

bệnh nhân nghiện heroin kết hợp pipolphen và 1 bệnh nhân nghiện heroin kết hợp phòng phiến. Như vậy, các đối tượng nghiện ma túy đã không chỉ dùng đơn thuần một loại ma túy mà đã sử dụng kết hợp nhiều loại ma túy khác nhau để tăng cảm giác, thể hiện trong đặc điểm của thể bệnh này là bệnh nhân có thời gian mắc nghiện trên 2 năm chiếm tỷ lệ 65,7%, số bệnh nhân có thời gian mắc nghiện dưới 1 năm chỉ chiếm 14,3%, với việc sử dụng ma túy từ trên 3 lần trong một ngày (22/35 bệnh nhân), cá biệt có 9/35 bệnh nhân sử dụng ma túy 4 lần trong ngày và 2/35 bệnh nhân sử dụng ma túy trên 4 lần trong ngày bằng con đường hút hoặc hút kết hợp chích (27/35 bệnh nhân, chiếm 62,9%), đây cũng là con đường lây lan các bệnh truyền nhiễm mà điển hình là căn bệnh thế kỷ HIV – AIDS. Có 97,8% số bệnh nhân nghiện ở mức độ trung bình và nặng theo phân loại của Himelsback và 100% số bệnh nhân đã cai nghiện ít nhất 1 lần.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng số bệnh nhân có thời gian cai nghiện trên 5 lần chiếm tỷ lệ lớn nhất với 51,5%, điều này càng chứng tỏ cai nghiện ma túy là việc làm vô cùng khó khăn, đòi hỏi sự hợp tác tối đa của bệnh nhân cũng như sự kiên trì của người nhà để đưa người nghiện trở về tái hòa nhập với cộng đồng.

2. Về hiệu quả của điện châm trong điều trị cai nghiện ma túy thể Can Thận

Các kết quả trình bày trên bảng từ 5 đến 8 cho thấy các triệu chứng của hội chứng cai nghiện thể can thận giảm dần qua từng ngày điều trị. Sau 7 ngày điều trị, đa số các triệu chứng của hội chứng cai không còn, riêng triệu chứng mất ngủ vẫn còn ở 12/35 số đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ 34,28%. Hai triệu chứng mất đi sớm nhất ở ngày điều trị thứ 4 là triệu chứng thèm ma túy và tăng thân nhiệt. Tỷ lệ bệnh nhân có lo âu từ 71,5% giảm xuống chỉ còn 25,7%. Có được kết quả này là do điện châm các huyệt đã điều hòa được công năng hoạt động của tạng Can, Thận. Theo Y học cổ truyền, chức năng của tạng Can chủ mưu lược, thận chủ cốt tủy. Khi công năng của tạng can, thận bị rối loạn thì người bệnh sẽ bị rối loạn cảm xúc, biểu hiện bằng sự trầm cảm, hay cáu gắt, đau nhức trong

xương...Việc cải thiện các test đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu đã giúp người bệnh vượt qua sự thiếu thuốc dễ dàng hơn, hạn chế được những tiêu cực làm cho người bệnh bỏ điều trị [1], [2], [4].

Như vậy, tác dụng hỗ trợ điều trị cai nghiện ma túy của điện châm thông qua tác dụng điều khí, lập lại thăng bằng âm dương, phù chính khu tà, phục hồi công năng tạng phủ của cơ thể.

KẾT LUẬN

1) Bệnh nhân nghiện ma túy thể Can Thận không chỉ sử dụng heroin đơn thuần mà còn dùng heroin kết hợp với một số chất khác như novocain, pipolphen và methamphetamine. 100% số bệnh nhân nghiện cứu sử dụng ma túy từ hai lần trở lên trong ngày và đã cai nghiện ít nhất 1 lần.

2) Điện châm điều trị cắt cơn đối ma túy thể can thận cho kết quả 57,15% loại tốt, 37,14% loại khá và 5,71% cai nghiện không thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Bảo Châu (1993), Thử liên hệ vấn đề cai nghiện ma túy (morphin) với y học cổ truyền, *Thông tin y học cổ truyền Việt Nam*, số 72, tr. 3-13.

2. Nguyễn Diên Hồng (2003), *Nghiên cứu cắt cơn đối ma túy bằng phương pháp điện châm*, Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y khoa Hà nội.

3. Nguyễn Quốc Khoa, Nguyễn Huy Thịnh, Trần Văn Thanh (1999), Phân tích tính chất y xã hội học trong nghiên cứu điều trị nghiện ma túy bằng phương pháp châm cứu, *Tạp chí Châm cứu Việt Nam* số 32, tr. 22- 37.

4. Trần Viết Nghị (2000), Ảnh hưởng và tác hại của nghiện ma túy, *Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần*, Bộ môn tâm thần học- Đại học Y khoa Hà nội, tr. 39-56.

5. Nguyễn Tài Thu (2005), Điện châm điều trị hỗ trợ cai nghiện ma túy, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội.

6. Phạm Hồng Vân (2003), *Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị hỗ trợ cai nghiện ma túy nhóm opias thể phế - đại trường*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Việt (2000), Thuật ngữ và khái niệm cơ bản về nghiện ma túy, *Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần*, Bộ môn Tâm thần học- Đại học Y khoa Hà nội, tr. 10-18.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CỦA CHỤP HÌNH CỐ ĐỊNH SAU 3 NĂM

NGUYỄN THỊ THU HƯƠNG, NGUYỄN THỊ SEN, CAO THỊ HOÀNG YẾN
Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hương
Địa chỉ: Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội
Email: anhuydentist@yahoo.com
Ngày nhận: 09/11/2016
Ngày phản biện: 01/12/2016
Ngày duyệt bài: 13/12/2016
Ngày xuất bản: 30/1/2017

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét kết quả của phục hình cố định sau 3 năm. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 bệnh nhân với 76 chụp răng và 22 cầu răng được làm trên 3 năm. Kết quả: Tỷ lệ sâu răng là 29,1% ở các răng mang chụp. Các chụp răng đơn lẻ đạt loại A về độ bền của sườn, lớp sứ, sát khít chụp và hình thể giải phẫu có tỷ lệ lần lượt là 100%, 77,6%, 71,1%, và 75%. Các tỷ lệ tương ứng ở cầu răng là 100%, 59,1%,

15% và 10%. Tình trạng vỡ, mẻ sứ không sửa chữa được xuất hiện ở 19,4% chụp răng sứ - kim loại và 36,4% cầu răng. Sự sứt nứt chụp loại C và D xảy ra ở 18,4% chụp răng đơn lẻ, 40% với cầu răng. Tỷ lệ cánh dán bong, vỡ xảy ra ở 44,6% cầu răng.

Từ khóa: Phục hình cố định.

SUMMARY

Purpose: Review clinical outcome of fixed prosthodontic 3 year after final cementation. Method: Cross – sectional research on 33 patients with 76 crowns and 33 bridges with final cementation 3 years or longer. Result: Caries detected on 29.1% of prepared teeth. Crowns achieved type A on longevity of metal shell, porcelain veneer, crown fit and outer morphology takes 100%, 77.6%, 71.1% and 75%, respectively. On bridges these rates are 100%, 59.1%, 15%, 10%. Porcelain fracture and chipping with inability to repair detected on 19.4% of PFM crown and 36.4% of bridge. Type C and D of dental prosthesis fit happened to crown and bridge were 18.4% for the former and 40% for the latter. Metal wings of maryland bridge misfit rate is 44.6%

Keywords: Fixed prosthodontics.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các phương pháp phục hình cố định, chụp răng và cầu răng là hai loại phổ biến hiện nay. Sau nhiều năm hoạt động chức năng, những thất bại về kỹ thuật phục hình chụp răng và cầu răng được biểu hiện ở mô nha chu và răng mang phục hình. Ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về phục hình răng cố định, tuy nhiên các nghiên cứu về phục hình cố định sau vài năm còn chưa nhiều. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Nhận xét kết quả của phục hình cố định sau 3 năm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Địa điểm: Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/ 2014 đến tháng 04/ 2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được làm phục hình cầu răng và chụp răng sau 3 năm, đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được làm phục hình cầu răng và chụp răng trước 3 năm.

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện: 33 bệnh nhân với 76 chụp răng và 22 cầu răng.

Thu thập số liệu: Phỏng vấn và khám bệnh nhân các thông tin về tuổi, giới, loại phục hình, vật liệu, tình trạng sâu răng mang chụp, tình trạng quanh răng. Nhận xét kết quả phục hình bằng cầu răng và chụp răng dựa theo các tiêu chuẩn của United States Public Health Service (USPHS) [1], [3], [4], [5]

Ý nghĩa của Alpha (A), Bravo (B), Charlie (C) và Delta (D) là:

Alpha: kết quả tuyệt vời, phục hình giống răng thật hoặc lâm sàng lý tưởng.

Bravo: kết quả chấp nhận được và không đòi hỏi làm lại.

Charlie: kết quả không chấp nhận được, đòi hỏi phải làm lại phục hình để phòng ngừa sự hư hỏng nặng hơn.

Delta: kết quả không chấp nhận được, cần thiết phải làm lại phục hình ngay.

Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện dựa trên sự đồng ý từ phía bệnh nhân và đảm bảo các thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

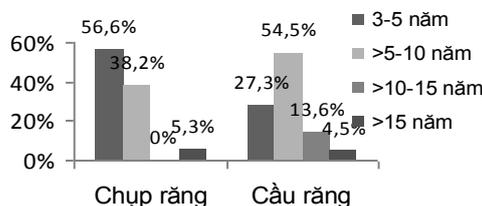
1. Vật liệu phục hình

Bảng 1. Vật liệu phục hình

Vật liệu	Chụp răng		Cầu răng	
	n	%	n	%
Sứ - kim loại thường	61	80,2	20	90,9
Sứ - Titan	6	7,9	0	0
Sứ toàn bộ	1	1,3	0	0
Kim loại toàn bộ	8	10,5	0	0
Kim loại cần nhựa	0	0	2	9,1
Tổng	76	100	22	100

Nhận xét: Chụp răng hỗn hợp sứ - kim loại thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,2% trong tổng số chụp răng. Cầu răng hỗn hợp sứ - kim loại thường chiếm tỷ lệ cao nhất 90,9% trong tổng số cầu răng. Sứ - kim loại thường có ưu điểm nổi trội là bền vững, thẩm mỹ, vệ sinh tốt, có thể phục hình được cả nhóm răng trước và răng sau, giá thành không quá cao.

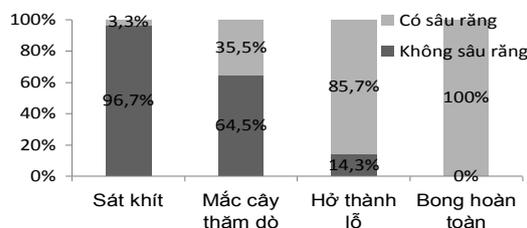
2. Thời gian phục hình



Biểu đồ 1. Thời gian phục hình

Nhận xét: Chụp răng sau 3-5 năm phục hình chiếm tỷ lệ cao nhất 56,6%. Cầu răng sau 5-10 năm phục hình chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5. Thời gian trung bình của chụp răng (chụp răng đơn lẻ và răng trụ cầu) là 6,56 ± 3,2 năm.

3. Đánh giá mối liên quan giữa sự sứt nứt của đường viền chụp và sâu răng



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa sự sứt nứt của đường viền chụp và sâu răng

Nhận xét: Trong nhóm đường viền chụp sát khít, hầu hết không có sâu răng thứ phát (96,7%). Trong nhóm đường viền chụp hở thành lỗ có 85,7% răng sâu thứ phát, và trong nhóm chụp bong hoàn toàn 100% sâu răng. Như vậy, tình trạng sâu răng xảy ra thường xuyên hơn ở nhóm đường viền chụp không sát khít với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của Valderhaug, tỷ lệ sâu răng trụ được báo cáo là 3,3%, 10% và 12% lần lượt ở các lần khám vào lần khám năm thứ 5, năm thứ 10 và năm thứ 15 sau phục hình.

4. Nhận xét chụp răng đơn lẻ theo tiêu chuẩn USPHS

Trong tổng số 76 chụp răng đơn lẻ, có 67 chụp răng sứ - kim loại, 1 chụp sứ toàn bộ và 8 chụp kim loại toàn bộ

Bảng 2. Nhận xét chụp răng đơn lẻ theo tiêu chuẩn USPHS

Đặc điểm		Xếp loại				Tổng
		A	B	C	D	
Sườn	n	67	0	0	0	67
	%	100	0	0	0	100%
Lớp sứ	n	52	2	12	1	67
	%	77,6	3	17,9	1,5	100%
Sát khít chụp	n	54	8	13	1	76
	%	71,1	10,5	17,1	1,3	100%
Hình thể giải phẫu	n	57	13	5	1	76
	%	75	17,1	6,6	1,3	100%
Sâu răng thứ phát	n	60		16		76
	%	78,9		21,1		100%
Mô quanh răng	n	22	45	6	3	76
	%	28,9	59,2	7,9	4	100%

Nhận xét: Những vấn đề về kỹ thuật xuất hiện phổ biến ở các chụp răng sau nhiều năm hoạt động chức năng. Hiện tượng vỡ, mẻ sứ mức độ C và D xảy ra ở 19,4% chụp răng sứ-kim loại. Sự sát khít không chấp nhận được xảy ra ở 18,4% chụp răng.

5. Nhận xét cầu răng theo tiêu chuẩn USPHS

Bảng 3. Nhận xét cầu răng theo tiêu chuẩn USPHS

Đặc điểm		Xếp loại				Tổng
		A	B	C	D	
Sườn	n	22	0	0	0	22
	%	100	0	0	0	100%
Lớp sứ, nhựa	n	13	1	4	4	22
	%	59,1	4,5	18,2	18,2	100%
Khớp cắn	n	17	5	0	0	22
	%	77,3	22,7	0	0	100%
Sát khít chụp	n	3	9	5	3	20
	%	15	45	25	15	100%
Sát khít cánh dán	n	0	5	1	3	9
	%	0	55,6	11,3	33,3	100
Hình thể giải phẫu	n	2	12	3	3	20
	%	10	60	15	15	100
Tiếp xúc bên cánh dán	n	0	2	0	0	2
	%	0	100	0	0	100

Nhận xét: Bề mặt sứ, nhựa bị vỡ không sửa chữa được chiếm tỷ lệ 36,4%. Sự sát khít chụp răng và cánh dán loại C và D chiếm tỷ lệ khá cao, lần lượt là 40% và 44,6%. Sự tiếp xúc bên kém (loại C và D) xảy ra ở 30% cầu răng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có cầu răng, chụp răng nào bị gãy sườn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sailer, theo dõi 31 cầu sứ kim loại sau 3

năm không có trường hợp nào bị gãy sườn [1].

Bề mặt sứ, nhựa vỡ không sửa chữa được (loại C và D) xảy ra ở 19,4% chụp răng đơn lẻ và 36,4% cầu răng. Trong nghiên cứu của Sailer, mẻ sứ không sửa chữa được C (5,6%) và D (2,8%) chỉ xảy ra ở cầu sứ Zirconia. Sự vỡ, mẻ sứ bề mặt có thể do sang chấn khớp cắn [1].

Sự hở của chụp không chấp nhận được (loại C và D) xảy ra ở 18,4% chụp răng và 40% cầu răng. Sự hở cánh dán loại C và D chiếm 44,6% cầu răng mang cánh dán. Tỷ lệ chụp răng đơn lẻ bong hoàn toàn là 1,3%. Tỷ lệ cầu răng bong chụp và bong cánh dán hoàn toàn lần lượt là 15% và 33,3%. Trong nghiên cứu của Sailer, sự sát khít loại C chiếm 16,7% ở cầu răng sứ Zirconia và 6,5% ở cầu răng sứ - kim loại [1].

Trong nghiên cứu của Maged K. Etman (2010), 100% chụp răng đạt loại A và B về sự nguyên vẹn đường viền chụp, màu sắc, sâu răng thứ phát và cấu trúc bề mặt (tất cả chụp răng đạt loại B do mòn sứ ở mặt tiếp khớp). Có 93,4% chụp răng đạt loại A và B về lớp sứ bề mặt.

6. Các nguyên nhân thất bại của cầu răng

Bảng 4. Các nguyên nhân thất bại của cầu răng

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Sâu răng	3	30%
Mất lưu giữ	1	10%
Bệnh vùng quanh răng	3	30%
Gãy răng trụ	1	10%
Thẩm mỹ của phục hình	2	20%
Tổng	10	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 cầu răng cần làm lại, nguyên nhân thất bại do sâu răng và bệnh quanh răng đều chiếm tỷ lệ 30%, các nguyên nhân ít gặp hơn là gãy răng trụ, mất lưu giữ và thẩm mỹ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có sự khác biệt với các nghiên cứu khác. Theo Holm và cộng sự (2003), nguyên nhân phổ biến nhất tháo bỏ cầu răng là sâu răng [2]. Trong một số nghiên cứu khác, nguyên nhân chính tháo bỏ cầu răng là mất lưu giữ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và X-quang của 76 chụp răng đơn lẻ và 22 cầu răng được phục hình trên 33 bệnh nhân, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Chụp răng và cầu răng hỗn hợp sứ - kim loại thường chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 80,2% và 90,9%.

Chụp răng sau 3-5 năm và cầu răng sau 5-10 năm phục hình chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 56,6% và 54,5%.

Tỷ lệ sâu răng là 29,1% ở các răng mang chụp. Tình trạng sâu răng xảy ra thường xuyên hơn ở nhóm đường viền chụp không sát khít. Các răng trụ mang cánh dán có tỷ lệ sâu răng thứ phát cao 66,7%.

Các chụp răng đơn lẻ đạt loại A về độ bền của sườn, lớp sứ, sát khít chụp và hình thể giải phẫu có tỷ lệ lần lượt là 100%, 77,6%, 71,1%, và 75%. Các tỷ lệ tương ứng ở cầu răng là 100%, 59,1%, 15% và 10%.

Tình trạng vỡ, mẻ sứ không sửa chữa được xuất

hiện ở 19,4% chụp răng sứ - kim loại và 36,4% cầu răng.

Sự sứt mẻ chụp loại C và D xảy ra ở 18,4% chụp răng đơn lẻ, 40% cầu răng. Tỷ lệ cánh dán bong, hở xảy ra ở 44,6% cầu răng.

Có 1 chụp răng phải tháo bỏ do bong chứt.

Có 10 cầu răng phải tháo bỏ, chủ yếu là do bệnh sâu răng và bệnh vùng quanh răng (đều chiếm 30%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sailer I, Gottner J, Känel (2009), Randomized controlled clinical trial of Zirconia-Ceramic and Metal-ceramic posterior fixed dental prostheses: A 3-year follow-up. *Int J Prosthodont* 2009; 22: 553 – 560.

2. Holm C., Tidehag P., Tillberg A., Molin M.(2003), Longevity and quality of FPDs: A retrospective study of

restorations 30, 20, and 10 years after insertion. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 283 – 289.

3. Hämmerle CHF, Ungere MC, Fantoni PC, Brägger U, Lang N. Long-term analysis of biologic and technical aspects of fixed partial dentures with cantilevers. *Int J Prosthodont* 2000;13:409-415.

4. Petra C. Guess, Christian F.J. Stappert (2007), Midterm results of a 5-year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. *Academy of Dental materials*.

5. Palaniappan S., Elsen L., et al (2009), Three-year randomised clinical trial to evaluate the clinical performance, quantitative and qualitative wear patterns of hybrid composites restorations. *Clin Oral Invest* (2010) 14: 441-458.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ Ở TỈNH NAM ĐỊNH

LÊ THANH TÙNG

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Chăm sóc và hỗ trợ chăm sóc tại nhà là nhu cầu rất cần của xã hội hiện nay. Tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn nhiều hạn chế. Để có cái nhìn khái quát hơn về vấn đề này ở các cơ sở y tế ban đầu, nghiên cứu khảo sát trên 1000 người dân, người bệnh và 131 lãnh đạo chính quyền, đoàn thể và nhân viên y tế thuộc hai xã của tỉnh Nam Định về thực trạng nhân lực, cơ sở vật chất trang thiết bị và việc thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe tại nhà trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2014. Kết quả chỉ ra rằng chưa có một hệ thống mạng lưới tổ chức cụ thể được chính thức hóa bằng các văn bản của Nhà nước nên hoạt động chăm sóc sức khỏe tại nhà vẫn còn mang tính tự phát. Thực trạng nhân lực vẫn còn thiếu và yếu nhiều so với nhu cầu, mặc dù đã có sự tham gia của các ban, ngành tại địa phương. Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà với nhân lực là các cán bộ trạm y tế và các y tế thôn/xóm được triển khai theo đội/nhóm gồm 3 người với thành phần là trạm trưởng là bác sỹ/y sỹ, một điều dưỡng/nữ hộ sinh và một y tế thôn/xóm quản lý theo cụm dân cư là hoàn toàn hợp lý và phù hợp với việc chăm sóc sức khỏe cho người dân về các mặt: chăm sóc các kỹ thuật cơ bản, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, công tác vệ sinh phòng bệnh, phát hiện bệnh, sơ cứu ban đầu, điều trị bệnh và chăm sóc người bệnh... Bên cạnh việc tăng cường đào tạo cho

nhân lực tham gia chăm sóc sức khỏe tại địa phương mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà nên được áp dụng vào thực tế để đánh giá hiệu quả thực sự của nó.

Từ khóa: mô hình chăm sóc, chăm sóc sức khỏe tại nhà, cán bộ y tế

RESEARCH TO DEVELOP THE HEALTH CARE MODEL AT HOME IN NAM DINH PROVINCE

SUMMARY

Caring and care supporting at home is a necessary demand in society nowadays. However, the researches on this issue are still limited. Objectives: (i) Survey on the state of the organization, management, human resources and facilities to serve the health care at home in Nam Dinh province, (ii) a proposal to build models home health care in line with economic conditions in Nam Dinh province. Methods: The research survey on over 1000 people, the patients and 131 government leaders, unions and health workers in the two communes of Nam Dinh province on the status of personnel, facilities and equipment to implement health care at home from January to June in 2015. Results: the results indicate that there is no specific organizing network which was formalized by the State official text so that health care survive at home is still spontaneous. The model of home health care with workforce is the commune health center staff and medical workers is completely justified and suitable with health care for the people. Conclusion: The model home health care have contributed to improving the state of health care for people.

Keywords: caring models, home health care, medical personnel

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc và hỗ trợ chăm sóc tại nhà là một nội dung quan trọng trong hệ thống y tế hiện nay ở tất cả

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