

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy đã số các trường hợp rò khe mang II có lỗ rò nguyên phát xuất hiện ngay sau sinh chiếm 92,9%. Đây cũng là đặc điểm khác của rò khe mang II, lỗ rò bẩm sinh thỉnh thoảng hoặc chảy thường xuyên dịch nhầy trong, đôi khi lỗ rò có thể tắc lại hoặc sưng phồng da cổ ngay trên lỗ rò, nếu bệnh nhân được nặn có thể dịch lại thoát ra không gây nhiễm trùng hay áp xe hóa đường rò và không hình thành lỗ rò thứ phát. Cũng như vậy trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hữu [4] có 88,1% trường hợp có lỗ rò nguyên phát và có 5/42 trường hợp có lỗ rò thứ phát hình thành sau khi khối viêm tắt, áp xe hóa vỡ mủ hay được chích rạch dẫn lưu.

Chúng tôi có 4/55 trường hợp có sử dụng chụp MRI để chẩn đoán. Cũng giống như sử dụng CLVT có giá trị đánh giá mức độ tổn thương, vị trí và cấu trúc xung quanh thì nó phần nào đánh giá được bản chất của khối nang khe mang giúp chẩn đoán phân biệt và điều trị phẫu thuật phù hợp. Trên những bệnh nhân được chụp MRI chúng tôi thấy, nang khe mang có cường độ tín hiệu cao trên T2W. Còn ở T1W, cường độ tín hiệu thường là thấp. Trong những trường hợp viêm nhiễm thì thường là tăng tín hiệu T1. Kết quả trên phù hợp với các nghiên cứu khác [3], [6].

2. Đặc điểm mô bệnh học

Trong nghiên cứu về mô bệnh học nang và rò khe mang II này, chúng tôi gặp đa số biểu mô phủ ống rò là biểu mô trụ giả tầng (41,8%) là kiểu biểu mô hô hấp và một số ống rò thì sừng hóa biểu mô vảy chiếm tỉ lệ khá thấp (54,5%). Trong khi đó thì biểu mô phủ nang khe mang II chúng tôi thấy được trong nghiên cứu này chủ yếu là biểu mô tế bào vảy và chiếm một số ít trường hợp u nang có biểu mô trụ giả tầng hay biểu mô đường hô hấp. Hiếm gặp trường hợp kết hợp cả 2 loại biểu mô trụ giả tầng và biểu mô tế bào vảy. Nguyên nhân phải chăng là các tổn thương viêm nhiễm lặp đi lặp lại gây xơ hóa u nang là chủ yếu. Điều này phù hợp với nghiên cứu trước [1], [3], [4].

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy lớp đệm có các hình thái tổn thương như là xâm nhập tế bào viêm (bạch cầu đa nhân, tế bào lympho hoặc tương bào), hoặc có xơ tăng sinh, thoái hóa trong, mô hạt. Chúng tôi không thấy tổn thương ác tính nào. Các tổn thương viêm cấp và mạn tính còn tùy thuộc vào sự xuất hiện các tế bào viêm trong mô đệm hoặc xâm nhập vào trong lớp biểu mô các tế bào khổng lồ, và xơ. Sự tăng

sinh tế bào xơ và các tế bào viêm mạn tính là các đặc điểm báo hiệu tổn thương cấp hay mạn tính

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của nang và rò khe mang II

Tỉ lệ cao rò khe mang II thường xuất hiện từ rất sớm ngay sau khi sinh (45,5%).

Thời gian mang bệnh chủ yếu là <5 năm (63,6%).

Bệnh gặp nhiều hơn ở bên phải chiếm 49,1%.

Đa số bệnh nhân có lỗ rò vùng cổ trước bên 28/55 trường hợp (50,9%). Đa số BN có vị trí rò khe nang 1/3 dưới bờ trước cơ ức đòn chũm (67,9%).

Phần lớn các nang khe mang II ở vị trí loại 2 theo phân loại Bailey (77,8%).

Lỗ rò ngoài da chủ yếu là nguyên phát chiếm 92,9%

Siêu âm và CLVT cho hình ảnh khối giảm âm, đồng nhất dạng nang hoặc đường rò.

MRI cho hình ảnh nang giảm tín hiệu ở T1, có thể tăng nếu có viêm nhiễm và tăng tín hiệu u nang ở T2.

2. Đặc điểm mô bệnh học

- Nang khe mang II được phủ chủ yếu bởi biểu mô tế bào vảy còn ống rò khe mang II thì lại được phủ bởi biểu mô trụ giả tầng là chủ yếu.

- Lớp mô đệm dưới biểu mô phủ chủ yếu là tăng sinh xơ, thoái hóa trong, tế bào viêm cấp và mạn tính hoặc mô hạt...

- Không có trường hợp nào phát hiện tổn thương ung thư

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acierno SP., Waldhausen J HT., (2007). Congenital cervical cysts, sinuses and fistulae. *Otolaryngol Clin N Am* 40: 161-176.
2. Walhausen JHT. (2006). Branchial cleft and arch anomalies in children. *Semin Pediatr Surg*; 15:64-9.
3. Lê Minh Kỳ (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò bẩm sinh vùng cổ bên tại Viện TMH Trung ương*, Luận văn tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội.
4. Nguyễn Hữu Khôi (2006), *Viêm họng amidan và VA*. Nhà xuất bản Y học, tr 133-136
5. Susan Muller, Ashley Aiken và CS (2015) Second Branchial Cleft Cyst. *Head Neck Pathol* 9(3): 379-383.
6. M. Nevid'anská, D. Móderová, A. Klepanec (ECR 2016) *Congenital cystic lesions of the neck- the role of diagnostic imaging*. C-1085.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VIỆC TRIỂN KHAI MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ TRONG NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG PHỤC VỤ CỦA CÁC CƠ SỞ Y TẾ TUYẾN ĐẦU

LÊ THANH TÙNG

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm: Lê Thanh Tùng

Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Email: tungpcnd@ndun.edu.vn

Ngày nhận: 24/11/2016

Ngày phản biện: 13/12/2016

Ngày duyệt bài: 29/12/2016

Ngày xuất bản: 30/1/2017

TÓM TẮT

Chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại nhà là một mô hình đem lại nhiều hiệu quả về kinh tế và nâng cao chất lượng chăm sóc. Tuy nhiên việc đánh giá hiệu quả của mô hình này cần được thực hiện. Đề tài nghiên cứu định tính kết hợp định lượng được thực hiện để đánh giá sự thay đổi về thực trạng bệnh tật và chăm sóc sức khỏe tại nhà tại hai xã thuộc tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2015. Một đội chăm sóc gồm trạm trưởng trạm y tế (bác sỹ/y sỹ), một điều dưỡng viên/nữ hộ sinh/kỹ thuật viên phục hồi chức năng của trạm và một cán bộ y tế thôn đến thực hiện giáo dục sức khỏe và các kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc ban đầu cho người dân. Sau 5 tháng triển khai mô hình, kết quả thấy tình trạng sức khỏe của người dân đã thay đổi đáng kể sau khi triển khai áp dụng mô hình. Số người ốm trong vòng 6 tháng đã thay đổi từ 1326 trước triển khai xuống 979 người. Số lượt đến khám của người dân về một số bệnh thông thường như các bệnh mạn tính, bệnh phụ khoa và suy dinh dưỡng đã giảm đáng kể. Trang thiết bị đã được trang bị thêm như các phương tiện sơ cứu thông thường, tuy nhiên các địa phương vẫn chưa có thiết bị chuyên dụng vận chuyển người bệnh. Một số loại dịch vụ CSSK tại nhà đã thay đổi khá rõ rệt, đặc biệt là chăm sóc người bệnh mạn tính tại nhà và tư vấn cho người nhà của người bệnh mắc bệnh mạn tính về chăm sóc sức khỏe tại nhà. Cần áp dụng một cách rộng rãi mô hình này vào thực tế để nâng cao sức khỏe cộng đồng đặc biệt là chăm sóc sức khỏe cho người bệnh mạn tính tại cộng đồng như bệnh khớp, bệnh tăng huyết áp và bệnh đái tháo đường.

Từ khóa: mô hình chăm sóc, chăm sóc sức khỏe tại nhà, bệnh mạn tính

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE MODEL AT HOME IN THE SERVICE QUALITY IMPROVEMENT IN INITIAL HEALTH SECTORS

SUMMARY

Home health care (health care) is a model which brings about economic efficiency and improves the care quality. However, assessing the effectiveness of this model should be carried out. Objectives: (i) Assessment of changes in the health status of the people after deployment model; (ii) assess the changes on the status of health care at home after deployment model. Methods: Qualitative research project combining with quantitative evaluation is done to evaluate the change of illness reality and home health care in the two communes of Nam Dinh province in the period from June to December in 2015. Results: The results show that the health status of the people has changed dramatically after the application of this model. The number of sick people within 6 months has decreased from 979 before deploying to 1326. The times that people examining some common diseases has decreased significantly. Conclusion: Some types of health care services at home have changed quite markedly, especially chronic patient care at home and advise patient's family with chronic diseases about health care at home.

Keywords: Caring models, home health care, chronic disease

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy ước của tổ chức y tế thế giới, chăm sóc sức khỏe tại nhà là sự giúp đỡ và hỗ trợ người có các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tại gia đình. Các hình thức chăm sóc sức khỏe tại nhà có thể triển khai theo hai hình thức chính: khám điều trị và chăm sóc (bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng – nữ hộ sinh, kỹ thuật viên phục hồi chức năng...), chăm sóc điều dưỡng (điều dưỡng – nữ hộ sinh) [3]. Chăm sóc sức khỏe tại nhà là một mô hình đem lại nhiều hiệu quả về kinh tế và nâng cao chất lượng chăm sóc.

Hiện nay tại Châu Âu hiện đang có hai mô hình chính về chăm sóc tại nhà là hệ thống trung tâm/nhà chăm sóc sức khỏe và mô hình chăm sóc tại gia đình theo nhóm. Tại Châu Á, mô hình chăm sóc tại nhà được thực hiện bởi sự giúp đỡ của các tổ chức xã hội nhằm xã hội hóa các dịch vụ chăm sóc. Tuy nhiên theo báo cáo của Chan và cộng sự (2013) đối tượng chăm sóc chủ yếu tập trung vào đối tượng người cao tuổi [3].

Với sự phát triển không ngừng về kinh tế, sự đô thị hóa đang ngày một gia tăng ở Việt Nam, hành vi sức khỏe của người dân đang ngày một thay đổi, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày một tăng lên. Vì thế tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính ngày càng nhiều

Bên cạnh đó, cùng với sự tác động của các điều kiện kinh tế, xã hội các kỹ thuật cao được đưa vào trong điều trị chăm sóc, người bệnh được cứu sống ngày càng nhiều và do vậy số lượng người bệnh có các di chứng ngày càng nhiều [1]. Tất cả những điều đó khiến cho việc chăm sóc tại nhà ngày càng trở nên cần thiết.

Trên thực tế ở Việt Nam đã triển khai một số mô hình chăm sóc như: (1) Trung tâm nuôi dưỡng người già và trẻ mồ côi, mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng và tình nguyện viên, dịch vụ y tế tư nhân [1], [2]. Mặc dù các mô hình này đã đem lại các hiệu quả nhất định, tuy nhiên để khẳng định tính thực tế và giá trị của mô hình chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá hiệu quả của việc triển khai mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà trong nâng cao chất lượng phục vụ của các cơ sở y tế tuyến đầu” với các mục tiêu cụ thể sau:

Đánh giá sự thay đổi về tình trạng sức khỏe của người dân sau khi triển khai mô hình

Đánh giá sự thay đổi về thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà sau khi triển khai mô hình

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhân viên y tế cơ sở
- Chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình.
- Người mắc bệnh/tật (nếu có) thuộc hộ gia đình trong đối tượng nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ 1/2014-6/2014
- Thực hiện tại hai xã Kim Thái huyện Vụ Bản và Giao Lạc huyện Giao Thủy.

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu định tính kết hợp định lượng

4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Người dân và người bệnh

Ước tính có 300 người bệnh/tật sẽ tham gia phỏng vấn. Vậy tổng cộng có 1000 đối tượng tham gia nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn: chọn ngẫu nhiên huyện: được Vụ Bản và Giao Thủy, chọn chủ đích xã: được xã Kim Thái, huyện Vụ Bản và xã Giao Lạc, huyện Giao Thủy. Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn 350 hộ dân cho một xã, như vậy 2 xã sẽ được 700 hộ gia đình tham gia vào nghiên cứu.

* Nhân viên y tế:

Chọn tất cả các nhân viên y tế thuộc trạm y tế, các cộng tác viên y tế thôn bản ở các xã trong địa bàn nghiên cứu. Tổng cộng có 43 đối tượng nghiên cứu (chọn mẫu toàn thể) được chia thành 4 nhóm để tham gia thảo luận nhóm.

5. Quy trình nghiên cứu

- Hàng tuần một nhóm chăm sóc gồm: trạm trưởng trạm y tế (bác sỹ/y sỹ), một điều dưỡng viên/nữ hộ sinh/kỹ thuật viên phục hồi chức năng của trạm và một cán bộ y tế thôn xã đến các hộ dân để thực hiện giáo dục sức khỏe và các kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc ban đầu cho người dân. Trong đó bác sỹ/y sỹ sẽ khám và kê đơn khi cần, điều dưỡng/nữ hộ sinh hoặc kỹ thuật viên phục hồi chức năng và y tá thôn xã tiến hành chăm sóc theo y lệnh của bác sỹ/ y sỹ. Bên cạnh đó, điều dưỡng/nữ hộ sinh hoặc kỹ thuật viên phục hồi chức năng và y tá thôn xã hướng dẫn người dân về cách phòng bệnh, vệ sinh và chăm sóc người nhà trong những trường hợp cấp cứu hoặc bệnh cụ thể.

- Hàng quý, nhóm nghiên cứu sẽ xuống đánh giá về tình hình chăm sóc của nhóm chăm sóc thông qua tham gia buổi đi chăm sóc tại cộng đồng, xem sổ theo dõi sức khỏe của người dân.

6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Một mô hình chăm sóc được triển khai theo nhóm gồm trạm trưởng trạm y tế (bác sỹ/y sỹ), một điều dưỡng viên/nữ hộ sinh/kỹ thuật viên phục hồi chức năng của trạm và một cán bộ y tế thôn xã đến thực hiện giáo dục sức khỏe và các kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc ban đầu cho người dân

- Sử dụng bộ hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu

- Sử dụng bộ câu hỏi thảo luận nhóm để tiến hành thảo luận nhóm về các vấn đề liên quan đến mục tiêu nghiên cứu.

7. Phân tích số liệu

Số liệu định lượng được thu thập, làm sạch và phân tích dựa trên phần mềm SPSS. Các biến số trong nghiên cứu được phân tích theo số lượng và tỷ lệ.

Số liệu định tính được sao chép, mã hóa và phân tích dựa trên việc nhóm theo chủ đề có sẵn.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm hộ dân

Trung bình số người trong 1 hộ gia đình: $3,20 \pm 1,51$. Đa số đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm tỷ lệ 56,9%, trình độ học vấn thấp, từ THCS trở xuống chiếm 76,8% nên đa số thời gian làm việc là tự do (69,1%) và họ có thể dễ dàng nghỉ để đi khám chữa bệnh (42,9%). Hơn một nửa đối tượng điều tra không có BHYT (60,5%). Tình trạng này đặc trưng cho các xã nghèo của nông thôn Việt Nam. Bình quân thu nhập đầu người/tháng: 867000 đồng. Khoảng cách trung bình đến trạm y tế xã: 1,3 km – Thời gian: 9 phút. Khoảng cách trung bình đến bệnh viện huyện: 8,83 km – Thời gian: 23,45 phút

1.2. Đặc điểm người bệnh

Thời gian mắc bệnh trung bình: $7,4 \pm 8,6$ năm. Bệnh mắc phổ biến nhất là tăng huyết áp (32,3%), tiếp theo là các bệnh về khớp (15%). Đây là các bệnh không lây nhiễm có xu hướng ngày càng tăng trong xã hội hiện nay, nhất là trong nhóm người cao tuổi. Thời gian mắc bệnh chủ yếu là dưới 5 năm (62%). Bệnh được phát hiện thường trong trường hợp đối tượng nghiên cứu bị ốm rồi đi khám (72,7%), thói quen đi khám để kiểm tra sức khỏe định kỳ còn rất thấp nên chỉ có 6,7% phát hiện ra bệnh khi đi khám sức khỏe định kỳ. Hơn nửa số người dân bị bệnh đều có bệnh kèm theo (62,9%)

1.3. Đặc điểm của cán bộ

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Xã/Huyện	n	Nữ (%)	Tuổi (%)			Trình độ học vấn (%)		
			18- 30	30-50	>50	Trung cấp	Cao đẳng	Đại học
Kim Thái/ Vụ Bản	51	18,6	14,9	49,4	35,7	34,9		65,1
Giao Lạc/ Giao Thủy	56	20,3	11,9	55,9	32,2	41,9		58,1

Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm tỷ lệ ít chỉ chưa đến 25%. Cán bộ tập trung nhiều ở độ tuổi từ 30 đến 50. Đa số cán bộ có trình độ đại học chiếm tỷ lệ trên 50%.

2. Sự thay đổi tình trạng sức khỏe của người dân sau khi áp dụng mô hình CSSK tại nhà

Bảng 2. Sự thay đổi về số lần ốm trong 6 tháng của người dân

Xã/Huyện	Số lần ốm trong 6 tháng				
	Trước		Sau		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Kim Thái/ Vụ Bản	606	45,7	467	47,7	
Giao Lạc/Giao Thủy	720	54,3	512	52,3	
Tổng	1326	100	979	100	

Tình trạng sức khỏe của người dân đã thay đổi đáng kể sau khi triển khai áp dụng mô hình. Bảng 3.2 cho thấy sự thay đổi về số lần ốm của người dân ở Kim Thái đã thay đổi đáng kể từ 606 trước khi triển khai mô hình xuống còn 467 sau khi triển khai mô hình. Ở Giao Lạc trước khi áp dụng mô hình là 720 và sau khi triển khai áp dụng mô hình xuống còn 512. Điều này thể hiện với việc được cán bộ y tế thường

xuyên xuống tư vấn và chăm sóc người dân đã cải thiện tình trạng sức khỏe rõ rệt. Việc triển khai áp dụng mô hình nên được phát huy và duy trì để hiệu quả chăm sóc sức khỏe toàn dân được cải thiện hơn nữa.

Bảng 3. Sự thay đổi về số lượt khám của người dân về một số bệnh thông thường trong 6 tháng trước và sau khi áp dụng mô hình CSSK tại nhà

Loại bệnh	Xã Kim Thái/Vụ Bản				Xã Giao Lạc/Giao Thủy			
	Trước		Sau		Trước		Sau	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	99		76		100		76	
Tiêu chảy	30		24		65		44	
Loét dạ dày	79		51		74		51	
Suy dinh dưỡng	0		0		20		9	
Phụ khoa	0		0		38		10	
Tâm thần	62		60		49		49	
Thận	43		43		59		43	
Khớp	106		86		111		86	
Tăng huyết áp	87		59		83		59	
Đái tháo đường	59		33		60		40	
Tim mạch	42		35		61		45	
Tổng	606		467		720		512	

Bên cạnh đó số lượt đến khám của người dân về một số bệnh thông thường cũng thay đổi đáng kể. Trước khi triển khai mô hình, nhóm bệnh mà người dân ở hai xã mắc và đi khám nhiều nhất là các bệnh về khớp, hô hấp và tăng huyết áp với số lần đi khám ở Kim Thái lần lượt là 106, 99 và 87; ở Giao Lạc là 111, 100 và 83. Sau khi triển khai mô hình số lần đi khám ở hầu hết các bệnh đều giảm trừ các bệnh về tâm thần và bệnh về thận vẫn hầu như giữ nguyên số lần đi khám. Số lần đi khám phụ khoa và suy dinh dưỡng ở xã Giao Lạc giảm rất rõ rệt từ 38 người đi khám phụ khoa trước khi áp dụng mô hình xuống còn 10 người

sau khi áp dụng mô hình, với suy dinh dưỡng con số từ 20 trước khi áp dụng xuống còn 9 người sau khi áp dụng. Như vậy số lượt người bệnh đi khám về các bệnh mạn tính, bệnh phụ khoa và suy dinh dưỡng đã giảm đáng kể sau khi triển khai mô hình. Điều này cho thấy mô hình áp dụng hiệu quả cho việc kiểm soát và chăm sóc cho người bệnh mạn tính tại cộng đồng và cho nhóm dân cư đặc biệt như trẻ em và phụ nữ.

3. Sự thay đổi về trang thiết bị và thuốc sau khi áp dụng mô hình CSSK tại nhà

Bảng 4: Sự thay đổi về trang thiết bị và thuốc trực tiếp phục vụ CSSK tại nhà

Tên thuốc và TTB	Mức độ thiếu, đủ dùng theo địa phương (các xã tự đánh giá)			
	Kim Thái/Vụ Bản		Giao Lạc/Giao Thủy	
	Trước	Sau	Trước	Sau
Túi thuốc y tế thôn	++	++	++	++
Phương tiện sơ cứu thông thường	+	++	+	++
Phương tiện vận chuyển người bệnh	+	+	+	+
Tài liệu truyền thông (tờ bướm, báo chí...)	+	++	+	++
Đánh giá chung	+	++	+	++

Ghi chú: ++:Đủ dùng; +:Thiếu ít;

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy, các phương tiện phục vụ cho CSSK tại nhà trước khi triển khai mô hình đều thiếu, trong đó túi thuốc y tế thôn và tài liệu truyền thông có sự thiếu hụt ít hơn cả. Sau khi triển khai mô hình với sự hỗ trợ nguồn kinh phí từ đề tài, một số trang thiết bị đã được trang bị thêm như các phương tiện sơ cứu thông thường, do vậy các phương tiện này đã thay đổi đáng kể. Tuy vậy các địa phương đều không có thiết bị chuyên dụng vận chuyển người bệnh từ nhà đi. Khi cần thiết vận chuyển thì chủ yếu dùng xe máy, xe đạp, hay dùng cáng khiêng kẻ cả

trước và sau khi triển khai mô hình. Từ nghiên cứu này cho thấy việc trang bị các thiết bị thông dụng chăm sóc sức khỏe cho người dân là rất cần thiết, đặc biệt là chú ý đến các trang thiết bị cơ bản trong chăm sóc. Ngoài ra từ nghiên cứu này, các cấp chính quyền cũng nên quan tâm và đầu tư hơn nữa về các trang thiết bị dùng cho vận chuyển người bệnh để cho việc chuyển người bệnh được kịp thời và nhanh chóng.

4. Sự thay đổi thực trạng về CSSK tại nhà sau khi áp dụng mô hình

Bảng 5. Sự thay đổi thực trạng một số kết quả dịch vụ CSSK tại nhà

Loại dịch vụ CSSK tại nhà	Đơn vị tính	Kim Thái/Vụ Bản		Giao Lạc/Giao Thủy	
		Trước	Sau	Trước	Sau
1. Phụ nữ sau đẻ được cán bộ có chuyên môn chăm sóc tại nhà	n	20	60	30	100
	%	4,0	12,0	6,0	20,0
2. Người bệnh mạn tính được cán bộ có chuyên môn chăm sóc tại nhà	n	60	310	50	331
	%	12,0	62,0	10,0	66,2
3. Người nhà của người bệnh mạn tính được cán bộ có chuyên môn tư vấn cách chăm sóc.	n	30	344	35	380
	%	6,0	68,8	7,0	76,0

Bảng 5 cho thấy tỉ lệ một số loại dịch vụ CSSK tại nhà đã thay đổi khá rõ rệt sau khi áp dụng mô hình. Ở Kim Thái, số phụ nữ sau sinh được cán bộ có chuyên môn đến chăm sóc tại nhà trước khi triển khai mô hình chỉ chiếm 4,0% nhưng sau khi áp dụng mô hình con số này đã lên tới 12,0%. Đối với việc người bệnh mạn tính được cán bộ có chuyên môn chăm sóc tại nhà trước khi áp dụng mô hình chỉ có 12,0% sau đã lên tới 62%. Đối với việc người nhà của người bệnh mắc bệnh mạn tính được tư vấn chăm sóc sức khỏe tại nhà đã tăng từ 6% trước khi áp dụng lên tới 68,8% sau khi áp dụng. Đây là những số liệu thể hiện hiệu quả rất lớn của mô hình trong việc tư vấn và chăm sóc cho người dân đặc biệt là những người bệnh mạn tính đang sống tại cộng đồng.

Ở Giao Lạc, tỷ lệ phụ nữ sau đẻ được cán bộ có chuyên môn chăm sóc tại nhà trước khi triển khai mô hình chiếm 6% và con số này tăng lên 20% sau khi triển khai mô hình. Với việc tăng cường cán bộ xuống tận nơi chăm sóc cho người dân, thì những người dân thuộc hộ theo đạo Thiên Chúa đã thay đổi nhận thức và chấp nhận việc được chăm sóc tại nhà đặc biệt là các chăm sóc về sức khỏe sinh sản. Đối với việc người bệnh mạn tính được cán bộ có chuyên môn chăm sóc tại nhà trước khi áp dụng mô hình chỉ có 10,0% sau đã lên tới 66,2%. Đối với việc người nhà của người bệnh mắc bệnh mạn tính được tư vấn chăm sóc sức khỏe tại nhà đã tăng từ 7% trước khi áp dụng lên tới 76,0% sau khi áp dụng. Cũng như ở Kim Thái, đây là những số liệu thể hiện hiệu quả rất lớn của mô hình trong việc tư vấn và chăm sóc cho người dân đặc biệt là những người bệnh mạn tính đang sống tại cộng đồng.

Nghiên cứu định tính về thực trạng CSSK tại nhà:

Nhiều người dân đã thay đổi nhận thức về tầm quan trọng của sức khỏe nên đã đi khám/kiểm tra sức khỏe định kỳ tại các cơ sở y tế: "...Người dân đã chủ động đi khám hơn, vì vậy sức khỏe của cộng đồng cũng đã được cải thiện hơn..." (Nữ 36 tuổi, y tế thôn).

- Thực trạng về công tác quản lý sức khỏe dân cư đã thay đổi: Công tác quản lý sức khỏe các cá nhân tại các hộ gia đình đã tốt hơn nhiều do nhận thức của người dân đã thay đổi... (Nữ 36 tuổi, y tế thôn).

KẾT LUẬN

1. Sự thay đổi tình trạng sức khỏe của người dân sau khi áp dụng mô hình CSSK tại nhà

Tình trạng sức khỏe của người dân đã thay đổi

đáng kể sau khi triển khai áp dụng mô hình. Số người ốm trong vòng 6 tháng đã thay đổi từ 1326 trước triển khai xuống 979 người sau khi triển khai mô hình.

Số lượt đến khám của người dân về một số bệnh thông thường như các bệnh mạn tính, bệnh phụ khoa và suy dinh dưỡng đã giảm đáng kể sau khi triển khai mô hình.

2. Sự thay đổi về trang thiết bị và thuốc sau khi áp dụng mô hình CSSK tại nhà

Trang thiết bị đã được trang bị thêm như các phương tiện sơ cứu thông thường, tuy nhiên các địa phương vẫn chưa có thiết bị chuyên dụng vận chuyển người bệnh từ nhà đi.

3. Sự thay đổi thực trạng về CSSK tại nhà sau khi áp dụng mô hình

Một số loại dịch vụ CSSK tại nhà đã thay đổi khá rõ rệt sau khi áp dụng mô hình, đặc biệt là chăm sóc người bệnh mạn tính tại nhà và tư vấn cho người nhà của người bệnh mắc bệnh mạn tính về chăm sóc sức khỏe tại nhà

KHUYẾN NGHỊ

- Cần áp dụng mô hình rộng rãi vào thực tế để nâng cao sức khỏe cộng đồng đặc biệt là chăm sóc sức khỏe cho người bệnh mạn tính tại cộng đồng như bệnh khớp, bệnh tăng huyết áp và bệnh đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Anh (2005), Nghiên cứu một số đặc trưng của người cao tuổi và đánh giá mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hiện đang áp dụng, *Báo cáo đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, Ủy Ban dân số, gia đình và trẻ em - trung tâm thông tin*, Hà Nội.
2. Trần Thị Hạnh (2008), Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người cao tuổi quận Ô Môn thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 12 (1).
3. Trần Thị Hạnh (2008), Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người cao tuổi quận Ô Môn thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 12 (1).
4. Trần Thị Mai Oanh (2010), *Sức khỏe, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh, tỉnh Hải Dương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh - Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. Nguyễn Huyền Trang (2010), *Kết luận tổng kết về nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở Hải Dương*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên; Khoa Toán - Cơ - Tin học.
6. Chan et al (2011), *Home care system in ASIAN*.
7. Rostgaard et al (2011), *Home care system in EU*.