tâm trí và sự liên hệ đến các hành vi vi phạm nội quy, bạo lực trong trường học của học. *Tạp Chí Khoa Học Đại Học Sư Phạm Thành Phố Hồ Chí Minh* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 5];8(74). Available from: <http://123doc.org/document/3842890-roi-nhieu-tam-tri-va-su-lien-he-den-cac-hanh-vi-vi-pham-noi-quy-bao-luc-trong-truong-hoc-cua-hoc-sinh-trung-hoc-tinh-lam-dong.htm>
6. Lin HJ, Yusoff MSB. Psychological distress, sources of stress and coping strategy in high school students. *Int Med J*. 2013;20(6):672–676.
7. Kouzma NM, Kennedy GA. Self-Reported Sources of Stress in Senior High School Students. *Psychol Rep*. 2004 Feb 1;94(1):314–6.
8. Trần Thị Hồng Vân. Thực trạng stress của học sinh trung học phổ thông và một số yếu tố có liên quan tại trường trung học phổ thông Phan Đình Phùng, Hà Nội năm 2014. Trường Đại Học Y tế công cộng; 2014.
9. Biểu hiện stress trong học tập của học sinh lớp 12 trường THPT Đông Hà – Quảng Trị năm 2012- Luận văn, đồ án, đề tài tốt nghiệp [Internet]. [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://luanvan.net.vn/luan-van/de-tai-bieu-hien-stress-trong-hoc-tap-cua-hoc-sinh-lop-12-truong-thpt-dong-ha-quang-tri-35439/>
10. Nguyễn Thị Hằng Phương. Thực trạng và nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu ở học sinh trường trung học phổ thông chuyên Quảng Bình.
11. Phạm Quang Uẩn, Phạm Thanh Bình. Module THPT 12 - Khắc phục trạng thái tâm lý căng thẳng trong học tập của học sinh trung học phổ thông. In: Chương trình bồi dưỡng thường xuyên giáo viên trung học phổ thông [Internet]. Bộ Giáo dục và Đào tạo.; [cited 2017 Jan 1]. Available from: http://tranbinhtrong.phuyen.edu.vn/uploads/news/2015_10/module-thpt-12.pdf
12. Nguyễn Thị Thu Thủy. Stress và một số yếu tố xã hội. In: Đại cương nhân học và xã hội học y tế. Nhà xuất bản Y học; 2012. p. 129–50.
13. Đỗ Văn Thông. Tâm lý học lứa tuổi và tâm lý học sư phạm. [Internet]. [cited 2016 Nov 28]. Available from: <http://hfs1.duytan.edu.vn/upload/ebooks/2377.pdf>
14. Phạm Thị Thanh Hương. Một số biểu hiện và mức độ stress ở sinh viên trong học tập. *Tạp chí tâm lý học*, số 3; 2004.

Ninh Bình tình trạng áp lực rất cao với tỷ lệ tình trạng áp lực là 95,33% cao hơn kết quả thu được 93,46% nhưng sự chênh lệch đây không lớn (3).

Bên cạnh đó, tỷ lệ ALHT cao nhất ở khối 11, thấp hơn ở khối 10 và 12 kết quả giống với nghiên cứu của Phạm Thanh Bình cũng chỉ ra ở lớp 12 tình trạng áp lực có những báo động trước kỳ thi lớn như thi tốt nghiệp THPT và tuyển sinh Đại học, Cao đẳng nhưng tỷ lệ ALHT cao nhất ở học sinh lớp 11 thường xuyên hơn (3). Có khả năng là do năm lớp 11 bên cạnh những vấn đề thường ngày, bắt đầu các em có những áp lực về thi tốt nghiệp, chọn trường chuẩn bị cho bước tiến nữa trong cuộc sống nhưng sự trợ giúp từ những người xung quanh không giúp các em giải quyết dẫn đến tạo áp lực, tuy nhiên lên đến lớp 12 những yếu tố này được quen dần và yêu cầu từ các môn học không phải môn yêu thích của các em cũng giảm đi nên tỷ lệ ALHT của lớp 12 sẽ phân loại hơn tuy tỷ lệ ALHT chung giảm đi nhưng mức độ ảnh hưởng có thể cao hơn.

Có thể thấy trong 4 nhóm thì tần suất không hề có biểu hiện trí tuệ nào chiếm cao hơn hẳn so với 3 nhóm còn lại, điều này có thể do học tập là một vấn đề ưu tiên ở lứa tuổi học sinh và tình trạng ALHT vẫn trong khả năng đáp ứng của các em nên chúng ta có thể thấy ảnh hưởng của ALHT đã tác động và biểu hiện qua mặt cơ thể với biểu hiện mệt mỏi, cảm xúc như cáu gắt, lo âu nhưng các em vẫn kiểm soát để ALHT không ảnh hưởng đến kết quả học tập với các biểu hiện qua mặt trí tuệ có tần suất xuất hiện ít hơn. Tuy nhiên, ALHT vẫn tác động đến mọi mặt có thể thấy qua 7 biểu hiện về mặt hành vi, cảm xúc, trí tuệ, và cơ thể. Biểu hiện rõ rệt nhất là về mặt cơ thể với biểu hiện mệt mỏi, tiếp đến là mặt trí tuệ với biểu hiện mất khả năng tập trung, và sau đó biểu hiện về mặt cảm xúc và hành vi.

Nhìn chung, khi bị ALHT, học sinh thường xuất hiện các biểu hiện mệt mỏi, lo âu, mất tập trung, diễn đạt không lưu loát, hạn chế

tham gia hoạt động tập thể. Từ đó, nhà trường, gia đình hay bản thân học sinh có thể quan tâm lưu ý đến tình trạng của học sinh khi thấy có những biểu hiện như trên để kịp thời quan tâm, trợ giúp các em tháo gỡ vấn đề.

Hạn chế của đề tài

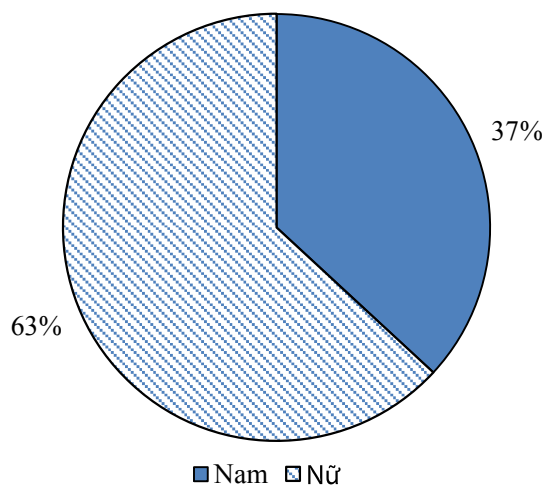
Một là, công cụ chưa được chuẩn hóa, được xây dựng trên tổng quan tài liệu và những yếu tố nhóm nghiên cứu muốn khảo sát. Cảm nhận ALHT được đánh giá mang tính cá nhân và chưa có đánh giá sàng lọc kèm theo nên kết quả nhận định tình trạng ALHT không đồng nhất ở các đối tượng. Và sự thay đổi về tần suất và mức độ ALHT qua thời gian chưa được phản ánh qua nghiên cứu này. Một số hạn chế khác là thời gian thu thập số liệu vào dịp hè nên tại thời điểm phỏng vấn đối tượng có thể đã quên đi một vài sự kiện không nổi bật xảy ra trong năm học 2015-2016.

KẾT LUẬN

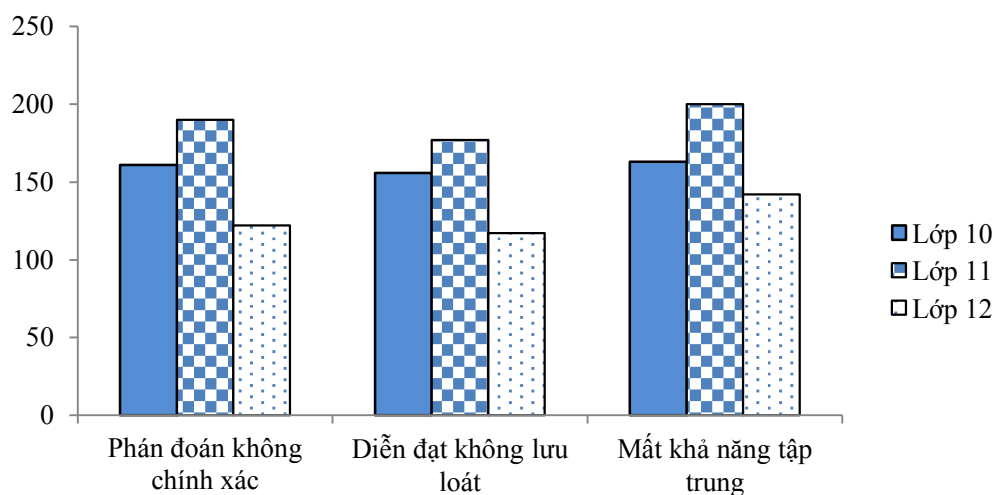
Kết quả nghiên cứu chỉ ra, trên 90% học sinh có biểu hiện căng thẳng trong học tập và tình trạng áp lực không có sự khác biệt giữa các đặc điểm của đối tượng như giới tính, trình độ học vấn, lớp học. Đến 99% học sinh có ALHT sẽ có biểu hiện ra bên ngoài với 7 biểu hiện phổ biến là đau đầu, mệt mỏi, lo âu, hồi hộp, mất khả năng tập trung, phán đoán không chính xác, diễn đạt không lưu loát.

KIẾN NGHỊ

Tình trạng ALHT tồn tại ở hầu hết học sinh, qua 7 dấu hiệu phổ biến được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể dùng làm dấu hiệu khuyến cáo giúp nhận biết tình trạng áp lực học tập đối với cả học sinh nam và nữ để có những biện pháp chăm sóc sức khỏe phù hợp và cả trong hoạt động học tập giáo viên quan tâm đến những dấu hiệu này để phương pháp khuyến khích học tập phù hợp.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ xuất hiện biểu hiện đau đầu khi có ALHT ở nhóm học sinh nam và nữ



Biểu đồ 3. Biểu hiện ALHT về trí tuệ và hành vi phổ biến qua các lớp học

Các biểu hiện phổ biến ở nhóm hành vi và trí tuệ đều có dấu hiệu tăng lên ở học sinh lớp 11 và giảm đi ở học sinh lớp 12. Chúng tôi tìm thấy có sự khác biệt giữa các lớp học ở biểu hiện phán đoán không chính xác và diễn đạt không lưu loát ở các học sinh bị ALHT.

BÀN LUẬN

Ở lứa tuổi 16-18 tuổi, học sinh THPT trải qua những thay đổi tâm sinh lý và cả về mặt xã hội. Và một trong những vấn đề đáng lo ngại là trước những thay đổi đó các em học sinh không có khả năng thích nghi thì có thể gặp phải những căng thẳng, áp lực. Với mong

muốn tìm hiểu tình trạng áp lực ở học sinh THPT, nghiên cứu tại Hà Nam của chúng tôi đã chỉ ra rằng hầu hết học sinh THPT gặp phải tình trạng áp lực trong học tập và tình trạng áp lực không có sự chênh lệch giữa học sinh giỏi với học sinh trung bình; và ở các lớp 10, 11, 12.

Kết quả thu được khá tương đồng với những nghiên cứu đã triển khai tại Việt Nam cũng như trên Thế giới. Tại Ấn Độ, nghiên cứu trên 5 trường THPT hầu hết học sinh cho rằng bị áp lực trong học tập, nghiên cứu còn cho biết hơn 1/3 học sinh ALHT ở mức cao và rất cao (1). Tương tự theo nghiên cứu ở trong nước triển khai ở

Khi xét đến tình trạng đối tượng có ALHT nhưng không có bất cứ biểu hiện nào trong 21 biểu hiện được khảo sát. Chúng tôi nhận thấy khi có tình trạng ALHT chỉ có 5/557 học sinh không có bất cứ biểu hiện nào được thể hiện ra bên ngoài. Và biểu đồ cũng cho thấy 122 học sinh không có dấu hiệu trí tuệ tức là nhóm học sinh này bị ALHT có thể có biểu hiện cơ thể, cảm xúc, hành vi nhưng không có biểu hiện về mặt trí tuệ, cao hơn tỷ lệ không biểu hiện của các nhóm còn lại. Vậy thì có 552 (99%) đối tượng học sinh khi bị ALHT sẽ có ít nhất một biểu hiện trong số 21 biểu hiện chúng tôi khảo sát. Về mặt cơ thể có đau đầu, mệt mỏi, chóng mặt, đổ mồ hôi, ăn không ngon, chân tay bủn rủn; về mặt cảm xúc có

không hài lòng về bản thân, dễ nổi cáu, lo âu, hồi hộp, sợ hãi; về mặt trí tuệ có khả năng nhận định, đánh giá kém, phán đoán không chính xác, liên tưởng chậm, trí nhớ giảm sút, mất khả năng tập trung; về mặt hành vi có diễn đạt không lưu loát, hay tranh luận quá khích, né tránh học tập, hạn chế tham gia hoạt động tập thể, ngại tiếp xúc.

Trong số 21 biểu hiện chúng tôi đưa vào tìm hiểu trong nghiên cứu này có 7 biểu hiện xuất hiện thường xuyên hơn với tỷ lệ trên 80% đối tượng từng có ALHT, bao gồm đau đầu, mệt mỏi, lo âu, hồi hộp, mất khả năng tập trung, phán đoán không chính xác, diễn đạt không lưu loát (Bảng 2).

Bảng 2. Biểu hiện phổ biến khi có tình trạng ALHT ở học sinh THPT

| | Biểu hiện | Tần số (n) | Tỷ lệ % |
|------------------|---------------------------|-------------------|----------------|
| Dấu hiệu cơ thể | Đau đầu | 469 | 84,20% |
| | Mệt mỏi | 527 | 94,61% |
| Dấu hiệu cảm xúc | Lo âu | 485 | 87,07% |
| | Hồi hộp | 463 | 83,12% |
| Dấu hiệu trí tuệ | Mất khả năng tập trung | 505 | 90,66% |
| | Phán đoán không chính xác | 473 | 84,92% |
| Dấu hiệu hành vi | Diễn đạt không lưu loát | 450 | 80,79% |

Kết quả ở bảng 2 còn cho thấy các em học sinh có tình trạng ALHT sẽ tác động nhiều nhất đến cơ thể gây cảm giác mệt mỏi. Hơn thế nữa ALHT sẽ tác động trực tiếp đến hoạt động học tập của các em học sinh THPT khi có hơn 90% đối tượng thừa nhận rằng áp lực dẫn đến mất khả năng tập trung.

Nhóm 7 biểu hiện phổ biến nhất chúng tôi thấy tỷ lệ xuất hiện các biểu hiện này giống nhau ở các nhóm học sinh có học lực khác nhau, và giống nhau ở nhóm học sinh nam và học sinh nữ, ngoại trừ biểu hiện đau đầu, ở nữ giới xuất hiện đau đầu nhiều hơn ở nam giới (Biểu đồ 2).

Bảng 1. ALHT theo huyện, giới, học lực và lớp học

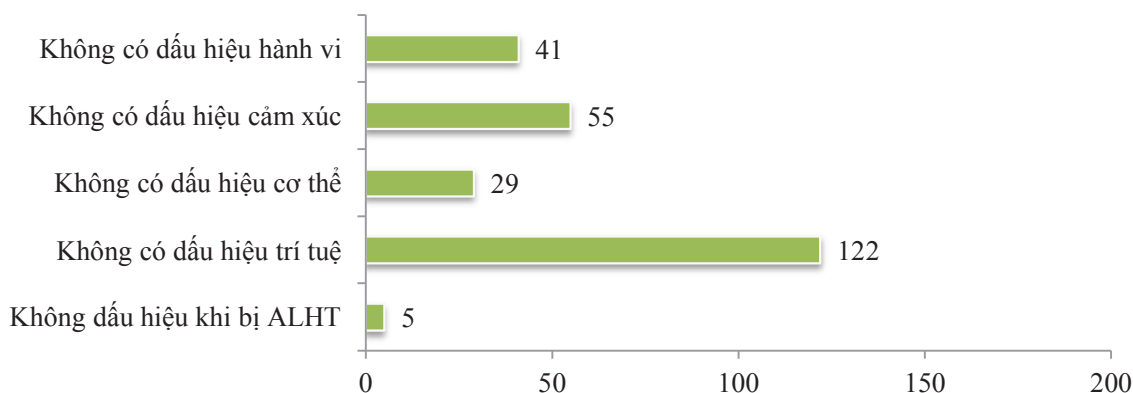
| Nội dung | Có | | Không có | | p | |
|--------------|------------|-------|----------|------|-------|-------------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Tổng (n=596) | 557 | 93,46 | 39 | 6,54 | - | |
| Huyện | Bình Lục | 301 | 94,12 | 23 | 5,88 | 0,55 (χ^2) |
| | Kim Bảng | 256 | 92,90 | 16 | 7,10 | |
| Giới | Nam | 222 | 91,74 | 20 | 8,26 | 0,16 (χ^2) |
| | Nữ | 335 | 94,63 | 19 | 5,37 | |
| Lớp | 10 | 177 | 92,67 | 14 | 7,33 | 0,60 (Fisher's test) |
| | 11 | 217 | 94,76 | 12 | 5,24 | |
| | 12 | 163 | 92,61 | 13 | 7,39 | |
| Học lực | Trung bình | 95 | 89,62 | 11 | 10,38 | 0,21 (χ^2) |
| | Khá | 357 | 94,20 | 22 | 5,80 | |
| | Giỏi | 105 | 94,59 | 6 | 5,41 | |

(Test χ^2 được sử dụng khi tần số mong đợi của $\leq 20\%$ số ô < 5 và không có ô nào có tần số mong đợi < 1 . Test Fisher's test được sử dụng khi tần số mong đợi của ≥ 1 ô < 1 và/hoặc $> 20\%$ số ô có tần số mong đợi < 5).

Biểu hiện áp lực trong học tập

Với 557 đối tượng nghiên cứu có tình trạng

ALHT chúng tôi tiếp tục tìm hiểu về các biểu hiện thường xuất hiện khi đối tượng gặp phải tình huống gây áp lực.



Biểu đồ 1. Số đối tượng cảm nhận có ALHT không có biểu hiện ra bên ngoài

Biến số nghiên cứu

Có 2 nhóm biến số chính, gồm: thông tin chung và thực trạng ALHT. Nhóm thông tin chung gồm có giới, học lực, lớp học và huyện. Nhóm thực trạng ALHT gồm 1 biến số về tự cảm nhận tình trạng ALHT và 21 biến số về các biểu hiện khi bị ALHT được biểu hiện qua mặt cơ thể, hành vi, cảm xúc và trí tuệ; là các biến nhị phân “có/không”. 21 biểu hiện được đánh giá qua tỷ lệ có biểu hiện của từng biểu hiện riêng biệt để đánh giá mức độ phổ biến.

Phương pháp thu thập và công cụ thu thập thông tin

Điều tra viên nhận danh sách học sinh THPT cư trú trên địa bàn nghiên cứu từ quản lý địa phương. Sau đó, đến hộ gia đình từng học sinh trong danh sách. Đối tượng cần đảm bảo tiêu chuẩn là học sinh THPT hệ chính quy, không phải là học sinh trường chuyên, trường dạy nghề, giáo dục thường xuyên; tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ khả năng về sức khỏe và tinh thần để tham gia phỏng vấn. Khi xác định được đối tượng đảm bảo tiêu chuẩn của nghiên cứu, điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại hộ gia đình dựa trên bộ câu hỏi đã chuẩn bị theo 2 nhóm biến số nêu trên.

Xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12, số liệu được thống kê mô tả qua tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng test Fisher's test, Chi bình phương để kiểm định sự khác biệt giữa biến áp lực và các biến độc lập với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích đầy đủ về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Nghiên

cứ đã được sự đồng ý của chính quyền địa phương ở hai huyện Bình Lục và Kim Bảng.

KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tổng có 596 học sinh đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu và tất cả đều tham gia phỏng vấn với 324 đối tượng ở huyện Kim Bảng và 272 đối tượng ở huyện Bình Lục. Trong đó, số đối tượng học sinh nữ (354 học sinh) nhiều hơn học sinh nam (242 học sinh). Hơn 80% đối tượng là học sinh khá và giỏi và số lượng học sinh lớp 11 (229 học sinh) nhiều hơn hai lớp 10 (191 học sinh) và lớp 12 (176 học sinh).

Tỷ lệ ALHT ở học sinh THPT tại tỉnh Hà Nam

Có hơn 90% (557/596) đối tượng tham gia vào nghiên cứu cảm thấy có áp lực trong học tập. Khi xem xét tình trạng ALHT của đối tượng theo từng huyện, giới tính, lớp học và xếp loại học lực. Kết quả đã chỉ ra ở học sinh nữ tỷ lệ ALHT cao hơn so với học sinh nam, tỷ lệ ALHT lần lượt ở học sinh nữ và học sinh nam là 94,63% và 91,74%. Tỷ lệ ALHT cao nhất ở học sinh lớp 11. Ngoài ra, tỷ lệ ALHT ở nhóm học sinh có xếp loại học lực trung bình thấp hơn nhóm học sinh khá, giỏi.

Tuy nhiên, với mức ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ta có thể tin rằng 95% sự xuất hiện tình trạng ALHT ở học sinh THPT tại tỉnh Hà Nam không có sự khác biệt giữa học sinh nam và học sinh nữ, giữa học sinh có học lực khá, giỏi cũng như trung bình và 95% tin tưởng rằng học sinh lớp 10, lớp 11 và lớp 12 có tỷ lệ xuất hiện tình trạng ALHT như nhau (Bảng 1).

nhiên, các nghiên cứu đã được triển khai trên phạm vi riêng lẻ một trường và thời gian tiến hành nghiên cứu trước giai đoạn có những sửa đổi, bổ sung trong quy chế thi tốt nghiệp THPT và quy chế tuyển sinh Đại học, Cao Đẳng từ sau năm 2014. Ngoài ra, tỉnh Hà Nam chưa có số liệu thống kê về tình trạng ALHT ở học sinh.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn tìm hiểu tình trạng ALHT ở học sinh THPT ở tại huyện Kim Bảng và huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2016 với mục tiêu xác định tỷ lệ hiện mắc và những dấu hiệu nhận biết tình trạng ALHT để cung cấp thông tin ban đầu cho các chương trình chăm sóc sức khỏe học đường ở tỉnh Hà Nam.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

ALHT hiện nay chưa có khái niệm thống nhất, trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi dựa trên những kiến thức về căng thẳng và xác định ALHT cũng là một loại căng thẳng. Chúng tôi đưa ra định nghĩa: “Áp lực học tập là phản ứng về sinh lý và tâm lý của học sinh trước những tác nhân đe dọa từ môi trường học tập”.

Sự phát triển ở học sinh THPT có tính chất phức tạp và mang tính chất của hiện tượng tâm lý xã hội. Các em có thể bị tác động từ các yếu tố khách quan từ môi trường tâm lý xã hội và cả các yếu tố chủ quan về mặt sinh lý, nhận thức, thái độ và cách đáp ứng của bản thân học sinh trước các nhiệm vụ học tập dẫn đến tình trạng ALHT (11). ALHT đối với học sinh đó là phản ứng thích nghi bình thường và mang lại những tác động tích cực như kích thích giúp học sinh phấn chấn, hăng hái, hoạt động tích cực và đạt hiệu quả hơn. Tuy nhiên áp lực cũng có thể dẫn đến bệnh lý khi vượt quá khả năng đàn xếp của cơ thể do nhiều nguyên nhân sẽ khiến cơ thể suy kiệt, hình thành các biểu hiện rối loạn thích nghi (12).

Các trạng thái biểu hiện của ALHT ở học sinh vô cùng phức tạp. Tuy nhiên, bản thân của người chịu tác động và những người xung

quanh có thể nhìn thấy, cảm nhận thấy những biểu hiện này qua biểu hiện sinh lý, biểu hiện nhận thức, biểu hiện hành vi và biểu hiện cảm xúc của đối tượng (13).

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ 07/2016 đến 08/2017.

Địa điểm nghiên cứu: huyện Bình Lục và huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là học sinh THPT gồm khối 10, khối 11, khối 12 hệ chính quy cư trú trên địa phương tại thời gian tiến hành nghiên cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

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

Với $\varepsilon = 0,1$; $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,6$ (dựa theo kết quả nghiên cứu căng thẳng ở học sinh THPT tỉnh Quảng Trị) (9). Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu $n \geq 256$. Sau khi tham khảo ý kiến chuyên môn và ý kiến của địa phương về tình trạng học đường của các xã có dấu hiệu nổi cộm có thể đại diện cho khu vực và đảm bảo đủ đối tượng nghiên cứu, bên cạnh đó đảm bảo được sự ủng hộ của chính quyền, phù hợp về mặt thời gian, kinh phí, chúng tôi đã chọn chủ đích 4 xã trên 2 huyện nghiên cứu, gồm: xã Đông Hòa, Tân Sơn (huyện Kim Bảng) và xã Tràng An, xã Tiểu Đồng (huyện Bình Lục), tỉnh Hà Nam và tiến hành tiếp cận tất cả học sinh THPT có mặt ở địa phương tại thời điểm nghiên cứu. Kết quả chúng tôi đã tiếp cận được 596 đối tượng thuộc 4 trường THPT tại 4 xã nghiên cứu.

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Tự đánh giá về tình trạng áp lực trong học tập của học sinh tại một số trường trung học phổ thông tỉnh Hà Nam, năm 2016

Nguyễn Thị Vinh*, Lê Xuân Hưng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ học sinh trung học phổ thông (THPT) có tình trạng áp lực học tập (ALHT) và những biểu hiện của đối tượng khi có tình trạng ALHT.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đã sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến hành thu thập thông tin trên 596 học sinh lớp 10,11,12 tại 2 huyện Bình Lục và Kim Bảng, tỉnh Hà Nam.

Kết quả: 93,46% học sinh có tình trạng áp lực trong học tập. Nghiên cứu cũng chỉ ra tình trạng ALHT không bị ảnh hưởng bởi yếu tố giới tính, lớp học, học lực, khu vực. Ngoài ra các biểu hiện mệt mỏi, lo âu, mất tập trung là dấu hiệu thường gặp nhất trong nhóm học sinh có ALHT.

Kết luận: Hầu hết học sinh THPT bị ALHT và có những dấu hiệu giúp nhận biết nên nhóm đối tượng này cần có sự quan tâm để có thể tránh được những ảnh hưởng không tốt của ALHT.

Từ khóa: học sinh, trung học phổ thông, tỷ lệ ALHT, biểu hiện ALHT, dấu hiệu nhận biết ALHT.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress (căng thẳng) là một trong những vấn đề sức khỏe tâm trí khá phổ biến trên đối tượng học sinh. Tại Ấn Độ, một nghiên cứu trên 400 học sinh trung học phổ thông (THPT) chỉ ra rằng hơn 1/3 số học sinh có tình trạng căng thẳng (1). Tại Việt Nam, tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm trí ở học sinh trong các quận nội thành Hà Nội là 19,45% (2), ở tỉnh Ninh Bình tỷ lệ học sinh căng thẳng mức độ cao là 95,33% (3). Nghiên cứu tại tỉnh Cần Thơ vào năm 2011 trên đối tượng học sinh trung học cho thấy có 22,8% có các triệu chứng đạt đến ngưỡng tương đương với chuẩn đoán lo âu và 41,1% học sinh có triệu chứng chuẩn đoán trầm cảm, tự tử đã được 26,3% số học sinh suy nghĩ nghiêm túc, trong đó có 12,9% lập kế hoạch tự tử và 3,8% đã cố gắng tự sát (4). Rối nhiễu tâm trí có thể gây

ra hành vi bạo lực học đường, chống đối; vi phạm nội quy của nhà trường ở đối tượng học sinh (5). Nguyên nhân tình trạng căng thẳng ở đối tượng học sinh xuất phát từ trường học, gia đình và xã hội trong đó yếu tố nhà trường được nhắc đến nhiều nhất (6, 7, 8).

ALHT cũng là một căng thẳng với các yếu tố gây căng thẳng từ môi trường học tập. Hơn nữa, yếu tố nhà trường trong nhóm nguyên nhân căng thẳng đã được nghiên cứu là nguyên nhân có ảnh hưởng nhiều nhất, từ đó có thể thấy vấn đề ALHT cần được tìm hiểu rõ hơn. Đến nay đã có một số nghiên cứu về ALHT ở học sinh phổ thông trên một số trường THPT trong cả nước như nghiên cứu ở trường THPT Yên Mô B tỉnh Ninh Bình, trường THPT Đông Hà, tỉnh Quảng Trị, trường THPT chuyên Quảng Bình (3, 9, 10) tìm hiểu về tỷ lệ, một số biểu hiện và nguyên nhân của tình trạng ALHT ở học sinh. Tuy



*Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thị Vinh
Email: vinhhtcc.hmu@gmail.com
Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng,
Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 29/09/2017
Ngày phản biện: 17/10/2017
Ngày đăng bài: 25/12/2017

Intention and practice of exclusive breastfeeding for the first six months: The results of a community-based intervention targeting fathers applying theory of planned behavior

*Tran Huu Bich, Duong Kim Tuan
Hanoi University of Public Health*

Objective: To test the primary hypothesis is that breastfeeding behavior change intervention targeting fathers can help increase intention to exclusive breastfeeding and 6-month exclusive breastfeeding practice of the mothers in the intervention group. Methods: A number of 390 couples in the intervention (Kim Thanh district) and 412 couples in the control group (Cam Giang district) were recruited in a one-year multi-channel, community-based intervention study targeting fathers. Fathers in the intervention area received breastfeeding education materials, counseling services at commune health centers and household visits and participated in father's club's activities during pregnancy, delivery and postpartum periods. In the control site, fathers did not receive any father targeting services implemented in the intervention site. Theory of planned behavior was used to improve intention to exclusive breastfeeding (EBF) and EBF at 6 months. Primary and secondary indicators were EBF at 6 months, mother's intention to EBF. Main findings: Intention to EBF was significantly higher in the intervention group. At 6 months of age, based on since birth recall, 4.1% of mothers in the intervention group were exclusively breastfeeding their children, compared to 0% of those in the control group. Conclusions: The intervention may be effective in changing intention to exclusive breastfeeding and EBF at 6 months. To improve EBF, health care staff working in maternal and child health should consider targeting and integrating fathers of the intact family with services aimed at breastfeeding promotion.

Keywords: *Exclusive Breastfeeding, Health promotion, Fathers, Theory of planned behaviour, Vietnam.*

- exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery*. 2017;53:49-54.
9. Mutuli L, Walingo M. Applicability of Theory of Planned Behavior in understanding Breastfeeding Intention of Postpartum Women *International Journal of Multidisciplinary and Current Research*. 2014;2.
 10. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211.
 11. Jamei F, Ostovar A, Javadzade H. Predictors of Exclusive Breastfeeding among Nulliparous Iranian Mothers: Application of the Theory of Planned Behavior. *Int J Pediatr*. 2017;5(3):4457-67.
 12. Raj V, Plicha S. The role of social support in breastfeeding promotion: A Literature Review. *J Hum Lact*. 1998;14(1):41-5.
 13. Al-Akour N, Khassawneh M, Khader Y, et al. Factors affecting intention to breastfeed among Syrian and Jordanian mothers: a comparative cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2010;5(1):6.
 14. Jatmika S, Maulana M. Support for Increasing Intention to Exclusive Breastfeeding. *Journal of Health, Medicine and Nursing* 2015;17.
 15. Humphreys A, Thompson N, Miner K. Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth*. 1998;25(3):169-74.
 16. Lester A. Paternal Support for Breastfeeding: A Mixed Methods Study to Identify Positive and Negative Forms of Paternal Social Support for Breastfeeding As Perceived by First-time Parent Couples [Graduate Theses and Dissertations.]: University of South Florida; 2014.
 17. Mitchell-Box K, Braun K, Hurwitz E. Breastfeeding Attitudes: Association Between Maternal and Male Partner Attitudes and Breastfeeding Intent. *BREASTFEEDING MEDICINE*. 2013;8(4).
 18. Glaser D, Roberts K, Grosskopf N, Basch C. An Evaluation of the Effectiveness of School-Based Breastfeeding Education. *Journal of Human Lactation*. 2016;32(1):46-52.
 19. Giles M, Millar S, Armour C, et al. Promoting positive attitudes to breastfeeding: the development and evaluation of a theory-based intervention with school children involving a cluster randomised controlled trial. *Matern Child Nutr*. 2015;14(4):656-72.
 20. Harit J. The Effect of an Antenatal Breastfeeding Intervention on Breastfeeding Self-Efficacy and Intention Among Inner City Adolescents. Valparaiso University, 2015 67.
 21. Damstra K. Improving Breastfeeding Knowledge, Self-Efficacy and Intent through a Prenatal Education Program: Grand Valley State University; 2012.
 22. Wan H, Tiansawad S, Yimyam S, et al. Effects of a Theory-based Breastfeeding Promotion Intervention on Exclusive Breastfeeding in China. *CMU J Nat Sci*. 2016;15(1).
 23. Wolfberg A, Michels K, Shields W, et al. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):708-12.
 24. Pisacane A, Continisio G, Aldinucci M, et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005;116(4):494 -8.
 25. Susin L, Giugliani E. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact*. 2008;24(4):386-92.
 26. Bích T, Cuong N. Changes in knowledge, attitude and involvement of fathers in supporting exclusive breastfeeding: A community-based intervention study in a rural area of Viet Nam. *Int J Public Health*. 2016.
 27. Bích T, Hoa D, Malqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. *Matern Child Health J*. 2014;18(6):1444-53.
 28. Bích TH. Mối liên quan giữa thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và sự phát triển của trẻ ở 9 tháng tuổi tại khu vực tỉnh Hải Dương: Kết quả từ nghiên cứu cắt ngang. *Tạp chí Y tế công cộng*. 2017;Submitted.
 29. Bích TH. Sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người cha trong hỗ trợ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu: Can thiệp cộng đồng áp dụng lý thuyết nhận thức xã hội. *Tạp chí khoa học nghiên cứu sức khỏe và phát triển*. 2017;Submitted.
 30. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44368/1/9789241599757_eng.pdf.
 31. Aarts C, Kylberg E, Honell A, et al. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology*. 2000;29:1041-6.
 32. Gerstman B. *Epidemiology Kept Simple: An Introduction to Traditional and Modern Epidemiology*. Second Edition ed: John Wiley & Sons, Inc; 2003. 436 p.

(29) và theo y văn, thái độ của người cha cũng liên quan đến dự định của bà mẹ (17) và mặc dù không đo lường các yếu tố này ở bà mẹ nhưng việc thực hành của người cha trong việc hỗ trợ bà mẹ cũng đã có thể dẫn đến sự thay đổi về thái độ, sự tự tin trong việc NCBSMHT của bà mẹ.

Phân tích đa biến không áp dụng được trong đánh giá tác động của can thiệp lên thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu do không có bà mẹ nào thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu tại địa bàn chứng. Do đặc thù thiết kế nghiên cứu phỏng thực nghiệm trên 2 nhóm và số liệu phân tích sử dụng số liệu cá thể nên mức ý nghĩa thống kê của sự khác biệt có thể giảm nếu trong khâu phân tích yếu tố cụm được kiểm soát. Thêm vào đó, tác động của yếu tố nhiễu do ta không đo lường và kiểm soát được có thể ảnh hưởng đến tính giá trị của kết quả nghiên cứu. Mặc dù các thông điệp truyền thông đại chúng về NCBSMHT đều hướng đến sự khuyến khích tham gia của người cha, sự tiếp xúc của bà mẹ với các thông tin đó có thể làm cho sự kỳ vọng đáp ứng chuẩn mực xã hội của bà mẹ về NCBSMHT ở địa bàn can thiệp có thể cao hơn so với bà mẹ ở địa bàn chứng nên thực hành NCBSMHT của thể bị khai báo cao hơn so với thực tế. Các hoạt động của chương trình can thiệp được thiết kế theo gói, nên việc đánh giá tác động riêng rẽ của từng hoạt động tới thực hành của người cha, tới dự định và thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu không phải là mục tiêu của nghiên cứu và khó có thể thực hiện được. Sự tham gia của người cha có thể đồng thời tác động lên dự định và thực hành NCBSMHT của bà mẹ và thực hành NCBSMHT của bà mẹ cũng có thể bị tác động bởi các thành viên khác trong HGĐ (do người cha tác động lên thành viên HGĐ), vì phân tích theo đường trực nhân quả (path analysis) không được tiến hành nên ta không biết mức độ góp phần của thực hành của người cha cũng như dự định của bà mẹ và các tác động khác đối với quyết định NCBSMHT trong 6 tháng đầu.

KẾT LUẬN

Can thiệp giáo dục sức khỏe tác động vào người cha áp dụng lý thuyết HVĐĐ có khả năng dẫn đến sự thay đổi dự định và thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ. Cán bộ y tế có thể áp dụng mô hình giáo dục sức khỏe này cho nam giới theo gói và cho cặp vợ chồng trong cùng gia đình nhằm tăng cường NCBSMHT.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được hỗ trợ bởi Gand Challenges Canada. Chúng tôi xin cảm ơn tới toàn bộ thành viên nhóm nghiên cứu, các bà mẹ và trẻ sơ sinh, các trung tâm y tế ở Kim Thành và Cẩm Giàng đã hợp tác trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donnan P, Dalzell J, Symon A, et al. Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(e003274).
2. Wambach K. Breastfeeding Intention and Outcome: A Test of the Theory of Planned Behavior. *Research in Nursing & Health*. 1997;20:51-9.
3. Fahimeh M, Nasrin R, Mohsen S. The relationship between prenatal intention to exclusive breastfeeding and mothers practice within 6 months after delivery in primipar women. *Daneshvar Medicine*. 2015;22(115):25-34.
4. Donath S, Amir L, et al. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr*. 2003;92(3):352-6.
5. Ho L, Fung M, Leung P, et al. Factors of a Mother's Postnatal Decision about Infant Feeding and the Sustainability of Breastfeeding. *HKJGOM*. 2016;16(2).
6. Hmone M, Li M, Agho K, et al. Factors associated with intention to exclusive breastfeed in central women's hospital, Yangon, Myanmar. *International Breastfeeding Journal*. 2017;12(29).
7. Ismail T, Muda A, Bakar M. The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition Research and Practice*. 2015.
8. Lok K, Bai D, Tarrant M. Family members infant feeding preferences, maternal breastfeeding

BÀN LUẬN

Nghiên cứu can thiệp hướng tới người cha đã cho thấy có sự thay đổi về dự định và tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ. Nhiều nghiên cứu quan sát áp dụng lý thuyết HVDD trên đối tượng phụ nữ ở các nước khác nhau cho thấy những người có dự định NCBSM thì sẽ có khả năng cho con bú sớm, thời gian cho bú dài hơn (1, 2, 4), nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ nhiều hơn (3, 7) so với những người không có dự định.

Can thiệp áp dụng mô hình lý thuyết HVDD cho bà mẹ triển khai tại bệnh viện đã cho thấy hiệu quả của can thiệp trong việc thay đổi ý định của bà mẹ (21), dự định NCBSM của vị thành niên nữ tại trường học và cộng đồng (18-20). Can thiệp áp dụng lý thuyết HVDD với đối tượng bà mẹ ở Trung Quốc (có sự hiện diện của chồng và mẹ chồng) đã thay đổi kiến thức, thái độ và ý định NCBSMHT cũng làm thay đổi tỷ lệ NCBSMHT trong tháng 6 đầu (22). Trong nghiên cứu trước đây (26) và nghiên cứu này của chúng tôi, người cha là đối tượng can thiệp và họ đã tích cực tham gia hỗ trợ bà mẹ như là sự hỗ trợ xã hội bao gồm các hoạt động như hỗ trợ về tinh thần, thể chất, chia sẻ thông tin và tạo môi trường thuận lợi trong gia đình hỗ trợ NCBSMHT.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu ở địa bàn can thiệp đã thay đổi (4,1% ở địa bàn can thiệp và 0% ở địa bàn chứng) tiếp theo sau sự thay đổi của thực hành của người cha trong việc hỗ trợ bà mẹ trước, trong và sau sinh. Wan và cộng sự (22) áp dụng lý thuyết HVDD trong việc thiết kế can thiệp tăng cường NCBSMHT của bà mẹ cũng đã cho thấy tác động của can thiệp lên các chỉ số trung gian như kiến thức, thái độ, chuẩn mực xã hội của bà mẹ về NCBSM. Tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu ở địa bàn can thiệp cao gấp 4 lần so với địa bàn không can thiệp (42% ở địa bàn can thiệp có với 10,2% ở địa bàn chứng). Một số nghiên cứu can thiệp có kiểm soát hướng đến

người cha được triển khai tại bệnh viện chủ yếu thông qua hình thức các lớp học tiền sản và hỗ trợ người cha trong quá trình NCBSM đã cho thấy sự cải thiện đáng kể về thời gian NCBSM cũng như tỷ lệ NCBSMHT trong 1, 2, 4 và 6 tháng đầu (23-25). Can thiệp dựa trên cộng đồng với các cấu phần can thiệp vào người cha tương tự được Bích và cộng sự triển khai tại Việt Nam đã cho thấy can thiệp đã làm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT của người cha (26) và bú hoàn toàn trong 4 và 6 tháng đầu (27).

Tính giá trị của kết quả nghiên cứu này được đảm bảo do địa bàn đối chứng nằm xa khu vực can thiệp và có nhiều điểm tương đồng. Điều tra viên cũng đã được đào tạo trong một nhóm, không tham gia vào triển khai can thiệp và không được thông báo về giả thuyết nghiên cứu khi đánh giá thực hành của người cha, dự định và thực hành NCBSM của bà mẹ. Tại Hải Dương vào thời điểm can thiệp, không có bất cứ chương trình khuyến khích NCBSM mới và đặc thù nào được triển khai đã hạn chế được tác động nằm ngoài chương trình can thiệp.

Vì phần lớn các nghiên cứu áp dụng lý thuyết HVDD chỉ tiến hành trên đối tượng là bà mẹ nên đây là nghiên cứu can thiệp cộng đồng đầu tiên áp dụng lý thuyết hành HVDD thông qua tác động tới người cha để thay đổi dự định và thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ. Trong nghiên cứu này, lý thuyết hành HVDD được áp dụng nhưng chủ yếu tập trung vào đo lường khía cạnh tác động của yếu tố xã hội (mà yếu tố chính là người cha) lên dự định NCBSMHT của bà mẹ mà thiếu đi việc đo lường các khía cạnh thuộc về bà mẹ mà có thể tác động lên dự định khác như kiến thức, thái độ và sự tự tin trong việc NCBSMHT. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy kiến thức, thái độ, niềm tin, sự tự tin và chuẩn mực xã hội về vai trò người cha và NCBSMHT người cha ở địa bàn can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với người cha ở địa bàn chứng

Bảng 1. Điểm số dự định NCBSMHT của bà mẹ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm 1 tháng tại huyện Kim Thành (can thiệp, n = 361) và huyện Cẩm Giàng (chứng, n = 391), Hải Dương

| Dự định NCBSMHT | Mục thông tin | Trung bình (SD) [SE] | | Khác biệt trung bình giữa can thiệp và chứng | Giá trị P |
|---|---------------|------------------------|------------------------|--|-----------|
| | | Can thiệp n = 390 | Chứng n = 412 | | |
| Điểm dự định NCBSMHT trong 6 tháng đầu trước can thiệp | 3 | 10,89 (2,78) [0,14] | 10,96 (3,08) [0,15] | -0,07 | >0,05 |
| | | Can thiệp n = 368 | Chứng n = 403 | | |
| Điểm dự định NCBSMHT trong 6 tháng đầu sau ở một tháng sau sinh | 3 | 12,44 (3,92) [0,20] | 11,11 (3,72) [0,19] | 1,33 | <0,001 |

* Kiểm định ANCOVA điều chỉnh với nơi cư trú, kinh tế gia đình, điểm dự định ở điều tra ban đầu, học vấn mẹ, cân nặng, giới tính, hình thức và thứ tự sinh của trẻ.

Bảng 1 cho thấy điểm dự định NCBSMHT trung bình trong 6 tháng đầu của bà mẹ ở địa bàn can thiệp cao hơn bà mẹ ở địa bàn chứng là 1,33 điểm ($p < 0,001$). So với thời điểm trước can thiệp, dự định NCBSMHT của bà mẹ sau can thiệp lớn hơn trước can thiệp ở cả

hai địa bàn nhưng sự khác biệt trước sau can thiệp ở địa bàn can thiệp lớn hơn so với địa bàn chứng. Phân tích lặp kiểm soát với yếu tố nhiễu tiềm tàng cho ra kết quả tương tự như trong phân tích ANCOVA với $p < 0,001$ (số liệu không trình bày ở đây).

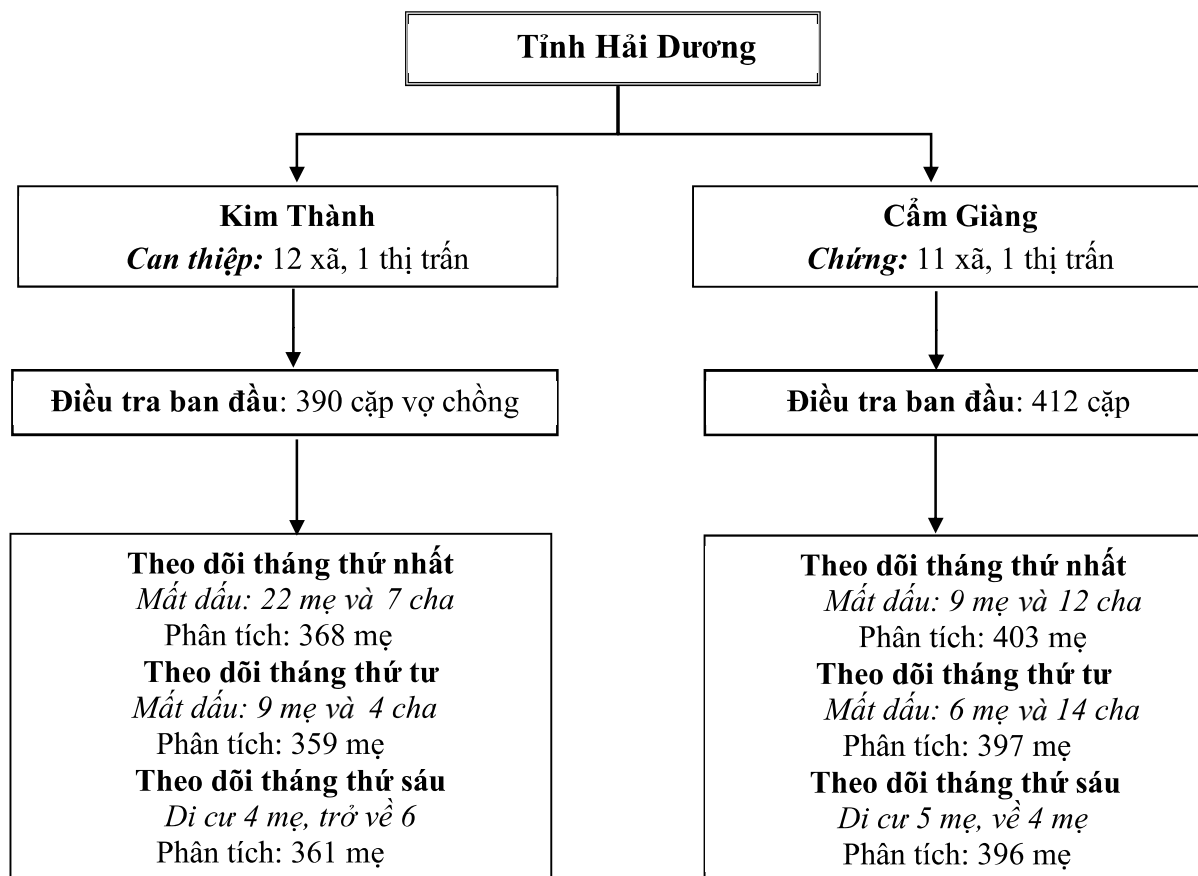
Bảng 2. Tỷ số chênh thô đo lường tác động can thiệp đối với NCBSMHT trong 6 tháng đầu tại Hải Dương (n= 761)

| Địa bàn | Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng | | OR thô | Khoảng tin cậy 95% |
|----------------------|-------------------------|-------|---------|--------------------|
| | Có | Không | | |
| Chứng n = 398 | 1 | 397 | 1 | |
| Can thiệp n = 363 | 16 | 347 | 18,3*** | 2,4 - 138,7 |

***: $p < 0,001$

Vì không có bà mẹ nào NCBSMHT trong 6 tháng đầu tại địa bàn chứng (Bảng 2) nên giá trị 1 được đưa vào mỗi ô trong bảng 2x2 để ước lượng tác động can thiệp thô lên thực hành NCBSMHT. Kết quả bảng 2 cho thấy

những bà mẹ ở địa bàn can thiệp có khả năng NCBSMHT trong 6 tháng đầu cao hơn gấp 18,5 lần so với bà mẹ ở địa bàn chứng (CI 95%: 2,4-138,7; $p < 0,001$).



Hình 1. Sơ đồ phân bố mẫu và theo dõi đối tượng nghiên cứu can thiệp giáo dục thay đổi hành vi NCBSMHT tác động vào người cha tại Hải Dương

Người cha ở địa bàn can thiệp đã chia sẻ gánh nặng công việc, giúp vợ tăng cường sức khỏe và dinh dưỡng, cũng như chia sẻ ý kiến của mình (với vợ) về NCBSM nhiều hơn gấp 2,4; 4,9 và 1,6 lần so với người cha ở địa bàn chứng (p<0,001). Người cha ở địa bàn can thiệp còn ngợi khen, cũng như tạo điều kiện môi trường hỗ trợ NCBSMHT trong gia đình mình nhiều

hơn gấp 2,13 (p<0,001) và 1,33 (p = 0,08) so với người cha ở địa bàn chứng. Người cha ở địa bàn can thiệp đã tham gia trực tiếp hơn nhằm đảm bảo việc bà mẹ được NCBSMHT bằng việc không mua hoặc nói với người nhà không mua sữa công thức cho trẻ (OR = 3,13; p<0,001). Số liệu chi tiết được trình bày trong đăng tải trước đây (29).

trình can thiệp được trình bày trong đăng tải trước đây (29).

Biến số và số liệu thu thập

Thông tin cơ bản của hộ gia đình như địa dư, kinh tế và loại hình gia đình và đặc điểm nhân khẩu học của vợ chồng được thu thập tại điều tra ban đầu. Hoạt động hỗ trợ vợ cho con bú của người cha được thu thập từ 8 câu hỏi tự điền về các hoạt động như chia sẻ công việc nhà với vợ, hỗ trợ, động viên tinh thần, chăm sóc dinh dưỡng, tạo môi trường hỗ trợ NCBSMHT trong gia đình và không mua sữa ngoài và nói họ hàng mua sữa ngoài (26). Chi tiết về biến số cơ bản và thực hành được trình bày trong đăng tải trước đây (29).

Thông tin về dự định và NCBSMHT trong 6 tháng đầu được thu thập từ phỏng vấn có cấu trúc bà mẹ trước sinh và sau sinh thông qua 3 câu hỏi được xây dựng dựa trên định nghĩa của TCYTTG (30) 1) “Tôi sẽ KHÔNG cho con mình uống hoặc tráng qua miệng bằng nước hay bất kỳ đồ uống nào trong 6 tháng đầu”, 2) “Tôi sẽ KHÔNG cho con mình uống bất kỳ loại sữa công thức nào trong 6 tháng đầu” và 3) “Tôi sẽ KHÔNG cho con mình bất kỳ đồ ăn cứng hay bán lỏng nào trong 6 tháng đầu”. Đối với mỗi loại dự định, người mẹ sẽ đưa ra ý kiến của riêng mình (thể hiện mức độ đồng tình với dự định) bằng việc khoanh tròn chữ số tương ứng với mức độ thực hiện của bà mẹ theo 6 mức độ từ 1 (rất không đồng ý) cho đến 6 (rất đồng ý) với dự định đó. Tất cả 3 mục được gộp lại nhằm đo lường dự định chung về NCBSMHT trong 6 tháng đầu (Cronbach Alpha = 0,76). Tổng số điểm dự định NCBSMHT là từ 0 đến 18. Dự định NCBSMHT của người mẹ được thu thập ở điều tra ban đầu và tháng thứ 1 sau sinh. Đo lường NCBSMHT (30) được tính từ thời điểm sinh qua câu hỏi “Từ khi sinh đến nay, cháu có được ăn những thức ăn nào khác ngoài sữa mẹ không?”. Trẻ được NBSMHT

từ lúc sinh (đến thời điểm 6 tháng) nếu như trẻ không được cho ăn, uống bất cứ đồ ăn thức uống nào ngoài sữa mẹ (bao gồm cả nước) từ lúc sinh (27, 31). Trong nghiên cứu này, những trẻ uống nước cùng với thuốc (nước dùng để pha và uống thuốc) vẫn được coi là bú mẹ hoàn toàn.

Phân tích số liệu

Kiểm định thống kê Chi-square và tỷ số chênh (OR) dùng để đánh giá tác động của các can thiệp đối với sự hỗ trợ của người cha và NCBSMHT trong 6 tháng đầu. Giá trị 1 được đưa vào ô trống trong bảng 2x2 để ước lượng OR khi số liệu gốc có 1 giá trị 0 trong bảng (32). Kiểm định ANCOVA đã được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp trên dự định kiểm soát với dự định ở điều tra ban đầu, sự khác biệt giữa hai địa bàn can thiệp và chúng cũng như các yếu tố nhiễu tiềm tàng như nơi cư trú, loại gia đình, kinh tế hộ, giáo dục, việc làm của người cha, giới và thứ tự sinh của trẻ. Giá trị $p = 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số cặp vợ chồng tham gia điều tra cơ bản ở địa bàn can thiệp và chứng là 390 và 412. Do di cư và sẩy thai tự nhiên, 46 bà mẹ không tham gia vào khảo sát con bú ở tháng thứ 1, 4 và 6 tháng. Tổng số mẫu của bà mẹ vào thời điểm 1, 4 và 6 tháng ở địa bàn can thiệp tương ứng là 368, 359, 361 và trong địa bàn chứng tương ứng là 403, 397 và 396 người (Hình 1). Ở địa bàn can thiệp, có nhiều hộ gia đình sống ở khu vực nông thôn (93,2% so với 85,1%), có nhiều HGĐ có kinh tế hộ thấp (63,6% so với 36,2%), nhiều gia đình hạt nhân hơn, nhưng có ít người cha làm việc gần nhà (nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp và bán lẻ) hơn và bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn so với địa bàn chứng ($p < 0,05$).

(16) và thái độ dương tính về NCBSM (17) đã làm tăng dự định NCBSM. Lý thuyết HVĐĐ chủ yếu được áp dụng vào nghiên cứu can thiệp trên đối tượng nữ giới (18-20) và đã làm thay đổi dự định (21), tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tuần, 4 và 6 tháng đầu (22). Can thiệp khuyến khích NCBSMHT mà đối tượng đích là người cha đã triển khai ở khu vực bệnh viện ở các nước phát triển (23-25) và tại cộng đồng ở Việt Nam cho thấy người cha ở địa bàn can thiệp có kiến thức, thái độ và thực hành hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT (26) và NCBSMHT trong 4 và 6 tháng đầu cao hơn so với địa bàn chứng (27). Các nghiên cứu can thiệp tác động trực tiếp vào người cha nêu trên và cho đến thời điểm này (dựa trên việc rà soát y văn của người viết) chưa nghiên cứu nào đánh giá tác động can thiệp vào người cha liệu có dẫn đến sự thay đổi dự định và thực hành NCBSMHT của bà mẹ. Trong nghiên cứu này chúng tôi giả định rằng can thiệp thay đổi hành vi hỗ trợ NCBSMHT nhằm vào người cha sẽ dẫn đến sự thay đổi dự định NCBSMHT của bà mẹ ở tháng thứ nhất và NCBSMHT trong 6 tháng đầu.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp sử dụng thiết kế phỏng thực nghiệm. Địa bàn can thiệp là 13 xã, thị trấn thuộc huyện Kim Thành - Hải Dương. Địa bàn chứng là 12 xã, thị trấn thuộc huyện Cẩm Giàng. Hai huyện không chung ranh giới, có các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, tỷ lệ NCBSMHT trong 3 ngày đầu, trong vòng 4-6 tháng đầu của bà mẹ có con 9 tháng tuổi và sự phát triển của trẻ là tương đương giữa 2 địa bàn (28).

Đối tượng nghiên cứu là cặp vợ chồng cư dân của xã can thiệp và chứng, có vợ đang mang thai 12-27 tuần của thai kỳ tính đến ngày 21/3/2013. Nam giới là đối tượng nhận dịch vụ can thiệp và bà mẹ là người được hỏi về dự định và thực hành NCBSMHT.

Tổng số đối tượng nghiên cứu tại địa bàn can thiệp và chứng tương ứng là 390 và 412 cặp vợ chồng. Chi tiết hơn về đối tượng và chọn mẫu được trình bày trong đăng tải trước đây (29).

Đạo đức của nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng xem xét và chấp thuận theo quyết định số 007/2014 /YTCC-HD3 ngày 26/02/2014.

Chương trình can thiệp

Can thiệp được thực hiện liên tục trong 3 giai đoạn trước, trong và sau sinh tại 13 xã, thị trấn của Kim Thành từ tháng 5 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015 dựa trên cơ sở của lý thuyết HVĐĐ và nhận thức xã hội (10, 29). Gói can thiệp bao gồm truyền thông đại chúng, tư vấn nhóm và tư vấn cá nhân, hoạt động câu lạc bộ và sự kiện cộng đồng. Hoạt động truyền thông đại chúng của can thiệp bao gồm truyền thông qua loa đài, pano và tờ rơi nhằm mục đích nâng cao kiến thức về NCBSMHT và cách hỗ trợ bà mẹ cho người cha cũng như tạo môi trường thuận lợi trong cộng đồng ủng hộ người cha tham gia vào NCBSMHT. Ngoài ra người cha còn nhận được thông tin về NCBSM trong các cuộc tư vấn giáo dục sức khỏe theo nhóm chỉ bao gồm nam giới. Ngay từ những ngày đầu tiên được làm cha, người cha đã được tiếp tục nhận dịch vụ tư vấn cá nhân tại nơi sinh khi họ đưa vợ và lưu lại nơi sinh. Người cha còn nhận được tư vấn cá nhân qua 4 lần thăm hộ gia đình (1 lần trước sinh và 3 lần sau sinh) của cán bộ tư vấn nhằm tháo gỡ những rào cản người cha có thể gặp phải trong quá trình chăm sóc vợ, giúp tăng cường kiến thức và kỹ năng trong hỗ trợ vợ NCBSMHT đặc thù theo từng giai đoạn. Người cha đã tham gia xây dựng và sinh hoạt trong 13 câu lạc bộ của người cha trong thời gian dự án với sự hỗ trợ của chính quyền, tổ chức xã hội tại địa phương. Cuộc thi với tên gọi “Ai yêu vợ con hơn” dành cho người cha được tổ chức tại Kim Thành. Chi tiết hơn về chương

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Dự định và thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu: Kết quả nghiên cứu can thiệp cộng đồng tác động vào người cha áp dụng lý thuyết hành vi dự định

Trần Hữu Bích*, Dương Kim Tuấn

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kiểm định giả thuyết rằng can thiệp thay đổi hành vi tác động vào người cha sẽ làm tăng dự định nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) ở tháng thứ nhất và thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ.

Phương pháp nghiên cứu: 390 cặp vợ chồng trong địa bàn can thiệp (huyện Kim Thành) và 412 cặp trong nhóm đối chứng (huyện Cẩm Giàng) đã được chọn tham gia chương trình can thiệp trong một năm. Người cha ở khu vực can thiệp đã tiếp nhận tài liệu giáo dục cho con bú, dịch vụ tư vấn tại cơ sở y tế và gia đình, tham gia vào câu lạc bộ người cha. Lý thuyết hành vi dự định được sử dụng để thiết kế và đánh giá việc cải thiện dự định và thực hành NCBSMHT của bà mẹ trong 6 tháng đầu.

Kết quả: Dự định NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm chứng. Có 4,1% bà mẹ trong nhóm can thiệp cho trẻ bú mẹ hoàn toàn so với 0% ở nhóm đối chứng.

Kết luận: Can thiệp tác động vào người cha có thể làm thay đổi dự định và tỷ lệ NCBSMHT trong 6 tháng đầu của bà mẹ. Nhân viên y tế cần khuyến khích người cha trong gia đình tham gia vào các hoạt động hỗ trợ NCBSMHT.

Từ khóa: Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu; người cha; lý thuyết hành vi dự định.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dự định nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) đã dự báo thực hành bú sớm (1) và nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) của bà mẹ (2-4). Dự định NCBSM chịu tác động bởi yếu tố thuộc về bà mẹ (5) như tình trạng kinh tế, nghề nghiệp, kiến thức (6) thái độ của người mẹ về NCBSM (7), vai trò người cha và bà nội, ngoại (8). Dự định NCBSM được định nghĩa là mức độ chắc chắn về khả năng thực hiện một cách tối ưu thực hành NCBSM (9). Theo lý thuyết hành vi dự định (HVĐĐ) (Theory of Planned Behavior) dự định của cá thể, khi được kiểm soát tốt, có thể dự báo và liên quan khá chặt chẽ đến việc thực hiện

hành vi sau này (10). Ajzen (10) cho rằng dự định càng nhiều thì càng có khả năng hành vi được thực hiện, dự định chịu tác động của thái độ đối với hành vi, yếu tố xã hội liên quan đến việc thực hiện hoặc không thực hiện hành vi và khả năng kiểm soát hành vi. Lý thuyết HVĐĐ còn được mở rộng và ứng dụng trong nghiên cứu trên bà mẹ để dự báo yếu tố liên quan đến dự định NCBSM và giữa dự định NCBSM với thực hành NCBSMHT trong 6 tháng đầu (7, 11). Sự hỗ trợ của người cha được coi là sự hỗ trợ xã hội quan trọng đối với bà mẹ (12), sự hiện diện của người chồng (13, 14), người chồng mong muốn con được nuôi bằng sữa mẹ (8), người chồng nói với vợ về lợi ích NCBSM (15) hỗ trợ vợ qua lời ngợi khen



*Địa chỉ liên hệ: Trần Hữu Bích
Email: thb@huph.edu.vn
Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 02/10/2017
Ngày phản biện: 30/10/2017
Ngày đăng bài: 25/12/2017

Changes of knowledge, attitude and practice of fathers regarding supporting six months exclusive breastfeeding: Results of a community-based intervention applying social cognitive theory

Tran Huu Bich

Hanoi University of Public Health

Objective: This study evaluates the results of the health education intervention aimed at improving paternal knowledge, attitude toward exclusive breastfeeding (EBF) and also involvement in supporting EBF. **Methods:** A quasi-experimental design was used. At baseline, 390 and 412 pregnant women and their husbands were enrolled into the intervention and control groups, respectively. The 1-year intervention applied social cognitive theory targeting fathers included mass media, game show-style community events, group and individual counseling and home visits. **Main findings:** Fathers in the intervention group had higher breastfeeding knowledge scores and higher attitude scores reflecting more positive attitudes toward 6 months EBF, self-efficacy, belief and social norms in practicing EBF. And they were also more likely to report active involvement in supporting mothers to practice EBF through direct and indirect supporting activities. **Conclusions:** The community-based education model should be maintained in a package and considered for conducting further evaluation in wider application to mobilize fathers of intact families in supporting EBF.

Keywords: *Fathers, knowledge, attitude and practice, Breastfeeding, social cognitive theory.*

5. Bar-Yam BN, Darby L. Fathers and breastfeeding: A review of literature. *J Hum Lact.* 1997;13(1):45-50.
6. Raj V, Plichá S. The role of social support in breastfeeding promotion: A Literature Review. *J Hum Lact.* 1998;14(1):41-5.
7. Baranowski T, Perry C, Parcel G. How individuals, environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. In: *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. p. 165-84.
8. Tohotoa J, Maycock B, et al. Supporting mothers to breastfeed: the development and process evaluation of a father inclusive perinatal education support program in Perth, Western Australia. *Health Promot Int.* 2011;26(3):351-61.
9. White B, Martin A, et al. Theory-Based Design and Development of a Socially Connected, Gamified Mobile App for Men About Breastfeeding (Milk Man). *JMIR Mhealth Uhealth.* 2016;4(2).
10. Sharma M, Petosa R. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. *J Am Diet Assoc.* 1997;97(11):1311-3.
11. Mitchell-Box K, Braun K. Fathers Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory Based Intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2012;41(6):E41-E50.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991;50(2):179-211.
13. Mitchell-Box K, Braun K. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact.* 2013;24(9):473-9.
14. Pisacane A, Continisio G, et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics.* 2005;116(4):494 -8.
15. Susin L, Giugliani E. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact.* 2008;24(4):386-92.
16. Abbass-Dick J, Stern S, et al. Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2015;135(1):102-10.
17. Sciacca J, Dube D, et al. A breast-feeding education and promotion program: Effects on knowledge, attitudes and support for breast feeding. *J Community Health.* 1995 20(6):473-90.
18. Bích T, Cuong N. Changes in knowledge, attitude and involvement of fathers in supporting exclusive breastfeeding: A community-based intervention study in a rural area of Viet Nam. *Int J Public Health.* 2016.
19. Swigart T, Bonvecchio A, et al. Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PLoS ONE.* 2017;12(7).
20. Tohotoa J, Maycock B, et al. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International breastfeeding journal.* 2009;4(15).
21. Sherriff N, Hall V, et al. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. *Midwifery.* 2014;30(6):667-77.
22. Amy B, Ruth D. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition.* 2014;10:510-26.

hơn về kiến thức về NCBSM khi họ tham gia vào các hoạt động giáo dục, tư vấn về NCBSM mà đã được đề cập trong các nghiên cứu quan sát trước đó (5, 20, 21) cũng như trong nghiên cứu can thiệp giáo dục thay đổi hành vi có phân bổ ngẫu nhiên với sự tham gia của nam giới cùng với bà mẹ trong giai đoạn trước sinh (17). Cùng với kiến thức, sự cải thiện thái độ và tự tin của người cha về NCBSMHT trong 6 tháng đầu trong nghiên cứu này cũng được tìm thấy trong các nghiên cứu can thiệp cộng đồng hướng tới người cha (18) và trong thử nghiệm lâm sàng có kiểm soát tại bệnh viện (16, 17).

Ở tháng thứ tư sau sinh, người cha vẫn tiếp tục duy trì sự hỗ trợ trực tiếp bà mẹ trong việc không mua sữa ngoài cho con bú cũng như gián tiếp vào việc động viên tinh thần và chăm sóc dinh dưỡng cho bà mẹ, thuyết phục thành viên gia đình ủng hộ việc NCBSMHT nhiều hơn. Sự thay đổi về thực hành hỗ trợ bà mẹ của người cha trong nghiên cứu này cũng được tìm thấy tương tự như trong nghiên cứu can thiệp cộng đồng của Bích (18) và trong can thiệp bao gồm người cha và người mẹ của Sciacca (17).

Sự thay đổi KAP của người cha trong nghiên cứu này được tìm thấy có thể do chương trình can thiệp thay đổi hành vi của người cha trong việc hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT được thiết kế dựa trên lý thuyết NTXH được áp dụng rộng rãi trong các can thiệp giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi nói chung (7) và NCBSMHT hướng đến người cha nói riêng (13) và dựa trên chu trình sống tiếp diễn từ giai đoạn mang thai, khi sinh và sau sinh bằng phương pháp tiếp cận tổng hợp đa cấu phần (22). Trong nghiên cứu này, chính quyền huyện, xã, hệ thống y tế, ban ngành có liên quan đã tích cực tham gia vào thiết kế và triển khai các hoạt động can thiệp. Môi trường hỗ trợ trong gia đình cũng có thể được tác động bởi chính người cha và các truyền thông đại chúng. Tính giá trị của kết quả nghiên cứu được đảm bảo bởi địa bàn chứng nằm xa khu

vực can thiệp và có nhiều điểm tương đồng về chỉ số kinh tế xã hội và sức khỏe do cùng nằm trong một tỉnh đồng bằng và không có can thiệp nào tương tự triển khai trong thời gian nghiên cứu.

Kết quả cần được phiên giải một cách thận trọng do nghiên cứu sử dụng thiết kế phỏng thực nghiệm, số liệu dựa trên cá thể và phụ thuộc vào dữ liệu tự khai báo. Mức ý nghĩa thống kê của sự khác biệt có thể giảm nếu trong khâu phân tích yếu tố cụm được kiểm soát. Bên cạnh đó tác động của yếu tố nhiễu do không đo lường và kiểm soát được có thể ảnh hưởng đến tính giá trị của kết quả nghiên cứu. Vì can thiệp được thiết kế theo gói, các hoạt động được triển khai cùng lúc nên việc đánh giá tác động riêng rẽ của từng hoạt động không thực hiện được và không phải là mục tiêu của nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi đã góp phần cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT trong 6 tháng đầu của người cha. Can thiệp cần triển khai theo gói cho nam giới có vợ trong cùng gia đình. Tác động can thiệp cần thử nghiệm lại bằng cách sử dụng thiết kế nghiên cứu mạnh hơn và ở phạm vi rộng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*. 1998;13:623-49.
2. Nguyen P, Menon P, et al. A situational review of infant and young child feeding practices and interventions in Viet Nam. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2011;20(3):359-74.
3. Freed G, Fraley J, et al. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*. 1992;90:224-7.
4. Sijabat F, Thongpat S, et al. Factors associated with breastfeeding practice among mothers in Medan, Indonesia. *J Health Res*. 2015;29:S53-S9.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logarit thực hành hỗ trợ NCBSM của người cha ở tháng thứ nhất (n = 752) và tháng thứ tư (n = 736) kiểm soát với nơi cư trú, loại gia đình, kinh tế hộ, giáo dục và nghề của người cha, giới và thứ tự sinh của trẻ

| Thực hành thường xuyên | Can thiệp n (%) | Chứng n (%) | AOR (95% CI) Ref = Chứng | Giá trị P |
|---|--------------------|----------------|-----------------------------|--------------|
| Chia sẻ việc nhà và công việc khác với vợ | | | | |
| Tháng thứ nhất | 329 (91,1) | 317 (81,1) | 2,44 (1,52-3,93) | <0,001 |
| Tháng thứ tư | 293 (83,0) | 302 (78,9) | NA | 0,153 |
| Chia sẻ với vợ ý kiến về NCBSMHT | | | | |
| Tháng thứ nhất | 277 (76,7) | 254 (65,0) | 1,62(1,15–2,29) | <0,01 |
| Tháng thứ tư | 262 (74,2) | 239 (62,2) | 1,05(0,62–1,78) | 0,87 |
| Giúp vợ tăng cường sức khỏe | | | | |
| Tháng thứ nhất | 344 (95,3) | 326 (83,4) | 4,93(2,71-8,95) | <0,001 |
| Tháng thứ tư | 328 (92,9) | 320 (83,3) | 2,28(1,32–3,93) | 0,003 |
| Cùng vợ đi khám sức khỏe | | | | |
| Tháng thứ nhất | 228 (63,2) | 229 (58,6) | NA | 0,198 |
| Tháng thứ tư | 237 (67,1) | 210 (54,7) | 1,63(1,17–2,27) | <0,01 |
| Cùng vợ tham gia hoạt động bên ngoài | | | | |
| Tháng thứ nhất | 166 (46,0) | 163 (41,7) | NA | 0,23 |
| Tháng thứ tư | 194 (55,0) | 256 (53,0) | NA | 0,72 |
| Không mua sữa công thức | | | | |
| Tháng thứ nhất | 190 (52,6) | 103 (26,3) | 3,13(2,24–4,36) | <0,001 |
| Tháng thứ tư | 173 (49,0) | 116 (30,2) | 1,97(1,40–2,76) | <0,001 |
| Thuyết phục thành viên HGD về tầm quan trọng của NCBSMHT | | | | |
| Tháng thứ nhất | 234 (64,8) | 223 (57,0) | 1,33(0,97–1,83) | 0,082 |
| Tháng thứ tư | 261 (73,9) | 187 (48,7) | 2,52(1,79–3,54) | <0,001 |
| Ngợi khen vợ NCBSMHT | | | | |
| Tháng thứ nhất | 253 (70,1) | 203 (52,9) | 2,13(1,54–2,96) | <0,001 |
| Tháng thứ tư | 259 (73,4) | 187 (48,7) | 2,16(1,52–3,06) | <0,001 |

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về NCBSM của người cha có thể thay đổi dưới tác động can thiệp phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu đánh giá vai trò của người cha trong việc NCBSM (18, 20). Người cha ở địa

bàn can thiệp có điểm hiểu biết cao hơn so với người cha ở địa bàn không can thiệp với điểm khác biệt giữa hai địa bàn can thiệp và chứng là 3,1 điểm ($p < 0,001$), trong khi đó sự khác biệt về kiến thức tương ứng ở nghiên cứu trước là 6,3 điểm (18). Đây là bằng chứng tốt cho thấy rằng người cha có thể học hỏi nhiều

Bảng 2. Điểm kiến thức và thái độ của người cha giữa nhóm can thiệp và chứng tại tháng thứ nhất (Kim Thành n = 361, Cẩm Giàng n = 391). Test ANCOVA điều chỉnh với nơi cư trú, kinh tế hộ, điểm kiến thức và thái độ ở điều tra ban đầu, học vấn, nghề nghiệp cha và thứ tự sinh

| Kết quả | Mục thông tin | Trung bình (SD) [SE] | | Khác biệt trung bình giữa 2 nhóm | Giá trị P |
|-----------------------------|---------------|------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------|
| | | Can thiệp n = 361 | Chứng n = 391 | | |
| Điểm kiến thức về NCBSM | 22 | 24,2 (5,1) [0,27] | 21,1 (5,0) [0,26] | 3,1 | <0,001 |
| Thái độ về bú sớm | 3 | 10,57 (2,42) [0,13] | 10,40 (2,25) [0,11] | 0,17 | >0,05 |
| Thái độ về NCBSMHT | 2 | 6,80 (1,95) [0,10] | 5,46 (1,84) [0,09] | 1,34 | <0,001 |
| Chuẩn mực xã hội về NCBSMHT | 5 | 16,51 (5,23) [0,28] | 14,21 (5,03) [0,25] | 2,30 | <0,001 |
| Niềm tin NCBSMHT | 3 | 10,08 (2,41) [0,13] | 8,74 (2,53)[0,13] | 2,34 | <0,001 |

Vì phân bố không chuẩn nên điểm thái độ về sự tham gia vào hỗ trợ NCBSMHT và sự tự tin được phân loại thành 2 nhóm có sự tự tin, thái độ về sự tham gia cao và thấp dựa trên trung vị của phân bố tương ứng là 8,0 và 12. Kết quả phân tích đa biến cho thấy sự tự tin của người cha về NCBSMHT cao hơn ở giai đoạn 1 tháng. Người cha ở địa bàn can thiệp có sự tự tin cao hơn gấp 1,77 lần so với người cha ở địa bàn không can thiệp (CI 95% 1,06-2,95; p = 0,03). (Số liệu không trình bày ở đây).

Ở tháng thứ tư sau sinh (Bảng 3), người cha ở địa bàn can thiệp tiếp tục duy trì sự tham gia hỗ trợ vợ NCBSMHT thông qua các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho vợ, động viên vợ NCBSMHT và không mua sữa ngoài cho con nhiều hơn 2 lần so với người cha ở địa bàn chứng (p<0,001). Người cha ở địa bàn can thiệp đã đồng hành cùng với vợ từ 1,6 đến 2,5 lần nhiều hơn trong các hoạt động sử dụng dịch vụ y tế và thuyết phục người nhà về NCBSMHT trong 6 tháng đầu (p<0,001).

Bảng 1. Thông tin cơ bản ở điều tra ban đầu tại địa bàn can thiệp (n = 368) và chứng (n = 403). Kiểm định Chi-square được thực hiện để đánh giá sự khác biệt giữa hai địa bàn.

| Đặc tính cơ bản | Địa bàn | | Tổng | Giá trị P |
|--|--------------------|----------------|------------|-----------|
| | Can thiệp n (%) | Chứng n (%) | | |
| Địa dư | | | | |
| Nông thôn | 364 (93,3) | 351 (85,2) | 715 (89,0) | <0,001 |
| Thị trấn | 26 (6,7) | 61 (14,8) | 87 (11,0) | |
| Kinh tế HGD | | | | |
| Dưới ngưỡng trung bình (phân vị 50% thấp) | 248 (63,6) | 149 (36,2) | 397 (49,5) | <0,001 |
| Trên ngưỡng trung bình (phân vị 50% cao) | 142 (36,4) | 263 (63,8) | 405 (50,5) | |
| Nghề nghiệp người cha | | | | |
| Gần nhà | 150 (38,5) | 211 (51,2) | 361 (45,0) | <0,001 |
| Không gần nhà | 240 (61,5) | 201 (48,8) | 441 (55,0) | |
| Trình độ học vấn mẹ | | | | |
| Dưới bậc THPT | 187 (47,9) | 150 (36,4) | 337 (42,0) | <0,001 |
| Từ bậc THPT trở lên | 203 (52,1) | 262 (63,6) | 465 (58,0) | |
| Nghề nghiệp người mẹ | | | | |
| Gần nhà | 129 (33,1) | 134 (32,5) | 263 (32,8) | 0,87 |
| Không gần nhà | 261 (66,9) | 278 (67,5) | 539 (67,2) | |
| Loại gia đình | | | | |
| Hạt nhân | 171 (43,8) | 151 (36,7) | 322 (40,1) | 0,04 |
| Đa thế hệ | 219 (56,2) | 261 (63,3) | 480 (59,9) | |

Tại một tháng sau sinh (Bảng 2), điểm kiến thức của người cha về NCBSMHT ở địa bàn can thiệp cao hơn so với kiến thức của người cha ở địa bàn chứng ($p < 0,001$). Bảng 2 cũng

cho thấy điểm thái độ đối về NCBSMHT, về chuẩn mực xã hội và niềm tin về NCBSMHT trong 6 tháng đầu của người cha ở địa bàn can thiệp cao hơn so với địa bàn chứng ($p < 0,001$).

Số liệu thu thập

Trong nghiên cứu này, nơi cư trú được xác định là thị trấn so với nông thôn, gia đình hạt nhân là một gia đình hai thế hệ. Kinh tế HGĐ được đo gián tiếp bằng cách đánh giá điểm số của 13 vật dụng lâu bền (Cronbach Alpha = 0,69). Các đặc tính cơ bản của trẻ như giới tính, cân nặng khi sinh, hình thức sinh và thứ tự sinh của trẻ được thu thập từ người mẹ vào thời điểm 1 tháng.

Kiến thức của người cha về NCBSM được thu thập từ 11 câu hỏi về cách chăm sóc bà mẹ để tốt cho sức khỏe và có nhiều sữa, lợi ích của bú sớm, bú hoàn toàn đối với sức khỏe của bà mẹ, trẻ nhỏ, thế nào là NCBSMHT trong 6 tháng đầu cũng như tần suất và thời gian cho trẻ bú mẹ. Tổng số điểm kiến thức của người cha về NCBSMHT là từ 0 đến 40. Công cụ đo lường và cách cho điểm kiến thức được tham khảo từ Bích và cộng sự (18). Thái độ bao gồm thái độ cho trẻ bú sớm sau sinh (3 mục; Cronbach Alpha = 0,5), thái độ về NCBSMHT trong 6 tháng đầu (2 mục; Cronbach Alpha = 0,71), thái độ về sự hỗ trợ của người cha trong việc NCBSM và chăm sóc trẻ (3 mục; Cronbach Alpha = 0,84), sự tự tin trong việc NCBSMHT (2 mục; Cronbach Alpha = 0,77), chuẩn mực xã hội (5 mục; Cronbach Alpha = 0,95) và niềm tin của người cha về NCBSMHT (3 mục; Cronbach Alpha = 0,61). Đối với câu hỏi tích cực, điểm số từ 1 với “Hoàn toàn không đồng ý” đến 5 với “Hoàn toàn đồng ý”. Điểm của thang đo là tổng điểm của các mục trong từng thang đo nhỏ, số điểm càng cao càng nói lên thái độ tích cực, sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin lớn hơn của người cha về NCBSMHT. Ba thang đo về thái độ của người cha được tham khảo từ bộ công cụ từ nghiên cứu của Bích (18), thang đo về sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin được phát triển dựa trên tham khảo Swigart (19). Kiến thức và thái độ của người cha được thu thập ở điều tra ban đầu và tháng thứ nhất sau sinh. Thực hành của người cha được thu thập từ 8 câu hỏi tự điền về các hoạt động như chia sẻ công việc nhà với vợ, hỗ trợ, động viên tinh

thần, chăm sóc dinh dưỡng, tạo môi trường hỗ trợ NCBSMHT trong gia đình, không mua sữa ngoài (18). Mức độ tham gia của người cha được gộp thành hai nhóm, một nhóm có mức thực hành thường xuyên và nhóm khác là không thường xuyên.

Điều tra viên thu thập số liệu được tập huấn điều tra, không tham gia vào hoạt động xây dựng, triển khai can thiệp và bị làm “mù” với giả thuyết nghiên cứu.

Chiến lược phân tích

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20. Phân phối của biến liên tục được coi là chuẩn khi các giá trị về độ lệch và nhọn của biến trong khoảng từ -1,0 đến + 1,0. Kiểm định Chi-square được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ giữa can thiệp và chứng. Tỷ số chênh đã được sử dụng để đánh giá tác động của can thiệp. Kiểm định ANCOVA và hồi qui đa biến logarit được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp lên KAP kiểm soát với sự khác biệt giữa hai địa bàn cũng như các yếu tố nhiễu tiềm tàng như nơi cư trú, loại gia đình, kinh tế hộ, giáo dục, nghề nghiệp của người cha, giới và thứ tự sinh của trẻ; KAP tương ứng ở điều tra ban đầu và tháng thứ nhất. Giá trị $p = 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Do di cư và sảy thai tự nhiên, 19 người cha không tham gia vào điều tra KAP tại một tháng và 20 bà mẹ không tham gia vào khảo sát thực hành cho con bú.

Ở địa bàn can thiệp (Bảng 1), có nhiều HGĐ sống ở khu vực nông thôn (93,2% so với 85,1%), nhiều HGĐ có kinh tế thấp (63,6% so với 36,2%), nhiều gia đình hạt nhân hơn, nhưng có ít người cha làm việc gần nhà hơn và bà mẹ có trình độ học vấn thấp hơn so với địa bàn chứng (p < 0,05). Các đặc tính của trẻ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai địa bàn.

Số các đối tượng nghiên cứu tại địa bàn can thiệp và chứng là 390 và 412 cặp vợ chồng. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng xem xét và chấp thuận theo quyết định số 007/2014/YTCC-HD3 ngày 26/02/2014.

Chương trình can thiệp

Can thiệp được thực hiện theo khung lý thuyết (Hình 1) từ tháng 5 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015. Tổng số 36 nữ hộ sinh của trạm y tế và bệnh viện huyện được đào tạo hai ngày về tư vấn NCBSM. Sau hai ngày tập huấn, các học viên được thực hành tư vấn tại HGD theo 4 giai đoạn cho các ông bố có trẻ tương tự tại địa bàn khác ngoài địa bàn can thiệp trước khi tiến hành tư vấn cho các ông bố trong địa bàn can thiệp.

Truyền thông đại chúng hướng đến người cha bao gồm hoạt động truyền thông qua loa đài (dạng kịch nói phát 2 lần/tuần), pano và tờ rơi nhằm mục đích nâng cao kiến thức về NCBSMHT và cách hỗ trợ bà mẹ cũng như tạo môi trường thuận lợi hỗ trợ người cha tham gia vào NCBSMHT.

Giáo dục và tư vấn nhóm (5-10 người từ 35-40 phút) cho người cha tại trạm y tế được tích hợp vào hoạt động khám thai, tiêm chủng cho phụ nữ và trẻ em ngày 25 hàng tháng khi người cha đi cùng vợ hoặc mang con đến trạm. Hoạt động này cung cấp kiến thức về sữa mẹ, chăm sóc trẻ và bà mẹ, các hoạt động mà người đàn ông cần phải biết và làm để giúp đỡ vợ trong giai đoạn trước và sau sinh để các mẹ có thể NCBSMHT. Tài liệu dùng tư vấn là những tài liệu mà cán bộ y tế đã nhận được từ khoá đào tạo trước đó và bao gồm cả tài liệu truyền thông, quà tặng của chương trình như cốc và tờ rơi có lôgô và thông điệp khuyến khích người cha “Có anh giúp đỡ con bú nhiều hơn”. Khoảng 52% người cha được tư vấn cá nhân tại nơi sinh ngay từ ngày đầu tiên được thể hiện vai trò làm cha của mình nhằm tạo niềm tin, sự tự tin của người cha vào việc tiếp tục hỗ trợ vợ NCBSMHT sau sinh. Ngoài ra, người cha còn được trao cuốn

lich phát triển tình cảm cha-con và được hướng dẫn cách sử dụng để chăm sóc phát triển trẻ theo giai đoạn cụ thể từ lúc sinh đến 12 tháng tuổi. Tư vấn cá nhân còn được tiến hành 4 lần theo giai đoạn tại HGD. Khoảng 92% người cha được tư vấn trong lần thăm HGD đầu tiên diễn ra trong ba tháng cuối thai kỳ với trọng tâm là việc chăm sóc thai phụ và trẻ sơ sinh, lợi ích của sữa mẹ (kể cả sữa non) và cách người đàn ông có thể giúp đỡ và hỗ trợ người vợ như một cặp đôi để khởi xướng và duy trì NCBSMHT. Tại buổi tư vấn này, áo phông với biểu tượng và thông điệp hỗ trợ NCBSMHT được phát để khuyến khích sự tham gia của người cha vào chương trình can thiệp.

Người cha được tư vấn trong lần thăm HGD thứ hai (ở tuần đầu sau sinh), lần thăm thứ ba (vào ngày thứ 42) và lần thứ tư (tại thời điểm 3,5 tháng) với tỷ lệ tương ứng là 97%, 98% và 94%. Trong các cuộc tư vấn này, cán bộ tư vấn tiếp tục thảo luận với người cha về những rào cản và thách thức trong chăm sóc bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là cách thức hỗ trợ và duy trì NCBSMHT thích hợp với người mẹ và thời gian phù hợp bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung.

Trong thời gian 10 tháng, từ 9/2014, 13 câu lạc bộ của người cha đã hoạt động với sự hỗ trợ của y tế, chính quyền địa phương và tổ chức xã hội. Câu lạc bộ là nơi các ông bố chia sẻ và học hỏi kinh nghiệm trong hỗ trợ người vợ cho con được bú sữa mẹ sớm và hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Như một cách để củng cố kiến thức, sự tự tin và khuyến khích sự thay đổi hướng đến hành vi tốt, tạo môi trường thuận lợi và xây dựng chuẩn mực xã hội về sự tham gia của người cha vào việc hỗ trợ NCBSMHT, cuộc thi “Ai yêu vợ con hơn” đã được tổ chức với sự tham gia của đại diện chính quyền, cán bộ y tế, đoàn thể và các ông bố trong dự án và gia đình.

Tại huyện chứng, các dịch vụ y tế đặc thù dành cho người cha không được triển khai. Bà mẹ và trẻ nhỏ chủ yếu tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em thường nhật diễn ra tại địa phương.

Nam (18) đã cho thấy can thiệp vào người cha có thể thay đổi sự tự tin (16), KAP về hỗ trợ NCBSMHT của người cha (17, 18). Trong nghiên cứu này chúng tôi giả định rằng sau can thiệp, người cha ở địa bàn can thiệp sẽ có kiến thức về NCBSMHT, thái độ, sự tự tin, chuẩn mực xã hội và niềm tin về NCBSMHT cũng như hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT nhiều hơn so với người cha ở địa bàn không can thiệp.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

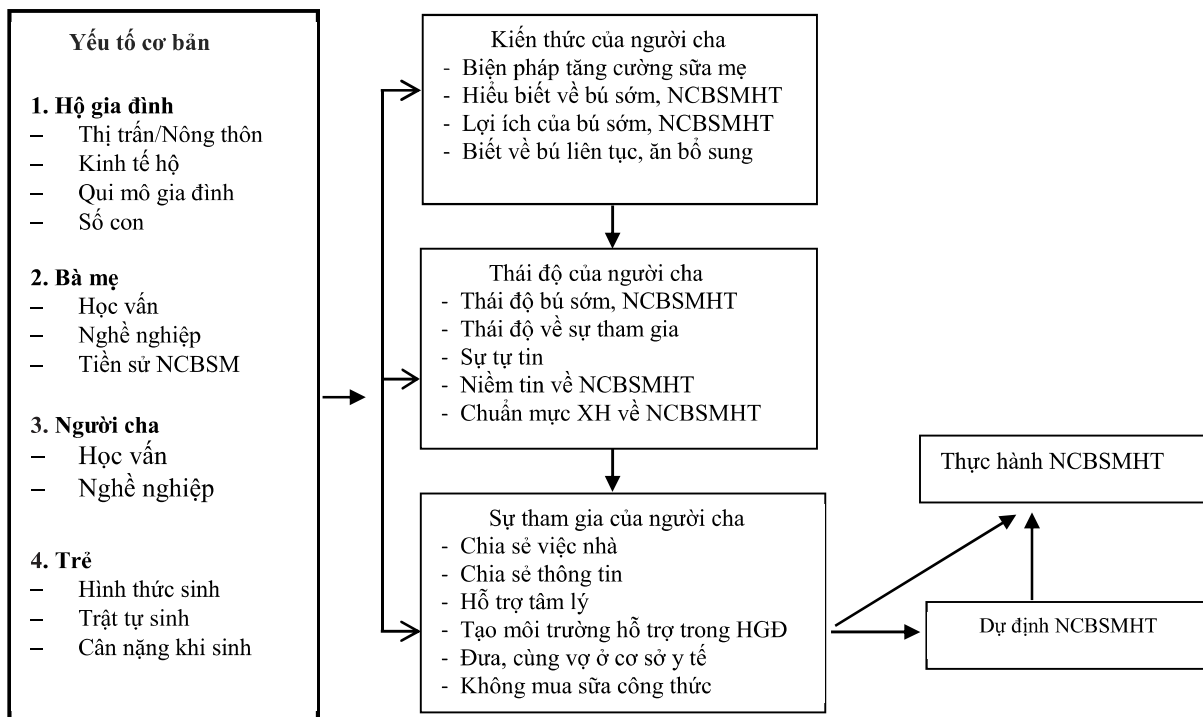
Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế phỏng thực nghiệm, trước-sau, có nhóm chứng không tương đương, trong đó địa bàn can thiệp là 12 xã và 1 thị trấn của huyện Kim Thành và nhóm chứng là 12 xã, thị trấn của Cẩm Giàng – Hải Dương. Huyện Cẩm Giàng được lựa chọn vì không giáp với huyện Kim Thành và có các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, kinh tế xã hội và sức khỏe tương đương so với Kim Thành.

Đối tượng nghiên cứu là nam giới của hộ gia đình (HGD) có 2 vợ chồng là cư dân của địa bàn nghiên cứu, có vợ mang thai từ 12-27 tuần tính đến ngày 21/3/2013. Người chồng phải sống với vợ hoặc duy trì liên lạc thường xuyên với vợ qua lần về thăm nhà hoặc/và qua điện thoại, internet. Chồng hoặc vợ bị loại khỏi nghiên cứu nếu người vợ bị xác định sai là có thai hoặc bị sẩy thai, tử vong chu sinh, tử vong sơ sinh trong quá trình theo dõi, có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng mà không thể trả lời các câu hỏi trong nghiên cứu, đã ly dị, di cư khỏi địa bàn hoặc từ chối hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

Chọn mẫu

Nam giới được lựa chọn thông qua việc lựa chọn người phụ nữ đủ điều kiện. Chọn mẫu được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 3 năm 2014, dựa trên danh sách phụ nữ mang thai sẵn có từ chương trình quản lý thai nghén được cập nhật với sự tham gia của y tế thôn. Do số lượng phụ nữ mang thai ít nên toàn bộ phụ nữ có tuổi thai từ 12-27 tuần đã được chọn.



Hình 1. Khung lý thuyết can thiệp nâng cao vai trò người cha trong hỗ trợ NCBSMHT

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC**Sự thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người cha trong hỗ trợ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu: Can thiệp cộng đồng áp dụng lý thuyết nhận thức xã hội**

Trần Hữu Bích

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả can thiệp giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) của người cha.

Phương pháp nghiên cứu: 390 và 412 cặp vợ chồng phụ nữ mang thai tham gia vào nhóm can thiệp (huyện Kim Thành) và chứng (huyện Cẩm Giàng). Can thiệp giáo dục sức khỏe sử dụng thiết kế phòng thực nghiệm kéo dài 1 năm áp dụng lý thuyết hành vi nhận thức xã hội.

Kết quả: Người cha trong nhóm can thiệp có điểm kiến thức về NCBSMHT, thái độ tích cực hơn, sự tự tin, niềm tin và chuẩn mực xã hội cao hơn về NCBSMHT và họ cũng tham gia nhiều hơn trong hỗ trợ các bà mẹ NCBSMHT.

Kết luận: Can thiệp dựa vào cộng đồng cần được duy trì và được đánh giá thêm ở qui mô lớn hơn trong việc khuyến khích người cha hỗ trợ NCBSMHT trong 6 tháng đầu.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, thực hành của người cha, nuôi con bằng sữa mẹ, lý thuyết nhận thức xã hội.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự tham gia, hỗ trợ của người cha được cho là sự hỗ trợ về mặt xã hội cho bà mẹ NCBSMHT trong gia đình (1, 2). Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của người cha về NCBSMHT có liên quan với trình độ học vấn, số con, kinh nghiệm làm cha và loại gia đình (3, 4) và có mối liên quan chặt chẽ với nhau (5). Bên cạnh người mẹ, người cha được khuyến nghị là đối tượng đích cho chương trình can thiệp NCBSMHT (4-6).

Lý thuyết nhận thức xã hội (NTXH) được áp dụng nhiều trong chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi (1). Thuyết này đề cập đến sự tương tác qua lại lẫn nhau giữa ba yếu tố hành vi, con người và môi trường (7), trong đó hành vi chịu sự tác động qua lại

của các yếu tố con người và môi trường. Yếu tố thuộc về con người bao gồm nhận thức, hiểu biết, niềm tin, sự tự tin và chuẩn mực xã hội (1) có thể chịu tác động bởi chương trình can thiệp (7). Các yếu tố môi trường (sự hỗ trợ và chuẩn mực xã hội) chịu sự tác động bởi thành viên hộ gia đình, nhóm đồng đẳng, lãnh đạo chính quyền và các tổ chức xã hội (7). Lý thuyết NTXH (8-11) và hành vi dự định (12) đã được áp dụng vào thiết kế can thiệp, công cụ thu thập thông tin về vai trò và sự tham gia của người cha vào NCBSMHT và dinh dưỡng trẻ nhỏ. Nghiên cứu của Michell Box cho thấy 4 nghiên cứu can thiệp vào người cha đã áp dụng lý thuyết NTXH (13). Tuy nhiên các nghiên cứu này đều không đánh giá các kết quả can thiệp về thay đổi KAP của người cha trong hỗ trợ bà mẹ NCBSMHT (14, 15). Nghiên cứu tại Canada (16), Mỹ (17) và Việt



*Địa chỉ liên hệ: Trần Hữu Bích
Email: thb@huph.edu.vn
Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 02/10/2017
Ngày phản biện: 30/10/2017
Ngày đăng bài: 25/12/2017

- from: <http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-vi-rut-zika/892/cap-nhat-tinh-hinh-dich-benh-do-vi-rut-zika-tren-the-gioi-den-ngay-23-3-2016>.
5. Trung tâm Y tế dự phòng Khánh Hòa. Báo cáo tình hình các trường hợp nhiễm vi rút Zika tại Khánh Hòa. 2017.
 6. WHO. Knowledge, attitudes and practice surveys Zika virus disease and potential complications: WHO; 2016.
 7. World Vision Guatemala. Emergency ZIKV: Results of the consultation process knowledge, attitudes and practices (KAP) on ZIKV. 2016.
 8. World Vision El Salvador. Emergency ZIKV: Results of the consultation process knowledge, attitudes and practices (KAP) on ZIKV. 2016.
 9. World Vision Dominica. Emergency ZIKV: Results of the consultation process knowledge, attitudes and practices (KAP) on ZIKV. 2016.
 10. World Vision Columbia. Emergency ZIKV: Results of the consultation process knowledge, attitudes and practices (KAP) on ZIKV. 2016.
 11. World Vision Brasil. Emergency ZIKV: Results of the consultation process knowledge, attitudes and practices (KAP) on ZIKV. 2016.

Knowledge, attitude and practice of Zika virus prevention and related factors among women aged 18-40 years in Phuoc Hoa Ward, Nha Trang City, Khanh Hoa Province in 2017

Nguyen Hien¹, Tran Thi Tuyet Mai², Tran Thi Tuyet Hanh³

¹*Khanh Hoa Medical Quarantine Center*

²*Khanh Hoa Preventive Medicine Center*

³*Hanoi University of Public Health*

Objective: To describe the knowledge, attitude and practice of Zika virus prevention and related factors among women aged 18-40 years in Phuoc Hoa Ward, Nha Trang City. Methods: Descriptive cross sectional study. Location and duration of study: Phuoc Hoa Ward, Nha Trang City, Khanh Hoa Province, from November 2016 to June 2017. Study participants: Women of reproductive age group (from 18 to 40 years of age) living in Phuoc Hoa Ward. Main findings: The proportion of respondents with appropriate knowledge was 55.7%, of which 84% knew the Zika was transmitted by mosquito bite and 21.3% knew the transmission route by sexual intercourse. 11% participants knew the risk of microcephaly (babies born with small heads) due to infection with Zika virus during pregnancy. The proportion of respondents with positive attitude was 41%. 90.8% were ready to have regular antenatal care. 62.8% participants did not have stigmatization of small-head-children and 26.7% of them did not have a clear attitude. The proportion of respondents with good general practice was 45%, of which 67.5% practicing good preventive measures to prevent of mosquito bite; 10.5% participants used condoms when having sex. The study found correlations between knowledge and attitudes ($p < 0.001$) and between knowledge and practice ($p < 0.001$) about Zika prevention with the OR = 6 and OR= 2.43, respectively. Conclusion and recommendation: The study showed that the knowledge, attitude and practices of Zika prevention of participants were not so good, especially the practice of preventing the transmission of Zika virus through sexual intercourses and mother-to-child. Local authorities and the health services should intensify the communication on the Zika virus, emphasizing the prevention of the transmission of Zika virus through sex and mother-to-child.

Keywords: *KAP, Zika, Nha Trang, Women.*

đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt về phòng bệnh do vi rút Zika và 44,3% đối tượng có kiến thức chưa đạt. Giữa các nhóm tuổi không có sự khác biệt về tỷ lệ kiến thức chung đạt ($p>0,05$). Bệnh do vi rút Zika là một bệnh mới nên kiến thức của cộng đồng và phụ nữ trong độ tuổi sinh sản còn hạn chế. Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt thấp, đa số ĐTNC chưa có kiến thức về đường lây, cách phòng, triệu chứng và các biến chứng của bệnh do vi rút Zika, từ đó làm giảm khả năng phòng bệnh. Điều này cho thấy khi dịch do vi rút Zika xảy ra, hậu quả sẽ nặng nề nếu không có các biện pháp can thiệp phòng chống dịch Zika kịp thời. Dịch Zika sẽ có thể lan rộng qua đường muỗi đốt, đường quan hệ tình dục giữa các cá nhân với những đối tượng có nguy cơ nhiễm vi rút Zika, hoặc nhiễm vi rút Zika và tác động đến phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu.

Thái độ về trách nhiệm phòng bệnh do vi rút Zika của ĐTNC cho thấy 78,8% nhận biết trách nhiệm thuộc về cá nhân và 64,8% cho rằng trách nhiệm thuộc về chính quyền địa phương. So với nghiên cứu tại El Salvador, 39% cho rằng phòng chống vi rút Zika là trách nhiệm của cá nhân, còn lại là trách nhiệm của chính quyền. Kết quả tại Brazil cho thấy trách nhiệm của cá nhân là 27%, sau đó là cán bộ y tế, các tổ chức quốc tế, cuối cùng là chính quyền địa phương (7, 8, 11). Như vậy, ĐTNC ý thức được rất rõ trách nhiệm của cá nhân trong phòng chống bệnh do vi rút Zika. Kết quả này tốt hơn so với các nước khu vực Nam Mỹ. Bên cạnh đó, người dân cũng đánh giá rất cao vai trò của chính quyền địa phương. Về vấn đề kỳ thị trẻ bị mắc tật đầu nhỏ do vi rút Zika; 62,8% không có thái độ kỳ thị, điều này cho thấy nhận thức của ĐTNC là tích cực và có thể được cải thiện nếu được truyền thông.

Kết quả nghiên cứu cho thấy biện pháp phòng lây nhiễm Zika qua đường tình dục có tỷ lệ thực hành đạt rất thấp: sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với đối tượng có nguy cơ mắc Zika hoặc mắc Zika là 10,5%. Vì vậy, rất cần tăng cường truyền thông về đường lây truyền của vi rút Zika, đặc biệt là đường tình dục và giải thích cho cộng đồng về nguy cơ nhiễm Zika khi mang thai trong thời điểm có ổ dịch

Zika, hoặc dịch Zika lưu hành. Từ đó mới có thể làm giảm tỷ lệ mang thai trong khoảng thời gian có dịch, ngăn ngừa các trường hợp dị tật đầu nhỏ hoặc mắc hội chứng Guillain Barre. Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành phòng bệnh do vi rút Zika. Chính quyền địa phương và ngành Y tế cần tập trung nâng cao kiến thức, thực hành phòng bệnh do vi rút Zika của cộng đồng, đặc biệt là đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đối tượng chịu nhiều tác động của dịch Zika, đồng thời đẩy mạnh trang bị kiến thức về đường lây và cách hạn chế lây nhiễm vi rút Zika.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành chung về phòng bệnh do vi rút Zika còn thấp, nhất là thực hành phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục. Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành phòng chống bệnh do vi rút Zika.

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy chính quyền địa phương và ngành Y tế cần tăng cường công tác truyền thông về vi rút Zika cho cộng đồng và nhóm đối tượng đích chính phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, nhấn mạnh vi rút lây qua đường tình dục và từ mẹ sang con cũng như cách phòng chống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Zika virus 2017 [16/07/2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>.
2. WHO. Zika strategic response framework & joint operations plan: WHO; 2016.
3. WHO. Zika virus, microcephaly and Guillain-Barré syndrome: situation report 2016 [15/11/2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204961/1/zikasitrep_7Apr2016_eng.pdf?ua=1.
4. Cục Y tế dự phòng. Cập nhật tình hình dịch bệnh do vi rút Zika trên thế giới đến ngày 23/3/2016 Hà Nội 2016 [20/09/2017]. Available