

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN THỊ LÝ

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG DỊCH VỤ QUẢN
LÝ, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN
TÍNH VÀ HEN Ở MỘT SỐ ĐƠN VỊ QUẢN LÝ BỆNH PHỔI
MẠN TÍNH TẠI VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRẦN THỊ LÝ

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG DỊCH VỤ QUẢN
LÝ, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN
TÍNH VÀ HEN Ở MỘT SỐ ĐƠN VỊ QUẢN LÝ BỆNH PHỔI
MẠN TÍNH TẠI VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62720301

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

1. PGS. TS. LÊ VĂN HỘI

2. PGS.TS. ĐINH NGỌC SỸ

HÀ NỘI - 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Thị Lý**, nghiên cứu sinh khóa 35, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy **Lê Văn Hợi** và **Đinh Ngọc Sỹ**.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Tác giả luận án

Trần Thị Lý

LỜI CẢM ƠN

Nhân dịp luận án được hoàn thành, với tất cả tình cảm và lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn và cảm ơn sâu sắc tới:

- **PGS.TS. Lê Văn Hội, PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ**, những người Thầy đã tận tâm chỉ bảo, hướng dẫn, truyền đạt kiến thức, hỗ trợ và luôn động viên tôi trong suốt quá trình học tập.

- **PGS.TS. Lê Thị Hương**, Viện Trưởng Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng đại học Y Hà nội và **các Thầy Cô của Viện** đã tạo mọi điều kiện tốt nhất, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

- **Ban giám hiệu, phòng Đào tạo Sau đại học và các Phòng, Ban trường Đại học Y Hà Nội** đã tạo mọi điều kiện, giúp đỡ tôi hoàn thành nhiệm vụ học tập.

- **Ban Giám đốc, Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Phòng Quản lý chất lượng và các đồng nghiệp Bệnh viện Phổi Trung ương** đã tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.

- **Ban Giám đốc và các cán bộ Bệnh viện Phổi Hải Dương, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên, Bệnh viện Phổi Bắc Giang** đã tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp đỡ tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu trên thực địa.

*Xin bày tỏ lòng biết ơn đến **Bố, Mẹ, Anh, Chị, Chồng** và **các con**, những người tôi yêu quý đã luôn động viên, hỗ trợ tôi trong cuộc sống, khuyến khích tôi học tập và hoàn thành luận án.*

Xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ, động viên của bạn bè, thân hữu.

Trần Thị Lý

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ACO	Asthma-COPD overlap syndrome	Hội chứng chồng lấp COPD - hen
ATS	American Thoracic Society	Hội Lồng ngực Mỹ
ACT	Asthma Control Test	Thang đo kiểm soát hen
BTS	British Thoracic Society	Hội Lồng ngực Anh
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
BHYT	Health Insurance	Bảo hiểm y tế
CT	Computed Tomography	Chụp cắt lớp vi tính
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CAT	COPD Assessment Test	Thang đo ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống người bệnh
CMU	Chronic Pulmonary Management Unit	Đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính
CI (95%)	Confidence Interval (95%)	Khoảng tin cậy 95%
CBYT	Medical staff	Cán bộ y tế
CLB	Club	Câu lạc bộ
CLCS	Quality of life	Chất lượng cuộc sống
CSSK	Health care	Chăm sóc sức khỏe
CNHH	Respiratory function	Chức năng hô hấp
DCMU	District Chronic Pulmonary Management Unit	Đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính tuyến huyện
DVYT	Health services	Dịch vụ y tế
DALY	Disability Adjusted Life Years	Số năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật
ERS	European Respiratory Society	Hội Hô hấp Châu Âu
FEV ₁	Forced Expired Volume in one second	Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên
FVC	Forced Volume Capacity	Dung tích sống tối đa
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases	Sáng kiến toàn cầu đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
GINA	Global Initiative for Asthma	Sáng kiến toàn cầu về hen
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus Infection/Acquired	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người.

HPG	Immunodeficiency Syndrome Health Partnership Group	Nhóm đối tác y tế
HSBA	Medical record	Hồ sơ bệnh án
HDM	House Dust Mite	Bụi nhà.
NHLBI	National Heart, Lung and Blood Institute	Viện Tim, Phổi và huyết học quốc gia.
NB	Patient	Người bệnh
mMRC	Modified British Medical Research Council	Bảng điểm (có sửa đổi) đánh giá khó thở của Hội đồng Y khoa Anh.
MDGs	Millennium Development Goals	Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ
Jahr	Joint Annual Health Review	Báo cáo tổng hợp thường niên về sức khỏe
OR	Odds Ratio	Tỷ suất chênh
PAL	Practical Approach to Lung Health	Thực hành xử trí bệnh hô hấp
UMAC	Units of Management of Asthma and COPD outpatients	Đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
VATLD	Vietnam Association Tuberculosis and Lung disease	Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN.....	.....
LỜI CẢM ƠN .....	.....
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT.....	i
MỤC LỤC.....	iii
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ được sử dụng trong nghiên cứu.....	3
1.2. Khái quát về hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	4
1.3. Đặc điểm hệ thống y tế và mạng lưới chuyên khoa	9
1.4. Thực trạng các mô hình quản lý hen và COPD tại Việt Nam.....	17
1.5. Khung lý thuyết nghiên cứu	37
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	39
2.1. Đối tượng nghiên cứu	39
2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	39
2.3. Thời gian nghiên cứu	41
2.4. Thiết kế nghiên cứu	41
2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.....	40
2.6. Các chỉ số nghiên cứu.....	43
2.7. Phương tiện nghiên cứu	46
2.8. Thu thập số liệu.....	46
2.9. Xử lý và phân tích số liệu.....	47
2.10. Sai số và khống chế sai số.....	48
2.11. Đạo đức nghiên cứu	49
2.12. Một số chỉ số đo lường trong nghiên cứu	49
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	56
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	56
3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại các đơn vị CMU.....	60
3.4. Đánh giá hiệu quả của hoạt động quản lý, chăm sóc người COPD, hen của đơn vị CMU tới cải thiện kết quả điều trị bệnh của người bệnh	87

BÀN LUẬN.....	100
KẾT LUẬN.....	125
KHUYẾN NGHỊ.....	127
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ.....	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
CÁC PHỤ LỤC.....	
DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH NGHIÊN CỨU	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1: Các yếu tố ảnh hưởng đến Hen và COPD.....	6
Bảng 1.2: Tỷ lệ mắc hen ở người lớn ở một số quốc gia theo điều tra của WHS.....	17
Bảng 1.3. Tỷ lệ tử vong do các nguyên nhân 2004, dự báo 2030.....	22
Bảng 1.4. Thực trạng kiểm soát hen ở cộng đồng các nước châu Á – Thái Bình Dương và VN....	25
Bảng 3.1: Thông tin chung về Người bệnh.	56
Bảng 3.2: Tình trạng mắc các bệnh đồng mắc trước khi quản lý, điều trị.....	58
Bảng 3.3: Thông tin về thời gian quản lý, điều trị và tái khám của ĐTNC.....	59
Bảng 3.4: Tình trạng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ theo giới.....	60
Bảng 3.5: Thực trạng sử dụng dịch vụ TVSK tại các đơn vị CMU.....	61
Bảng 3.6: Triệu chứng lâm sàng của NB khi đến khám tại đơn vị CMU.....	62
Bảng 3.7: Thực trạng NB tuân thủ tái khám định kỳ (01 lần/tháng).....	64
Bảng 3.8: Thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị tại đơn vị CMU.....	65
Bảng 3.9: Thực trạng NB tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi.....	66
Bảng 3.10: Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại đơn vị CMU của NB.....	67
Bảng 3.11: Đánh giá của người bệnh khi sử dụng dịch vụ tại đơn vị CMU.....	68
Bảng 3.12: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn và một số yếu tố liên quan.....	69
Bảng 3.13: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tuân thủ tái khám và một số yếu tố liên quan.....	71
Bảng 3.14: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tham gia sinh hoạt CLB và một số yếu tố liên quan.....	73
Bảng 3.15: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị không dùng thuốc (PHCNHH) và một số yếu tố liên quan.....	75
Bảng 3.16: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn sức khỏe và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU.....	77
Bảng 3.17: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tuân thủ tái khám và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU.....	79
Bảng 3.18: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tham gia sinh hoạt CLB và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU.....	81
Bảng 3.19: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị bằng phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU.....	82

Bảng 3.20: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa mức độ hài lòng của NB và một số yếu tố liên quan thuộc về NB.....	83
Bảng 3.21: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa mức độ hài lòng của NB và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU.....	85
Bảng 3.22: Kiến thức về bệnh của NB khi bắt đầu được đầu quản lý, điều trị tại CMU.....	87
Bảng 3.23: Triệu chứng lâm sàng khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU.....	87
Bảng 3.24: Mức độ kiểm soát bệnh của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị.....	88
Bảng 3.25: Điểm ACT và CAT của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU.....	89
Bảng 3.26: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 6 tháng quản lý, điều trị tại CMU.....	91
Bảng 3.27: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 12 tháng quản lý, điều trị tại CMU.....	93
Bảng 3.28: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 24 tháng quản lý, điều trị tại CMU.....	94

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1: Các dịch vụ y tế liên quan đến hen và COPD.....	7
Sơ đồ 1.2: Mô hình chung Hệ thống tổ chức Ngành Y tế Việt Nam.....	11
Sơ đồ 1.3: Sơ đồ tổ chức mạng lưới phòng chống lao và bệnh phổi tại Việt Nam.....	16
Sơ đồ 1.4: Mô hình và quy trình xử trí cần được thực hiện trong hen và COPD.....	26
Sơ đồ 1.5: Mô hình phân tuyến chức năng trong quản lý và điều trị hen, COPD.....	30
Sơ đồ 1.6: Mô hình hoạt động của đơn vị CMU.....	37
Sơ đồ 1.7: Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sử dụng DVYT tại CMU.....	38
Sơ đồ 1.8: Các yếu tố liên quan đến hiệu quả hoạt động của đơn vị CMU.....	38
Sơ đồ 2.1: Quy trình khám bệnh lâm sàng.....	51
Sơ đồ 2.2: Sơ đồ nghiên cứu.....	54
Sơ đồ 2.3: Quy trình và các nhóm số liệu nghiên cứu.....	55

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1. Dịch tễ hen toàn cầu ở người lớn (World Health survey 2012).....	23
Biểu đồ 1.3: Mối liên quan giữa COPD và bệnh đồng mắc.....	24
Biểu đồ 3.1: Phân bố tỷ lệ NB theo tình trạng bệnh được chẩn đoán	57
Biểu đồ 3.2: Loại hình dịch vụ và tỷ lệ người bệnh sử dụng tại đơn vị CMU	60
Biểu đồ 3.3: Thay đổi kiến thức và kỹ năng thực hành	89
Biểu đồ 3.4: Thay đổi mức độ tuân thủ điều trị của NB theo thời gian.....	955
Biểu đồ 3.5: Thay đổi mức độ kiểm soát Hen trước và sau điều trị	966
Biểu đồ 3.6: Thay đổi mức độ khó thở theo mMRC trước và sau điều trị	977
Biểu đồ 3.7: Mức điểm ACT trung bình trước và sau điều trị	98
Biểu đồ 3.8: Mức điểm CAT trung bình trước và sau điều trị	99

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là những bệnh mạn tính, rất phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Bệnh là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 ở thời điểm hiện tại và nhiều khả năng sẽ đứng hàng thứ 3 vào năm 2020. Trên thế giới, hiện có khoảng 600 triệu người mắc COPD với tỷ lệ ở mỗi quốc gia dao động từ 2-11% dân số và gây tử vong khoảng 3,1 triệu người mỗi năm [1] và 300 triệu người mắc hen, chiếm tỷ lệ khoảng 4% dân số, với 250.000 người tử vong do Hen mỗi năm [2].

Tại Việt Nam, kết quả điều tra toàn quốc các năm 2006-2009, tỷ lệ mắc COPD là 4,2% ở người ≥ 40 tuổi và 9,2% ở người ≥ 65 tuổi. Tỷ lệ mắc ở vùng nông thôn cao hơn ở thành thị và miền núi. Tỷ lệ mắc hen ở người lớn là 4,1%, cao nhất ở nhóm trên 80 tuổi (11,9%) và thấp nhất ở nhóm 21-30 tuổi (1,5%) [3].

Gánh nặng do hen và COPD gây lên trong gánh nặng bệnh tật nói chung là rất lớn. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ mắc hen và COPD có chiều hướng gia tăng làm tăng gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội. Dự báo COPD sẽ đứng hàng thứ 5 trong các bệnh hay gặp vào 2020. Trong các nguyên nhân gây tử vong, COPD đứng hàng thứ 6 vào năm 1990 và dự kiến sẽ đứng hàng thứ 3 vào 2020. Hen làm giảm chất lượng khoảng 15 triệu năm cuộc sống và chiếm khoảng 1% tổng gánh nặng bệnh tật. Chi phí cho bệnh hen bằng cả hai căn bệnh của thế kỷ là bệnh lao và HIV/AIDS cộng lại [4].

Hen và COPD là những bệnh có liên quan tới môi trường sống, có thể phòng và điều trị được. Phòng và quản lý bệnh sẽ làm chậm tiến trình bệnh, giảm biến chứng, giảm chi phí chăm sóc y tế và nâng chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tuy nhiên, thực tiễn kiểm soát hen và COPD còn ở mức rất khiêm tốn (88% người bệnh chưa biết hen có thể kiểm soát được; 45% người bệnh chưa được đo chức năng thông khí phổi và 89% người bệnh không điều trị dự phòng) [5]. Nguyên nhân chính của việc kiểm soát hen và COPD chưa cao là do các cơ sở y tế hiện mới chỉ quan tâm đến điều trị đợt cấp, ít chú trọng đến quản lý lâu dài, kết nối nội trú và ngoại trú, người bệnh chưa được tư vấn đầy đủ, cũng như không có nơi cho họ giao lưu để chia sẻ kinh nghiệm, tháo gỡ các thắc mắc...

Ở tầm nhìn cộng đồng, các chương trình phòng và quản lý bệnh phổi mạn tính sẽ giúp giảm gánh nặng cho ngành y tế, cho xã hội và làm tăng chất lượng dân số. Nhiều địa phương trên phạm vi toàn quốc đã xây dựng một hệ thống quản lý hen/COPD toàn diện từ tỉnh đến tuyến cơ sở, trong đó điển hình là xây dựng đơn vị Quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU), đây là mô hình khá độc đáo, kết nối điều trị nội trú với ngoại trú của người bệnh hen và COPD, cung cấp dịch vụ khép kín từ tư vấn, quản lý điều trị và phục hồi chức năng hô hấp, dự phòng đợt cấp. Tại đây người bệnh được quản lý lâu dài, được tư vấn đầy đủ, được sinh hoạt tại câu lạc bộ để chia sẻ kinh nghiệm và được cung cấp các thông tin cần thiết [6].

Các mô hình CMU nói trên đã được thành lập và đi vào hoạt động song việc đánh giá thực trạng việc sử dụng các dịch vụ mà mô hình này cung cấp cũng như hiệu quả của nó ra sao thì cho đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu toàn diện nào được tiến hành. Mô hình quản lý và chăm sóc người bệnh hen và COPD đang trở thành một yêu cầu cấp thiết. Các phát hiện từ việc đánh giá hiệu quả của nó đối với việc cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh được quản lý tại các đơn vị này sẽ cung cấp các bằng chứng khoa học và thực tiễn để mở rộng mô hình và cải thiện chất lượng dịch vụ. Vậy câu hỏi đặt ra là có những loại dịch vụ y tế nào đang được cung cấp tại các đơn vị CMU? Thực trạng sử dụng dịch vụ của NB quản lý tại các đơn vị đó như thế nào? Những yếu tố nào liên quan đến việc sử dụng dịch vụ đó của NB và hiệu quả cải thiện tình trạng sức khỏe của NB sau thời gian quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU ra sao? Để trả lời cho các câu hỏi nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: **“Thực trạng và hiệu quả sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh COPD và hen ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính tại Việt Nam”**, với các mục tiêu cụ thể như sau:

- 1. Xác định tỷ lệ sử dụng các loại dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh hen và COPD ở 3 đơn vị CMU tỉnh Bắc Giang, Thái Nguyên và Hải Dương, năm 2015-2017.*
- 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng các loại dịch vụ này của nhóm người bệnh hen và COPD ở 3 đơn vị CMU tiến hành nghiên cứu.*
- 3. Đánh giá hiệu quả hoạt động quản lý, chăm sóc của các đơn vị CMU nói trên tới việc cải thiện kết quả điều trị hen và COPD.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học công nghệ, kinh tế, văn hoá, xã hội, các loại hình dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) ngày càng trở nên đa dạng, phong phú, giúp người dân có nhiều cơ hội lựa chọn loại hình dịch vụ KCB phù hợp với khả năng chi trả. Sự tiếp cận dịch vụ KCB và quyền được chăm sóc y tế của người dân là một mục tiêu cần đạt được của chính sách quốc gia về y tế. Phấn đấu đạt đến sự công bằng hơn trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB có chất lượng tốt là vấn đề cốt yếu trong hoạch định các chính sách, các kế hoạch đầu tư trong y tế. Để thấy rõ được các nội dung nghiên cứu phải giải quyết, trước hết chúng ta cần tìm hiểu một số vấn đề sau đây: (1) Một số khái niệm; (2) Tình hình mắc và các yếu tố ảnh hưởng của hen và COPD; (3) Đặc điểm hệ thống và mạng lưới chuyên khoa liên quan đến hen, COPD; (4) Các loại dịch vụ liên quan đến hen, COPD; (5) Đặc điểm các mô hình quản lý và điều trị hen, COPD hiện nay; và (6) Khung lý thuyết nghiên cứu.

1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ được sử dụng trong nghiên cứu

- *Bệnh đồng mắc*: là thuật ngữ chỉ một hay nhiều bệnh (hoặc tình trạng rối loạn) kết hợp đồng thời với một bệnh được xem là tiên phát, hoặc bệnh chính. Thuật ngữ này thể hiện ý nghĩa kết hợp hoặc độc lập, hoặc có thể chi phối hậu quả, hoặc có sự tác động qua lại trong mối quan hệ nhân - quả với bệnh chính [7].

- *Thang điểm mMRC (Modified British Medical Research Council)*: là bộ câu hỏi đánh giá mức độ khó thở của người bệnh COPD. Gồm 5 câu hỏi, mức độ đánh giá từ nhẹ tới nặng theo thang điểm từ 0 đến 4. Kết quả mMRC từ 0-1 điểm: khó thở nhẹ; 2 điểm: khó thở trung bình; 3 điểm: khó thở nặng; 4 điểm: khó thở rất nặng.

- *Thang điểm CAT (COPD Assessment Test)*: là bộ câu hỏi đánh giá ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống. Gồm 8 câu hỏi, mức độ đánh giá từ nhẹ tới nặng, mỗi câu có 6 mức độ, từ 0-5, tổng điểm từ 0 - 40.

- *Thang điểm ACT (Asthma Control Test)*: là bộ 5 câu hỏi trắc nghiệm đơn giản về tình trạng hen bao gồm các triệu chứng ban ngày, ban đêm, số lần phải xịt thuốc cắt cơn và ảnh hưởng của hen lên cuộc sống của người bệnh. Mỗi câu hỏi có lựa chọn được cho điểm từ 1 đến 5. Như vậy tổng điểm tối đa sẽ là 25 điểm. Đạt điểm tối đa: bệnh của bạn đã được kiểm soát hoàn toàn; từ 20 đến 24 điểm: bệnh được kiểm soát tốt. Dưới 20

điểm: bệnh chưa kiểm soát được; còn dưới 15 điểm: bệnh đang xấu đi. Trẻ em dưới 12 tuổi có bộ câu hỏi ACT khác.

- *Quản lý*: Quản lý trong phạm vi nghiên cứu này được hiểu là một chuỗi hoạt động được thực hiện từ bước đầu tiên là phát hiện bệnh, đến các bước tiếp theo và kết quả là người bệnh hen, COPD được theo dõi chặt chẽ theo một quy trình nhất định, với mục đích làm giảm gánh nặng bệnh tật cho người bệnh và giảm chi phí cho cá nhân người bệnh cũng như cho xã hội.

- *Dịch vụ y tế*: là các hoạt động tương tác giữa người cung cấp dịch vụ và khách hàng để đáp ứng nhu cầu về sức khỏe, như: Khám chữa bệnh, hướng dẫn phòng bệnh, giáo dục sức khỏe, tư vấn sức khỏe do các cơ sở y tế nhà nước và các cơ sở y tế tư nhân thực hiện.

- *Sử dụng dịch vụ y tế*: là những người khi có tình trạng sức khỏe bất thường hoặc khi có nhu cầu đến KCB, mua thuốc hay sử dụng bất cứ hình thức cung cấp dịch vụ KCB nào do các cơ sở y tế cung cấp [8].

- *Bảo hiểm y tế (BHYT)*: là loại bảo hiểm do Nhà nước tổ chức, quản lý nhằm huy động sự đóng góp của cá nhân, tập thể và cộng đồng xã hội để chăm lo sức khỏe, khám bệnh và chữa bệnh cho nhân dân. Cũng như hầu hết các quốc gia trên thế giới, Việt Nam thừa nhận quan điểm của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) với cách tiếp cận BHYT là một nội dung thuộc an sinh xã hội và là loại hình bảo hiểm phi lợi nhuận, nhằm đảm bảo chi phí y tế cho người tham gia khi gặp rủi ro, ốm đau, bệnh tật [9].

1.2. Khái quát về hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.2.1. Định nghĩa

- *Hen*: là bệnh lý viêm đường thở mạn tính, có liên quan tới một phản ứng phức tạp gây tắc nghẽn đường thở, tăng phản ứng phế quản và tạo ra các triệu chứng khó thở. Theo tài liệu hướng dẫn GINA, hen là bệnh lý không đồng nhất về căn nguyên. Bệnh được xác định bằng tiền sử xuất hiện các triệu chứng hô hấp như thở khò khè, hơi thở ngắn, ho và nặng ngực, diễn biến thay đổi theo thời gian, biểu hiện hạn chế ở các mức độ luồng khí thở ra. Bệnh mạn tính, thay đổi về triệu chứng, tình trạng tắc nghẽn luồng khí và tăng phản ứng trên nền viêm mạn tính đường thở là các đặc điểm bệnh học mà các tài liệu hướng dẫn đều đề cập đến khi định nghĩa hen [2].

- *Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính* (gọi tắt theo tiếng Anh là COPD) là một bệnh thường gặp, bệnh đặc trưng bởi sự tắc nghẽn lưu lượng khí thở ra có tính dai dẳng, tiến triển liên quan đến một quá trình viêm mạn tính của phổi dưới tác động của ô nhiễm khói bụi. Các đợt cấp và các bệnh lý phổi hợp có vai trò rất quan trọng làm nên bức tranh tổng thể về mức độ nặng của người bệnh [1].

1.2.2. Đặc điểm

- *Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*
- + COPD là một bệnh hô hấp mạn tính thường gặp, tỷ lệ mắc từ 7-19% [1].
- + Triệu chứng: Ho, khó thở khi gắng sức, gia tăng tiết đờm, mệt mỏi, luôn muốn cúi về phía trước để cải thiện hơi thở.
- + Các yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá (bao gồm cả hút bị động), tiếp xúc lâu dài với khói thuốc, yếu tố gia đình (di truyền cơ địa), tiếp xúc với chất gây ô nhiễm, tiền sử các bệnh nhiễm trùng phổi ở trẻ em hay lặp lại, trên 40 tuổi

- *Hen*
- + Là bệnh hô hấp mạn tính phổ biến, tỷ lệ mắc: 1-18% dân số [2].
- + Đặc điểm: Thở khò khè, khó thở, nặng ngực và/hoặc ho, giới hạn luồng khí thở ra.
- + Hen thường bị kích phát bởi các yếu tố: Vận động, dị nguyên hoặc các chất kích phát, thay đổi thời tiết hoặc nhiễm siêu vi.
- + Triệu chứng và giới hạn luồng khí có thể biến mất tự nhiên hoặc do thuốc.
- + Có phản ứng quá mức của đường thở với kích thích trực tiếp hoặc gián tiếp.
- + Các kiểu hình hen: Hen dị ứng, hen không dị ứng, hen khởi phát muộn, hen có giới hạn luồng khí cố định, hen ở người béo phì.

1.2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán hen và COPD

- *Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính* [2],[27]: Chẩn đoán xác định COPD bằng đo chức năng thông khí FEV1/FVC <0,7 sau test phục hồi phế quản âm tính. Test hồi phục phế quản áp dụng cho tất cả những đối tượng có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Những đối tượng này được hút thở Salbutamol liều 400µg trong 6 phút. Đo lại FEV1 sau 20 phút chỉ số FEV1 tăng < 200ml và/hoặc tăng <12% và chỉ số Gaensler <70%.

- *Hen* [2],[38]: Người bệnh có tiền sử mắc hen. Đo chức năng thông khí sau test hồi phục phế quản FEV1 tăng > 200ml và/hoặc tăng ≥12%; chỉ số Gaensler ≥70%.

1.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng của hen và COPD

- *Yếu tố nguy cơ:* Hen và COPD cùng có chung ba nhóm yếu tố nguy cơ đó là hút thuốc lá, yếu tố di truyền và yếu tố môi trường (khói, bụi) (Bảng 1.1). Đặc biệt các yếu tố nguy cơ này có xu hướng ngày càng tăng ở các nước đang phát triển. Theo WHO, nếu chỉ dựa vào các giải pháp điều trị để ứng phó với hen và COPD thì hết sức tốn kém, và hơn một nửa gánh nặng của các bệnh phổi mạn tính có thể phòng tránh được thông qua các sáng kiến phòng và nâng cao sức khỏe. Vì vậy tập trung vào đầu tư sớm cho các hoạt động dự phòng các yếu tố nguy cơ là hết sức quan trọng và cần thiết.

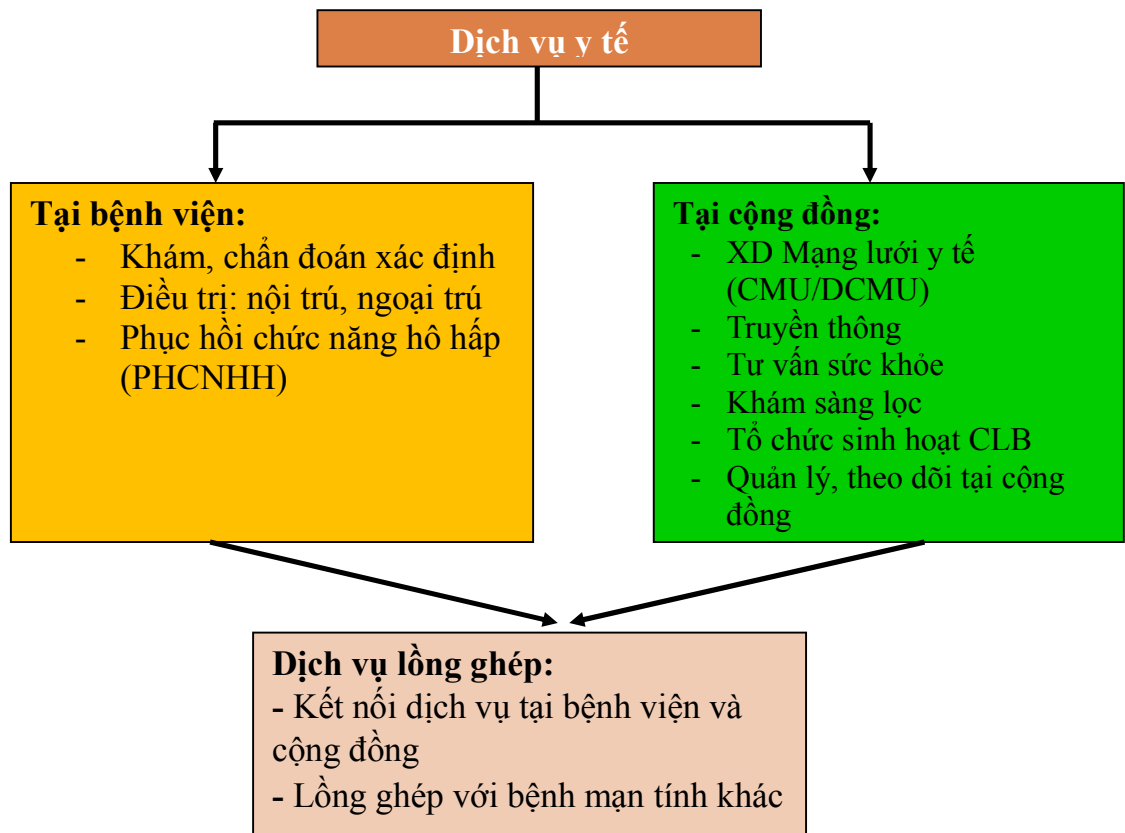
- *Yếu tố ảnh hưởng:* Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến Hen và COPD, trong đó những yếu tố tích cực, tác động làm giảm nhẹ các ảnh hưởng tiêu cực, tăng cường sức khỏe, được gọi là yếu tố bảo vệ. Bên cạnh đó, những yếu tố có tác động tiêu cực, làm tăng khả năng xuất hiện các vấn đề sức khỏe, được gọi là yếu tố nguy cơ. Việc xác định rõ các yếu tố này giúp chúng ta xây dựng giải pháp can thiệp thích hợp để cải thiện sức khỏe. Các yếu tố nguy cơ và bảo vệ đối với hen và COPD không chỉ là các thuộc tính và hành vi của mỗi cá nhân mà còn là những yếu tố về tình trạng, hoàn cảnh kinh tế, xã hội và các yếu tố thuộc về môi trường (Bảng 1.1). Điều quan trọng cần nhấn mạnh là các yếu tố này tương tác qua lại với nhau và có thể tác động tích cực hoặc tiêu cực tới tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.

Bảng 1.1: Các yếu tố ảnh hưởng đến hen và COPD [3], [56].

Cấp độ	Yếu tố nguy cơ	Yếu tố bảo vệ
Các đặc điểm cá nhân	<ul style="list-style-type: none"> - Kiến thức về bệnh kém - Gia đình có tiền sử mắc Hen, COPD - Hút thuốc lá - Tuổi cao 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiến thức về bệnh tốt - Gia đình không có tiền sử mắc Hen, COPD - Không hút thuốc lá
Yếu tố nghề nghiệp	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp xúc khói, bụi 	<ul style="list-style-type: none"> - Không tiếp xúc với khói bụi
Thực trạng/ hoàn cảnh kinh tế-xã hội	<ul style="list-style-type: none"> - Thu nhập thấp, nghèo đói - Học kém - Công việc quá căng thẳng hoặc thất nghiệp 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinh tế được bảo đảm - Học tập tốt - Hải lòng và thành công trong công việc

Cấp độ	Yếu tố nguy cơ	Yếu tố bảo vệ
Các yếu tố môi trường	<ul style="list-style-type: none"> - Khó khăn hoặc không được tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản - Kỳ thị, phân biệt đối xử - Bất bình đẳng xã hội và giới - Trải nghiệm chiến tranh hoặc thảm họa 	<ul style="list-style-type: none"> - Công bằng trong tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản - Công bằng, chia sẻ của xã hội - Bình đẳng giới - Môi trường sống được bảo đảm về an ninh và an toàn

1.2.5. Các dịch vụ y tế liên quan đến hen, COPD



Sơ đồ 1.1: Các dịch vụ y tế liên quan đến hen và COPD

Các báo cáo thống kê cho thấy hen và COPD có xu hướng mắc ngày càng tăng, tỷ lệ tử vong cao, gây gánh nặng đối với gia đình và xã hội [11], [12]. Thực tế kiểm soát hen, COPD của người bệnh còn rất thấp [13], [14]. Tỷ lệ người bệnh tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc và quản lý còn hạn chế, các cơ sở y tế hiện mới chỉ quan tâm nhiều đến điều trị đợt cấp, sau khi ra viện người bệnh ít được theo dõi, quản lý và tư vấn.

Các loại dịch vụ y tế liên quan đến hen, COPD cho thấy có tính hiệu quả nhất định trong việc tăng khả năng tiếp cận cho người bệnh, cũng như nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ (sơ đồ 1.1). Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đã đạt được, từng loại dịch vụ y tế cũng còn bộc lộ nhiều khó khăn, hạn chế. Do đó, cần thiết phải có những hướng tiếp cận mới nhằm giải quyết được những rào cản hiện tại, giúp tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế trong nhóm người bệnh hen, COPD, đặc biệt theo hướng cung cấp các dịch vụ và quản lý lồng ghép.

Việc tổng hợp các dịch vụ y tế liên quan đến chăm sóc và quản lý cho người bệnh hen, COPD giúp các nhà hoạch định chính sách đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế của người bệnh, góp phần làm giảm gánh nặng của bệnh trong cộng đồng.

1.3. Đặc điểm hệ thống y tế và mạng lưới chuyên khoa liên quan đến hen và COPD

1.3.1. Đặc điểm hệ thống y tế

1.3.1.1. Trên thế giới

Có nhiều cách phân loại hệ thống y tế nhưng cách thường được dùng đó là dựa trên tiếp cận kinh tế học. Ở góc độ này thì một hệ thống y tế thường được xem xét dựa trên việc trả lời 2 câu hỏi cơ bản: “Ai cung cấp dịch vụ ?” và “Ai chi?”. Người cung cấp dịch vụ có thể là nhà nước hoặc tư nhân hoặc hỗn hợp. Nếu nhà nước và tư nhân cùng cung cấp thì hệ thống này gọi là hệ thống CSSK hai thành phần và tùy theo mỗi nước thì mức độ cung cấp dịch vụ của mỗi thành phần có khác nhau. Nếu chỉ có thành phần nhà nước cung cấp hoặc chiếm phần chủ yếu (như Canada) thì gọi là hệ thống CSSK một thành phần.

a) Hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK:

Về cơ cấu hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK đặc biệt là dịch vụ KCB thì mỗi nước có một cơ cấu khác nhau. Ở nhiều nước, ngoài các bệnh viện, dưỡng đường, trung tâm chuyên khoa thì có mạng lưới các bác sĩ đa khoa chịu trách nhiệm KCB ban đầu cho những người dân đăng ký. Các cơ sở y tế này có thể là công hoàn toàn, tư nhân hoàn toàn hoặc hỗn hợp.

Việc mô tả hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK là không đơn giản tuy nhiên việc trả lời cho câu hỏi “Ai chi?” còn phức tạp hơn nhiều. Thông thường người ta đề cập đến 3 nguồn chi: Nhà nước, tập thể và cá nhân.

Với nguồn chi từ Nhà nước: Theo nguồn này người ta chia làm 3 nhóm: (1) Nhóm Nhà nước bao cấp toàn bộ (Nhà nước chịu toàn bộ chi phí). Đây là mô hình hệ thống y tế của các nước xã hội chủ nghĩa trước đây và hiện nay ở một số nước như Anh, Canada cũng áp dụng hình thức này; (2) Nhóm Nhà nước chỉ đóng vai trò quản lý và điều hòa thị trường CSSK; (3) Nhóm trung gian với nhiều mức độ chi trả khác nhau của nhà nước và đây là mô hình phổ biến của các nước hiện nay. Ở Mỹ, Nhà nước chỉ chi trả khi cần thiết: chi cho người già, người tàn tật, người nghèo không có khả năng chi trả.

Với nguồn chi từ cá nhân: người dân có thể ở 2 hình thức trực tiếp hoặc gián tiếp hoặc phối hợp cả hai. (1) Với hình thức trực tiếp: người dân chi trả cho người cung cấp dịch vụ sức khỏe bằng viện phí theo dịch vụ y tế sử dụng. (2) Trong hình thức gián tiếp người dân chi trả thông qua việc đóng phí thường niên cho công ty bảo hiểm và công ty bảo hiểm sẽ thay mặt người bệnh để chi trả, có thể chi 100% kinh phí hoặc với những hình thức đồng chi trả khác nhau.

Với nguồn chi từ tập thể: chẳng hạn như các chủ xí nghiệp chi trả chi phí CSSK của công nhân, các quỹ từ thiện chi trả cho người nghèo v.v... [16]. Thực tế cơ chế cung cấp tài chính cho các dịch vụ sức khỏe ở các nước có thể rất khác nhau và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội [17].

b) Bảo hiểm y tế - thành tố quan trọng của hệ thống y tế

Trên thế giới, bảo hiểm y tế (BHYT) là một vấn đề không mới nhưng rất được các nhà khoa học pháp lý quan tâm nghiên cứu vì BHYT luôn mang ý nghĩa nhân đạo, có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện mục tiêu công bằng xã hội trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. BHYT toàn dân là mục tiêu hướng tới của tất cả các quốc gia khi thực hiện chính sách BHYT.

BHYT tự nguyện không phải ở nước nào, nơi nào cũng được hưởng ứng. Có nước người dân đã quen với hưởng bao cấp toàn bộ như Anh, các nước Bắc Âu, có nước thì người dân lại quen không bao cấp toàn bộ như ở Mỹ [18]. Nhiều quốc gia khu vực châu Á đã thực hiện BHYT toàn dân từ vài năm đến vài chục năm nay với độ phủ 80-90% dân số như Nhật Bản, Thái Lan, Trung Quốc, Hàn Quốc...

Hiện nay, có một vấn đề nổi cộm của hệ thống y tế các nước đó là chi phí cho hoạt động KCB ngày càng tăng cao một cách đáng ngại. Nếu như ở Mỹ vào năm

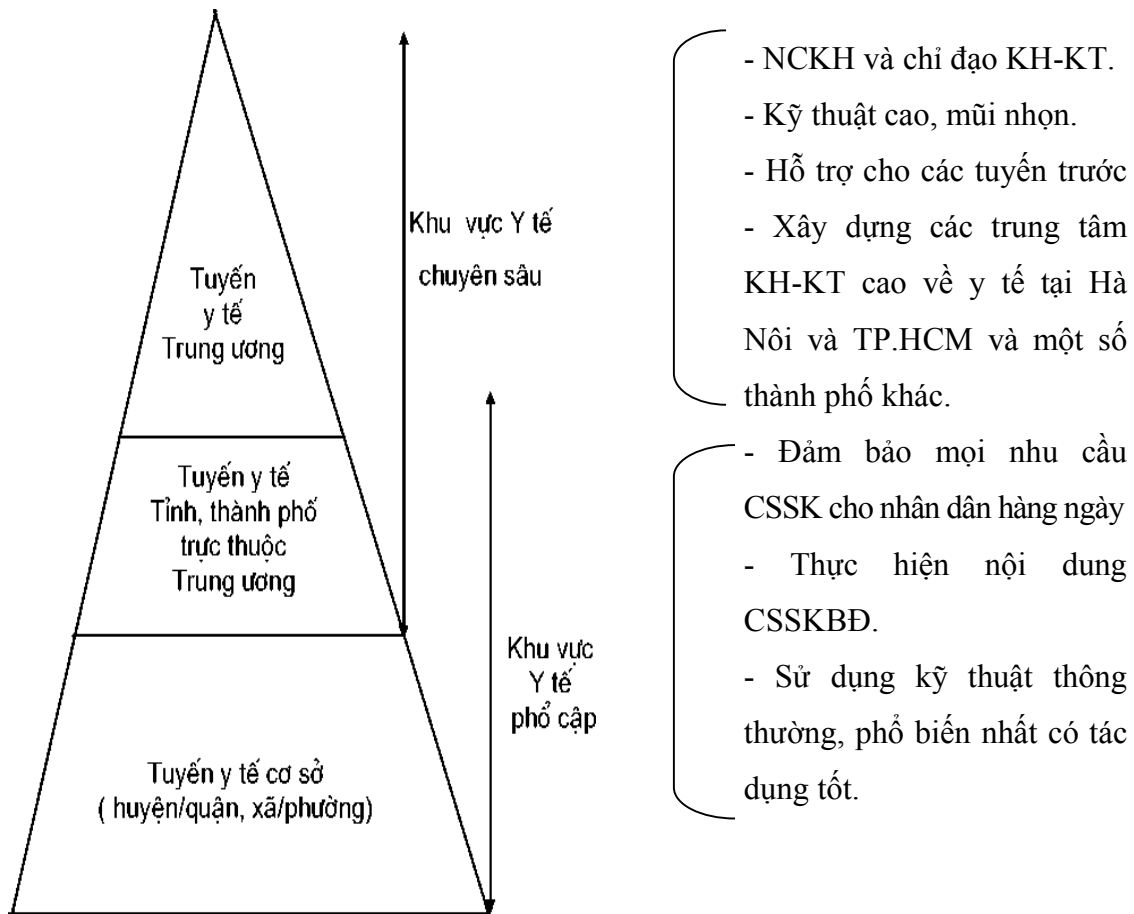
1986 chi phí y tế cho một đầu người chỉ có 1.872 USD thì đến năm 2000 chi phí này đã tăng đến 5.039 USD và ước tính đến năm 2010 có thể lên đến 8.228 USD. Do vậy, chính sách BHYT được điều chỉnh theo từng giai đoạn và khác nhau giữa các khu vực và giữa các quốc gia [19], [20].

Như vậy, có thể thấy, ở các quốc gia, luật pháp hầu hết bắt buộc thực hiện BHYT toàn dân. Tuy thời gian hoàn thành BHYT toàn dân có khác nhau, nhưng các nước đều có chung những điều kiện thực hiện là GDP đạt hơn 1.500 USD/đầu người, vai trò chỉ đạo, điều hành của Nhà nước, và sự tham gia của mọi đối tượng trong xã hội, hay chính là 100% người dân có BHYT.

1.3.1.2. Tại Việt Nam

a) Hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK:

Vai trò của Nhà nước đối với việc cung ứng và chi trả các dịch vụ KCB tại Việt Nam cũng tương tự như các nước hiện nay. Theo đó, hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK bao gồm các Viện (có giường bệnh), các bệnh viện, trung tâm phân theo từng tuyến (sơ đồ 1.2) với chức năng, nhiệm vụ khác nhau nhằm đáp ứng nhu cầu KCB của người dân.



Sơ đồ 1.2: Mô hình chung Hệ thống tổ chức Ngành Y tế Việt Nam.

Khu vực y tế phổ cập: có nhiệm vụ đảm bảo đáp ứng mọi nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân hàng ngày. Cụ thể là đáp ứng được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, sử dụng các kỹ thuật thông thường, phổ biến nhưng có tác dụng tốt. Khu vực y tế phổ cập bao gồm từ tuyến y tế Tỉnh/Thành phố trực thuộc Trung ương trở xuống. Hiện nay tuyến y tế tỉnh còn đảm nhiệm cả nhiệm vụ của khu vực y tế chuyên sâu.

Khu vực y tế chuyên sâu: có nhiệm vụ sử dụng các kỹ thuật cao, kỹ thuật mũi nhọn, tập trung vào các hoạt động NCKH, chỉ đạo khoa học kỹ thuật và hỗ trợ cho tuyến trước.

Ngoài hệ thống các cơ sở y tế công lập còn có các cơ sở y tế tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ KCB cho người dân.

Về nguồn chi trả chi phí CSSK: Tại Việt Nam, Nhà nước chi trả theo nhiều mức độ khác nhau.

b) Bảo hiểm y tế Việt Nam - thành tố quan trọng của hệ thống y tế Việt Nam

Tại Việt Nam, Luật BHYT xác định mốc thời gian 01/01/2014 là thời điểm các đối tượng có trách nhiệm tham gia BHYT, được gọi là lộ trình BHYT toàn dân. Theo các công ước của Tổ chức lao động quốc tế (ILO) và Tổ chức y tế thế giới (WHO) thì BHYT được thực hiện theo 3 nguyên tắc cơ bản: tham gia trên cơ sở bắt buộc, đóng góp theo thu nhập, quyền lợi hưởng theo bệnh tật. Ba nguyên tắc này được coi là kim chỉ nam cho các nước hoạch định chính sách về BHYT.

Một trong những yếu tố quan trọng khác để thực hiện BHYT toàn dân một cách thực sự thì GDP bình quân đầu người thường phải đạt từ 1.500 USD/người/năm; trong khi GDP bình quân đầu người của Việt Nam năm 2011 là 1.300USD/người/năm. Như vậy về mặt tài chính, chỉ số GDP như hiện nay thì sự đóng góp từ thu nhập của người dân cùng với sự hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cũng chưa đủ để thực hiện ngay BHYT toàn dân ở Việt Nam. Bên cạnh đó, khả năng tổ chức thực hiện của Nhà nước và việc khám chữa bệnh của hệ thống y tế chưa thể đáp ứng ngay được khối lượng tăng đột biến nếu toàn dân tham gia BHYT. Lý do bởi cơ sở hạ tầng cũng như đội ngũ cán bộ của ta còn nhiều hạn chế cả về số lượng lẫn chất lượng. Bên cạnh đó, nhận thức về BHYT của người dân chưa đầy đủ, ý thức tuân thủ pháp luật chưa cao. Thực trạng kinh tế xã hội nêu trên, không dễ giải quyết một sớm một chiều mà cần có thời gian và kinh phí.

Những phân tích trên cho thấy với điều kiện kinh tế xã hội của Việt Nam hiện nay chưa thể thực hiện ngay BHYT bắt buộc toàn dân. Nếu quy định ngay việc tham gia BHYT bắt buộc toàn dân thì sẽ không đảm bảo được tính khả thi của Luật [21], [22], vì vậy cần phải có lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, các nhóm đối tượng có đặc thù riêng nên khả năng tham gia BHYT của mỗi nhóm là không giống nhau. Vì vậy, không thể bổ sung cùng một lúc tất cả các nhóm đối tượng còn thiếu mà phải có lộ trình. Căn cứ vào tình hình kinh tế-xã hội, nhóm đối tượng nào có khả năng tham gia BHYT trước thì áp dụng lộ trình sớm hơn. Có như vậy, mục tiêu BHYT toàn dân mới nhanh chóng đạt được.

Bên cạnh quy định về phạm vi đối tượng, hình thức tham gia, lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, Luật BHYT còn quy định cụ thể hơn trách nhiệm của các cơ quan, tổ chức, cá nhân, các quy định về chế tài xử phạt vi phạm, mức hưởng cũng có nhiều thay đổi không dựa trên một mức cụ thể như trước mà phụ thuộc vào tình trạng bệnh tật, nhu cầu khám chữa bệnh của người dân. Quy định liên quan đến thẻ BHYT cũng

có những thay đổi đáng kể, phạm vi hưởng BHYT của các đối tượng khác nhau là không giống nhau, thực hiện chế độ cùng chi trả. Việc tổ chức khám chữa bệnh cho các đối tượng tham gia BHYT cũng có nhiều bước phát triển... Tất cả các quy định nêu trên nhằm đảm bảo cho việc thực hiện lộ trình BHYT toàn dân.

1.3.2. Đặc điểm mạng lưới chuyên khoa liên quan đến hen và COPD

1.3.2.1. Trên thế giới

Trong thời gian qua, cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, nền y học trong khu vực và trên thế giới đã có sự phát triển vượt bậc, đạt nhiều thành tựu nhờ áp dụng có hiệu quả khoa học công nghệ vào lĩnh vực y học, từng bước đáp ứng nhu cầu và sự hài lòng của người bệnh.

Hiện nay, trên thế giới, ở các nước phát triển còn tồn tại nhiều Viện, Bệnh viện chuyên ngành hô hấp (Viện Chống Lao Nhật Bản; Viện Chống Lao Hàn Quốc, Viện Phổi Israel; Viện Phổi Liên Bang Nga) và các Chương trình chống Lao (National Tuberculosis Control Program) hoặc Hội chống Lao (Hội chống Lao Hoàng Gia Hà Lan). Tại Mỹ có Viện Tim-Phổi-Huyết học là viện chuyên ngành lớn nhất, nghiên cứu chiến lược và khoa học chuyên sâu. Tại Đại học Tổng hợp California, San Diego, Mỹ có Phân ban Bệnh phổi và chăm sóc đặc biệt (The Pulmonary and Critical Care Division), và Trung tâm Nghiên cứu lâm sàng các Bệnh phổi (The Pulmonary Clinical Research Center) thực hiện các nghiên cứu lâm sàng cơ bản về sinh bệnh học hô hấp và nâng cao hiệu quả của các phương pháp chẩn đoán, điều trị các bệnh phổi. Viện Phổi Thượng Hải – Trung Quốc (Shanghai Pulmonary Institute) thực hiện các chức năng nghiên cứu các phương pháp chẩn đoán hiện đại, hiệu quả bằng chẩn đoán hình ảnh nhằm giảm thời gian, nhân lực và chi phí chẩn đoán. Mạng lưới Y học lâm sàng Bệnh phổi (Clinical Pulmonary Medicine Network) là một mạng lưới lâm sàng nhằm đáp ứng nhu cầu chung của các thầy thuốc và các thành viên trên thế giới tập trung nghiên cứu y học các bệnh phổi [23], [24].

1.3.2.2. Tại Việt Nam

Mạng lưới chống lao và bệnh phổi ở nước ta được xây dựng lồng ghép vào hệ thống y tế chung từ trung ương đến tỉnh, huyện và xã. Bệnh viện Phổi Trung ương là tuyến trung ương chỉ đạo công tác phòng, chống lao và bệnh phổi trong phạm vi toàn quốc. Các tỉnh, thành phố thành lập Bệnh viện lao và bệnh phổi hoặc Trung tâm phòng chống

các bệnh xã hội, trong đó có tổ chống lao và bệnh phổi, là đơn vị tuyến tỉnh quản lý, triển khai công tác phòng, chống lao và bệnh phổi trong toàn tỉnh. Các quận, huyện thành lập Tổ chống lao hoặc Phòng khám lao và bệnh phổi là đơn vị tuyến huyện triển khai công tác phòng, chống lao trong địa bàn huyện. Trạm y tế xã chịu trách nhiệm thực hiện công tác phòng chống bệnh lao ở tuyến xã. Bên cạnh mạng lưới chống lao theo 4 tuyến thì hoạt động chống lao còn được phối hợp với các cơ sở y tế công, tư ngoài hệ thống của CTCLQG, các tổ chức, đối tác trong nước và quốc tế như Tổ chức các đối tác phòng chống lao Việt Nam, Hội Phụ nữ, Hội nông dân, Hội chữ thập đỏ, WHO, CDC, KNCV, PATH, USAID, URC, GF [25].

Nhờ có mạng lưới chống lao và bệnh phổi nên công tác phòng chống lao ở nước ta đã được đánh giá là hiệu quả tốt. Điều đó thể hiện qua việc các kỹ thuật đã được chuẩn hóa từ tuyến trung ương đến tuyến tỉnh, huyện, xã. Lòng ghép quản lý và thực hành xử trí tốt bệnh lao tại tuyến cơ sở - lấy người bệnh làm trung tâm. Các kỹ thuật tiên tiến nhất đã được cập nhật và áp dụng tại Việt Nam để chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh. Công tác phát hiện ở nước ta được cải thiện rõ rệt. Năm 2015, cả nước đã phát hiện và điều trị cho tổng số 102.655 bệnh nhân lao, tỷ lệ điều trị khỏi cao trên 90%. Hiệu quả của Chương trình được WHO đánh giá tốt, tốc độ giảm hằng năm 4,6% số hiện mắc và giảm 4,4% số tử vong từ năm 2000. Những năm gần đây tốc độ giảm có thể tốt hơn vì chúng ta đã tăng tỷ lệ phát hiện từ 56% năm 2012 lên 77% năm 2015 [26].

Theo Quyết định Số: 2357/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế, ngày 05 tháng 7 năm 2011 về việc Phê duyệt Quy hoạch phát triển mạng lưới phòng, chống lao và bệnh phổi giai đoạn từ 2011 đến 2020, nhiệm vụ của mỗi tuyến trong công tác phòng, chống lao và bệnh phổi như sau:

a) Tuyến trung ương

- Bệnh viện Phổi Trung ương là bệnh viện đầu ngành chịu trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh lao và bệnh phổi và chỉ đạo công tác phòng, chống lao và bệnh phổi trong phạm vi toàn quốc.

- Bệnh viện 74 Trung ương, Bệnh viện 71 Trung ương là Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế chịu trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh lao và bệnh phổi và chỉ đạo công tác phòng, chống lao và bệnh phổi các tỉnh theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh chịu trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh lao và bệnh phổi và chỉ đạo công tác phòng, chống lao và bệnh phổi tại thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Các Trung tâm, khoa hô hấp hoặc lao và bệnh phổi của các Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Nhi Trung ương chịu trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh lao và bệnh phổi và tham gia chỉ đạo công tác phòng, chống lao và bệnh phổi theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

b) Tuyển tỉnh

Các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương tùy theo điều kiện thành lập Bệnh viện hoặc Trung tâm phòng, chống lao và bệnh phổi trực thuộc Sở Y tế; là đơn vị đầu mối thực hiện nhiệm vụ khám phát hiện, điều trị bệnh lao, các bệnh phổi và quản lý triển khai công tác phòng, chống lao và bệnh phổi trong toàn tỉnh, thành phố.

c) Tuyển huyện

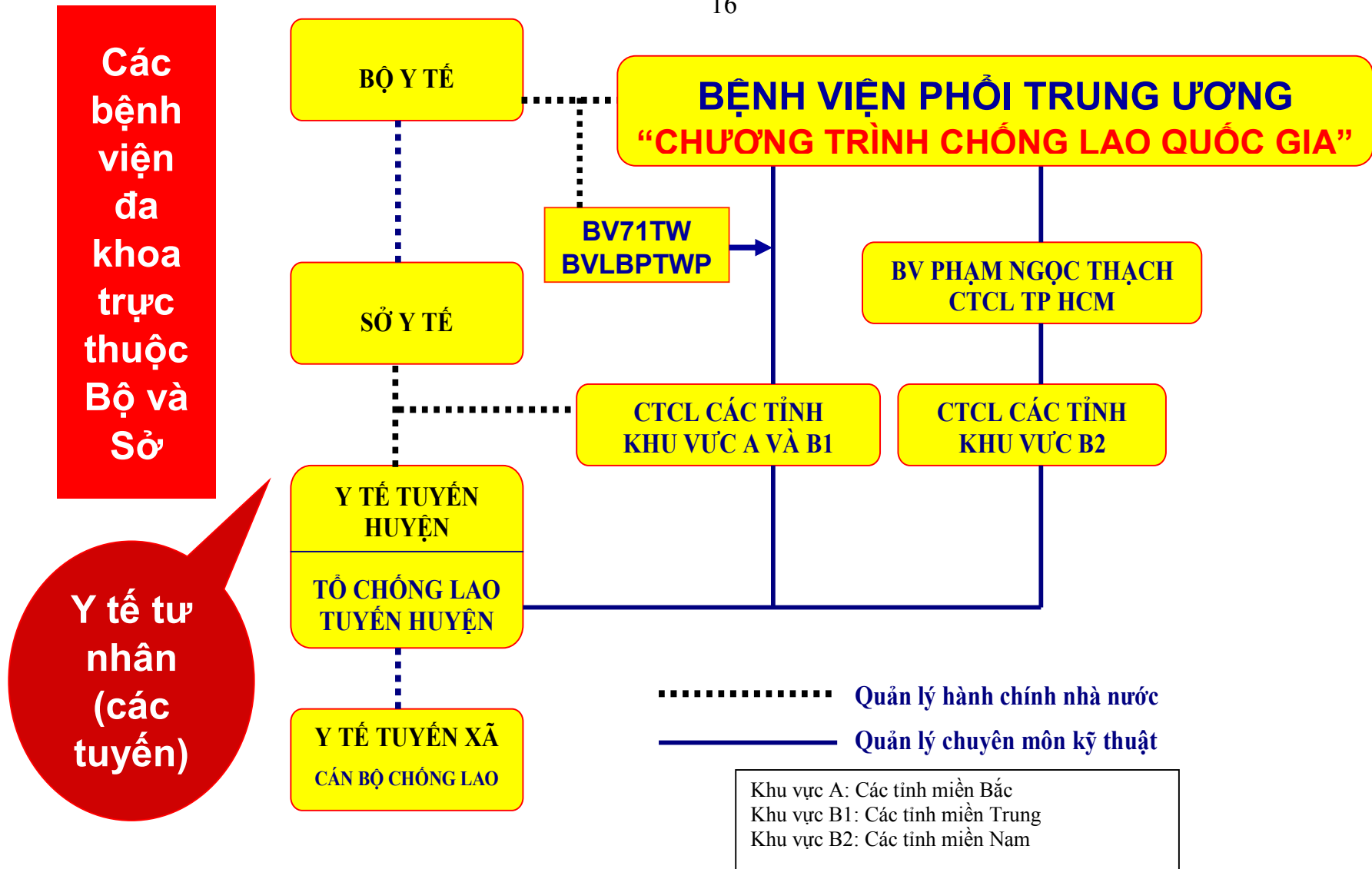
Các quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện) tùy theo điều kiện thành lập Tổ chống lao hoặc Phòng khám lao và bệnh phổi có biên chế ít nhất 03 cán bộ, cụ thể:

- Tại các huyện đã có Bệnh viện đa khoa huyện: thành lập phòng khám hoặc tổ chống lao và bệnh phổi thuộc bệnh viện thực hiện khám phát hiện, điều trị bệnh lao, các bệnh phổi và triển khai công tác phòng, chống lao trong địa bàn.

- Tại các huyện mà Trung tâm y tế huyện thực hiện cả chức năng khám, chữa bệnh (chưa có Bệnh viện huyện): thành lập Tổ chống lao thực hiện khám phát hiện, điều trị bệnh lao và triển khai công tác phòng, chống lao trong địa bàn.

d) Tuyển xã

Mỗi xã có ít nhất 01 cán bộ y tế được đào tạo kiến thức về quản lý bệnh lao, giám sát điều trị cho người bệnh đã được chẩn đoán lao, truyền thông giáo dục sức khỏe, giới thiệu người nghi mắc bệnh lao đi khám phát hiện.



Sơ đồ 1.3: Sơ đồ tổ chức mạng lưới phòng chống lao và bệnh phổi tại Việt Nam [26].

1.4. Thực trạng các mô hình quản lý hen và COPD tại Việt Nam

1.4.1. Cơ sở xây dựng mô hình quản lý hen và COPD

1.4.1.1. Tỷ lệ mắc hen và COPD cao

- **Hen:** bệnh hen vẫn được xem là bệnh điều trị được và mặc dù y học có nhiều tiến bộ về hiểu biết sinh bệnh học và điều trị nhưng bệnh hen vẫn tiếp tục là một gánh nặng đối với y tế, xã hội. Bệnh hen là bệnh hô hấp mạn tính phổ biến nhất đối với cả trẻ em và người lớn, đặc biệt là bệnh thường xuất hiện sớm (khoảng 1/4 người bị hen trong cộng đồng ở trước tuổi 40) làm ảnh hưởng đáng kể tới chi phí chăm sóc sức khỏe và sức lao động [28]. Năm 2004, Masoli M và CS cùng với chương trình GINA trên cơ sở số liệu từ nghiên cứu giai đoạn 1 của ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in childhood – Nghiên cứu quốc tế về hen và dị ứng ở trẻ em), giai đoạn 1992-1996 và từ Ủy ban theo dõi tình hình sức khỏe hô hấp châu Âu (European Community Respiratory Health Survey - ECRHS) trong khoảng thời gian 1988 – 1994. Số liệu nghiên cứu của 2 tổ chức này đã ước tính tỷ lệ mắc hen toàn cầu từ mức thấp 0,7% (ở Ma-ca-o) tới cao 18,4% (ở Scotland). Các nghiên cứu này cũng ước tính có khoảng 300 triệu người mắc hen trên toàn cầu và dự đoán rằng con số này sẽ tăng tới 400 triệu người vào năm 2050 khi mà tốc độ đô thị hoá trên toàn cầu đang gia tăng nhanh chóng.

Nghiên cứu Theo dõi sức khỏe toàn cầu (World Health Survey, WHS) của Tổ chức y tế thế giới thực hiện đã có một đánh giá cắt ngang ở 70 trên 192 nước thành viên trong năm 2002-2003 và được xem là một số liệu đa quốc gia lớn nhất trên hen người lớn cho đến nay, kết quả nghiên cứu này được tổng hợp trong bảng dưới đây:

Bảng 1.2: Tỷ lệ mắc hen ở người lớn ở một số quốc gia theo điều tra của WHS

Quốc gia	Tỷ lệ mắc hen ở người lớn
Tỷ lệ mắc chung toàn cầu	4,3%
Việt Nam	1,0
Trung Quốc	0,2
Australia	21,5
Sweden	20,2
Anh	18,2
Netherlands	15,3
Brazil	13,0

Tỷ lệ mắc hen ở người lớn có xu hướng tăng cao ở các nước có kinh tế phát triển khu vực Châu Âu. Những người được chẩn đoán hen lâm sàng vẫn đang có các triệu chứng hô hấp chiếm tỷ lệ 49,7%. Đáng lưu ý là tỷ lệ này cao nhất ở khu vực Đông Nam Á (trong đó Việt Nam là 59,7%), điều này có thể được xem là do người bệnh không được tiếp cận với điều trị chuyên khoa và do hút thuốc lá.

- **COPD:** Trên thế giới, hiện có khoảng 600 triệu người mắc COPD với tỷ lệ bệnh 2-11% (khác nhau giữa các quốc gia). Tỷ lệ mắc này có chiều hướng gia tăng làm tăng gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội. Số người mắc bệnh sẽ tăng 3-4 lần vào cuối thập kỷ này và sẽ đứng hàng thứ 5 trong các bệnh hay gặp vào 2020. Trong các nguyên nhân gây tử vong, COPD đứng hàng thứ 6 vào năm 1990 và dự kiến sẽ đứng hàng thứ 3 vào năm 2020. Trong khối ASEAN, tỷ lệ hiện mắc COPD ở người ≥ 30 tuổi được ước tính là 6,3% vào 2003. Trong đó, Việt Nam có tỷ lệ cao nhất là 6,7% trong khi Hồng Kông và Singapore có tỷ lệ thấp nhất là 3,5% [3].

Trong điều tra toàn quốc ở nước ta vào 2006 - 2009, tỷ lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 15 tuổi trở lên là 2,2%, nam: 3,5% , nữ: 1,1%; Khu vực nông thôn: 2,6%, thành thị 1,9%, miền núi 1,6%; miền Bắc: 3,1%, miền Trung: 2,3%, miền Nam: 1,0%. Tỷ lệ COPD trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc là 4,2%, nam: 7,1%, nữ: 1,9%; Khu vực nông thôn: 4,7%, thành thị 3,3%, miền núi 3,6% ; Miền Bắc: 5,7%, miền Trung: 4,6%, miền Nam: 1,9%. Tỷ lệ mắc ở vùng nông thôn cao hơn ở thành thị và miền núi. Trong xu thế già hóa dân số và thay đổi hành vi, lối sống hiện nay, bệnh mạn tính ngày càng phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nước ta. Trong đó, COPD đứng hàng thứ ba, chỉ sau đột quỵ và nhồi máu cơ tim vào 2012 [27].

1.4.1.2. Gánh nặng bệnh hen và COPD

Gánh nặng bệnh tật do hen và COPD gây lên thể hiện qua gánh nặng về chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong cao.

a) Chi phí điều trị hen, COPD

+ Với hen, chi phí trực tiếp và gián tiếp cho việc điều trị hen lên đến hàng chục tỷ đô la mỗi năm. Thực tế cho thấy, chi phí khám chữa bệnh hen phụ thuộc vào mức độ kiểm soát của từng bệnh nhân, liên quan đến các cơn cấp. Điều trị cấp cứu đắt hơn nhiều lần so với điều trị dự phòng, trong đó chi phí gián tiếp chiếm một tỷ lệ quan

trọng. Mặc dù vậy, các nghiên cứu cho thấy đa số người hen có thể sống bình thường hoặc gần bình thường và các chi phí trên có thể giảm một nửa nếu người bệnh được phát hiện, điều trị, quản lý và dự phòng đúng hướng, có thể ngăn ngừa được 70% – 80% các trường hợp tử vong do hen. Theo ước tính của WHO, hen làm giảm chất lượng khoảng 15 triệu năm cuộc sống của nhân loại và chiếm khoảng 1% tổng gánh nặng bệnh tật. Chi phí cho bệnh hen bằng cả hai căn bệnh của thế kỷ là bệnh lao và HIV/AIDS cộng lại [29].

+ COPD có liên quan mật thiết đến gánh nặng về kinh tế. Trong Liên minh châu Âu, tổng chi phí trực tiếp của bệnh đường hô hấp ước tính là khoảng 6% tổng ngân sách trong chăm sóc sức khỏe, trong đó COPD chiếm 56% (38,6 tỷ Euro) của chi phí cho bệnh đường hô hấp. Tại Mỹ các chi phí trực tiếp ước tính của COPD là 29,5 tỷ đô la và chi phí gián tiếp là 20,4 tỷ đô la. Đợt cấp COPD chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng gánh nặng COPD trên hệ thống chăm sóc sức khỏe. Có mối liên quan trực tiếp nổi bật giữa mức độ nặng của COPD và chi phí chăm sóc, và phân bổ chi phí thay đổi theo tiến triển của bệnh. Ví dụ, chi phí nằm viện và chi phí thở oxy cấp cứu tăng cao cùng với mức độ nghiêm trọng COPD. Ngoài ra, chi phí chăm sóc tại nhà cũng chưa thể hiện được chi phí thực sự vì không tính được các giá trị kinh tế của người nhà chăm sóc cho bệnh nhân COPD. Nguồn nhân lực lao động là tài sản quan trọng đối với mỗi quốc gia, đặc biệt là các nước đang phát triển, do vậy chi phí gián tiếp do COPD có thể là mối đe dọa nghiêm trọng đối với nền kinh tế của đất nước [30].

Nhằm đánh giá gánh nặng bệnh tật do COPD đem lại một cách phù hợp và đo lường được giữa các quốc gia, các tác giả của “Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu” đã thiết kế một phương pháp để ước tính tỷ lệ đóng góp có thể quy cho tử vong và tàn phế đối với các bệnh tật và thương tật bằng cách sử dụng một thước đo tổng hợp gánh nặng đối với mỗi vấn đề sức khỏe, gọi là số năm tuổi thọ điều chỉnh theo tình trạng khuyết tật (DALYs). DALYs cho biết tổng của những năm mất đi do chết sớm cộng với số năm sống với khuyết tật, được điều chỉnh theo mức độ khuyết tật. Năm 1990, COPD là nguyên nhân đứng thứ 12 (chiếm 2,1%) trong tổng số các căn nguyên gây tăng DALYs trên thế giới. Theo dự đoán, COPD sẽ vươn lên hàng thứ 7 trong kết cấu DALYs trên toàn thế giới vào năm 2030 [31].

Tại Việt Nam, Kết quả nghiên cứu về khía cạnh chi phí y tế qua khảo sát cộng đồng cho thấy tổng chi phí y tế cho điều trị COPD một năm trung bình khoảng 1 triệu đồng/ người bệnh, cao hơn ở thành thị, thấp hơn ở miền núi và nông thôn. Phân tích chi tiết hơn về chi phí nằm viện và điều trị tại nhà cho thấy miền Trung có chi phí nằm viện cao nhất, chi phí tại nhà thấp nhất trong khi miền Nam chi phí nằm viện lại là thấp nhất còn chi phí điều trị tại nhà lại cao nhất. Điều này có thể phản ánh một phần thói quen sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân cũng như xu hướng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của các thầy thuốc cho nằm viện hay điều trị ngoại trú ở các miền khác nhau. Điều trị COPD ngoại trú tại nhà là xu hướng phù hợp và hiệu quả nhất, tránh các đợt cấp phải nhập viện. Điều trị đợt cấp nằm viện với số ngày trung bình là 10 ngày với chi phí trung bình là 5.500.000 đồng, cao nhất tới 47 triệu đồng [3].

Nghiên cứu về chi phí điều trị hen, COPD tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, chi phí thuốc điều trị trong đợt cấp của một NB COPD như sau: Nhẹ (7 ngày): 420.000 đồng; trung bình, ngoại trú (7 ngày): 1.800.000 đồng; trung bình, nội trú (7 ngày): 17.700.000 đồng; nặng (15 ngày): 60.000.000 - 93.000.000 đồng. Đối với đợt cấp Hen: Nhẹ: 1.000.000 đồng; nặng: 21.000.000 đồng. Chi phí điều trị COPD giai đoạn ổn định là 22.220.000 đồng, trong khi chi phí điều trị đợt cấp COPD là 221.840.000 đồng. Chi phí điều trị hen giai đoạn ổn định là 4.460.000 đồng, trong khi chi phí điều trị hen đợt cấp là 42.800,000 đồng. Như vậy có thể giảm 90% chi phí nếu chúng ta điều trị NB hen, COPD ở giai đoạn ổn định, [32]. Ngoài ra, các chi phí khác trong đợt cấp bao gồm: thiết bị, vật tư trong bệnh viện, các xét nghiệm theo dõi, hỗ trợ dinh dưỡng, tái khám sau đợt cấp. Các chi phí gián tiếp như: Ảnh hưởng đến hiệu suất làm việc, đợt cấp COPD có thể khiến ít nhất 2 người nghỉ việc. Ở các nước đang phát triển, nguồn lực con người là tài sản quốc gia quan trọng nhất, do vậy chi phí gián tiếp quan trọng hơn chi phí trực tiếp rất nhiều.

a) Tử vong do hen, COPD

+ Tử vong do Hen: sự gia tăng tỷ lệ tử vong do hen có liên quan tới sự gia tăng tỷ lệ lưu hành bệnh, bên cạnh đó còn do tình trạng bệnh lý ngày càng phức tạp, một số bệnh nhân còn có các bệnh đồng mắc, do đó đôi khi phải dùng thêm một số thuốc như Aspirin hoặc thuốc chẹn Beta (khi không biết có bệnh hen kèm theo) nên làm gia tăng

nguy cơ tử vong. Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong đã tăng từ 14,4/ 1 triệu người (năm 1980) lên 21,9/ 1 triệu người (năm 1995) [33].

Tỷ lệ tử vong do Hen hiện đang gia tăng, mặc dù thế giới đã đạt được nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Có lẽ do những tiến bộ này chưa đến được với nhiều người bệnh hen, hoặc do gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, hoặc do lỗi trong sử dụng thuốc cho người bệnh. Do đó, hen hiện vẫn khó kiểm soát, tử vong do hen vẫn tiếp tục tăng.

+ Tử vong do COPD: Theo số liệu thống kê các căn nguyên gây tử vong hàng năm cho tất cả các khu vực, COPD là một trong các nguyên nhân chính gây tử vong ở hầu hết các nước. Tuy nhiên, do thuật ngữ COPD không được sử dụng nhất quán, trong ICD-10, các trường hợp tử vong do COPD hoặc tắc nghẽn đường thở mạn tính được liệt kê trong chương “COPD và các tình trạng liên quan” (ICD-10 mã J42-46), do vậy khi phân giải số liệu tử vong do COPD có thể bị nhiễu bởi cách xếp loại này. Mặt khác, COPD không được phát hiện và chẩn đoán kịp thời có thể làm ảnh hưởng đến sự chính xác của dữ liệu về tỷ lệ tử vong.

Nghiên cứu “Gánh nặng bệnh tật toàn cầu” ước tính hàng năm COPD gây tử vong cho khoảng 3,1 triệu người trên thế giới, xếp hàng thứ 6 trong tổng số các nguyên nhân gây tử vong trong năm 1990, dự báo sẽ lên hàng thứ 3 vào năm 2020. Một dự án mới hơn ước tính COPD sẽ là nguyên nhân đứng thứ 4 gây tử vong vào năm 2030. Sự gia tăng tỷ lệ tử vong do COPD chủ yếu là do sự gia tăng hút thuốc, trong khi tỷ lệ tử vong do các nguyên nhân phổ biến khác (ví dụ như bệnh tim, bệnh truyền nhiễm) thì giảm dần, và tuổi thọ trung bình của dân số thế giới tăng [34].

Bảng 1.3. Tỷ lệ tử vong do các nguyên nhân 2004, dự báo 2030.

2004					2030
Bệnh và thương tổn	Tỷ vong (%)	Thứ tự	Thứ tự	Tỷ vong (%)	Bệnh và thương tổn
Bệnh tim thiếu máu	12.2	1	1	14.2	Bệnh tim thiếu máu
Bệnh mạch não	9.7	2	2	12.1	Bệnh mạch não
Nhiễm trùng hô hấp dưới	7.0	3	3	8.6	COPD
COPD	5.1	4	4	3.8	Nhiễm trùng hô hấp dưới
Tiểu chảy	3.6	5	5	3.6	Tai nạn giao thông
HIV/AIDS	3.5	6	6	3.4	Ung thư khí, phế quản, phổi
Leo	2.5	7	7	3.3	Đái tháo đường
Ung thư phổi phế quản	2.3	8	8	2.1	Cao huyết áp
Tai nạn giao thông	2.2	9	9	1.9	Ung thư dạ dày
Chu sinh	2.0	10	10	1.8	HIV/AIDS
Nhiễm khuẩn sơ sinh	1.9	11	11	1.6	Viêm thận và hội chứng thận hư
Đái tháo đường	1.9	12	12	1.5	Tự tử
Sốt rét	1.7	13	13	1.4	Ung thư gan
Cao huyết áp	1.7	14	14	1.4	Ung thư đại trực tràng
Ngạt và chấn thương khi sinh	1.5	15	15	1.3	Ung thư thực quản
Tự tử	1.4	16	16	1.2	Bạo lực
Ung thư dạ dày	1.4	17	17	1.2	Mất trí và tâm thần phân liệt
Xơ gan	1.3	18	18	1.2	Xơ gan
Viêm thận và hội chứng thận hư	1.3	19	19	1.1	Ung thư vú
Ung thư đại trực tràng	1.1	20	20	1.0	Leo
Bạo lực	1.0	22	21	1.0	Nhiễm khuẩn sơ sinh
Ung thư vú	0.9	23	22	0.9	Chu sinh
Ung thư thực quản	0.9	24	23	0.9	Tiểu chảy
Mất trí và tâm thần phân liệt	0.8	25	29	0.7	Ngạt và chấn thương khi sinh
			41	0.4	Sốt rét

Nguồn: WHO 2008 – Thống kê y tế toàn cầu 2008 - World Health Statistics 2008

1.4.1.3. Xu hướng mắc hen, COPD ngày càng tăng

a) Xu hướng mắc hen

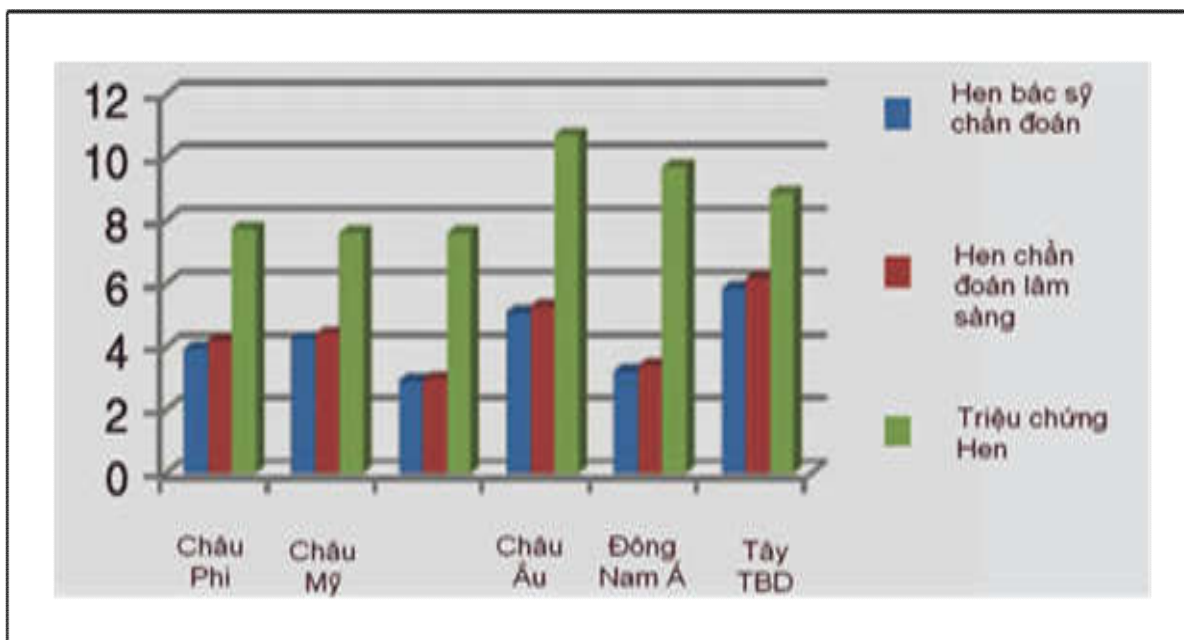
+ Tỷ lệ hen vẫn tiếp tục gia tăng, theo các số liệu nghiên cứu cho thấy, so với năm 1967, tỷ lệ hen đã tăng 3,4% ở Melbourne Australia, tăng 7,9% ở Hà Lan, và tăng khoảng 3,5% ở Pháp. Ở Mỹ, các số liệu nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ hen đã tăng từ 3,1% (năm 1980) lên 5,5% (năm 1996) [35].

+ Tỷ lệ hen ở các nước Đông Nam Á tiếp tục gia tăng trong những năm gần đây. Theo ước tính, tỷ lệ hen đã tăng khoảng 3 lần trong giai đoạn 1985-1994. Tại Singapore, năm 1985 chỉ có 5%, nhưng năm 1994 đã tăng lên 20%. Riêng ở Châu Á, tỷ lệ lưu hành hen (1987) thấp nhất ở Trung Quốc (6%) và cao nhất ở Newzealand (21,39%). Ở Đài Loan, tỷ lệ hen tăng từ 1,3% (năm 1974) lên 5,8% (năm 1985) [36].

+ Các nghiên cứu về tỷ lệ lưu hành của hen và các bệnh dị ứng ở 56 quốc gia năm 1990 cho thấy tỷ lệ hen dao động từ thấp (khoảng 2 – 3%) ở các nước châu Âu, Ấn độ, Hy Lạp, Uzbekistan, và Ethiopia tới rất cao (tới 20%) ở các nước Anh, Australia, và New Zealand. Trong đó nhận thấy có sự liên quan giữa việc tăng tỷ lệ lưu hành hen với

tình trạng di dân từ nông thôn ra thành thị. Bên cạnh đó, tỷ lệ hen tăng cao có thể do hậu quả của:

- Nạn ô nhiễm môi trường: Chất thải công nghiệp, bụi, nhiễm trùng (virus), nấm mốc, lông thú, biểu bì súc vật thải ra môi trường bên ngoài ngày một nhiều.
- Sử dụng thuốc và hóa chất tùy tiện.
- Nhịp sống căng thẳng nhiều Stress.
- Khí hậu khắc nghiệt, nóng và ẩm của những nước bên bờ đại dương.

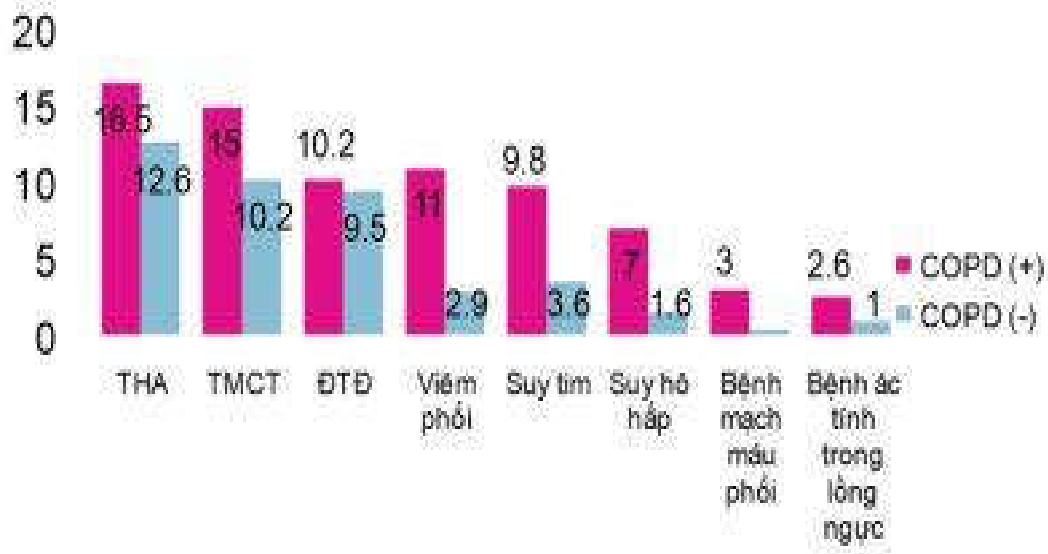


Biểu đồ 1.1. Dịch tễ hen toàn cầu ở người lớn (World Health survey 2012)

b) Xu hướng mắc COPD

+ Hiện chưa có bất cứ dữ liệu nào cho thấy bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ giảm trong thời gian tới. Ngược lại, hầu hết các nghiên cứu và dự báo đều chỉ ra rằng: do tình trạng gia tăng ô nhiễm môi trường trong thời gian tới, nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tiếp tục có xu hướng gia tăng.

+ Dự báo đến 2020, tỷ lệ tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tiếp tục gia tăng và nó là một trong ba nhóm bệnh lý duy nhất có tỷ lệ tử vong tiếp tục gia tăng, đó là: COPD, tai nạn giao thông và ung thư phổi. Trong khi đó, tỷ lệ tử vong do các bệnh lý khác đều có xu hướng ổn định hoặc giảm dần [37].



"Comorbidity and Mortality in COPD Related Hospitalizations in the USA, 1979 to 2001,"
Holguin F et al, Chest Vol 128, pp 2005-2011, 2005.

Biểu đồ 1.2: Mối liên quan giữa COPD và bệnh đồng mắc

+ Về mặt lý luận: Từ trong định nghĩa của bệnh, COPD đã bao gồm nhiều bệnh đồng mắc. Thực tiễn cũng cho thấy: (1) COPD kết hợp với tăng tần suất các biến cố y khoa; (2) COPD tăng tần suất nhập viện vì các bệnh đồng mắc; (3) COPD tăng tần suất tử vong vì các bệnh đồng mắc.

1.4.1.4. Tỷ lệ kiểm soát COPD, hen còn thấp

Đã có nhiều công trình nghiên cứu khoa học trên thế giới chứng minh hiệu quả của việc quản lý điều trị hen và COPD. Tuy nhiên thực tiễn kiểm soát bệnh tại Việt Nam còn rất khiêm tốn: 4,1% dân số Việt Nam mắc hen, nhưng chỉ có 29,1% NB hen được điều trị dự phòng, 39,7% NB hen có kiểm soát tốt. 4,2% dân số từ 40 tuổi trở lên mắc COPD, trong đó 19,5% NB COPD mức độ nặng và rất nặng [38]. Hầu hết các cơ sở y tế mới chỉ quan tâm nhiều đến điều trị đợt cấp. Vấn đề tư vấn phòng đợt cấp, cung cấp thông tin phòng bệnh và kiến thức phòng bệnh, tuyên truyền cho việc tuân thủ tái khám còn bị xem nhẹ, thiếu chiến lược quản lý lâu dài, chưa chú trọng kết nối nội trú và ngoại trú cũng như thiếu không gian sinh hoạt cộng đồng cho người bệnh chia sẻ kinh nghiệm và tháo gỡ các thắc mắc,... là những căn nguyên chủ yếu có thể dùng để giải thích cho tình trạng nêu trên [14].

Bảng 1.4. Thực trạng kiểm soát hen ở cộng đồng các nước châu Á – Thái Bình Dương và Việt Nam [39].

Nội dung đánh giá	Các nước châu Á – Thái Bình Dương	Việt Nam
Chưa biết hen có thể kiểm soát được	80%	88%
Đi khám bác sĩ hoặc cơ sở y tế	64%	29%
Tự mua thuốc điều trị	13%	43%
Chưa được đo chức năng phổi	60%	46%
Không điều trị dự phòng	90%	89%

1.4.1.5. Nhu cầu được quản lý của người bệnh hen, COPD sau khi ra viện

Nhu cầu được quản lý hen và COPD của người bệnh sau khi điều trị tại bệnh viện là rất lớn. Tuy nhiên, việc quản lý này lại cần được thực hiện tại cộng đồng bởi các cơ sở y tế. Do đó việc chẩn đoán và quản lý bệnh hen, COPD không thể khur trú trong khuôn viên bệnh viện mà phải phát hiện và quản lý tại cộng đồng [40].

Hiện nay, các bác sĩ đa khoa, bác sĩ gia đình là lực lượng chủ yếu đang thực hiện các dịch vụ chăm sóc người bệnh hen và COPD song nhìn chung còn thiếu hiểu biết, thiếu kỹ năng, thiếu điều kiện cần thiết (thời gian, không gian, phương tiện) để thực hiện công việc này, đặc biệt trong việc tư vấn giáo dục sức khỏe và kiểm tra tuân thủ điều trị của người bệnh. Hình thức sinh hoạt câu lạc bộ người bệnh có thể là một giải pháp giúp khắc phục các khó khăn kể trên. Tuy nhiên hình thức này cần được xác định mục tiêu và thực hiện có kế hoạch để tránh tình trạng hình thức, đơn điệu và không đến được với số đông người bệnh ở xa trung tâm.

Trong điều kiện thực tế của một nước mà hệ thống y tế còn nhiều hạn chế về nguồn lực và năng lực thì việc đề xuất các biện pháp khả thi, nhất là hướng dẫn người bệnh để người bệnh có khả năng tự quản lý là rất cần thiết. Do vậy, bên cạnh thói quen thực hành về chẩn đoán và điều trị, thầy thuốc cần xây dựng thói quen đánh giá khả năng tuân thủ của người bệnh trước khi quyết định phương pháp điều trị. Phương pháp điều trị cần dựa trên sự trao đổi, cùng người bệnh lựa chọn và quyết định theo hướng phù hợp nhất và đơn giản nhất. Đánh giá và tái đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh bằng các phương pháp khách quan là cần thiết trong mỗi lần tái khám [41].



Sơ đồ 1.4: Mô hình và quy trình xử trí cần được thực hiện trong hen và COPD

1.4.1.6. Hội chứng chồng lấp hen, COPD (ACO)

Hen và COPD là các bệnh lý tắc nghẽn đường thở mạn tính phổ biến nhất. Hen được nhận biết là một bệnh dị ứng, thường khởi phát từ nhỏ và đặc trưng bởi sự tắc nghẽn lưu lượng khí thở ra, có khả năng hồi phục. Nhìn chung, hen có tiên lượng tốt do đáp ứng tốt với điều trị. Ngược lại, COPD là bệnh chủ yếu gây ra do khói thuốc lá, thường khởi phát sau 40 tuổi và đặc trưng bằng sự tắc nghẽn lưu lượng khí thở không hồi phục hoàn toàn dẫn đến sự suy giảm chức năng phổi tiến triển và tử vong sớm. Hen và COPD được xem là những bệnh lý riêng biệt của bệnh đường thở tắc nghẽn, tuy nhiên hai tình trạng bệnh này có thể cùng tồn tại trên một đối tượng, gọi là hội chứng chồng lấp Hen - COPD (ACO: Asthma – COPD Overlap Syndrome) [23].

Ủy ban khoa học GINA và GOLD đã đưa ra định nghĩa về ACO như sau: Hội chứng chồng lấp hen – COPD được đặc trưng bởi sự giới hạn lưu lượng khí thở dai dẳng cùng với một số đặc trưng thường liên quan với hen và một số đặc trưng liên quan với COPD. Vì vậy, ACO được xác định bằng các đặc trưng chia sẻ cho cả Hen và COPD.

ACO có các yếu tố nguy cơ của hen và COPD. Các yếu tố nguy cơ quan trọng đối với ACO gồm hút thuốc lá, dị ứng và tuổi [42], [43], [44]. NB được chẩn đoán ACO bởi bác sĩ lâm sàng khi có ít nhất 3 đặc điểm của hen và ít nhất 3 đặc điểm của COPD. Bệnh đồng mắc của ACO thường là tăng huyết áp và viêm mũi dị ứng [27].

ACO chiếm khoảng 15 - 25% các bệnh đường hô hấp tắc nghẽn, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng được tiến hành trên nhóm bệnh nhân này.

Những bệnh nhân mang cả dấu hiệu của hen và COPD có nhiều đợt cấp hơn, chất lượng cuộc sống kém hơn, chức năng hô hấp suy giảm nhanh hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn, và tiêu tốn nguồn lực y tế cho chăm sóc sức khỏe nhiều hơn khi bệnh nhân chỉ có bệnh hen hoặc COPD [45].

Gánh nặng bệnh tật của ACO thể hiện qua các chỉ số sau:

- *Gánh nặng kinh tế*: Họ bị nhập viện thường xuyên hơn bệnh nhân hen hoặc COPD đơn thuần, từ đó dẫn đến chi phí y tế cao hơn do chi phí nhập viện chiếm phần lớn nhất trong tổng chi phí y tế ở bệnh nhân COPD [46].

- *Gánh nặng bệnh tật*: Vì ACO thường gặp ở người lớn tuổi, bệnh nhân ACO thường có nhiều vấn đề làm ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của họ. Bệnh nhân ACO thường khó thở nhiều hơn, khò khè nhiều hơn, có nhiều đợt kịch phát hơn, có chất lượng sống liên quan đến hô hấp thấp hơn và có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn bệnh nhân COPD đơn thuần [47], [48].

- *Tỷ lệ tử vong*: Kết quả các nghiên cứu liên quan đến tỉ lệ tử vong do ACO thì không thống nhất. Trong một nghiên cứu theo dõi dọc 4 năm, tỉ lệ tử vong không khác nhau giữa bệnh nhân ACO, hen và COPD [49].

***Nhận xét chung: Sự cần thiết phải xây dựng mô hình quản lý hen và COPD**

Hen và COPD là những bệnh phổi mạn tính phổ biến hiện nay, đang là thách thức đối với toàn cầu và là gánh nặng rất lớn đối với xã hội và hệ thống y tế. Các nghiên cứu y học bằng chứng gần đây đã chứng minh những bệnh này có thể phòng và kiểm soát được. Tuy nhiên, một thực tế đáng báo động hiện nay là bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, tỷ lệ tử vong cao, chi phí điều trị lớn.

Về mặt y học, nhiều công trình nghiên cứu lớn trên thế giới đã cho thấy hiệu quả của việc quản lý, điều trị hen, COPD ngay tại nhà hoặc y tế cơ sở. Tuy nhiên thực tiễn kiểm soát bệnh tại Việt Nam vẫn còn ở mức khiêm tốn. Các cơ sở y tế mới chỉ quan tâm đến điều trị đợt cấp, không có quản lý lâu dài, không kết nối nội trú và ngoại trú, trong khi nhu cầu được tư vấn, quản lý của người bệnh là rất lớn, việc quản lý cần được thực hiện tại cộng đồng, gần các cơ sở y tế. Do đó việc chẩn đoán và quản lý hen, COPD không chỉ khu trú trong khuôn viên bệnh viện mà cần được phát hiện và quản lý tại cộng đồng.

Từ những phân tích nêu trên cho thấy, sự cần thiết phải xây dựng một đơn vị chuyên trách và một hệ thống đơn vị chuyên trách theo chuyên ngành để theo dõi, quản lý người bệnh, cung cấp những dịch vụ y tế chuẩn ngay tại cộng đồng. Hệ thống này được phân cấp trách nhiệm và được trang bị theo phân tuyến để quản lý người bệnh phổi mạn tính, đó chính là cơ sở khoa học ra đời mô hình “Đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính” (Chronic pulmonary disease Management Unit – CMU).

1.4.2. Các Chương trình, Dự án liên quan đến thành lập đơn vị quản lý hen, COPD

1.4.2.1. Chiến lược thực hành xử trí bệnh hô hấp – PAL [52],[58]

a) Giới thiệu Chiến lược PAL

- PAL là viết tắt theo tiếng Anh “*Practical Approach to Lung health*” là một chiến lược của Tổ chức Y tế Thế giới, tiếp cận từ triệu chứng lâm sàng nhằm nâng cao hiệu quả giải quyết vấn đề các bệnh hô hấp nói chung, đồng thời tăng cường chất lượng phát hiện và điều trị bệnh lao tại y tế cơ sở.

- PAL tập trung vào các bệnh hô hấp hay gặp nhất đó là: Lao phổi, Viêm hô hấp cấp (ARI) chủ yếu là viêm phổi, hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

b) Mục tiêu của Chiến lược PAL

- Lĩnh vực Quản lý y tế: cải thiện hiệu quả quản lý dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở trong việc xử trí các bệnh hô hấp, trong đó có Hen, COPD.

- Lĩnh vực Chất lượng dịch vụ y tế: nâng cao chất lượng khám, chẩn đoán, điều trị bệnh hô hấp, trong đó có Hen, COPD.

- Làm tốt hai lĩnh vực trên sẽ mang lại các hiệu quả sau: Giảm tần xuất cơn hen cấp ở những bệnh nhân hen, giảm đợt cấp ở những người mắc COPD,..

1.4.2.2. Dự án phòng, chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản [54],[61]

a) Giới thiệu Dự án

Ngày 4/9/2012 Thủ tướng phê duyệt các Chương trình mục tiêu quốc gia giai đoạn 2012 - 2015 trong đó có Dự án Phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

b) Các mục tiêu cụ thể của Dự án

- Xây dựng được Phòng quản lý COPD và HPQ ở 70% số tỉnh tham gia dự án.
- Đào tạo được 70% số bác sỹ tham gia khám, chẩn đoán và điều trị COPD và HPQ ở các tỉnh tham gia dự án.

- Phần đầu 50% số bệnh nhân ở các tỉnh tham gia dự án có chẩn đoán COPD và HPQ được kê đơn đúng theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.

- 50% người dân có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về COPD và HPQ.

1.4.2.3. Chương trình “Vi lá phổi khỏe” [94]

a) Giới thiệu Chương trình

- Chương trình Vi Lá Phổi Khỏe là sáng kiến đa quốc gia của AstraZeneca nhằm nâng cao chất lượng quản lý ngoại trú bệnh hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại 9 quốc gia Châu Á. Việt Nam là một trong những quốc gia đầu tiên thực hiện chương trình này.

- Chương trình được chính thức giới thiệu tại Việt Nam từ ngày 21.9.2017 và đến ngày 18.10.2017, Bản ghi nhớ hợp tác Chương trình Vi lá phổi khỏe Việt Nam giai đoạn 2007-2020 đã được ký kết giữa Cục Quản lý Khám, chữa bệnh và AstraZeneca.

- Trong giai đoạn 2017- 2020, Cục Quản lý Khám đã và đang phối hợp với AstraZeneca Việt Nam và các Hội chuyên ngành: Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam (VATLD), Hội Hô Hấp Việt Nam (VNRS) và Hội Hen-Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng TP. HCM để triển khai chương trình “Vi Lá Phổi Khỏe”.

b) Các mục tiêu của Chương trình

- Hợp tác và nhận thức: Phối hợp nâng cao chất lượng quản lý bệnh hen và COPD, đồng thời nâng cao nhận thức đúng của cộng đồng về các căn bệnh này.

- Hạ tầng và khả năng tiếp cận: Cải thiện chất lượng và thành lập 150 phòng quản lý hen và COPD ngoại trú mới với cơ sở hạ tầng đạt chuẩn trên cả nước.

- Năng lực và kỹ năng: Nâng cao năng lực (chẩn đoán, điều trị và quản lý) cho cán bộ y tế tuyến cơ sở (tỉnh thành, quận, huyện) trên cả nước.

1.4.3. Thực trạng các mô hình quản lý hen, COPD tại Việt Nam

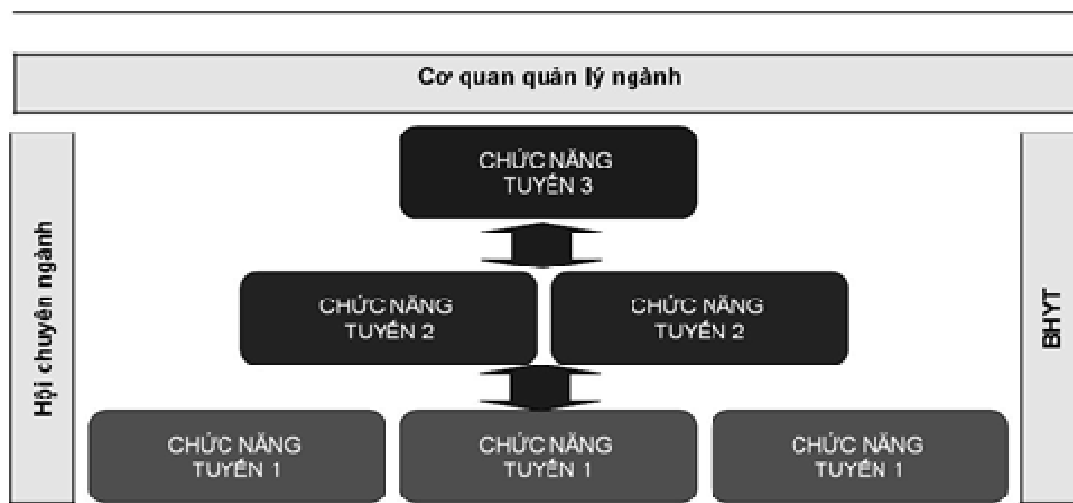
1.4.3.1. Mô hình quản lý và điều trị hình tháp

a) Mô tả chung về mô hình

Trước những khó khăn, thách thức trong công tác quản lý hen, COPD, các chuyên gia của Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam đã đề xuất “**Mô hình quản lý và điều trị hình tháp**” với ý nghĩa phân tuyến theo năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hơn là theo địa giới và phân cấp hành chính [23].

* **Mục tiêu cần đạt được của mô hình:** (1) Lòng ghép thuận lợi với hệ thống y tế hiện nay; (2) Đảm bảo hiệu quả tốt trong cả 3 yêu cầu: chăm sóc tốt hơn, phòng bệnh tốt hơn và theo dõi tốt hơn.

* **Nguyên lý vận hành của mô hình này như sau:** (1) Hệ thống y tế làm chức năng thực hiện và quản lý; (2) Bảo hiểm y tế làm chức năng tài chính thanh toán và đầu tư; (3) Hội chuyên ngành làm chức năng kiểm định, đánh giá độc lập.



Sơ đồ 1.5: Mô hình phân tuyến chức năng trong quản lý và điều trị hen, COPD

Tuyến 1: Đây hình tháp là mạng lưới y tế xã - phường, các phòng khám bệnh nhà nước hoặc tư nhân, các phòng khám đa khoa thuộc các bệnh viện quận – huyện không chuyên khoa hô hấp làm nhiệm vụ chăm sóc cấp 1. Đây là nơi thực hiện các chăm sóc ban đầu đối với các bệnh phổi mạn tính (hen và COPD) với các chức năng tuyên truyền phòng bệnh, tầm soát các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh và chẩn đoán bệnh ban đầu, hướng dẫn xử trí ban đầu đợt cấp, theo dõi và quản lý ngoài đợt cấp. Do tiếp cận gần gũi với cộng đồng, hệ thống này có độ phủ tốt, thuận tiện cho người bệnh, giảm các chi phí trong khám chữa bệnh, có khả năng kết hợp với các công tác phòng và điều trị các bệnh mạn tính khác. Khi gặp các trường hợp khó chẩn đoán hoặc điều trị ban đầu không hiệu quả, tuyến 1 chuyển lên tuyến 2 (tuyến chuyên khoa nằm trong hệ thống đa khoa).

Tuyến 2: Bao gồm, phòng khám các bệnh viện (bệnh viện tỉnh, thành phố), các cơ sở khám chữa bệnh có giường lưu, có chuyên khoa hô hấp làm nhiệm vụ chăm sóc cấp 2. Đây là nơi tiếp nhận khám và thực hiện các test chẩn đoán chuyên khoa để chẩn đoán xác định, phân loại mức độ bệnh, chỉ định các phác đồ điều trị các trường hợp mà tuyến 1 điều trị không hiệu quả hoặc chưa có chẩn đoán chắc chắn. Khi đã hoàn tất các yêu cầu cho tuyến 1, bệnh nhân được chuyển về tuyến 1 để được tiếp tục quản lý và điều trị. Đây cũng là nơi tiếp nhận chuyển đến các trường hợp đợt cấp quá khả năng của xử trí ban đầu.

Tuyến 3: Bao gồm, bệnh viện chuyên khoa phổi hoặc các trung tâm hô hấp thuộc các bệnh viện đa khoa có năng lực chuyên khoa cao làm nhiệm vụ chăm sóc cấp 3. Với đặc điểm có trình độ chuyên khoa sâu và có đầy đủ trang thiết bị, tuyến 3 tham gia hội chẩn các trường hợp đặc biệt khó, cho ý kiến tư vấn xử trí khi có yêu cầu đối với tuyến 2. Nhiệm vụ quan trọng của tuyến 3 là công tác chỉ đạo chuyên khoa: xây dựng các tài liệu hướng dẫn, tổ chức tập huấn, hội thảo cập nhật thông tin, xây dựng các nội dung kiểm tra đánh giá chất lượng công tác, thực hiện các nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực quản lý, điều trị.

Mô hình quản lý và điều trị này sẽ thích hợp cho việc áp dụng đối với các bệnh lý mạn tính. Từ mô hình này, các cơ quan quản lý y tế sẽ có cơ sở giám sát, đánh giá việc chăm sóc sức khỏe trong cộng đồng. Các công ty, cơ quan bảo hiểm sẽ có cơ sở để gắn kết được hệ thống theo dõi và thanh toán phù hợp, hiệu quả, chính xác. Các tổ chức khác (chính phủ và phi chính phủ) có thể kết hợp trong các hoạt động phòng và điều trị bệnh. Từ mô hình này chúng ta sẽ có thêm giải pháp cho bài toán giảm áp lực quá tải không cần thiết ở các trung tâm y tế lớn, nâng cao được hiệu quả thực chất công tác chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, giảm được gánh nặng chi phí y tế cho cả ngành y tế và cho cộng đồng.

b) Thuận lợi và khó khăn khi triển khai mô hình

**** Thuận lợi***

- Lồng ghép vào hệ thống y tế hiện có nên tận dụng được nguồn lực sẵn có bao gồm: Nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị,...
- Lồng ghép được cả 3 yêu cầu trong chăm sóc sức khỏe: Phòng bệnh, điều trị và theo dõi quản lý người bệnh được tốt hơn.

- Thiết lập được mối quan hệ phân tuyến trong quản lý và điều trị hen, COPD.
- Tăng cường được khả năng kết hợp giữa hệ thống y tế và các tổ chức xã hội khác (chính phủ, không chính phủ trong lĩnh vực bệnh phổi, BHYT, môi trường, giáo dục).
- Lồng ghép công tác phòng các bệnh phổi mạn tính với các chương trình phòng bệnh khác có liên quan đến bệnh phổi mạn tính như là các yếu tố nguy cơ (chương trình phòng chống thuốc lá, chương trình chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, chương trình tiêm vắc-xin) [50], [51].

*** *Khó khăn, tồn tại***

- Khiếm khuyết từ hệ thống y tế chưa được khắc phục: Năm 2011, cơ quan phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa kỳ (CDC) đã công bố một tài liệu với tiêu đề: “Kế hoạch chiến lược y tế cộng đồng để phòng bệnh COPD” bao gồm: (1) Theo dõi và lượng giá các dữ liệu về COPD; (2) Tăng cường sự hiểu biết về COPD, phòng và điều trị; (3) Tăng cường sự liên kết của các tổ chức xã hội mà lợi ích của họ có liên quan tới COPD; (4) Tăng cường truyền thông. Các mục tiêu này sẽ chỉ có ý nghĩa khi được thực hiện thường xuyên, khoa học và có những điều chỉnh kịp thời. Như vậy cần phải có hệ trục cho các hoạt động mục tiêu quay quanh nó. Trục đó phải là hệ thống y tế hoạt động một cách chủ động. Do vậy, có thể thấy hệ thống y tế của chúng ta chưa đạt tới khả năng này [52], [53].
- Chuyên ngành Lao và Bệnh phổi trong nước cũng đã có những hoạt động tiếp cận với thực trạng hen và COPD nhưng những kết quả bước đầu đa phần mới chỉ mới tập trung vào việc cung cấp các số liệu dịch tễ.
- Tuyến y tế cơ sở và các phòng khám bệnh (phòng khám tư nhân) hoạt động kém hiệu quả, trong khi mạng lưới y tế cơ sở phải giải quyết sớm, kịp thời với khối lượng lớn bệnh nhân và nhu cầu chăm sóc của cộng đồng thì hiện nay mạng lưới này đang rất thiếu kiến thức và phương tiện làm việc trong lĩnh vực hen, COPD. Hầu như các phòng khám bệnh hoạt động theo cách giải quyết theo từng ca bệnh cắt ngang mà không có kế hoạch theo dõi, đánh giá diễn biến và hiệu quả điều trị lâu dài [53], [54].
- Thiếu sự gắn kết thường xuyên, chặt chẽ, bền vững và cộng đồng trách nhiệm giữa các tuyến trong hệ thống y tế, giữa hệ thống y tế và hệ thống bảo hiểm y tế, giữa hệ thống y tế và cộng đồng xã hội (các tổ chức, đoàn thể, các phương tiện truyền thông)

từ đó mà việc quản lý, theo dõi, hỗ trợ đối với các bệnh mạn tính trong đó có hen và COPD hầu như chưa có [54].

- Khả năng thanh toán BHYT tại tuyến y tế cơ sở và các phòng khám rất hạn chế, dẫn đến tình trạng người bệnh vượt tuyến, gây quá tải cho các bệnh viện công lập.

1.4.3.2. Mô hình đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

a) Khái niệm [93].

Đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là đơn vị có chức năng khám, chữa bệnh ngoại trú thuộc khoa lâm sàng, gồm có khoa khám bệnh hoặc phòng khám bệnh hoặc các khoa/phòng khác do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định.

b) Nhiệm vụ [93].

- Dự phòng, nâng cao sức khỏe
- + Thực hiện truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng, kiểm soát hen và COPD.
- + Thực hiện can thiệp giảm các yếu tố nguy cơ của hen và COPD.
- + Thiết lập, duy trì câu lạc bộ hen và COPD.
- Khám bệnh, chữa bệnh
- + Khám phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng cho người bệnh hen và COPD.
- + Quản lý người bệnh hen, COPD giai đoạn ổn định.
- + Quản lý đợt cấp của hen, COPD mức độ nhẹ, người bệnh không cần nhập viện.
- + Chuyển tuyến khi vượt quá năng lực chuyên môn.
- + Quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định.
- + Thực hiện dịch vụ kỹ thuật: Đo chức năng thông khí phổi, phục hồi chức năng hô hấp và các dịch vụ kỹ thuật khác theo quy định.
- *Quản lý dữ liệu:* Báo cáo, thống kê tình hình quản lý hen, COPD: Số lượng NB được chẩn đoán xác định, số NB được điều trị, điều trị đạt mục tiêu, số NB chuyển tuyến, số NB nhập viện nội trú.
- *Đào tạo nhân lực:* Đảm bảo cho cán bộ chuyên môn của đơn vị được cập nhật kiến thức y khoa về hen và COPD.
- *Thực hiện chức năng, nhiệm vụ khác theo quy định hiện hành.*

c) Tiêu chí thành lập đơn vị [93].

- *Nhân lực*
- + Có ít nhất 01 bác sỹ đa khoa hoặc bác sỹ chuyên khoa hệ nội hoặc bác sỹ chuyên khoa hô hấp hoặc bác sỹ chuyên khoa dị ứng – miễn dịch lâm sàng.
- + Có ít nhất 01 điều dưỡng hoặc 01 kỹ thuật viên (thực hiện được kỹ thuật đo chức năng hô hấp).
- *Trang thiết bị thiết yếu*
- + Bộ bàn ghế khám bệnh.
- + Bộ dụng cụ khám bệnh cơ bản.
- + Đèn đọc phim X-quang.
- + Máy đo chức năng hô hấp đạt chuẩn (máy đo CNHH đạt chuẩn ATS/ERS 2005, in được 3 đường trước thử thuốc, 3 đường sau thử thuốc, tách rời nhau; Filter lọc khuẩn, ống ngậm giấy dùng riêng cho từng người bệnh).
- + Máy phun khí dung đạt tiêu chuẩn.
- + Đèn cực tím (thay bóng đèn 6 tháng/lần).
- + Bộ máy tính, máy in nối mạng internet.
- + Các thiết bị y tế và văn phòng khác: thực hiện theo quy định hiện hành.
- + Máy đo nồng độ khí CO trong hơi thở ra và bộ kit thử test lấy da phát hiện dị nguyên thường gặp.
- *Thuốc thiết yếu: Xem phụ lục 11*

d) Lợi ích của người bệnh do đơn vị CMU đem lại [32] [54].

- Kết nối chẩn đoán, điều trị và quản lý toàn diện, PHCNHH bao gồm gói dịch vụ khép kín liệu trình điều trị.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh, hiểu diễn tiến bệnh lý, biết xử trí các tình huống tại nhà, phòng tránh yếu tố khởi phát và giảm thiểu yếu tố nguy cơ.
- Có kỹ năng thực hành thuốc đúng, tuân thủ điều trị tốt.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống, sống khỏe mạnh và hòa nhập tốt hơn với xã hội, chuyển biến tâm lý tích cực, chủ động phối hợp tốt với thầy thuốc.
- Về kinh tế: Giảm chi phí điều trị cho bản thân và người nhà, giảm sử dụng y tế, tham gia lao động sản xuất nhiều hơn.
- Tư vấn từ xa, tư vấn qua điện thoại tại nhà đã giúp ích được rất nhiều BN ở địa phương, NB nặng và NB điều trị tại nhà.

- Tư vấn trước, trong và sau điều trị tại CMU đã trở thành một công cụ hữu ích và là một thành phần không thể thiếu trong quản lý bệnh.

e) Thực trạng triển khai mô hình đơn vị quản lý hen, COPD tại các tuyến

** Quản lý, điều trị hen, COPD tại tuyến tỉnh [56].*

- 45/63 tỉnh/thành phố đã triển khai đơn vị CMU theo nguồn ngân sách hỗ trợ của Dự án phòng, chống bệnh phổi mạn tính quốc gia và Chiến lược PAL (thực hành tốt các bệnh hô hấp).

- Đơn vị đầu mối quản lý đơn vị CMU các tỉnh gồm: (1) BVĐK tỉnh; (2) Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh; (3) Trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh; (4) Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

- Nhiệm vụ của các đơn vị CMU tuyến tỉnh:

- + Khám bệnh phát hiện hen, COPD.
- + Tiếp nhận các trường hợp bệnh nhân cấp cứu và trường hợp do tuyến dưới chuyển lên.
- + Đo CNHH để đưa ra chẩn đoán chính xác.
- + Tư vấn chăm sóc sức khỏe.
- + Hướng dẫn điều trị và tập thể PHCNHH.
- + Lập hồ sơ quản lý theo dõi cho các bệnh nhân hen, COPD tại tỉnh, tổ chức khám định kỳ những trường hợp đã được lập hồ sơ.
- + Đào tạo, hướng dẫn, giám sát cho CBYT tuyến dưới trong lĩnh vực hen, COPD.

** Quản lý, điều trị hen, COPD tuyến huyện – Đơn vị DCMU*

- Đơn vị đầu mối quản lý DCMU: Trung tâm y tế hai chức năng và Bệnh viện đa khoa huyện.

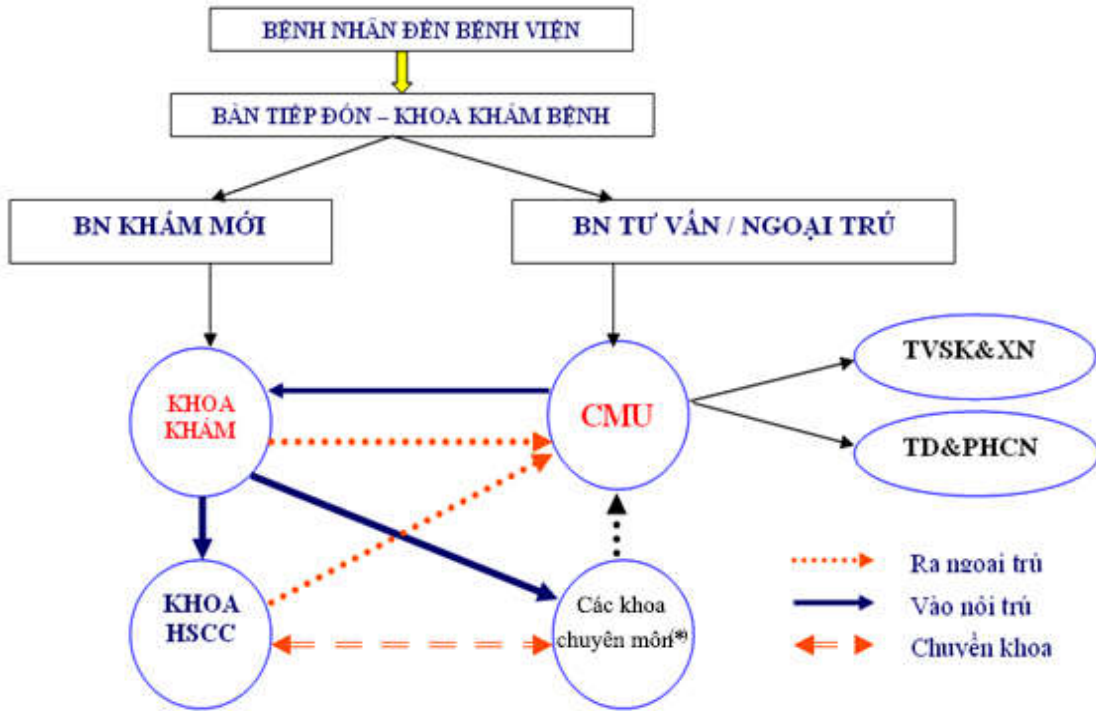
- Nhiệm vụ của đơn vị DCMU:

- + Xác định chẩn đoán hen và tiến tới chẩn đoán xác định COPD.
- + Trên cơ sở phác đồ điều trị hen, COPD của GINA, GOLD và của BHYT, Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện xây dựng phác đồ của đơn vị cho phù hợp với thực tế.
- + Tiếp nhận các trường hợp bệnh nhân cấp cứu và trường hợp do tuyến tỉnh chuyển về và do tuyến xã chuyển lên.

- + Lập hồ sơ quản lý theo dõi cho các bệnh nhân hen, COPD tại huyện, tổ chức khám định kỳ những trường hợp đã được lập hồ sơ .
- + Trong thời gian chưa có máy đo chức năng hô hấp (CNHH), cần gửi lên tỉnh những bệnh nhân nghi ngờ COPD để chẩn đoán xác định.
- + Tổ chức đào tạo, hướng dẫn, theo dõi, giám sát cho CBYT tuyến xã để tiếp tục thực hiện các chỉ định của tuyến huyện và các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, phát hiện sớm lao và các bệnh phổi.

** Quản lý, điều trị Hen, COPD tại tuyến xã*

- Đơn vị đầu mối quản lý CMU: Trạm y tế
- Nhiệm vụ của đơn vị CMU tuyến xã:
 - + Khám sàng lọc người bệnh nghi lao, nghi hen và COPD để chuyển lên tuyến huyện xác định chẩn đoán.
 - + Chẩn đoán, điều trị ngay những trường hợp hen có triệu chứng lâm sàng rõ ràng.
 - + Xử trí ban đầu cho những người bệnh có dấu hiệu bệnh nặng – dựa trên 7 dấu hiệu trong chiến lược PAL hướng dẫn, sau đó chuyển lên tuyến trên.
 - + Tiếp tục thực hiện các chỉ định cho những bệnh nhân hen, COPD do tuyến huyện chuyển về. Thường xuyên thăm bệnh nhân tại nhà để tư vấn cách sử dụng thuốc và tập phục hồi CNHH.
 - + Lập sổ theo dõi bệnh nhân hen và COPD cùng với sổ theo dõi bệnh nhân lao theo mẫu quy định.
 - + Truyền thông giáo dục sức khỏe, phát hiện sớm lao và các bệnh phổi.
 - + Đào tạo, hướng dẫn và theo dõi giám sát y tế thôn bản thực hiện các hoạt động liên quan tới lao và bệnh phổi khác.

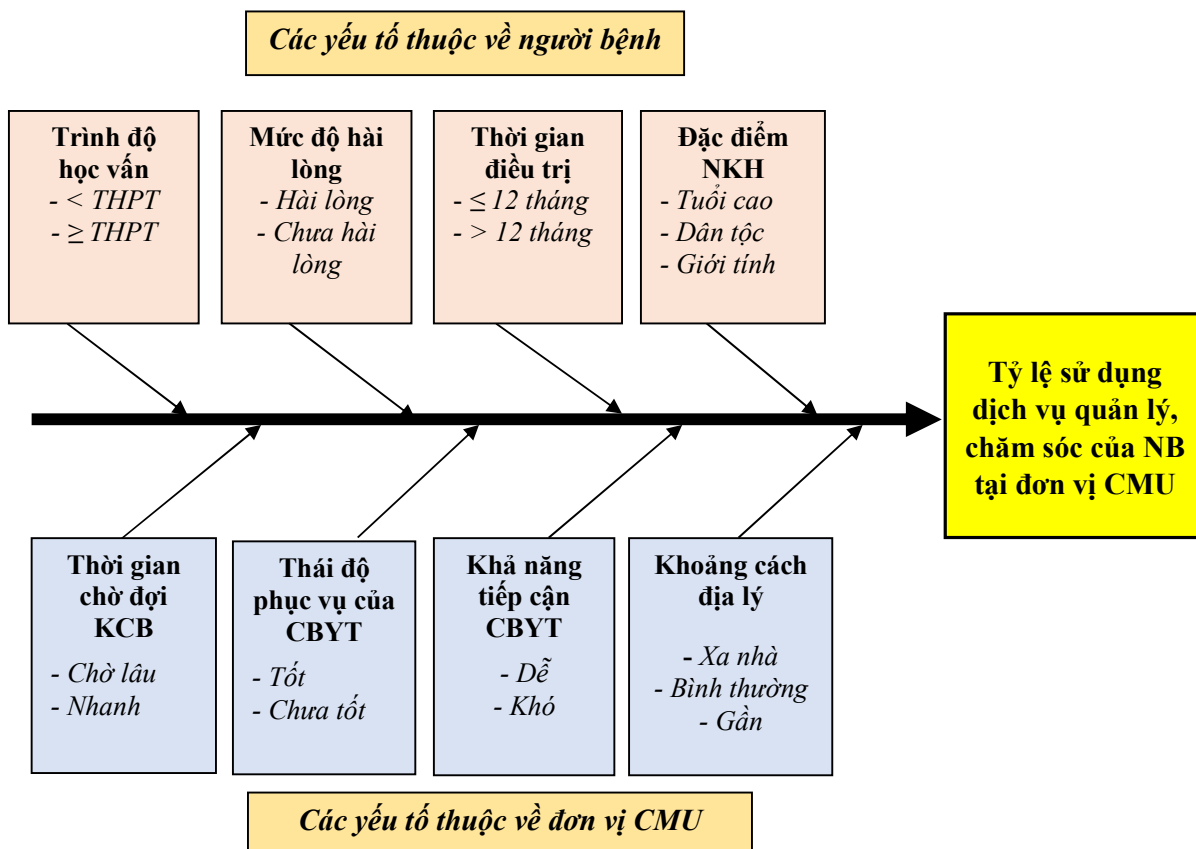


(*) khoa chuyên môn phù hợp với cơ cấu tổ chức của cơ sở y tế tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến huyện

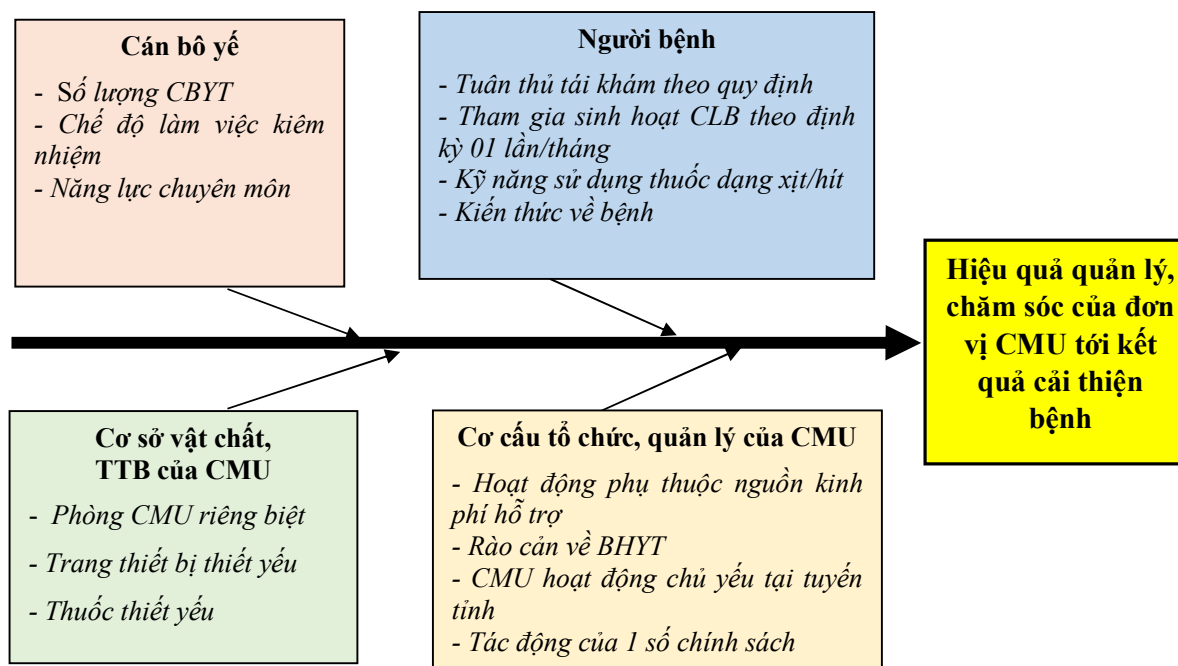
Sơ đồ 1.6: Mô hình hoạt động của đơn vị CMU

1.5. Khung lý thuyết nghiên cứu:

* Khung lý thuyết nghiên cứu được phát triển dựa trên việc tham khảo kết quả các công trình nghiên cứu đã được công bố, Biểu đồ Ishikawa và phương pháp phân tích nguyên nhân cốt lõi 5Whys.



Sơ đồ 1.7: Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sử dụng DVYT tại CMU [54],[61]



Sơ đồ 1.8. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả hoạt động của đơn vị CMU [32],[50],[93]

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định lượng

- ❖ Với mục tiêu 1 và 2: Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ y tế và các yếu tố liên quan:
 - Người bệnh đã được chẩn đoán xác định mắc hen, COPD được quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU Thái Nguyên, Bắc Giang và Hải Dương.
 - Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:
 - + Người bệnh hen, COPD đã được quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016 theo ghi nhận trong hồ sơ bệnh án (HSBA).
 - + Từ đủ 18 tuổi trở lên.
 - + Có HSBA ghi đầy đủ các nội dung thông tin theo quy định của đơn vị CMU về việc quản lý HSBA của người bệnh.
 - + Có đủ năng lực để tham gia nghiên cứu.
 - + Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- ❖ Với mục tiêu 3: Đánh giá hiệu quả cải thiện tình trạng bệnh sau thời gian quản lý, điều trị:
 - Hồ sơ bệnh án của người bệnh hen, COPD quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU nêu trên đã tham gia nghiên cứu tại mục tiêu 1 và 2.
 - Tiêu chuẩn lựa chọn HSBA:
 - + HSBA của người bệnh quản lý tại 3 đơn vị CMU từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016.
 - + HSBA của người bệnh đã tham gia trả lời phỏng vấn.
 - + HSBA đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.2. Nghiên cứu định tính

- Người bệnh quản lý tại 3 đơn vị CMU từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016 theo ghi nhận trong hồ sơ bệnh án (HSBA).
- Cán bộ y tế phụ trách 3 đơn vị CMU nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu chọn có chủ đích 3 đơn vị CMU tỉnh Hải Dương, Bắc Giang và Thái Nguyên do có sự khác nhau về vị trí địa lý, cơ cấu dân số và mô hình bệnh tật.

- *Thái Nguyên*: là một tỉnh ở đông bắc Việt Nam, tiếp giáp với thủ đô Hà Nội và là tỉnh nằm trong quy hoạch vùng thủ đô Hà Nội. Tỉnh Thái Nguyên có 01 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế là Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, cùng với 15 bệnh viện trực thuộc sở y tế tỉnh, 13 phòng khám khu vực và 181 trạm y tế xã, phường. Năm 2016 với quy mô 210 giường bệnh, 202 cán bộ viên chức gồm 40 bác sỹ, trong đó có 3 bác sỹ chuyên khoa II, 01 thạc sỹ, 23 bác sỹ chuyên khoa I, 14 bác sỹ, 3 dược sỹ đại học và 12 đại học khác. Bệnh viện có 17 đại học điều dưỡng, 9 cao đẳng điều dưỡng, 62 điều dưỡng trung học, 11 kỹ thuật viên, còn lại là các cán bộ khác.

- *Bắc Giang*: là tỉnh thuộc khu vực Đông Bắc Việt Nam, nằm ở tọa độ địa lý từ 21°07' đến 21°37' vĩ độ bắc; từ 105°53' đến 107°02' kinh độ đông, nằm chuyển tiếp giữa các tỉnh phía Đông Bắc với các tỉnh Đồng bằng sông Hồng và Thủ đô Hà Nội. Phía Nam giáp các tỉnh Bắc Ninh, Hải Dương; phía Bắc giáp tỉnh Lạng Sơn; phía Đông giáp tỉnh Quảng Ninh; phía Tây giáp Thủ đô Hà Nội và tỉnh Thái Nguyên. Toàn tỉnh có 17 bệnh viện, trong đó tuyến tỉnh có 2 bệnh viện đa khoa và 6 bệnh viện chuyên khoa (gồm: Sản – Nhi; Nội tiết; Y học cổ truyền; Tâm thần; Lao và bệnh phổi; Điều dưỡng và phục hồi chức năng) và 9 bệnh viện đa khoa tuyến huyện. 100% xã, phường trong tỉnh có trạm y tế.

- *Thái Nguyên*: là trung tâm chính trị, kinh tế của khu Việt Bắc nói riêng, của vùng trung du miền núi đông bắc nói chung, là cửa ngõ giao lưu kinh tế xã hội giữa vùng trung du miền núi với vùng đồng bằng Bắc Bộ; phía Bắc tiếp giáp với tỉnh Bắc Kạn, phía Tây giáp với các tỉnh Vĩnh Phúc, Tuyên Quang, phía Đông giáp với các tỉnh Lạng Sơn, Bắc Giang và phía Nam tiếp giáp với thủ đô Hà Nội (cách 80 km); diện tích tự nhiên 3.562,82 km². Dân số Thái Nguyên khoảng 1,2 triệu người, trong đó có 8 dân tộc chủ yếu sinh sống đó là Kinh, Tày, Nùng, Sán diu, H'mông, Sán chay, Hoa và Dao. Ngoài ra, Thái Nguyên được cả nước biết đến là một trung tâm đào tạo nguồn nhân lực lớn thứ 3 sau Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh với 6 Trường Đại học, 11 trường Cao đẳng và trung học chuyên

nghiệp, 9 trung tâm dạy nghề, mỗi năm đào tạo được khoảng gần 100.000 lao động. Ngoài ra, tỉnh là một trung tâm y tế của vùng Đông Bắc với 01 Bệnh viện Đa khoa TW, 9 Bệnh viện cấp tỉnh và 14 Trung tâm y tế cấp huyện.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017 (thu thập số liệu hồi cứu, phỏng vấn, thảo luận nhóm).

2.4. Thiết kế nghiên cứu

- Với mục tiêu 1 và 2: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính.
- Với mục tiêu 3: Nghiên cứu nghiên cứu hồi cứu dọc, định lượng theo từng mốc thời gian cụ thể trong quá khứ.

2.5. Cơ mẫu và cách chọn mẫu

*** Cách chọn mẫu:**

- *Bước 1:* Chọn có chủ đích 03 đơn vị CMU tại 3 tỉnh Hải Dương, Thái nguyên, Bắc Giang.

- *Bước 2:* Tại mỗi đơn vị CMU, chọn toàn bộ HSBA của người bệnh duy trì quản lý, điều trị liên tục tại đơn vị CMU từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016, đã tham gia trả lời phỏng vấn và đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn HSBA.

2.5.1. Nghiên cứu định lượng

❖ Với mục tiêu 1 và 2:

Cỡ mẫu:

- *Bước 1:* Áp dụng công thức tính mẫu cho ước lượng tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)/(p.\epsilon)^2$$

Trong đó:

- + n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có
- + $Z(\alpha/2) = 1.96$
- + α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$)
- + $p = 0,5$ (tỷ lệ NB quản lý tại các đơn vị CMU được hướng dẫn thực hiện các bài tập PHCNHH là 50%)
- + $1-p$: tỷ lệ NB quản lý tại các đơn vị CMU không được hướng dẫn thực hiện các bài tập PHCNHH)

- + ϵ : khoảng sai lệch tương đối mong muốn (0,01-0,5): nghiên cứu này chọn $\epsilon=1\%$, tương đương độ chính xác mong muốn là 99%)

Theo công thức này, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là: 384 (n^*)

- **Bước 2: Tính tổng số đối tượng cần điều tra ($n_{\text{tổng}}$)**

$$n_{\text{tổng}} = n^* \times \text{DEFF} = 384 \times 1,5 = 576$$

trong đó DEFF (Design Effect – hiệu ứng thiết kế) là 1,5. Cộng thêm 5% sai số bỏ cuộc, khi đó cỡ mẫu tối thiểu phải có là 605.

Trên thực tế, áp dụng lựa chọn đối tượng theo tiêu chí nghiên cứu, chúng tôi đã thu nhận được 623 trường hợp.

❖ Với mục tiêu 3:

Cỡ mẫu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng cho mục tiêu nghiên cứu này là người bệnh phải có thời gian quản lý, theo dõi liên tục trên 24 tháng tính đến thời điểm thu thập số liệu và đã được lựa chọn vào nghiên cứu. Các mốc đánh giá sẽ chọn các thời điểm 6, 12, 24 tháng khi người bệnh đến tái khám. Các BN có số thời gian theo dõi, quản lý < 6 tháng sẽ bị loại.

- Áp dụng công thức ước tính so sánh hai tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(\alpha, \beta)} [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)] / (p_1-p_2)^2$$

Trong đó:

- + p_1 : Tỷ lệ NB có kiến thức về bệnh (khả năng nhận biết triệu chứng đợt cấp) trước can thiệp (trước quản lý tại CMU): 11%
- + p_2 : Tỷ lệ NB có kiến thức về bệnh (khả năng nhận biết triệu chứng đợt cấp) mong đợi sau can thiệp (sau quản lý tại CMU) đạt: 50%
- + α : Mức ý nghĩa thống kê (0,05)
- + β : Xác suất của việc phạm sai lầm loại II (chấp nhận H_0 khi H_0 sai) ($\beta=0,10$)
- + $Z^2_{(\alpha, \beta)}$: Được tra từ bảng ($Z^2_{(\alpha, \beta)} = 10,5$)

Theo công thức này, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần thiết cho mục tiêu 3 là: 252
Thực tế chúng tôi đã thu nhận được 310 người bệnh đáp ứng được đầy đủ các tiêu chí trong tổng số 623 đối tượng nghiên cứu.

2.5.2. Nghiên cứu định tính

Thu thập số liệu sơ cấp bằng phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Nghiên cứu thực hiện 3 cuộc phỏng vấn sâu cán bộ y tế và 3 cuộc thảo luận nhóm người bệnh.

- 3 cuộc phỏng vấn sâu CBYT: 01 người/đơn vị CMU (phỏng vấn người phụ trách đơn vị CMU).

- 3 cuộc thảo luận nhóm người bệnh: 05 người/nhóm/đơn vị CMU (chọn mẫu có chủ đích).

2.6. Các chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Chỉ số nghiên cứu định lượng

Nhóm chỉ số và tên chỉ số nghiên cứu	Trình bày chỉ số	Thu thập chỉ số
Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu		
Tuổi	Năm sinh	Phiếu PV HSBA
Giới tính	Nam, Nữ	Phiếu PV HSBA
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS, THPT, ĐH, SDH	Phiếu PV
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp mang lại thu nhập chính	Phiếu PV
Vị trí địa lý	Khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU (km)	Phiếu PV
Bệnh đồng mắc	Tình trạng mắc bệnh mạn tính/bệnh không lây nhiễm khác	Phiếu PV
Phương tiện đi lại	Loại phương tiện NB sử dụng khi đến đơn vị CMU	Phiếu PV
Thực trạng sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc của NB tại đơn vị CMU		
Sử dụng dịch vụ tư vấn sức khỏe (TVSK)		
Tỷ lệ NB được TVSK	<i>Tử số:</i> Số NB được TVSK <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV
Tỷ lệ NB được TVSK trực tiếp	<i>Tử số:</i> Số NB được TVSK trực tiếp <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được TVSK	Phiếu PV
Tỷ lệ NB được TVSK gián tiếp (qua điện thoại)	<i>Tử số:</i> Số NB được TVSK gián tiếp (qua điện thoại) <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được TVSK	Phiếu PV
Tỷ lệ NB được tư vấn kiến thức về bệnh	<i>Tử số:</i> Số NB được tư vấn kiến thức về bệnh <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được TVSK	Phiếu PV
Tỷ lệ NB được tư vấn kỹ năng (sử dụng thuốc, tập PHCNHH)	<i>Tử số:</i> Số NB được tư vấn kỹ năng <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được TVSK	Phiếu PV

Nhóm chỉ số và tên chỉ số nghiên cứu	Trình bày chỉ số	Thu thập chỉ số
<i>Sử dụng dịch vụ khám bệnh</i>		
Tỷ lệ NB tuân thủ tái khám định kỳ	<i>Tỉ số:</i> Số NB tái khám định kỳ 01 lần/tháng <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
Tỷ lệ NB được chẩn đoán mắc hen	<i>Tỉ số:</i> Số NB chẩn đoán mắc hen <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
Tỷ lệ NB được chẩn đoán mắc COPD	<i>Tỉ số:</i> Số NB chẩn đoán mắc COPD <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
Tỷ lệ NB được chẩn đoán mắc ACO	<i>Tỉ số:</i> Số NB chẩn đoán mắc ACO <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
<i>Sử dụng dịch vụ điều trị không dùng thuốc (tập PHCN và cai thuốc lá)</i>		
Tỷ lệ NB được hướng dẫn thực hiện các bài tập về PHCN	<i>Tỉ số:</i> Số NB được hướng dẫn tập PHCN <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
Tỷ lệ NB được tư vấn cai thuốc lá	<i>Tỉ số:</i> Số NB được tư vấn cai thuốc lá <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV HSBA
<i>Tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ “Sức khỏe phổi”</i>		
Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt CLB	<i>Tỉ số:</i> Số NB tham gia CLB <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV
Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt CLB định kỳ	<i>Tỉ số:</i> Số NB tham gia CLB định kỳ 01 lần/tháng <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý tại CMU	Phiếu PV
Hiệu quả quản lý, chăm sóc đối với việc cải thiện tình trạng bệnh		
<i>Cải thiện kiến thức của NB về bệnh sau thời gian quản lý tại đơn vị CMU</i>		
Tỷ lệ NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 6 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 6 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 6 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 12 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 12 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 12 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 24 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB nhận biết được triệu chứng đợt cấp sau 124 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 24	HSBA

Nhóm chỉ số và tên chỉ số nghiên cứu	Trình bày chỉ số	Thu thập chỉ số
tháng tại CMU		
<i>Cải thiện kỹ năng của NB về bệnh sau thời gian quản lý tại đơn vị CMU</i>		
Tỷ lệ NB thực hiện được bài tập PHCN sau 6 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB thực hiện được bài tập PHCN sau 6 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 6 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB thực hiện được bài tập PHCN sau 12 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB thực hiện được bài tập PHCN sau 12 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 12 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB thực hiện được bài tập PHCN sau 24 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB thực hiện được bài tập PHCN sau 24 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 24 tháng tại CMU	HSBA
<i>Cải thiện triệu chứng (ho, khả năng vận động, tình trạng ăn, ngủ) của NB sau thời gian quản lý tại đơn vị CMU</i>		
Tỷ lệ NB cải thiện được các triệu chứng sau 6 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB cải thiện được các triệu chứng sau 6 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 6 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB cải thiện được các triệu chứng sau 12 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB cải thiện được các triệu chứng sau 12 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 12 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB cải thiện được các triệu chứng sau 24 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB cải thiện được các triệu chứng sau 24 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 24 tháng tại CMU	HSBA
<i>Cải thiện mức độ kiểm soát hen sau thời gian quản lý tại đơn vị CMU</i>		
Tỷ lệ NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 6 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 6 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 6 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 12 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 12 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 12 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 24 tháng	<i>Tỉ số:</i> Số NB kiểm soát hen một phần/kiểm soát tốt sau 24 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 24 tháng tại CMU	HSBA
<i>Cải thiện mức độ khó thở sau thời gian quản lý tại đơn vị CMU</i>		
Tỷ lệ NB cải thiện	<i>Tỉ số:</i> Số NB cải thiện được mức độ khó	HSBA

Nhóm chỉ số và tên chỉ số nghiên cứu	Trình bày chỉ số	Thu thập chỉ số
được mức độ khó thở sau 6 tháng	thở sau 6 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 6 tháng tại CMU	
Tỷ lệ NB cải thiện được mức độ khó thở sau 12 tháng	<i>Tử số:</i> Số NB cải thiện được mức độ khó thở sau 12 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 12 tháng tại CMU	HSBA
Tỷ lệ NB cải thiện được mức độ khó thở sau 24 tháng	<i>Tử số:</i> Số NB cải thiện được mức độ khó thở sau 24 tháng quản lý tại CMU <i>Mẫu số:</i> Tổng số NB được quản lý 24 tháng tại CMU	HSBA

2.6.2. Chủ đề nghiên cứu định tính

Các chủ đề được thực hiện để làm rõ thêm một số yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người bệnh và kết quả cải thiện sức khỏe sau thời gian quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU.

- Rào cản về phía người sử dụng dịch vụ (NB): Chưa nhận thức được tầm quan trọng của dịch vụ, thiếu thông tin, bận công việc, khó khăn khi tiếp cận dịch vụ, các mối quan tâm khác.

- Rào cản từ phía cơ sở cung cấp dịch vụ (đơn vị CMU): Khó khăn về mặt nhân lực (thiếu nhân lực, làm việc kiêm nhiệm, hạn chế về trình độ chuyên môn, thiếu kinh nghiệm, kỹ năng tư vấn); hạn chế trong hoạt động quản lý, triển khai, phối hợp thực hiện, cơ sở vật chất; các rào cản khác về vị trí địa lý (khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU xa, chưa thuận tiện).

- Thông tin về các khuyến nghị giúp nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ tại các đơn vị CMU trong thời gian tới.

2.7. Phương tiện nghiên cứu

- Phiếu phỏng vấn người bệnh: *phụ lục 2*
- Phiếu hồi cứu thông tin từ Hồ sơ bệnh án: *Phụ lục 3*
- Bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu: *Phụ lục 4*
- Bảng hướng dẫn thảo luận nhóm: *Phụ lục 5*

2.8. Thu thập số liệu

- *Xây dựng công cụ thu thập số liệu:*

- + Nghiên cứu sinh là người trực tiếp xây dựng các biểu mẫu thu thập số liệu.
- + Các chuyên gia y tế của Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam và Bệnh viện Phổi Trung ương góp ý để nghiên cứu sinh chỉnh sửa, hoàn thiện các công cụ thu thập số liệu.
- *Người thu thập số liệu:*
 - + Nghiên cứu sinh trực tiếp thực hiện các cuộc phỏng vấn BHYT và người bệnh.
 - + Các BHYT trên địa bàn nghiên cứu hỗ trợ, giúp nghiên cứu sinh thu thập phiếu hồi cứu thông tin từ HSBA.
- *Phương pháp thu thập số liệu:*
 - + Phỏng vấn người bệnh: Phỏng vấn trực tiếp hoặc qua gọi điện thoại theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
 - + Hồi cứu số liệu từ HSBA thông qua phiếu hồi cứu thông tin thiết kế sẵn.
 - + Phỏng vấn sâu lãnh đạo các đơn vị CMU: Theo bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu.
 - + Thảo luận nhóm NB: Theo bảng hướng dẫn thảo luận nhóm.
- *Quy trình thu thập số liệu: Phụ lục 1*

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

- *Với số liệu định lượng:*
 - + Các số liệu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0.
 - + Để mô tả thông tin chung, thực trạng sử dụng các dịch vụ chăm sóc COPD, hen, nghiên cứu sử dụng các kiểm định thống kê như tính tỷ lệ %, các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, max, min,...
 - + Để phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm: giới, tuổi, trình độ học vấn, loại đối tượng KCB... nghiên cứu sử dụng các test χ^2 với các tỷ lệ %, test ANOVA với các giá trị trung bình. Sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.
 - + Mô hình hồi quy đa biến Logistic được xây dựng dựa trên nguyên tắc lựa chọn biến đầu vào với tiêu chuẩn loại trừ 5% và 10% được sử dụng để kiểm soát một số yếu tố nhiễu tiềm tàng trong phân tích mối liên quan. Trong nghiên cứu này, hai chỉ số thống kê được sử dụng để phản ánh mối liên quan giữa các biến là OR và CI:

- OR (Odds Ratio): Là chỉ số phản ánh mối liên quan giữa một yếu tố nguy cơ (tuổi cao, bệnh đờng mắc...) và một kết cục (sử dụng dịch vụ...). Vì là điều tra cắt ngang tại một thời điểm nên chỉ số OR được sử dụng để phản ánh mối liên quan trong nghiên cứu này là phù hợp.

- CI (Confidence interval) - Khoảng tin cậy (KTC) hay giới hạn tin cậy: là đại lượng tính bằng phần trăm cho biết độ tin cậy của một số liệu. Khoảng tin cậy $\alpha\%$ tính cho một tham số bao gồm 2 số mà người ta có thể nói với độ tin cậy $\alpha\%$ rằng giá trị chân thực của nó sẽ nằm trong khoảng giữa 2 số đó. Nói cách khác, chỉ có xác suất $(1-\alpha)$ dẫn đến việc chúng ta chọn một mẫu quan sát làm cho khoảng tính được không bao hàm giá trị chân thực của tham số. Nghiên cứu này sử dụng khoảng tin cậy 95%.

+ Đánh giá hiệu quả: Vì là nghiên cứu dọc, mỗi đối tượng được theo dõi và đánh giá tại ba mốc thời điểm: sau 06 tháng, sau 12 tháng và sau 24 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, do vậy phương pháp đánh giá hiệu quả trước và sau quản lý, điều trị là so sánh một số tỷ lệ trước và sau quản lý, điều trị bằng chỉ số hiệu quả tính theo công thức:

$$\text{Chỉ số hiệu quả (\%)} = \frac{|\text{Tỷ lệ sau} - \text{Tỷ lệ trước}|}{\text{Tỷ lệ trước}} \times 100$$

- Với số liệu định tính:

- + Tổng hợp phân tích các thông tin, số liệu định tính dựa trên các nội dung, kết quả của phỏng vấn sâu, ghi chép theo chủ đề phân tích, trích dẫn từ băng ghi âm.
- + Liệt kê các chủ đề phân tích về thực trạng sử dụng dịch vụ tại CMU.
- + Liệt kê các chủ đề phân tích về các yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng dịch vụ của NB hen, COPD tại CMU.
- + Liệt kê các chủ đề phân tích tính hiệu quả của công tác quản lý, chăm sóc đối với việc cải thiện tình trạng bệnh.
- + Mã hóa các đối tượng trả lời rồi tiến hành ghi chép, gỡ băng ghi âm, sắp xếp các nội dung trả lời theo chủ đề phân tích đã liệt kê, sắp xếp.

2.10. Sai số và không chế sai số

- Sai số nhớ lại: Khi phỏng vấn người bệnh về thực trạng sử dụng dịch vụ và các yếu tố

liên quan, có một số thông tin người bệnh nhớ chưa chính xác, ví dụ: số lần sử dụng dịch vụ tư vấn trong quý hoặc năm. Khắc phục bằng cách đưa ra con số ước lượng cụ thể để người bệnh lựa chọn, áp dụng trong khâu thiết kế công cụ thu thập số liệu, nhập liệu và phân tích số liệu.

- *Thiếu dữ liệu trong hồ sơ bệnh án:* Khi hồi cứu HSBA, có trên 2% HSBA thiếu thông tin về tình trạng phơi nhiễm (hút thuốc lá, tiếp xúc với bụi) và tình trạng mắc bệnh đồng mắc. Khắc phục bằng cách liên hệ với người bệnh theo số điện thoại ghi trên HSBA để bổ sung thông tin. Trên 30% HSBA thiếu thông tin về các thang đo như ACT, CAT hoặc mMRC đã bị loại khỏi nghiên cứu.

2.11. Đạo đức nghiên cứu

- *Hội đồng đạo đức:* Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Khoa học và Đạo đức của cơ sở đào tạo. Nghiên cứu tiến hành khi đã được Hội đồng chấp thuận.
- *Cam kết tham gia:* Nghiên cứu đề nghị được miễn cam kết tham gia từ phía người bệnh đối với việc thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và việc miễn trừ này là hợp lý, bởi: (1) đây là nghiên cứu hồi cứu, không thu thập thông tin định danh nên hầu như không có nguy cơ gì đối với đối tượng nghiên cứu; (2) nghiên cứu không gây ảnh hưởng xấu tới quyền và sức khỏe của người bệnh; (3) do đã đạt 2 yếu tố trên nên nghiên cứu được “miễn cam kết” tham gia nghiên cứu của người bệnh vì trên thực tế khó có thể gặp trực tiếp được toàn bộ người bệnh để xin ký cam kết.
- *Lợi ích từ nghiên cứu:* Không chỉ tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu sẽ được hưởng lợi trực tiếp từ nghiên cứu mà những người bệnh khác cũng sẽ được hưởng lợi gián tiếp thông qua việc cải thiện chất lượng quản lý, điều trị tại đơn vị CMU sau khi có kết quả đánh giá này. Tuy nhiên, việc cải thiện chất lượng quản lý, điều trị tại đơn vị CMU cũng còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như có chế chính sách, nguồn lực tài chính, nguồn lực con người. Kết quả của đánh giá sẽ được chia sẻ với các cơ sở điều trị khác trong toàn quốc. Khi đó cũng sẽ không có nguy cơ gì xảy ra với người bệnh vì không có thông tin định danh nào được thu thập.
- *Tính bảo mật:* Sẽ không có bất cứ một thông tin định danh nào được thu thập

như tên, địa chỉ, mã bệnh án. Trong quá trình khai thác thông tin từ HSBA, mỗi người bệnh sẽ được tạo ra một mã nghiên cứu mới. Các mã nghiên cứu mới được sắp xếp đồng dạng như sau: CMU- (tên viết tắt đơn vị) - Tên viết tắt của tỉnh - mã số nghiên cứu. Ví dụ bắt đầu từ mã nghiên cứu 001, đặt mã nghiên cứu cho đơn vị CMU Thái Nguyên như sau: CMU-TN-001. Mã số nghiên cứu trên phiếu thu thập số liệu sẽ khác với mã số bệnh nhân trong HSBA, do đó sẽ không thể kết nối dữ liệu trên phiếu với một bệnh nhân cụ thể nào.

- *Tính ứng dụng của nghiên cứu:* Nghiên cứu được sự quan tâm, đồng ý và ủng hộ của người dân và chính quyền địa phương. Trong quá trình triển khai nghiên cứu có phối hợp thảo luận, chia sẻ kinh nghiệm quản lý, điều trị COPD, hen tại các đơn vị CMU. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất là bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm bất kỳ mục đích nào khác.

2.12. Một số chỉ số đo lường trong nghiên cứu

2.12.1. Thời gian chờ đợi khám bệnh

Căn cứ theo Quyết định 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013 của Bộ Y tế ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện, Thời gian khám bệnh gồm 4 hình thức sau:

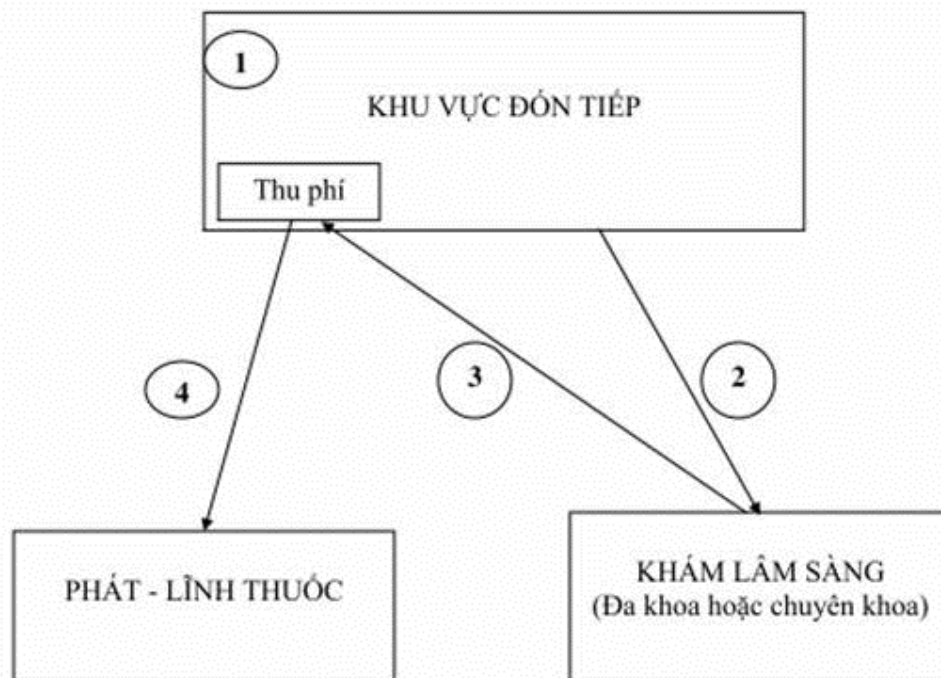
- a. Khám lâm sàng đơn thuần: Thời gian khám trung bình dưới 2 giờ.
- b. Khám lâm sàng có làm thêm 01 kỹ thuật cận lâm sàng (xét nghiệm cơ bản, hoặc chẩn đoán hình ảnh, hoặc thăm dò chức năng): Thời gian khám trung bình dưới 3 giờ.
- c. Khám lâm sàng có làm thêm 02 kỹ thuật phối hợp (xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm và thăm dò chức năng): Thời gian khám trung bình dưới 3,5 giờ.
- d. Khám lâm sàng có làm thêm 03 kỹ thuật phối hợp (xét nghiệm cơ bản, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng): Thời gian khám trung bình dưới 4 giờ.

Trong nghiên cứu này, do NB đã có hồ sơ bệnh án được quản lý tại các đơn vị CMU, nên thời gian khám bệnh sẽ tính theo trường hợp khám lâm sàng đơn thuần. Thời gian chờ trung bình là 2 giờ.

Tiêu chí đánh giá thời gian chờ đợi khám bệnh tại đơn vị CMU được tính như sau:

- Chờ đợi rất lâu: Khi NB phải chờ khám > 150 phút
- Chờ đợi lâu: Khi NB phải chờ khám từ 120 -150 phút

- Bình thường: Khi NB chờ khám từ 90 - 120 phút
- Nhanh: Khi NB chờ khám từ 60 - 90 phút
- Rất nhanh: Khi NB chờ khám < 60 phút



Sơ đồ 2.1. Quy trình khám bệnh lâm sàng

2.12.2. Thang đo ACT (Asthma Control Test)

Là bộ 5 câu hỏi trắc nghiệm đơn giản về tình trạng hen bao gồm các triệu chứng ban ngày, ban đêm, số lần phải xịt thuốc cắt cơn và ảnh hưởng của hen lên cuộc sống của người bệnh. Mỗi câu hỏi có lựa chọn được cho điểm từ 1 đến 5. Sau khi trả lời xong, tổng tối đa 25 điểm. Phân loại mức độ kiểm soát hen theo điểm ACT như sau:

- ≤ 19 điểm: Hen chưa được kiểm soát
- 20-24 điểm: Hen được kiểm soát một phần/kiểm soát tốt
- 25 điểm: Hen được kiểm soát hoàn toàn

(nội dung bộ câu hỏi trắc nghiệm ACT: Phụ lục 8)

2.12.3 . Thang điểm CAT (COPD Assessment Test)

Đánh giá ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống, gồm 8 câu hỏi, cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, từ 0 đến 5, tổng cộng được 40 điểm. Phân loại mức độ ảnh hưởng theo điểm CAT như sau:

- CAT ≤ 10: Người bệnh ít triệu chứng

- CAT > 10: Người bệnh nhiều triệu chứng

(nội dung bộ câu hỏi trắc nghiệm CAT: Phụ lục 9)

2.12.4. Thang điểm mMRC (modified Medical Research Council)

Đánh giá mức độ khó thở của người bệnh COPD, gồm 5 câu hỏi, đánh giá mức độ khó thở từ nhẹ đến nặng, mỗi câu đánh giá có 5 mức độ, từ 0 đến 4. Phân loại mức độ khó thở theo thang điểm mMRC như sau:

- Mức 1 (1 điểm): Khó thở nhẹ.
- Mức 2 (2 điểm): Khó thở trung bình.
- Mức 3 (3 điểm): Khó thở nặng.
- Mức 4 (4 điểm): Khó thở rất nặng.

(nội dung bộ câu hỏi trắc nghiệm mMRC: Phụ lục 10)

2.12.5. Bệnh đồng mắc của hen, COPD

- Các bệnh đồng mắc của người bệnh hen, COPD đã được công bố từ các kết quả nghiên cứu khoa học trong và ngoài nước.

- Các bệnh đồng mắc bao gồm: Tăng huyết áp, đái tháo đường, mỡ máu cao, gan nhiễm mỡ, viêm loét dạ dày, thoái hóa khớp, viêm gan, loãng xương, suy thận, ung thư,...

- Nguồn thông tin về bệnh đồng mắc: Phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi, thông tin từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

2.12.6. Tuân thủ tái khám:

Một người bệnh được đánh giá là có tuân thủ tái khám khi:

- Đã có hồ sơ bệnh án quản lý tại đơn vị CMU.
- Đến khám định kỳ 01 lần/tháng theo giấy hẹn do đơn vị CMU cung cấp từ lần khám trước đó.

2.12.7. Tuân thủ điều trị

Một người bệnh được đánh giá là có tuân thủ điều trị khi:

- Tuân thủ tái khám theo quy định.
- Sử dụng thuốc dạng xịt/hít đúng cách theo đánh giá của bác sĩ ghi nhận trong HSBA.

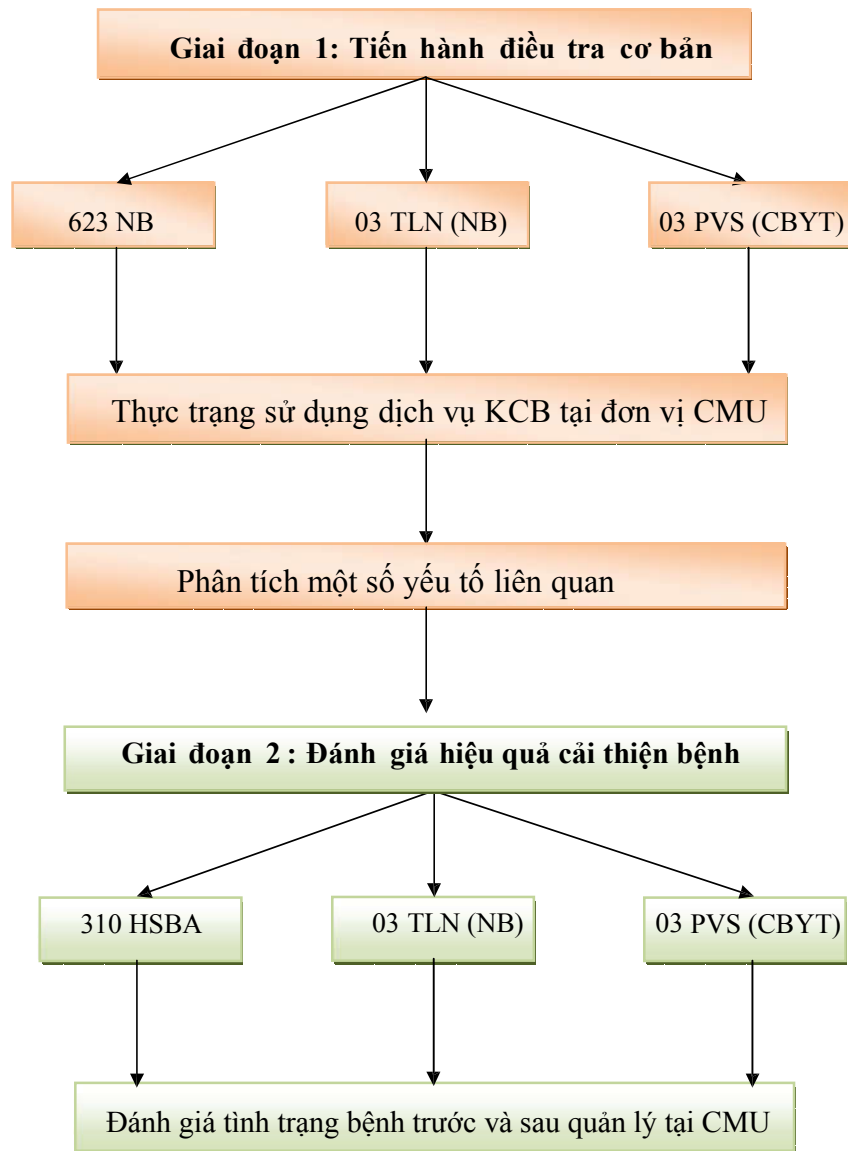
2.12.8. Phương pháp đánh giá

- Các thời điểm đánh giá hiệu quả quản lý, điều trị tại đơn vị CMU:
- + Bắt đầu tham gia quản lý, điều trị tại đơn vị CMU
- + Trong quá trình quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, các mốc thời gian đánh giá là

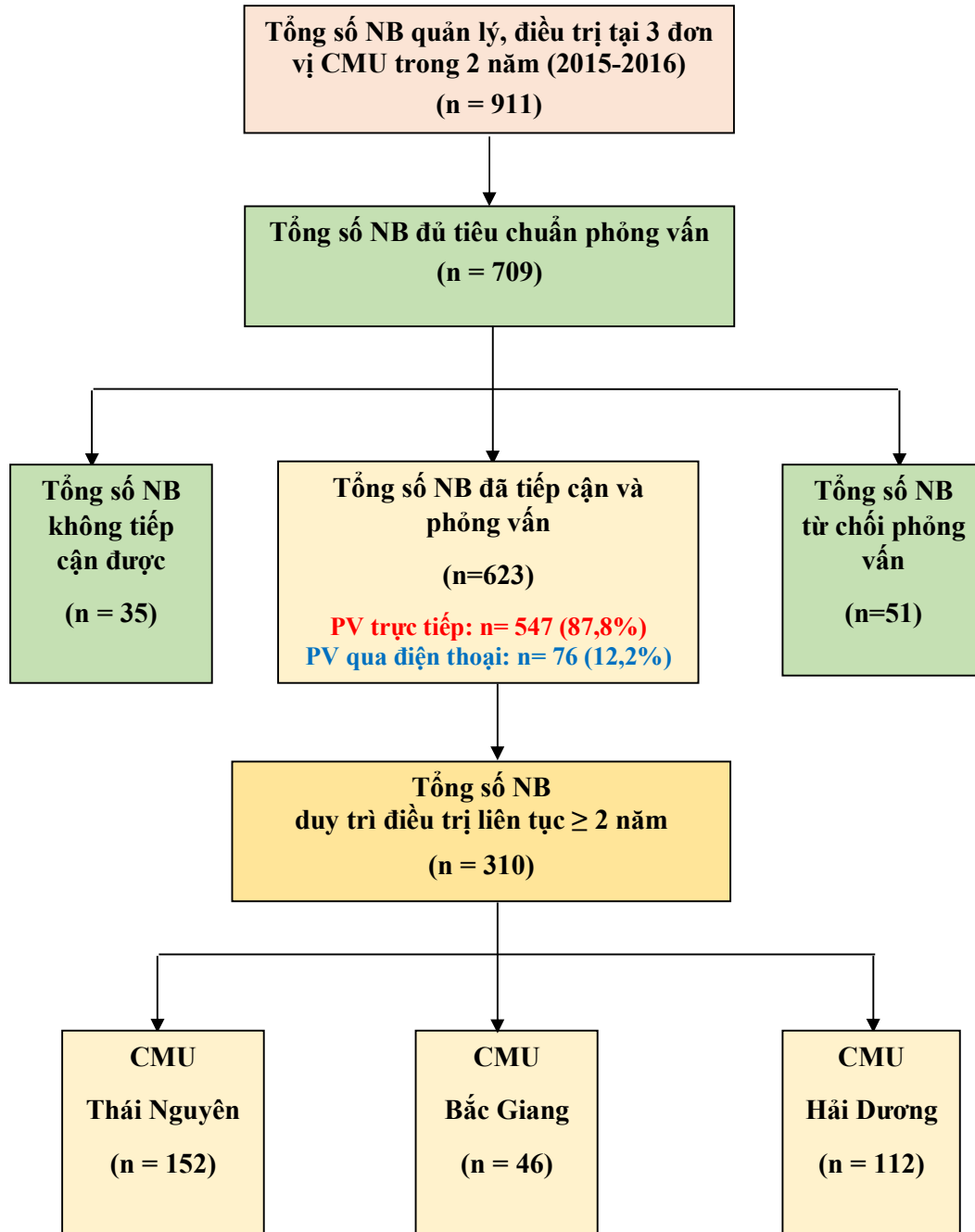
6 tháng, 12 tháng và 24 tháng (thời điểm các BN đến tái khám theo hẹn).

- Các tiêu chí đánh giá:
- + Kiến thức về bệnh (khả năng nhận biết đợt cấp,..).
- + Các triệu chứng: ho, tầm hoạt động, tình trạng ăn, ngủ.
- + Mức độ kiểm soát hen.
- + Mức độ khó thở.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.2: Sơ đồ nghiên cứu



Sơ đồ 2.3: Quy trình và số liệu các nhóm nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.12.3. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung về Người bệnh

Tiêu chí NC	Kết quả			
	Hải Đương (n=208)	Thái Nguyên (n=279)	Bắc Giang (n=136)	Chung (n=623)
Nhóm tuổi (%)				
<i>Trẻ nhất là 27 tuổi, già nhất là 97 tuổi, tuổi trung bình là 64,4</i>				
<i>< 40 tuổi</i>	9 (4,3)	11 (3,9)	1 (0,7)	21 (3,4)
<i>40 - 59 tuổi</i>	69 (33,2)	111 (39,8)	35 (25,7)	215 (34,5)
<i>≥ 60 tuổi</i>	130 (62,5)	157 (56,3)	100 (73,6)	387 (62,1)
Giới tính (%)				
<i>Nam</i>	142 (68,3)	218 (78,1)	117 (86,0)	477 (76,6)
<i>Nữ</i>	66 (31,7)	61 (21,9)	19 (14,0)	146 (23,4)
Đối tượng KCB (%)				
<i>BHYT bắt buộc</i>	38 (18,3)	40 (14,3)	24 (17,6)	102 (16,3)
<i>BHYT chính sách</i>	61 (29,3)	45 (16,1)	70 (51,6)	176 (28,3)
<i>BHYT tự nguyện</i>	104 (50,0)	123 (44,1)	35 (25,7)	262 (42,1)
<i>BHYT người nghèo</i>	3 (1,4)	56 (20,1)	6 (4,4)	65 (10,4)
<i>BHYT người cận nghèo</i>	2 (1,0)	15 (5,4)	1 (0,7)	18 (2,9)
Nghề nghiệp (%)				
<i>Nông dân</i>	129 (62,1)	126 (45,2)	74 (54,4)	329 (52,8)
<i>Công nhân</i>	39 (18,7)	42 (15,1)	23 (16,9)	104 (16,7)
<i>Cán bộ nhà nước</i>	18 (8,7)	37 (13,3)	13 (9,6)	68 (10,9)
<i>Cán bộ hưu trí</i>	20 (9,6)	58 (20,8)	25 (18,3)	103 (16,5)
<i>Lao động tự do</i>	2 (0,9)	16 (5,6)	1 (0,8)	19 (3,1)
Khu vực sinh sống (%)				
<i>Thành thị</i>	66 (31,7)	121 (43,4)	61 (44,9)	248 (39,8)
<i>Nông thôn</i>	142 (68,3)	158 (56,6)	75 (55,1)	375 (60,2)
Trình độ học vấn (%)				
<i>Chưa tốt nghiệp Tiểu học</i>	0	16 (5,7)	0	16 (2,6)
<i>Tốt nghiệp Tiểu học</i>	48 (23,1)	98 (35,1)	42 (30,9)	188 (30,2)
<i>Tốt nghiệp THCS</i>	113 (54,3)	69 (24,7)	51 (37,5)	233 (37,4)
<i>Tốt nghiệp THPT</i>	6 (2,9)	23 (8,2)	9 (6,6)	38 (6,0)
<i>Tốt nghiệp ĐH trở lên</i>	41 (9,7)	73 (26,3)	34 (25,0)	148 (23,8)

* Nhận xét:

- *Độ tuổi NB*: Trẻ nhất là 27, già nhất là 97, tuổi trung bình 64,4. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (62,1%), tiếp đến là nhóm từ 40-59 tuổi (34,5%), nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,4%). Sự phân bố nhóm tuổi tại 3 đơn vị

CMU Hải Dương, Thái Nguyên và Bắc Giang cũng có độ tuổi tương tự.

- *Giới tính*: NB là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (76,6% và 23,4 %). Tỷ lệ này cũng đúng cho mỗi đơn vị CMU của từng tỉnh (Hải Dương: Nam - 68,3%, Nữ - 31,7%; Thái Nguyên: Nam - 78,1%, Nữ - 21,9%; Bắc Giang: Nam - 86,0%, Nữ - 4,0%).

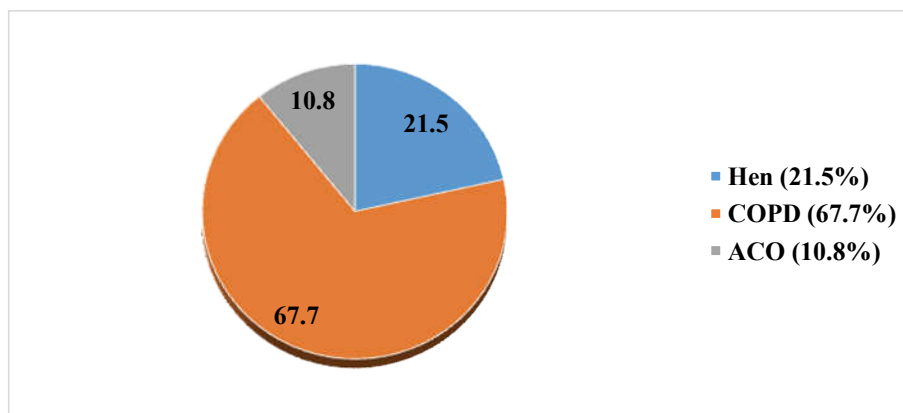
- *Nghề nghiệp*: Phần lớn NB là nông dân 52,8%, còn lại là các ngành nghề khác: Công nhân 16,7%, Cán bộ hưu trí 16,5%, Cán bộ nhà nước 10,9% và Lao động tự do 0,9%.

- *Khu vực sinh sống*: 60,2% NB sống ở khu vực nông thôn, 39,8% NB sống ở khu vực thành thị, trong đó 91,5% NB là dân tộc Kinh, còn lại 8,5% NB thuộc các dân tộc khác như: Tày, Thái, Cao Lan, Hoa...).

- *Trình độ học vấn*: 2,6% NB chưa tốt nghiệp tiểu học; 30,2% NB tốt nghiệp tiểu học; 37,4% NB tốt nghiệp THCS; 6,0% NB tốt nghiệp THPT; 23,8% NB có trình độ từ cao đẳng trở lên,

- *Đối tượng KCB*: 100% NB quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU có thẻ BHYT, trong đó 40,8% NB thuộc đối tượng BHYT chính sách; 32,1% BHYT tự nguyện; 16,4% BHYT bắt buộc; 8,2% BHYT người nghèo và 2,6% BHYT người cận nghèo.

3.1.2. Tỷ lệ mắc các bệnh



Biểu đồ 3.1: Phân bố tỷ lệ NB theo tình trạng bệnh được chẩn đoán

Trong tổng số NB được quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU, NB được chẩn đoán mắc COPD chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%), tiếp đến hen chiếm (21,5%) và thấp nhất là chồng lấp hen và COPD-ACO (10,8%). Sự phân bố tỷ lệ NB theo loại bệnh được chẩn đoán xác định tại mỗi đơn vị CMU cũng tương tự.

3.1.3. Các bệnh đồng mắc:

Bảng 3.2. Tình trạng mắc bệnh đồng mắc được ghi nhận trước khi điều trị tại CMU

Bệnh đồng mắc	Kết quả (n=623)	
	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Số bệnh đồng mắc		
<i>(Mắc nhiều nhất: 3 loại bệnh; Ít nhất: 1 loại bệnh; Trung bình: 1,76 ~ 2 bệnh)</i>		
≤ 2 loại bệnh	484	77,7
> 2 loại bệnh	139	22,3
Bệnh đồng mắc cụ thể		
Tăng huyết áp	251	40,3
Mỡ máu cao	249	40,0
Gan nhiễm mỡ	108	17,3
Đái tháo đường	108	17,3
Viêm loét dạ dày	90	14,4
Thoái hóa khớp	75	12,0
Viêm xương khớp	68	10,9
Viêm gan	64	10,3
Loãng xương	56	9,0
Suy thận	21	3,4
Lao	17	2,7
Ung thư	1	0,2

Tình trạng mắc các bệnh đồng mắc được ghi nhận khi NB bắt đầu được quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU. Theo đó 100% NB đều có bệnh đồng mắc (*nhiều nhất: 3 loại bệnh; Ít nhất: 1 loại bệnh; Trung bình: 1,76 ~ 2 loại bệnh*). 22,3% NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc trở lên, 77,7% NB mắc từ 1-2 loại bệnh đồng mắc.

Loại bệnh đồng mắc nhiều nhất là tăng huyết áp (40,3%), mỡ máu cao (40,0%), gan nhiễm mỡ (17,3%), đái tháo đường (17,3%), viêm loét dạ dày (14,4%), thoái hóa khớp (12,0%), viêm xương khớp (10,9%), viêm gan (10,3%), loãng xương (9,0%), suy thận (3,4%), lao 2,7%) và ung thư (0,2%).

3.1.4. Thời gian quản lý, điều trị, tái khám.

Bảng 3.3: Thông tin về thời gian quản lý, điều trị và tái khám của ĐTNC

Tiêu chí nghiên cứu	Hải Dương (n=208)	Thái Nguyên (n=279)	Bắc Giang (n=136)	Chung (n=623)
Thời gian quản lý, điều trị tại CMU (%) (Ít nhất: 6 tháng; Nhiều nhất: 31 tháng; Trung bình: 13,6 tháng)				
Nhóm 1 (6 tháng)	20 (9,6)	26 (9,3)	75 (55,2)	121 (19,4)
Nhóm 2 (12 tháng)	74 (35,6)	61 (21,9)	57 (41,9)	192 (30,8)
Nhóm 3 (24 tháng)	114 (54,8)	192 (68,8)	4 (2,9)	310 (49,8)
Tổng số lần tái khám tại CMU (%) (Ít nhất: 6 tháng; Nhiều nhất: 28 tháng; Trung bình: 12,4 tháng)				
6 lần	28 (13,0)	29 (10,4)	85 (62,5)	142 (22,7)
7-12 lần	84 (40,4)	92 (32,9)	48 (35,3)	224 (35,9)
> 12 lần	96 (46,6)	158 (56,7)	3 (2,2)	257 (41,4)

Tổng thời gian quản lý, điều trị của NB tại đơn vị CMU: NB có thời gian được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU ít nhất là 6 tháng, nhiều nhất là 31 tháng, trung bình là 13,6 tháng. Nhóm NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU 6 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (19,4%), tiếp đến nhóm 12 tháng (30,8%) và cao nhất là nhóm 24 tháng (49,8%).

Tổng số lần tái khám: NB có số lần tái khám ít nhất ở nhóm 6 tháng, nhiều nhất ở nhóm 28 tháng và trung bình ở nhóm 12 tháng. Theo quy định tại đơn vị CMU, NB cần tái khám định kỳ 01 lần/tháng. Thông thường nếu NB tuân thủ điều trị thì tổng số lần tái khám sẽ bằng tổng số thời gian (tháng) quản lý, điều trị. Tuy nhiên trên thực tế, tổng số lần tái khám thường ít hơn tổng thời gian điều trị, một số trường hợp đặc biệt, do tình trạng bệnh có xu hướng nặng hơn nên NB tái khám nhiều hơn (2 lần tái khám/tháng).

3.1.5. Tình trạng phơi nhiễm

Bảng 3.4: Tình trạng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ theo giới

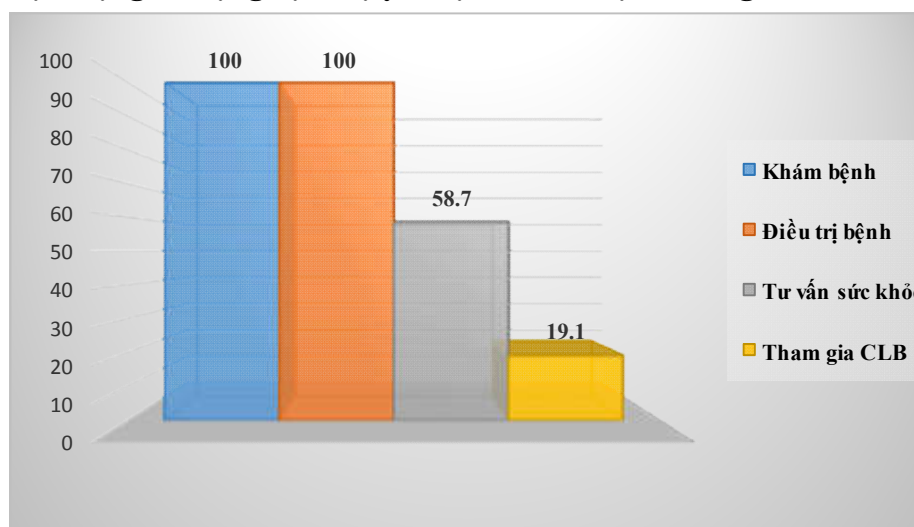
Tiêu chí nghiên cứu	Nam (n = 477)	Nữ (n=146)	Tổng (n = 623)
Hút thuốc lá (%)			
<i>Thời gian hút thuốc: Ít nhất: 5 năm; Nhiều nhất: 60 năm ; Trung bình: 31,6 năm</i>			
<i>Số điếu hút/ngày: Ít nhất: 2 điếu; Nhiều nhất: 30 điếu ; Trung bình: 10,2 điếu</i>			
Đang hút	231 (48,4)	8 (5,5)	239 (38,4)
Đã bỏ	179 (37,5)	1 (0,7)	180 (28,9)
Không hút	67 (14,1)	137 (93,8)	204 (32,7)
Tiếp xúc với bụi/hóa chất (%)	300 (62,9)	86 (58,9)	386 (62,0)

Tình trạng hút thuốc lá: Trong tổng số 623 NB tham gia nghiên cứu, có 38,4% NB đang hút thuốc (nam: 48,4%, nữ: 5,5%); 28,9% NB đã bỏ thuốc (nam: 37,5%, nữ: 0,7%); 32,7% NB không hút thuốc (nam: 14,0%, nữ: 93,8%). Phụ nữ hút thuốc chủ yếu là người dân tộc.

Thời gian hút thuốc: Đối với những NB đã và đang hút thuốc, người hút ít nhất là 5 năm, nhiều nhất là 60 năm và trung bình là 31,6 năm. Số điếu hút trung bình/ngày: Ít nhất là 2 điếu, nhiều nhất là 30 điếu và trung bình là 10,2 điếu. Số điếu hút trung bình/tuần: Ít nhất là 12 điếu, nhiều nhất là 150 điếu và trung bình là 36,1 điếu.

Tình trạng tiếp xúc với bụi và hóa chất: 62 % NB trả lời có thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất, trong đó nam là 62,9% và nữ là 58,9%.

3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại các đơn vị CMU nghiên cứu

**Biểu đồ 3.2: Loại hình và tỷ lệ người bệnh sử dụng tại đơn vị CMU**

Khi quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU, người bệnh được cung cấp 4 loại dịch vụ: (1) Khám bệnh; (2) Điều trị bệnh; (3) Tư vấn về bệnh; (4) Tham gia câu lạc bộ sức khỏe phổi. Kết quả nghiên cứu tại 3 đơn vị cho thấy: 100% NB tại các đơn vị CMU được cung cấp dịch vụ khám và điều trị bệnh. Tỷ lệ NB được tư vấn sức khỏe có sự khác nhau giữa các đơn vị (CMU Hải Dương: 57,2%, CMU Thái Nguyên: 69,9%, CMU Bắc Giang: 38,2%). Trong 3 đơn vị tham gia nghiên cứu, chỉ có CMU Thái Nguyên có tổ chức Câu lạc bộ sức khỏe phổi, tỷ lệ NB tham gia chiếm 42,6%.

3.2.1. Thực trạng sử dụng các loại dịch vụ tại đơn vị CMU

3.2.1.1. Sử dụng dịch vụ tư vấn sức khỏe

Bảng 3.5: Thực trạng sử dụng dịch vụ TVSK tại các đơn vị CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Tần số	Tỷ lệ %
Phân loại NB theo nhóm bệnh (n=366)		
<i>Người bệnh hen</i>	66	18,0
<i>Người bệnh COPD</i>	264	72,1
<i>Người bệnh ACO</i>	36	9,8
Nhóm NB theo thời gian điều trị (n=366)		
<i>Nhóm 1 (6 tháng)</i>	49	13,4
<i>Nhóm 2 (12 tháng)</i>	91	24,9
<i>Nhóm 3 (24 tháng)</i>	226	61,7
Nội dung Tư vấn sức khỏe (n=366)		
<i>Kiến thức về bệnh</i>	366	100
<i>Xử trí các tình huống tại nhà</i>	365	99,5
<i>Phòng tránh các yếu tố nguy cơ</i>	366	100
<i>Kỹ thuật dùng thuốc dạng xịt/hít</i>	366	100
<i>Thực hiện các bài tập về PHCN</i>	108	29,6
<i>Nhận biết dấu hiệu, triệu chứng đợt cấp</i>	348	95,1
Hình thức Tư vấn SK (n=366)		
<i>Điện thoại</i>	173	47,5
<i>Trực tiếp</i>	362	99,5

Đối tượng nhận TVSK: Tỷ lệ NB nhận TVSK khác nhau theo nhóm đối tượng mắc bệnh: NB mắc hen 18,0%, NB mắc COPD 72,1% và NB mắc ACO 9,8%

Thời gian được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU: tỷ lệ NB nhận TVSK cũng khác nhau, cụ thể NB quản lý 6 tháng 13,4%, NB quản lý 12 tháng 24,9%, NB quản lý 24 tháng 61,7%.

Nội dung TVSK: Các nội dung TVSK rất đa dạng, 100% NB sử dụng dịch vụ TVSK được tư vấn các kiến thức về bệnh, cách phòng tránh các yếu tố nguy cơ mắc bệnh (tiếp xúc với khói bụi, hóa chất, hút thuốc lá...) và kỹ thuật dùng thuốc dạng xịt/hít. 99,5% NB được tư vấn về cách xử trí các tình huống tại nhà; 95,1% NB được tư vấn về cách nhận biết các dấu hiệu, triệu chứng đợt cấp và 29,6% NB được hướng dẫn thực hiện các bài tập về phục hồi chức năng hô hấp.

Hình thức TVSK: 47,5% NB được TVSK qua điện thoại, 99,5% NB được tư vấn trực tiếp tại đơn vị CMU hoặc thông qua các buổi tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ sức khỏe. Không có NB nào được tư vấn qua email hoặc website.

Kết quả thảo luận nhóm NB về nội dung TVSK:

“Chúng tôi được các bác sĩ hướng dẫn cách sử dụng thuốc hít, thuốc xịt, thời gian đầu mỗi lần nhận thuốc bác sĩ yêu cầu thực hành sử dụng thuốc luôn tại chỗ, sau này thấy tốt rồi thì thôi. Ngoài ra, trong lúc khám, các bác sĩ có hỏi một số câu hỏi về bệnh, sau đó giải thích để tôi hiểu rõ hơn về tình trạng bệnh của mình, chúng tôi còn được cho những quyển sách, tờ tranh gấp mang về nhà đọc” (TLN-01; 01, 03, 05).

3.2.1.2. Sử dụng dịch vụ khám bệnh

a) Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Bảng 3.6: Triệu chứng lâm sàng của NB khi đến khám tại đơn vị CMU

Triệu chứng lâm sàng khi đến khám tại CMU	Kết quả	
	Tần số	Tỷ lệ %
Chung cho cả 3 nhóm (n=623)		
<i>Ho</i>	429	69,0
<i>Khò khè</i>	258	41,0
<i>Tức ngực/nặng ngực</i>	295	47,4
<i>Khó thở</i>	489	78,5
<i>Khạc đờm</i>	428	69,7
Người bệnh hen (n=134)		
<i>Ho</i>	32	23,9
<i>Khò khè</i>	60	44,8
<i>Tức ngực/nặng ngực</i>	66	49,3
<i>Khó thở</i>	113	84,3
<i>Khạc đờm</i>	26	19,4
Người bệnh COPD (n=422)		

Triệu chứng lâm sàng khi đến khám tại CMU	Kết quả	
	Tần số	Tỷ lệ %
<i>Ho</i>	339	80,7
<i>Khò khè</i>	144	34,3
<i>Tức ngực/nặng ngực</i>	171	40,7
<i>Khó thở</i>	314	74,9
<i>Khạc đờm</i>	340	81,1
Người bệnh ACO (n=67)		
<i>Ho</i>	58	86,6
<i>Khò khè</i>	54	80,6
<i>Tức ngực/nặng ngực</i>	58	86,6
<i>Khó thở</i>	62	92,5
<i>Khạc đờm</i>	62	92,5

Triệu chứng lâm sàng chung của NB: 78,5% NB đến khám khi xuất hiện triệu chứng khó thở, 69,0% NB xuất hiện triệu chứng ho, 69,7% NB có khạc đờm, 47,4% NB thấy tức ngực/nặng ngực và 41,0% NB xuất hiện triệu chứng khò khè.

Triệu chứng lâm sàng theo loại bệnh mắc:

- *NB mắc hen:* 84,3% NB đến khám khi có triệu chứng khó thở, 49,3% NB tức ngực/nặng ngực, 44,8% NB khò khè, 23,9% NB có triệu chứng ho và 19,4% NB có triệu chứng khạc đờm khi đến khám.

- *NB mắc COPD:* 81,1% NB đến khám khi có triệu chứng khạc đờm, 80,7% NB có triệu chứng ho, 74,9% NB có triệu chứng khó thở, 40,7% NB có triệu chứng tức ngực/nặng ngực, 34,3% NB có triệu chứng khò khè.

- *NB mắc ACO:* Trên 80% NB có triệu chứng ho, khò khè, tức ngực/nặng ngực và trên 90% NB có triệu chứng khó thở, khạc đờm khi đến khám.

Hầu hết NB khi đến khám tại đơn vị CMU đều xuất hiện những triệu chứng hô hấp:

"Số lượng người bệnh đến khám tại đơn vị CMU khá đông, trung bình khám khoảng 60 người bệnh/ngày, chủ yếu là khám hô hấp, trong đó có khoảng 30 bệnh nhân khám định kỳ và 20 bệnh nhân khám mới, trong số 20 bệnh nhân khám mới sẽ phát hiện khoảng 10 bệnh nhân hen/COPD – chiếm 50%) (PVS-03).

a) Vấn đề tuân thủ tái khám

Bảng 3.7: Thực trạng NB tuân thủ tái khám định kỳ (01 lần/tháng)

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả	
	Tần số (n=445)	Tỷ lệ %
Tuân thủ tái khám định kỳ (n=623)	445	71,4
Đơn vị CMU		
<i>Hải Dương (n=208)</i>	147	70,7
<i>Thái Nguyên (n=279)</i>	191	68,5
<i>Bắc Giang (n=136)</i>	107	78,7
Tình trạng mắc bệnh		
<i>Người bệnh hen (n= 134)</i>	102	76,1
<i>Người bệnh COPD (n=422)</i>	292	69,2
<i>Người bệnh ACO (n=67)</i>	51	76,1
Thời gian điều trị		
<i>Nhóm 1 (n=121)</i>	104	86,0
<i>Nhóm 2 (n=192)</i>	142	74,0
<i>Nhóm 3 (n=310)</i>	199	64,2
Nhóm tuổi		
<i>< 40 (n=21)</i>	14	66,7
<i>40-59 (n= 215)</i>	156	72,6
<i>≥ 60 (n=387)</i>	275	71,1
Loại bệnh đồng mắc		
<i>≤ 2 loại bệnh đồng mắc (n=484)</i>	348	71,9
<i>> 2 loại bệnh đồng mắc (n=139)</i>	97	69,8
Trình độ học vấn		
<i>< cấp THPT (n=437)</i>	295	67,5
<i>≥ cấp THPT (n=186)</i>	150	80,6
Nguyên nhân không tuân thủ tái khám (n= 178)		
<i>Nhà xa</i>	134	75,3
<i>Bận công việc</i>	73	41,1
<i>Quên lịch tái khám</i>	65	36,5
<i>Thấy người khỏe mạnh</i>	6	3,4

Tuân thủ tái khám theo đơn vị: Tái khám định kỳ 01 lần/tháng là một trong những quy định của đơn vị CMU đối với NB. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ NB tuân thủ tái khám tại CMU Bắc Giang cao nhất 78,7%, tiếp theo là CMU Hải Dương 70,7% và thấp nhất là CMU Thái Nguyên 68,5%.

Tuân thủ tái khám theo đối tượng mắc bệnh: Tỷ lệ tuân thủ tái khám của NB mắc hen và NB mắc COPD là như nhau 76,1%, NB ACO tỷ lệ tuân thủ tái khám thấp hơn 69,2%.

Tuân thủ tái khám theo thời gian điều trị của NB: Tỷ lệ tuân thủ tái khám của NB có xu hướng giảm dần theo thời gian điều trị. NB quản lý 6 tháng có tỷ lệ tuân

thủ tái khám cao nhất 86%, NB quản lý 12 tháng 74% và NB quản lý 24 tháng 64,2%.

Tuân thủ tái khám theo nhóm tuổi của NB: Tỷ lệ NB nhóm tuổi 40-59 tuân thủ tái khám cao nhất 72,6%, tiếp theo là nhóm NB trên 60 tuổi 71,1% và thấp nhất là nhóm NB dưới 40 tuổi 66,7%.

Tuân thủ tái khám theo số lượng bệnh đồng mắc của NB: Nhóm NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc tuân thủ tái khám thấp hơn nhóm NB mắc từ 1-2 loại bệnh đồng mắc, tỷ lệ tuân thủ tái khám ở hai nhóm này lần lượt là 69,8% và 71,9%.

Tuân thủ tái khám theo trình độ học vấn của NB: NB có trình độ học vấn từ THPT trở lên tuân thủ tái khám cao hơn NB có trình độ học vấn dưới cấp này, tỷ lệ này lần lượt là 80,6% và 67,5%.

Nguyên nhân không tuân thủ tái khám: Trong tổng số 623 NB, có 178 NB không tuân thủ tái khám chiếm 28,6%. Nhà xa là nguyên nhân chính khiến NB không tuân thủ tái khám 75,5%, ngoài ra NB không tuân thủ tái khám vì các nguyên nhân khác như: bận công việc 41,7%, quên lịch tái khám 37,6%, thấy người khỏe mạnh, tuổi già không có người đưa đón 3%.

3.2.1.3. Sử dụng dịch vụ điều trị

Bảng 3.8: Thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị tại đơn vị CMU

Phương pháp điều trị	Kết quả (n = 623)			
	Hen (n=134)	COPD (n=422)	ACO (n=67)	Chung (n=623)
Điều trị không dùng thuốc (%)				
<i>Tư vấn cai thuốc lá</i>	39 (29,1)	207 (49,1)	30 (44,8)	276 (44,3)
<i>Hướng dẫn thực hiện các bài tập PHCN</i>	17 (12,7)	79 (18,7)	13 (19,4)	109 (17,5)
Điều trị có dùng thuốc (%)				
<i>Điều trị dự phòng</i>	133 (99,3)	416 (98,6)	67 (100)	616 (98,9)
<i>Điều trị cắt cơn</i>	134 (100)	417 (98,8)	67 (100)	618 (99,2)

Phương pháp điều trị tại các đơn vị CMU gồm: (1) Điều trị dùng thuốc và (2) Điều trị không dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trên 90% NB quản lý tại các đơn vị CMU được điều trị dùng thuốc (dự phòng/cắt cơn), 44,3% NB được điều trị không dùng thuốc bằng phương pháp tư vấn cai thuốc lá; 17,5% NB được hướng dẫn thực hiện các bài tập phục hồi chức năng hô hấp.

Phương pháp điều trị theo đơn vị CMU: Có sự khác biệt về tỷ lệ NB được điều trị không dùng thuốc giữa các đơn vị CMU. Tỷ lệ NB được tư vấn cai thuốc tại CMU Hải Dương 35,1%, CMU Thái Nguyên (52,7% và CMU Bắc Giang 41,2%. Trong 3 đơn vị CMU tham gia nghiên cứu, chỉ có NB tại CMU Thái Nguyên được hướng dẫn thực hiện các bài tập về phục hồi chức năng hô hấp với tỷ lệ 38,7%.

Phương pháp điều trị theo loại bệnh mắc: Tỷ lệ NB điều trị không dùng thuốc cũng khác nhau theo tình trạng bệnh mắc. Tỷ lệ NB hen được tư vấn cai thuốc 29,1%; NB COPD 49,1% và NB mắc cả hen và COPD 44,8%. Tỷ lệ NB hen được hướng dẫn thực hiện các bài tập về phục hồi chức năng hô hấp 12,7%, NB COPD 18,7% và NB ACO 19,4%.

3.2.1.4. Tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ “Giữ cho lá phổi khỏe mạnh”

Bảng 3.9: Thực trạng NB tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ (n=119)		
Theo loại bệnh mắc		
<i>Người bệnh hen</i>	19	15,9
<i>Người bệnh COPD</i>	85	71,4
<i>Người bệnh ACO</i>	15	12,7
Theo nhóm tuổi		
< 40	2	1,6
40-59	42	35,3
≥ 60	75	63,1
Tham gia sinh hoạt CLB định kỳ (n=55)		
Theo loại bệnh mắc		
<i>Người bệnh hen</i>	10	18,1
<i>Người bệnh COPD</i>	43	78,3
<i>Người mắc ACO</i>	2	3,6
Theo nhóm tuổi		
< 40	2	3,6
40-59	17	30,9
≥ 60	36	65,5

Tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi: Tỷ lệ NB tại CMU tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ sức khỏe phổi là 19,1%, trong đó NB hen 15,9%, NB COPD 71,4% và NB ACO 12,7%. Tỷ lệ NB nhóm tuổi trên 60 tham gia CLB cao nhất 63,1%, nhóm NB từ 40-59 tuổi 35,3% và nhóm NB dưới 40 tuổi 1,6%.

Tham gia sinh hoạt CLB theo định kỳ: Trong tổng số 119 NB tham gia sinh hoạt CLB “*Sức khỏe phổi*” có 55 NB Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt CLB theo định kỳ 01 lần/tháng (46,2%), trong đó NB hen 18,1%, NB COPD 78,3% và NB ACO 3,6%. Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt CLB định kỳ cao nhất là nhóm tuổi trên 60 (65,5%), tiếp đến là nhóm NB từ 40-59 tuổi (30,9%) và thấp nhất là nhóm NB dưới 40 tuổi (3,6%).

3.2.2. Khả năng tiếp cận dịch vụ tại đơn vị CMU của NB

Bảng 3.10: Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại đơn vị CMU của NB

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n=623)			
	Hải Dương (n = 208)	Thái Nguyên (n=279)	Bắc Giang (n=136)	Chung (n=623)
Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU <i>Gần nhất: 3km, xa nhất: 65 km, trung bình: 20,65 km</i>				
Dưới 10km	56 (26,9)	117 (41,9)	54 (39,7)	227 (36,4)
10-20 km	53 (25,5)	40 (14,3)	16 (11,8)	109 (17,5)
>20 km	99 (47,6)	122 (43,7)	66 (48,5)	287 (46,1)
Phương tiện đi lại				
Xe máy	163 (78,4)	195 (70,0)	102 (75,0)	460 (73,8)
Ô tô khách/buyt	45 (21,6)	84 (30,0)	34 (25,0)	163 (26,2)

Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại đơn vị CMU được đánh giá qua hai chỉ số: (1) Khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU và (2) Phương tiện đi lại của NB.

Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU: Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.10 cho thấy, khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trung bình là 20,65 km, gần nhất là 3km và xa nhất là 65 km. Nhóm khoảng cách trên 20km chiếm tỷ lệ cao nhất 46,1% (*Hải Dương: 47,6%; Thái Nguyên: 43,7% và Bắc Giang 48,5%*). Nhóm khoảng cách dưới 10km chiếm 36,4% (*Hải Dương: 26,9%; Thái Nguyên: 41,9%, Bắc Giang: 39,7%*). Nhóm khoảng cách 10-20 km chiếm tỷ lệ thấp nhất 17,5% (*Hải Dương: 25,5%; Thái Nguyên: 14,3%; Bắc Giang: 11,8%*).

Phương tiện đi lại của NB: Kết quả nghiên cứu cho thấy, 73,8% NB sử dụng xe máy là phương tiện đi lại để KCB tại đơn vị CMU, trên 26,2% NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô (xe khách/buyt). Không có NB nào đi bộ hoặc đi xe đạp đến đơn vị CMU.

3.2.3. Nhận xét, đánh giá của người bệnh khi sử dụng dịch vụ tại đơn vị CMU

Bảng 3.11: Đánh giá của người bệnh khi sử dụng dịch vụ tại đơn vị CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả			
	Hải Dương (n = 208)	Thái Nguyên (n=279)	Bắc Giang (n=136)	Chung (n=623)
Thời gian chờ đợi khám bệnh (%)				
<i>Chờ đợi rất lâu</i>	0	0	0	0
<i>Chờ đợi lâu</i>	3 (1,4)	5 (1,8)	4 (2,9)	12 (1,9)
<i>Bình thường</i>	163 (78,4)	170 (60,9)	109 (80,1)	442 (70,9)
<i>Nhanh</i>	42 (20,2)	104 (37,3)	23 (16,9)	169 (27,2)
<i>Rất nhanh</i>	0	0	0	0
khả năng tiếp cận CBYT (%)				
<i>Dễ</i>	64 (30,8)	115 (41,2)	30 (22,1)	209 (33,5)
<i>Bình thường</i>	144 (68,2)	158 (56,6)	106 (77,9)	408 (65,5)
<i>Khó</i>	0	6 (2,2)	0	6 (1,0)
Thái độ phục vụ của CBYT (%)				
<i>Không thân thiện/không tốt</i>	0	0	0	0
<i>Bình thường</i>	141 (67,8)	159 (57,0)	103 (75,7)	403 (64,7)
<i>Thân thiện/tốt, chu đáo</i>	67 (32,2)	120 (43,0)	33 (24,3)	220 (35,3)
Mức độ hài lòng của NB (%)				
<i>Rất hài lòng</i>	48 (23,1)	93 (33,3)	19 (14,0)	160 (25,7)
<i>Hài lòng</i>	123 (59,1)	131 (47,0)	98 (72,0)	352 (56,5)
<i>Bình thường</i>	37 (17,8)	52 (18,6)	19 (14,0)	108 (17,3)
<i>Chưa hài lòng</i>	0	3 (1,1)	0	3 (0,5)
<i>Không hài lòng</i>	0	0	0	0

Nhận xét của NB khi sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU được đánh giá qua 4 chỉ số: (1) Thời gian chờ đợi khi sử dụng dịch vụ y tế; (2) Khả năng tiếp cận CBYT của đơn vị CMU; (3) Thái độ phục vụ của CBYT tại đơn vị CMU; (4) Mức độ hài lòng của NB.

Thời gian chờ đợi: Thời gian chờ đợi khám bệnh thông thường gồm 4 hình thức: (1) Khám lâm sàng đơn thuần; (2) Khám lâm sàng và chỉ định thêm 01 kỹ thuật cận lâm sàng (xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh); (3) Khám lâm sàng và chỉ định thêm 02 kỹ thuật cận lâm sàng (xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh hoặc thăm dò chức năng...) và (4) Khám lâm sàng và chỉ định 03 kỹ thuật cận lâm sàng (xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, nội soi, siêu âm...). Tổng thời gian khám trung bình từ 53,7 phút đến 148 phút (tùy từng bệnh viện).

Trong nghiên cứu này, do NB đã được chẩn đoán xác định bệnh, có HSBA quản lý tại đơn vị CMU, do vậy thời gian khám chỉ tính là khám lâm sàng đơn thuần, thời

gian chờ khám trung bình dưới 120 phút, đây chính là mốc thời gian để đánh giá mức độ hài lòng của NB về thời gian chờ đợi khám bệnh tại đơn vị CMU.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 1,9% NB nhận xét thời gian chờ đợi lâu; 70,9% NB nhận xét thời gian chờ đợi là bình thường; 27,1% NB cho rằng thời gian chờ đợi là nhanh. Không có trường hợp nào nhận xét thời gian chờ đợi rất lâu hoặc rất nhanh.

Khả năng tiếp cận CBYT: 65,5% NB nhận xét là bình thường khi tiếp cận CBYT tại đơn vị CMU; 33,5% nhận xét là dễ và 1,0% nhận xét là khó tiếp cận CBYT.

Thái độ phục vụ của CBYT: 64,7% NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là bình thường; 35,3% NB nhận xét là thân thiện/tốt/chu đáo. Không có trường hợp NB nào nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là không thân thiện/không tốt.

Mức độ hài lòng của NB: 25,7% NB nhận xét là rất hài lòng; 56,5% NB nhận xét là hài lòng; 17,3% NB nhận xét là bình thường; 0,5 NB nhận xét là chưa hài lòng. Không có trường hợp NB nào nhận xét là không hài lòng.

Không có sự khác biệt về ý kiến nhận xét, đánh giá của NB khi sử dụng các dịch vụ y tế tại các đơn vị CMU theo nhóm tuổi hoặc theo tình trạng bệnh của NB.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU

3.3.1. Các yếu tố liên quan thuộc về người bệnh

Bảng 3.12: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn và một số yếu tố liên quan

Biến độc lập	Có TVSK (n)	Không TVSK (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới tính						
Nam	279	198	-	-	-	-
Nữ	87	59	0,9 (0,7-1,4)	> 0,05	0,7 (0,4-1,2)	> 0,05
Nhóm tuổi						
≤ 60	145	91	-	-	-	-
> 60	221	166	1,2 (0,8-1,7)	> 0,05	1,1 (0,6-1,5)	> 0,05
Trình độ học vấn						
< THPT	210	227	-	-	-	-
≥ THPT	156	30	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,3)	> 0,05
Nghề nghiệp						
Nông dân, Công nhân	201	232	-	-	-	-
Khác (CBNN, CBHT, ..)	165	25	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01
KV sinh sống						

Biến độc lập	Có TVSK (n)	Không TVSK (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Thành thị	196	179	-		-	
Nông thôn	91	187	3,4 (2,4-4,8)	< 0,01	2,1 (1,3-3,5)	> 0,05
Loại bệnh mắc						
Hen	66	68	-		-	
COPD và ACO	300	189	0,6 (0,4-0,9)	< 0,05	0,3 (0,2-0,6)	> 0,05
Số loại bệnh đồng mắc						
> 2	295	189	-		-	
≤ 2	71	68	1,5 (1,1-2,2)	< 0,05	1,2 (1,1-1,6)	< 0,01
Thời gian quản lý tại CMU						
≤ 12 tháng	140	173	-		-	
> 12 tháng	226	84	0,3 (0,2-0,4)	< 0,01	0,2 (0,1-0,2)	< 0,01
Tình trạng hút thuốc lá						
Có hút	244	175	-		-	
Không hút	122	82	0,9 (0,7-1,3)	> 0,05	0,5 (0,2-0,6)	> 0,05
Tiếp xúc bụi, hóa chất						
Có	195	191	-		-	
Không	171	66	0,4 (0,3-0,6)	< 0,01	0,1 (0,1-0,3)	> 0,05
Mức độ hài lòng						
Chưa hài lòng	48	63	-		-	
Hài lòng	318	194	0,5 (0,3-0,7)	< 0,01	0,3 (0,2-0,5)	< 0,01

(Ghi chú: Phân tích đa biến dựa trên mô hình hồi quy logistic, phương pháp lựa chọn biến là Enter, mức ý nghĩa thống kê 1% và 5%).

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.12 cho thấy thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với 8 yếu tố bao gồm trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, loại bệnh mắc, số loại bệnh đồng mắc, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, tiếp xúc với bụi/hóa chất, mức độ hài lòng.

Những NB có trình độ học vấn (TĐHV) dưới trung học phổ thông (THPT) sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB có TĐHV từ THPT trở lên (OR = 0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). NB là công nhân, nông dân sử dụng dịch vụ TVSK chỉ bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị sử dụng dịch vụ TVSK cao gấp 3,4 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 3,4; KTC 95%: 2,4-4,8). Những NB hen sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,6 lần so với những NB COPD và ACO (OR=0,6; KTC 95%: 0,4-0,9). Những NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc sử dụng dịch vụ TVSK cao gấp 1,5 lần so với những NB mắc từ 1-2 bệnh đồng mắc (OR=1,5; KTC 95%: 1,1-2,2). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU

từ dưới 12 tháng sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,3 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,4). Những NB thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,4 lần so với những NB không thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất (OR=0,4; KTC 95%: 0,3-0,6). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,5 lần so với những NB hài lòng (OR=0,5; KTC 95%: 0,3-0,7).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.12 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng **sử dụng dịch vụ tư vấn** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **4 yếu tố** bao gồm nghề nghiệp, số loại bệnh đồng mắc, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, mức độ hài lòng của NB.

Những NB là công nhân, nông dân sử dụng dịch vụ TVSK chỉ bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc sử dụng dịch vụ TVSK cao gấp 1,2 lần so với những NB mắc từ 1-2 bệnh đồng mắc (OR=1,2; KTC 95%: 1,1-1,6). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,3 lần so với những NB hài lòng (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,5).

Mối liên quan giữa thực trạng **sử dụng dịch vụ tư vấn** của NB với giới tính, nhóm tuổi và tình trạng hút thuốc lá không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tuân thủ tái khám và một số yếu tố liên quan

Biến độc lập	Có tái khám (n)	Không tái khám (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
Giới tính						
Nam	343	134	-	-	-	-
Nữ	102	44	1,1 (0,7-1,6)	> 0,05	0,8 (0,5-1,3)	> 0,05
Nhóm tuổi						
≤ 60	170	66	-	-	-	-
> 60	275	112	1,1 (0,7-1,5)	> 0,05	0,9 (0,6-1,2)	> 0,05
Trình độ học vấn						
< THPT	295	142	-	-	-	-
≥ THPT	150	36	0,5 (0,3-0,7)	< 0,01	0,2 (0,1-0,5)	> 0,05
Nghề nghiệp						
Nông dân, Công nhân	294	139	-	-	-	-

Biến độc lập	Có tái khám (n)	Không tái khám (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
Khác (CBNN, CBHT, ..)	151	39	0,5 (0,4-0,8)	< 0,05	0,2 (0,2-0,5)	> 0,05
<i>KV sinh sống</i>						
Thành thị	203	45	-	-	-	-
Nông thôn	242	133	2,5 (1,7-3,6)	<0,01	1,9 (1,3-2,7)	<0,01
<i>Loại bệnh mắc</i>						
Hen	102	32	-	-	-	-
COPD và ACO	343	146	1,4 (0,8-2,1)	> 0,05	1,1 (0,5-1,8)	> 0,05
<i>Số loại bệnh đồng mắc</i>						
≤ 2	348	136	-	-	-	-
> 2	97	42	1,1 (0,7-1,6)	> 0,05	0,7 (0,6-1,2)	> 0,05
<i>Thời gian quản lý tại CMU</i>						
≤ 12 tháng	246	67	-	-	-	-
> 12 tháng	199	111	2,1 (1,4-2,9)	< 0,01	1,6 (1,2-2,1)	< 0,01
<i>Tình trạng hút thuốc lá</i>						
Có hút	299	120	-	-	-	-
Không hút	146	58	0,9 (0,7-1,4)	> 0,05	0,6 (0,4-1,1)	> 0,05
<i>Tiếp xúc bụi, hóa chất</i>						
Có	265	121	-	-	-	-
Không	180	57	0,7 (0,5-0,9)	> 0,05	0,3 (0,2-0,6)	> 0,05
<i>Mức độ hài lòng</i>						
Chưa hài lòng	25	86	-	-	-	-
Hài lòng	420	92	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.13 cho thấy thực trạng ***tuân thủ tái khám*** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **6 yếu tố** bao gồm trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, tiếp xúc với bụi/hóa chất, mức độ hài lòng.

Những NB có TĐHV dưới THPT tuân thủ tái khám bằng 0,5 lần so với những NB có TĐHV từ THPT trở lên (OR = 0,5; KTC 95%: 0,3-0,7). NB là công nhân, nông dân tuân thủ tái khám bằng 0,5 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,5; KTC 95%: 0,4-0,8). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tuân thủ tái khám cao gấp 2,5 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 2,5; KTC 95%: 1,7-3,6). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng tuân thủ tái khám cao gấp 2,1 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=2,1; KTC 95%: 1,4-2,9). Những NB thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất tuân thủ tái khám bằng 0,7 lần so với những NB không thường

xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất (OR=0,7; KTC 95%: 0,5-0,9). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU tuân thủ tái khám bằng 0,1 lần so với những NB hài lòng (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.13 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng *tuân thủ tái khám* của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **3 yếu tố** bao gồm khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU và mức độ hài lòng của NB.

Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tuân thủ tái khám cao gấp 1,9 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 1,9; KTC 95%: 1,3-2,7). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng tuân thủ tái khám cao gấp 1,6 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=1,6; KTC 95%: 1,2-2,1). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU tuân thủ tái khám bằng 0,1 lần so với những NB hài lòng (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Mối liên quan giữa thực trạng *tuân thủ tái khám* của NB với giới tính, nhóm tuổi, loại bệnh mắc, số loại bệnh đồng mắc và tình trạng hút thuốc lá không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.14: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tham gia sinh hoạt CLB và một số yếu tố liên quan

Biến độc lập	Có tham gia CLB (n)	Không tham gia CLB (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới tính						
Nam	84	391	-	-	-	-
Nữ	37	109	0,6 (0,4-0,9)	< 0,05	0,3 (0,2-0,6)	< 0,05
Nhóm tuổi						
≤ 60	45	189	-	-	-	-
> 60	76	311	0,9 (0,6-1,4)	> 0,05	0,6 (0,3-1,1)	> 0,05
Trình độ học vấn						
< THPT	54	381	-	-	-	-
≥ THPT	67	119	0,3 (0,2-0,4)	< 0,01	0,2 (0,1-0,2)	> 0,05
Nghề nghiệp						
Nông dân, Công nhân	46	385	-	-	-	-
Khác (CBNN, CBHT, ..)	75	115	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01
KV sinh sống						
Thành thị	84	164	-	-	-	-
Nông thôn	37	336	4,7 (3,0-7,1)	<0,01	3,9 (2,7-5,8)	<0,01
Loại bệnh mắc						
Hen	19	115	-	-	-	-

Biến độc lập	Có tham gia CLB (n)	Không tham gia CLB (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
COPD và ACO	102	385	0,6 (0,4-1,1)	> 0,05	0,3 (0,2-0,8)	> 0,05
Số loại bệnh đồng mắc						
≤ 2	83	394	-	-	-	-
> 2	33	106	0,7 (0,5-1,1)	> 0,05	0,4 (0,3-0,7)	> 0,05
Thời gian quản lý tại CMU						
≤ 12 tháng	38	273	-	-	-	-
> 12 tháng	83	227	0,4 (0,3-0,6)	< 0,01	0,2 (0,1-0,4)	< 0,01
Tình trạng hút thuốc lá						
Có hút	73	346	-	-	-	-
Không hút	48	154	0,7 (0,4-1,0)	> 0,05	0,5 (0,3-0,6)	> 0,05
Tiếp xúc bụi, hóa chất						
Có	53	333	-	-	-	-
Không	68	167	0,4 (0,3-0,6)	< 0,01	0,2 (0,2-0,5)	> 0,05
Mức độ hài lòng						
Chưa hài lòng	8	103	-	-	-	-
Hài lòng	113	397	0,3 (0,2-0,6)	< 0,01	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.14 cho thấy thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **7 yếu tố** bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, tiếp xúc với bụi/hóa chất, mức độ hài lòng.

Những NB là nam giới tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,6 lần so với những NB là nữ giới (OR=0,6; KTC 95%: 0,4-0,9). Những NB có TĐHV dưới THPT tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,3 lần so với những NB có TĐHV từ THPT trở lên (OR = 0,3; KTC 95%: 0,2-0,4). NB là công nhân, nông dân tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tham gia sinh hoạt CLB cao gấp 4,6 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 4,7; KTC 95%: 3,0-7,1). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,4 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,4; KTC 95%: 0,3-0,6). Những NB thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,4 lần so với những NB không thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất (OR=0,4; KTC 95%: 0,3-0,6). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,3 lần so với những NB hài lòng (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,6).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.14 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** bao gồm: Giới tính, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU và mức độ hài lòng của NB.

Những NB là nam giới tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,4 lần so với những NB là nữ giới (OR=0,4; KTC 95%: 0,2-0,6). NB là công nhân, nông dân tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tham gia sinh hoạt CLB cao gấp 3,9 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 3,9; KTC 95%: 2,7-5,8). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,4). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB hài lòng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3).

Mối liên quan giữa thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB với nhóm tuổi, loại bệnh mắc, số loại bệnh đồng mắc và tình trạng hút thuốc lá không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.15: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị không dùng thuốc (PHCNHH) và một số yếu tố liên quan

Biến độc lập	Có Điều trị PHCN (n)	Không Điều trị PHCN (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới tính						
Nam	75	402	-	-	-	-
Nữ	34	112	0,6 (0,4-0,9)	< 0,05	0,4 (0,3-0,7)	> 0,05
Nhóm tuổi						
≤ 60	41	195	-	-	-	-
> 60	68	319	0,9 (0,7-1,5)	> 0,05	0,6 (0,5-1,1)	> 0,05
Trình độ học vấn						
< THPT	46	389	-	-	-	-
≥ THPT	63	123	0,2 (0,2-0,4)	< 0,01	0,1 (0,1-0,3)	> 0,05
Nghề nghiệp						
Nông dân, Công nhân	38	395	-	-	-	-
Khác (CBNN, CBHT, ...)	71	119	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01
KV sinh sống						
Thành thị	77	173	-	-	-	-
Nông thôn	32	341	4,8 (3,1-7,5)	<0,01	4,1 (2,8-6,9)	<0,01

Biến độc lập	Có Điều trị PHCN (n)	Không Điều trị PHCN (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Loại bệnh mắc						
Hen	17	119	-		-	
COPD và ACO	92	395	0,6 (0,4-1,1)	> 0,05	0,4 (0,2-0,9)	> 0,05
Số loại bệnh đồng mắc						
≤ 2	80	404	-		-	
> 2	29	110	0,6 (0,5-1,2)	> 0,05	0,3 (0,2-1,1)	> 0,05
Thời gian quản lý tại CMU						
≤ 12 tháng	33	280	-		-	
> 12 tháng	76	234	0,4 (0,2-0,6)	< 0,01	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01
Tình trạng hút thuốc lá						
Có hút	64	357	-		-	
Không hút	45	157	0,6 (0,4-0,9)	< 0,05	0,4 (0,3-0,7)	> 0,05
Tiếp xúc bụi, hóa chất						
Có	47	341	-		-	
Không	62	173	0,4 (0,3-0,6)	< 0,01	0,2 (0,2-0,5)	> 0,05
Mức độ hài lòng						
Chưa hài lòng	6	107	-		-	
Hài lòng	103	407	0,2 (0,1-0,5)	< 0,01	0,1 (0,1-0,3)	< 0,01

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.15 cho thấy thực trạng **sử dụng phương pháp điều trị không dùng thuốc (PHCN)** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **8 yếu tố** bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, tình trạng hút thuốc lá, tiếp xúc với bụi/hóa chất, mức độ hài lòng của NB.

Những NB là nam giới thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,6 lần so với những NB là nữ giới (OR=0,6; KTC 95%: 0,4-0,9). Những NB có TĐHV dưới THPT thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB có TĐHV từ THPT trở lên (OR = 0,2; KTC 95%: 0,2-0,4). Những NB là công nhân, nông dân thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị thực hiện các bài tập PHCN cao gấp 4,8 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 4,8; KTC 95%: 3,1-7,5). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,4 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,4; KTC 95%: 0,2-0,6). Những NB có hút thuốc (đã bỏ hoặc đang hút) thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,6 lần so với những NB

không hút thuốc (OR=0,6; KTC 95%: 0,4-0,9). Những NB thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,4 lần so với những NB không thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất (OR=0,4; KTC 95%: 0,3-0,6). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB hài lòng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,5).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.15 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng **thực hiện các bài tập PHCN** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **4 yếu tố** bao gồm: Nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU và mức độ hài lòng của NB.

Những NB là công nhân, nông dân thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị thực hiện các bài tập PHCN cao gấp 4,1 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 4,1; KTC 95%: 2,8-6,8). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,1 lần so với những NB hài lòng (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,3).

Mối liên quan giữa thực trạng **thực hiện các bài tập PHCN** của NB với nhóm tuổi, loại bệnh mắc, số loại bệnh đồng mắc không có ý nghĩa thống kê.

3.3.2. Các yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Bảng 3.16: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ tư vấn sức khỏe và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Biến độc lập	Có TVSK (n)	Không TVSK (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
Khoảng cách từ nhà đến CMU						
> 20 km	127	162	-	-	-	-
≤ 20 km	239	95	0,3 (0,2-0,4)	< 0,01	0,2 (0,1-0,3)	< 0,05
Phương tiện đi lại						
Khác (xe đạp, ô tô)	62	106	-	-	-	-
Xe máy	304	151	0,2 (0,2-0,4)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Thời gian chờ đợi KCB						
Chưa nhanh	234	220	-	-	-	-
Nhanh	132	37	0,3 (0,2-0,4)	< 0,01	0,2 (0,2-0,3)	> 0,05
Khả năng tiếp cận CBYT						

Biến độc lập	Có TVSK (n)	Không TVSK (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
<i>Chưa dễ</i>	198	216	-		-	
<i>Dễ</i>	168	41	0,2 (0,2-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
<i>Thái độ phục vụ của CBYT</i>						
<i>Chưa thân thiện</i>	194	209	-		-	
<i>Thân thiện</i>	172	48	0,3 (0,2-0,4)	<0,01	0,2 (0,1-0,3)	> 0,05

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.16 cho thấy thực trạng sử dụng *dịch vụ tư vấn sức khỏe* của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, Thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,3 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,3; KTC 95%: 0,2-0,4). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=0,2; KTC 95%: 0,2-0,4). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,3 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,4). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=0,2; KTC 95%: 0,2-0,3). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,3 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,4).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.16 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng sử dụng *dịch vụ tư vấn sức khỏe* của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **3 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, khả năng tiếp cận CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,1 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,1 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Mối liên quan giữa thực trạng sử dụng *dịch vụ tư vấn sức khỏe* của NB với thời gian chờ đợi KCB và thái độ phục vụ của CBYT không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.17: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tuân thủ tái khám và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Biến độc lập	Có tái khám (n)	Không tái khám (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Khoảng cách từ nhà đến CMU						
> 20 km	177	112	-		-	
≤ 20 km	268	66	0,4 (0,3-0,5)	< 0,01	0,2 (0,1-0,4)	< 0,05
Phương tiện đi lại						
Khác (xe đạp, ô tô)	103	65	-		-	
Xe máy	342	113	0,5 (0,4-0,8)	< 0,01	0,3 (0,2-0,5)	> 0,05
Thời gian chờ đợi KCB						
Chưa nhanh	288	166	-		-	
Nhanh	157	12	0,1 (0,1-0,2)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Khả năng tiếp cận CBYT						
Chưa dễ	259	155	-		-	
Dễ	186	23	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	> 0,05
Thái độ phục vụ của CBYT						
Chưa thân thiện	247	156	-		-	
Thân thiện	198	22	0,2 (0,1-0,3)	<0,01	0,1 (0,1-0,2)	<0,05

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.17 cho thấy thực trạng *tuân thủ tái khám* của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km tuân thủ tái khám bằng 0,4 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,4; KTC 95%: 0,3-0,5). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách tuân thủ tái khám bằng 0,5 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=0,5; KTC 95%: 0,4-0,8). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) tuân thủ tái khám bằng 0,1 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) tuân thủ tái khám bằng 0,2 lần so với những

NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện tuân thủ tái khám bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.17 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng *tuân thủ tái khám* của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **3 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, thời gian chờ đợi KCB và thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km tuân thủ tái khám bằng 0,2 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,2; KTC 95%: 0,1-0,4). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) tuân thủ tái khám bằng 0,1 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện tuân thủ tái khám bằng 0,1 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Mối liên quan giữa thực trạng *tuân thủ tái khám* của NB với phương tiện đi lại và khả năng tiếp cận CBYT không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.18: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng tham gia sinh hoạt CLB và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Biến độc lập	Có tham gia CLB (n)	Không tham gia CLB (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Khoảng cách từ nhà đến CMU						
> 20 km	21	268	-	-	-	-
≤ 20 km	98	236	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Phương tiện đi lại						
Khác (xe đạp, ô tô)	14	154	-	-	-	-
Xe máy	105	350	0,3 (0,2-0,5)	< 0,01	0,2 (0,1-0,4)	> 0,05
Thời gian chờ đợi KCB						
Chưa nhanh	48	406	-	-	-	-
Nhanh	71	98	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Khả năng tiếp cận CBYT						
Chưa dễ	41	373	-	-	-	-
Dễ	78	131	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,2 (0,1-0,3)	> 0,05
Thái độ phục vụ của CBYT						
Chưa thân thiện	38	365	-	-	-	-
Thân thiện	81	139	0,2 (0,1-0,4)	<0,01	0,1 (0,1-0,3)	> 0,05

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.18 cho thấy thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,3 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,5). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,4).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.18 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **2 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU và thời gian chờ đợi KCB.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,1 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,1 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Mối liên quan giữa thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB với phương tiện đi lại, khả năng tiếp cận CBYT và thái độ phục vụ của CBYT không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.19: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa thực trạng sử dụng dịch vụ điều trị bằng phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Biến độc lập	Có điều trị PHCN (n)	Không điều trị PHCN (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Khoảng cách từ nhà đến CMU						
> 20 km	21	268	-		-	
≤ 20 km	88	246	0,2 (0,1-0,4)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Phương tiện đi lại						
Khác (xe đạp, ô tô)	13	155	-		-	
Xe máy	96	359	0,3 (0,2-0,6)	< 0,01	0,2 (0,2-0,4)	> 0,05
Thời gian chờ đợi KCB						
Chưa nhanh	45	410	-		-	
Nhanh	64	104	0,2 (0,1-0,3)	< 0,01	0,1 (0,1-0,2)	< 0,05
Khả năng tiếp cận CBYT						
Chưa dễ	39	375	-		-	
Dễ	70	139	0,2 (0,3-0,5)	< 0,01	0,2 (0,1-0,4)	> 0,05
Thái độ phục vụ của CBYT						
Chưa thân thiện	36	367	-		-	
Thân thiện	73	147	0,2 (0,1-0,4)	<0,01	0,2 (0,1-0,3)	> 0,05

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.19 cho thấy thực trạng **điều trị không dùng thuốc (PHCN)** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,2; KTC 95%: 0,1-0,4). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,3 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,6). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,3). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=0,2; KTC 95%: 0,3-0,5). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,2 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,4).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.19 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, thực trạng **thực hiện các bài tập PHCN** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **2 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU và thời gian chờ đợi KCB.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,1 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 0,2; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,1 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=0,1; KTC 95%: 0,1-0,2).

Mối liên quan giữa thực trạng **tham gia sinh hoạt CLB** của NB với phương tiện đi lại, khả năng tiếp cận CBYT và thái độ phục vụ của CBYT không có ý nghĩa thống kê.

3.3.3. Mối liên quan với mức độ hài lòng của NB

Bảng 3.20: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa mức độ hài lòng của NB và một số yếu tố liên quan thuộc về NB

Biến độc lập	Chưa Hài lòng (n)	Hài lòng (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới tính						
Nam	85	392	-	-	-	-
Nữ	26	120	1,0 (0,6-1,6)	> 0,05	0,7 (0,4-1,2)	> 0,05
Nhóm tuổi						
≤ 60	44	192	-	-	-	-
> 60	67	320	1,1 (0,7-1,6)	> 0,05	0,6 (0,2-0,8)	> 0,05
Trình độ học vấn						
< THPT	95	342	-	-	-	-

Biến độc lập	Chưa Hài lòng (n)	Hài lòng (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
≥ THPT	16	170	2,9 (1,7-5,2)	< 0,01	2,3 (1,2-4,8)	< 0,05
Nghề nghiệp						
Nông dân, Công nhân	90	343	-	-	-	-
Khác (CBNN, CBHT, ..)	21	169	2,1 (1,3-3,5)	< 0,05	1,6 (1,1-2,7)	> 0,05
KV sinh sống						
Thành thị	29	219	-	-	-	-
Nông thôn	82	293	0,5 (0,3-0,7)	<0,01	0,3 (0,2-0,5)	> 0,05
Loại bệnh mắc						
Hen	25	109	-	-	-	-
COPD và ACO	86	403	1,1 (0,6-1,7)	> 0,05	0,8 (0,4-1,3)	> 0,05
Số loại bệnh đồng mắc						
≤ 2	85	399	-	-	-	-
> 2	26	113	0,9 (0,6-1,5)	> 0,05	0,5 (0,4-1,1)	> 0,05
Thời gian quản lý tại CMU						
≤ 12 tháng	46	267	-	-	-	-
> 12 tháng	65	245	0,6 (0,4-0,9)	< 0,01	0,4 (0,2-0,6)	< 0,05
Tình trạng hút thuốc lá						
Có hút	70	349	-	-	-	-
Không hút	41	163	0,8 (0,5-1,2)	> 0,05	0,4 (0,3-0,8)	< 0,05
Tiếp xúc bụi, hóa chất						
Có	82	304	-	-	-	-
Không	29	208	1,9 (1,2-3,1)	< 0,05	1,2 (0,8-2,1)	> 0,05

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.20 cho thấy **mức độ hài lòng** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** bao gồm: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, thời gian quản lý tại đơn vị CMU, tiếp xúc với bụi/hóa chất.

Những NB có TĐHV dưới THPT chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 2,9 lần so với những NB có TĐHV từ THPT trở lên (OR = 2,9; KTC 95%: 1,7-5,2). NB là công nhân, nông dân chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 2,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 2,1; KTC 95%: 1,3-3,5). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU bằng 0,5 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 0,5; KTC 95%: 0,3-0,7). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU bằng 0,6 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,6; KTC 95%: 0,4-0,9). Những NB thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất chưa hài lòng với

dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 1,9 lần so với những NB không thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất (OR=1,9; KTC 95%: 1,2-3,1).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.20 cho thấy, sau khi khống chế các biến số khác trong mô hình, **mức độ hài lòng** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **3 yếu tố** bao gồm: Trình độ học vấn, thời gian quản lý tại đơn vị CMU và tình trạng hút thuốc lá (được tư vấn cai thuốc -> hài lòng hơn)

Những NB có TĐHV dưới cấp 3 chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 2,3 lần so với những NB có TĐHV từ cấp 3 trở lên (OR = 2,3; KTC 95%: 1,2-4,8). Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU bằng 0,4 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,4; KTC 95%: 0,2-0,6). Những NB có hút thuốc lá chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU bằng 0,4 lần so với những NB không hút thuốc lá (OR=0,4; KTC 95%: 0,3-0,8).

Mối liên quan giữa **mức độ hài lòng** của NB với nhóm tuổi, giới, loại bệnh mắc, số loại bệnh đồng mắc không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.21: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến mối liên quan giữa mức độ hài lòng của NB và một số yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

Biến độc lập	Chưa Hài lòng (n)	Hài lòng (n)	Phân tích hai biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Khoảng cách từ nhà đến CMU						
> 20 km	72	217	-	-	-	-
≤ 20 km	39	295	2,5 (1,6-3,9)	< 0,01	2,1 (1,2-3,0)	> 0,05
Phương tiện đi lại						
Khác (xe đạp, ô tô)	48	120	-	-	-	-
Xe máy	63	392	2,4 (1,5-3,7)	< 0,01	1,9 (1,1-2,8)	> 0,05
Thời gian chờ đợi KCB						
Chưa nhanh	109	345	-	-	-	-
Nhanh	2	167	26,4 (6,4-10,8)	< 0,01	21,2 (5,8-9,6)	< 0,01
Khả năng tiếp cận BHYT						
Chưa dễ	100	303	-	-	-	-
Dễ	11	209	6,3 (9,5-12,8)	< 0,01	5,7 (6,3-9,8)	< 0,01
Thái độ phục vụ của BHYT						
Chưa thân thiện	99	293	-	-	-	-
Thân thiện	12	219	6,2 (11,2-29,3)	< 0,01	5,3 (9,1-18,6)	< 0,01

Kết quả phân tích đơn biến trong Bảng 3.21 cho thấy **mức độ hài lòng** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **5 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU, phương tiện đi lại của NB, thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB có khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU trên 20 km chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 2,5 lần so với những NB có khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU từ dưới 20km (OR= 2,5; KTC 95%: 1,6-3,9). Những NB sử dụng phương tiện đi lại là ô tô buýt/xe khách chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 2,4 lần so với những NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy (OR=2,5; KTC 95%: 1,5-3,7). Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 26,4 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=26,4; KTC 95%: 6,4-10,8). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 6,3 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=6,3; KTC 95%: 9,5-12,8). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 6,2 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=6,2; KTC 95%: 11,2-29,3).

Kết quả phân tích đa biến trong Bảng 3.21 cho thấy, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình, **mức độ hài lòng** của NB liên quan có ý nghĩa thống kê với **3 yếu tố** thuộc về đơn vị CMU, bao gồm: Thời gian chờ đợi KCB, khả năng tiếp cận CBYT, thái độ phục vụ của CBYT.

Những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB chưa nhanh (bình thường/lâu) chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 21,2 lần những NB nhận xét thời gian chờ đợi KCB nhanh (OR=21,2; KTC 95%: 5,8-9,6). Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ (bình thường/khó) chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 5,7 lần so với những NB nhận xét là dễ tiếp cận CBYT (OR=5,7; KTC 95%: 6,3-9,8). Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU cao gấp 5,3 lần so với những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT là thân thiện (OR=5,3; KTC 95%: 9,1-18,6).

Mối liên quan giữa **mức độ hài lòng** của NB với khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU và phương tiện đi lại không có ý nghĩa thống kê.

3.4. Đánh giá hiệu quả của hoạt động quản lý, chăm sóc người COPD, hen của đơn vị CMU tới cải thiện kết quả điều trị bệnh của người bệnh

3.4.1. Thông tin chung về kiến thức, triệu chứng lâm sàng, mức độ kiểm soát bệnh của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU

Bảng 3.22: Kiến thức về bệnh của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n=310)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết nhận biết dấu hiệu đợt cấp (con hen cấp, đợt cấp COPD)	17	5,5
Thực hiện đúng Kỹ thuật dùng thuốc dạng hít/xịt	0	0
Biết thực hiện các bài tập PHCN	0	0

Trong tổng số 310 đối tượng tham gia nghiên cứu có 17 trường hợp (5,5%) có khả năng nhận biết dấu hiệu đợt cấp (con hen cấp, đợt cấp COPD) khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU. Không có trường hợp NB nào thực hiện đúng kỹ thuật dùng thuốc dạng xịt/hít và thực hiện được các bài tập về phục hồi chức năng hô hấp.

Bảng 3.23: Triệu chứng lâm sàng khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n=310)		
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Triệu chứng ho	<i>Không</i>	28	9,0
	<i>Thỉnh thoảng</i>	48	15,5
	<i>Hàng ngày</i>	196	63,2
	<i>Liên tục</i>	38	12,3
Tâm hoạt động	<i>Tại chỗ</i>	10	3,2
	<i>Trong nhà</i>	290	93,5
	<i>Ngoài nhà</i>	10	3,2
	<i>Cộng đồng</i>	0	0
Tình trạng ăn uống	<i>Tốt</i>	16	5,2
	<i>Không tốt</i>	294	94,8
Tình trạng ngủ	<i>Tốt</i>	24	7,7
	<i>Không tốt</i>	286	92,3

Triệu chứng ho: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, 9,0% NB không có triệu chứng ho, 15,5% NB thỉnh thoảng ho, 63,2% NB ho hàng ngày và 12,3% NB ho liên tục.

Tầm hoạt động: 3,2% NB có tầm hoạt động tại chỗ, 93,5% NB có tầm hoạt động trong nhà, 3,2% NB có tầm hoạt động ngoài nhà, không có trường hợp NB nào có tầm hoạt động ngoài cộng đồng.

Tình trạng ăn uống: Chỉ có 5,2% NB được đánh giá là ăn uống tốt khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU. 94,8% NB có tình trạng ăn uống không tốt.

Tình trạng ngủ: Chỉ có 7,7% NB được đánh giá là ngủ tốt khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU. 92,3% NB có tình trạng ngủ không tốt.

Bảng 3.24: Mức độ kiểm soát bệnh của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n=310)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ kiểm soát hen (n=77)		
<i>Kiểm soát tốt</i>	2	2,6
<i>Kiểm soát một phần</i>	26	33,8
<i>Không kiểm soát</i>	49	63,6
Phân loại mức độ khó thở theo mMRC (n=233)		
<i>Mức 0-1</i>	3	1,3
<i>Mức 2</i>	53	22,7
<i>Mức 3</i>	148	63,5
<i>Mức 4</i>	29	12,5

Mức độ kiểm soát hen: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, 2,6% NB được đánh giá có mức độ kiểm soát hen tốt, 33,8% NB kiểm soát hen một phần và 63,6% NB không kiểm soát hen.

Mức độ khó thở: 1,3% NB được đánh giá khó thở mức độ nhẹ, 22,7% NB khó thở mức độ trung bình, 63,5% NB khó thở mức độ nặng và 12,5% NB khó thở mức độ rất nặng.

Bảng 3.25: Điểm ACT và CAT của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n=310)			
	Max	Min	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Mức điểm ACT	21	16	18,82	1,1
Mức điểm CAT	32	9	25,38	3,9

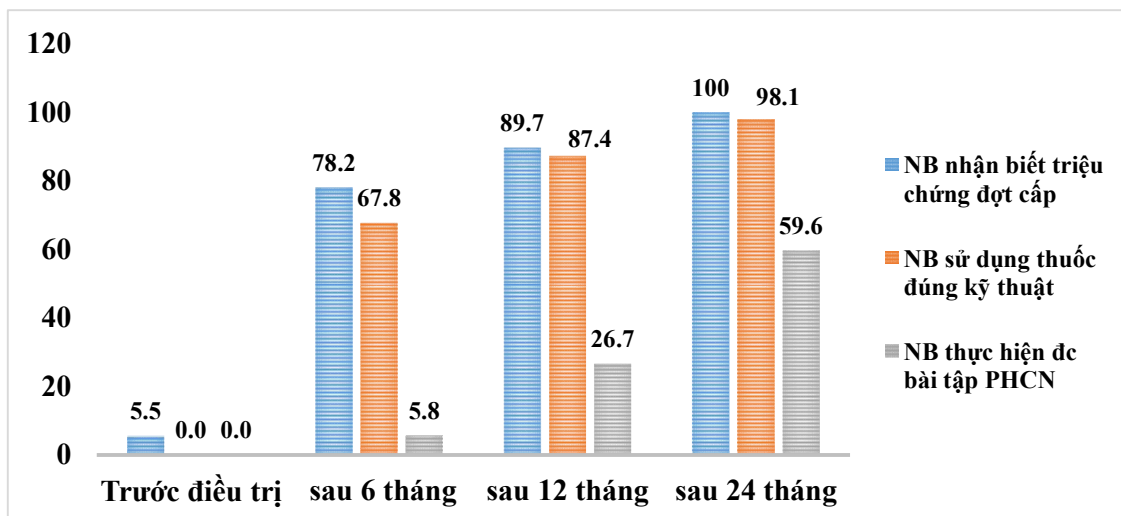
Điểm ACT: Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm ACT trung bình của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU là 18,82; điểm thấp nhất là 16 và cao nhất là 21 (mức điểm cao nhất theo thang đo ACT là 25).

Điểm CAT: điểm CAT trung bình của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU là 25,38, điểm thấp nhất là 9 và cao nhất là 32 (mức điểm cao nhất theo thang đo CAT là 40).

❖ **Nhận xét chung:** Kiến thức và kỹ năng thực hành của NB khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU nhìn chung còn hạn chế, chỉ có 5,5% NB được đánh giá là có kiến thức về bệnh, 100% NB chưa biết cách sử dụng thuốc dạng xịt/hít và không biết thực hiện các bài tập về PHCN. Tình trạng ăn, ngủ kém. Mức độ kiểm soát hen thấp và tình trạng khó thở mức độ nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ cao.

3.4.2. Kết quả sau quản lý, điều trị tại CMU

3.4.2.1. Thay đổi kiến thức và kỹ năng thực hành



Biểu đồ 3.3: Thay đổi kiến thức và kỹ năng thực hành của NB trước và sau thời gian quản lý, điều trị tại CMU

Kiến thức nhận biết triệu chứng đợt cấp: Quan sát Biểu đồ 3.3 cho thấy, khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, kiến thức về nhận biết triệu chứng đợt cấp của NB khá thấp (5,5%), tuy nhiên sau 6 tháng được quản lý, điều trị đã tăng lên 78,2%, sau 12 tháng tăng lên 89,7%, sau 24 tháng tăng lên 100%. Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 13,2%; 15,3% và 17,2%.

Kỹ năng thực hành sử dụng thuốc dạng xịt/hít: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, không có NB nào biết sử dụng thuốc dạng xịt/hít đúng cách, nhưng sau 6 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ NB biết cách sử dụng thuốc đã tăng lên 67,8%, sau 12 tháng tăng lên 87,4%, sau 24 tháng tăng lên 98,1%. Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 67,8%; 87,4% và 98,1%.

Kỹ năng thực hiện các bài tập phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH): Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, không có NB nào biết thực hiện các bài tập PHCNHH đúng cách, nhưng sau 6 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 5,8%, sau 12 tháng tăng lên 26,7%, sau 24 tháng tăng lên 59,6%. Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 5,8%; 26,7% và 59,6%.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy:

“Trước đây, đa phần NB đến khám và nhập viện khi có triệu chứng đợt cấp, sau khi ra viện không được tư vấn, quản lý. Chi phí mỗi đợt điều trị là khá lớn, bao gồm chi phí đi lại, ăn ở, thuốc men, người nhà phục vụ,...Mô hình đơn vị CMU ra đời đã giúp NB tiết kiệm được chi phí rất nhiều vì NB có thể kiểm soát được tình trạng bệnh của họ, giảm được số lần lên cơn cấp, giảm số lần nhập viện điều trị” (PVS-03).

3.4.2.2. Thay đổi triệu chứng hô hấp, tri giác, tâm hoạt động, tình trạng ăn, ngủ

Bảng 3.26: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 6 tháng quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Trước can thiệp n (%)	Sau 6 tháng n (%)	Chỉ số hiệu quả (%)
Triệu chứng ho (n=310)			
<i>Không</i>	28 (9,0)	36 (11,6)	0,3
<i>Thỉnh thoảng</i>	48 (15,5)	213 (68,7)	3,4
<i>Hàng ngày</i>	196 (63,2)	61 (19,7)	- 2,2
<i>Liên tục</i>	38 (12,3)	0	- 12,3
Phạm vi hoạt động (n=310)			
<i>Tại chỗ</i>	10 (3,2)	2 (0,6)	- 4,3
<i>Trong nhà</i>	290 (93,5)	76 (24,5)	- 2,8
<i>Ngoài nhà</i>	10 (3,2)	232 (74,8)	22,4
<i>Cộng đồng</i>	0	0	0
Tình trạng ăn tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	16 (5,2)	208 (67,1)	11,9
<i>Chưa tốt</i>	294 (94,8)	102 (32,9)	- 1,9
Tình trạng ngủ tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	24 (7,7)	87 (28,1)	2,6
<i>Chưa tốt</i>	286 (92,3)	223 (71,9)	- 0,3

Triệu chứng ho: Sau 6 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có triệu chứng ho liên tục và ho hàng ngày giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 12,3% và 2,2%. Tỷ lệ NB có triệu chứng thỉnh thoảng ho và không ho tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 3,4% và 0,3%.

Phạm vi hoạt động: Sau 6 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động tại chỗ và trong nhà giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 4,3% và 2,8%. Tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động ngoài nhà tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 22,4%. Chưa NB nào có tầm hoạt động ngoài cộng đồng.

Tình trạng ăn uống: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 5,2% NB ăn uống tốt, nhưng sau 6 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 67,1%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 11,9%.

Tình trạng ngủ: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 7,7% NB ngủ tốt, nhưng sau 6 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 28,1%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 2,6%.

“Nhiều người bệnh đã ăn và ngủ tốt hơn, trước đây chỉ ngủ được 4-5 giờ/ngày, nay dễ ngủ hơn, giấc ngủ sâu và kéo dài hơn 6-7 giờ/ngày. Triệu chứng ho cũng giảm nhiều, không còn ho liên tục nữa. Tầm hoạt động của người bệnh cũng vì thế được cải thiện, thay vì chỉ hoạt động tại chỗ hoặc trong nhà là chính, người bệnh đã có thể ra ngoài đi lại và làm việc nhẹ” (TLN-02).

Bảng 3.27: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 12 tháng quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Trước can thiệp n (%)	Sau 12 tháng n (%)	Chỉ số hiệu quả (%)
Triệu chứng ho (n=310)			
<i>Không</i>	28 (9,0)	78 (25,2)	1,8
<i>Thỉnh thoảng</i>	48 (15,5)	223 (71,9)	3,6
<i>Hàng ngày</i>	196 (63,2)	9 (2,9)	- 20,8
<i>Liên tục</i>	38 (12,3)	0	- 12,3
Phạm vi hoạt động (n=310)			
<i>Tại chỗ</i>	10 (3,2)	0	- 3,2
<i>Trong nhà</i>	290 (93,5)	12 (3,9)	-22,9
<i>Ngoài nhà</i>	10 (3,2)	298 (96,1)	29,0
<i>Cộng đồng</i>	0	0	0
Tình trạng ăn tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	16 (5,2)	290 (93,5)	17,0
<i>Chưa tốt</i>	294 (94,8)	20 (6,5)	- 13,6
Tình trạng ngủ tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	24 (7,7)	230 (74,2)	8,6
<i>Chưa tốt</i>	286 (92,3)	80 (25,8)	- 2,6

Triệu chứng ho: Sau 12 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có triệu chứng ho liên tục và ho hàng ngày giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 12,3% và 20,8%. Tỷ lệ NB có triệu chứng thỉnh thoảng ho và không ho tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 3,6% và 1,8%.

Phạm vi hoạt động: Sau 12 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động tại chỗ và trong nhà giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 3,2% và 22,9%. Tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động ngoài nhà tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 29%. Chưa NB nào có tầm hoạt động ngoài cộng đồng.

Tình trạng ăn uống: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 5,2% NB ăn uống tốt, nhưng sau 12 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 93,5%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 17%.

Tình trạng ngủ: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 7,7% NB ngủ tốt, nhưng sau 12 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 74,2%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 8,6%.

Bảng 3.28: Một số thay đổi triệu chứng ở NB trước và sau 24 tháng quản lý, điều trị tại CMU

Tiêu chí nghiên cứu	Trước can thiệp n (%)	Sau 24 tháng n (%)	Chỉ số hiệu quả (%)
Triệu chứng ho (n=310)			
<i>Không</i>	28 (9,0)	200 (64,5)	6,2
<i>Thỉnh thoảng</i>	48 (15,5)	102 (32,9)	1,1
<i>Hàng ngày</i>	196 (63,2)	8 (2,6)	- 24,3
<i>Liên tục</i>	38 (12,3)	0	- 12,3
Phạm vi hoạt động (n=310)			
<i>Tại chỗ</i>	10 (3,2)	0	- 3,2
<i>Trong nhà</i>	290 (93,5)	12 (3,9)	-22,9
<i>Ngoài nhà</i>	10 (3,2)	235(75,8)	22,6
<i>Cộng đồng</i>	0	63 (20,3)	20,3
Tình trạng ăn tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	16 (5,2)	295 (95,2)	17,3
<i>Chưa tốt</i>	294 (94,8)	15 (4,8)	- 18,6
Tình trạng ngủ tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	24 (7,7)	260 (83,9)	9,9
<i>Chưa tốt</i>	286 (92,3)	50 (16,1)	- 4,7

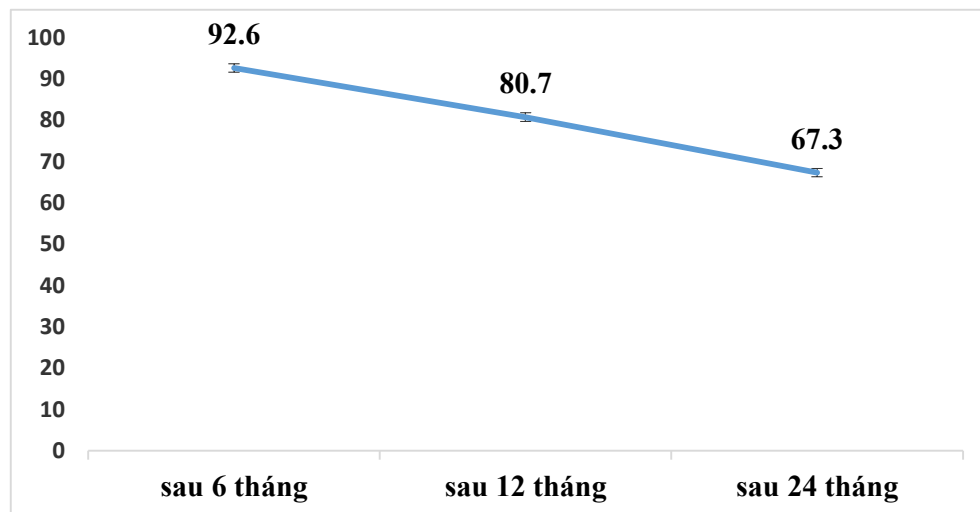
Triệu chứng ho: Sau 24 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có triệu chứng ho liên tục và ho hàng ngày giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 12,3% và 24,3%. Tỷ lệ NB có triệu chứng thỉnh thoảng ho và không ho tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 1,1% và 6,2%.

Phạm vi hoạt động: Sau 24 tháng được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động tại chỗ và trong nhà giảm dần, chỉ số hiệu quả lần lượt là 3,2% và 22,9%. Tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động ngoài nhà và ngoài cộng đồng tăng dần, chỉ số hiệu quả tương ứng là 29% và 20,3%.

Tình trạng ăn uống: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 5,2% NB ăn uống tốt, nhưng sau 24 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 95,2%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 17,3%.

Tình trạng ngủ: Khi bắt đầu được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, chỉ có 7,7% NB ngủ tốt, nhưng sau 24 tháng được quản lý, điều trị tỷ lệ này đã tăng lên 83,9%, chỉ số hiệu quả tương ứng là 9,9%.

3.4.2.3. Sự thay đổi mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh

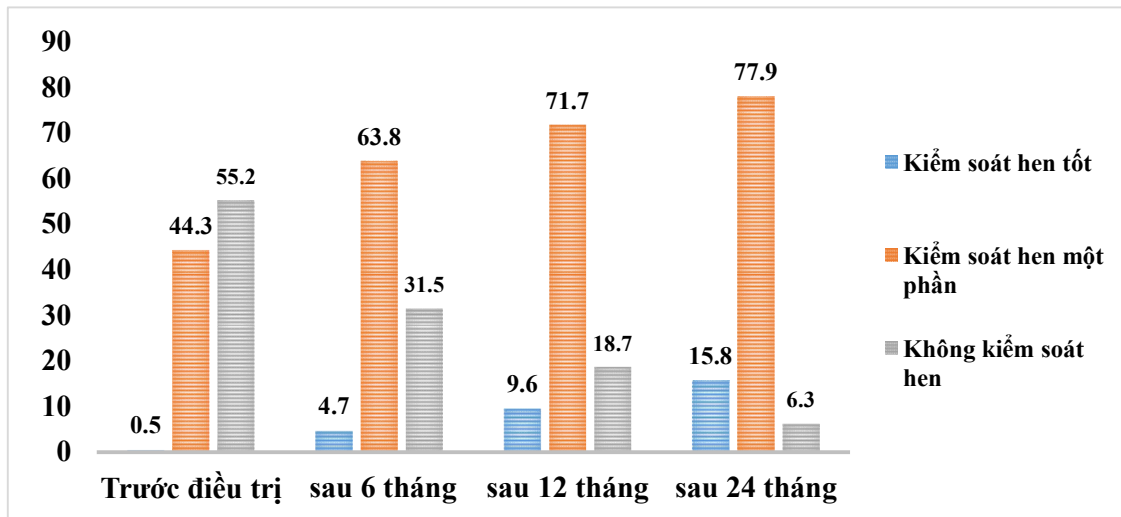


Biểu đồ 3.4: Thay đổi mức độ tuân thủ điều trị của NB theo thời gian

Biểu đồ 3.4. mô tả tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Trong nghiên cứu này, một NB được coi là tuân thủ điều trị khi đảm bảo đủ 2 tiêu chí: Tái khám định kỳ theo quy định (01 lần/tháng), sử dụng thuốc đúng liều quy định (*khi tái khám NB phải mang vỏ thuốc đến trả mới được lĩnh thuốc mới*).

Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB sau 6 tháng và 12 tháng khá cao (trên 80,7%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB giảm dần sau 6; 12 và 24 tháng, từ 92,6% (sau 6 tháng) giảm xuống còn 67,3% (sau 24 tháng). Có thể thấy, khi mới bắt đầu tham gia điều trị NB tuân thủ điều trị tốt hơn, nhưng sự tuân thủ có xu hướng giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

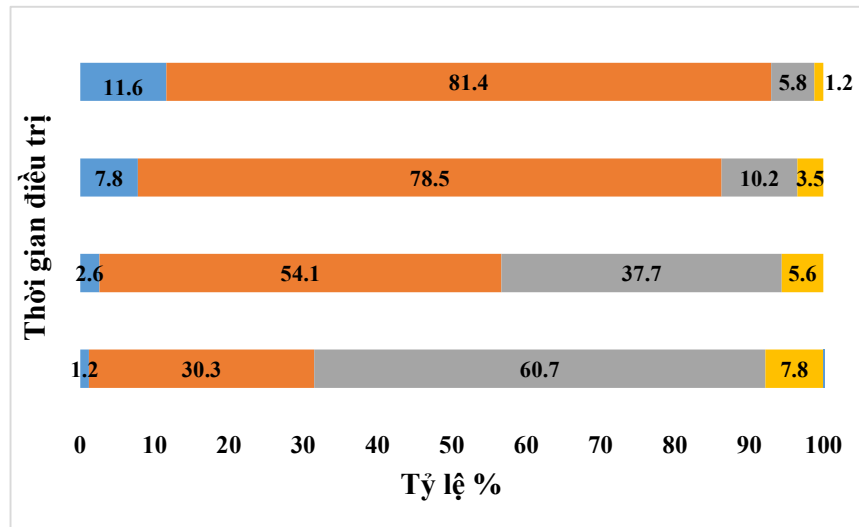
3.4.2.4. Thay đổi mức độ kiểm soát bệnh



Biểu đồ 3.5: Thay đổi mức độ kiểm soát hen trước và sau quản lý, điều trị

Quan sát Biểu đồ 3.5 cho thấy, mức độ kiểm soát hen của NB đã thay đổi sau thời gian được quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU. Tỷ lệ NB được đánh giá có khả năng *kiểm soát hen tốt* trước điều trị chỉ chiếm 0,5%, sau 6 tháng tăng lên 4,7%, sau 12 tháng tăng lên 9,6%, sau 24 tháng tăng lên 15,8%. Tỷ lệ NB được đánh giá có khả năng *kiểm soát hen một phần* trước điều trị chiếm 44,3%, sau 6 tháng tăng lên 63,8%, sau 12 tháng tăng lên 71,7%, sau 24 tháng tăng lên 77,9%. Tỷ lệ NB được đánh giá *không có khả năng kiểm soát hen* trước điều trị chiếm 55,2%, sau 6 tháng giảm xuống 31,5%, sau 12 tháng tỷ lệ này chiếm 18,7%, sau 24 tháng giảm còn 6,3%. Sự thay đổi mức độ kiểm soát hen của NB trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mục tiêu cơ bản trong quản lý, điều trị hen là đạt mức kiểm soát tốt duy trì hoạt động bình thường và giảm tối thiểu nguy cơ cơn kịch phát. Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ kiểm soát hen của NB được cải thiện đáng kể sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU.

“Những người bệnh khi mới bắt đầu điều trị tại đơn vị CMU phần lớn đều không có khả năng kiểm soát hen, một vài trường hợp kiểm soát được nhưng chưa tốt, điểm trắc nghiệm theo bộ câu hỏi ACT thường dưới 19. Tuy nhiên, sau khoảng 3-5 tháng điều trị, mức độ kiểm soát của người bệnh đã thay đổi tốt hơn, càng điều trị lâu, mức điểm ACT càng cao” (PVS-01).



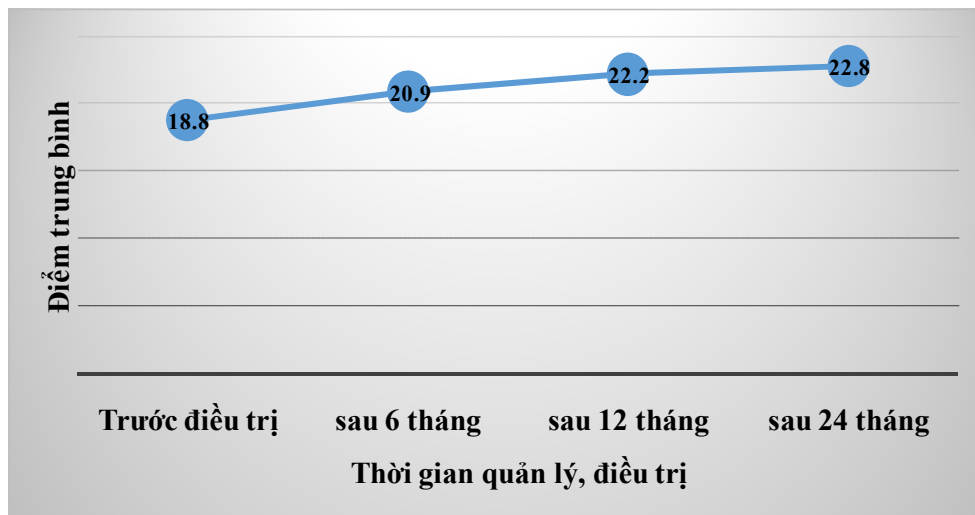
Biểu đồ 3.6: Thay đổi mức độ khó thở theo mMRC trước và sau quản lý, điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NB COPD được đánh giá có mức độ *khó thở nhẹ* (mMRC mức 0-1) trước điều trị chỉ chiếm 1,2%, sau 6 tháng tăng lên 2,6%, sau 12 tháng tăng lên 7,8%, sau 24 tháng tăng lên 11,6%. Tỷ lệ NB được đánh giá có mức độ *khó thở trung bình* (mMRC mức 2) trước điều trị chiếm 30,3%, sau 6 tháng tăng lên 54,1%, sau 12 tháng tăng lên 78,5%, sau 24 tháng tăng lên 81,4%. Tỷ lệ NB được đánh giá có mức độ *khó thở nặng* (mMRC mức 3) trước điều trị chiếm 60,7%, sau 6 tháng giảm xuống 37,7%, sau 12 tháng giảm còn 10,2%, sau 24 tháng giảm còn 5,8%. Tỷ lệ NB được đánh giá có mức độ *khó thở rất nặng* (mMRC mức 4) trước điều trị chiếm 7,8%, sau 6 tháng tỷ lệ này đã giảm còn 5,6%, sau 12 tháng giảm còn 3,5%, sau 24 tháng giảm còn 1,2%. Sự thay đổi mức độ khó thở theo mMRC của NB COPD trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mục tiêu điều trị COPD là đạt được kiểm soát hiện tại (giảm triệu chứng, tăng khả năng gắng sức, tăng chất lượng cuộc sống) và giảm nguy cơ tương lai (phòng tiến triển của bệnh, phòng đợt cấp, giảm tỷ lệ tử vong). Kết quả thảo luận nhóm cho thấy, mức độ khó thở của NB dần được cải thiện và mức độ ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống hàng ngày cũng được điều chỉnh theo hướng tích cực

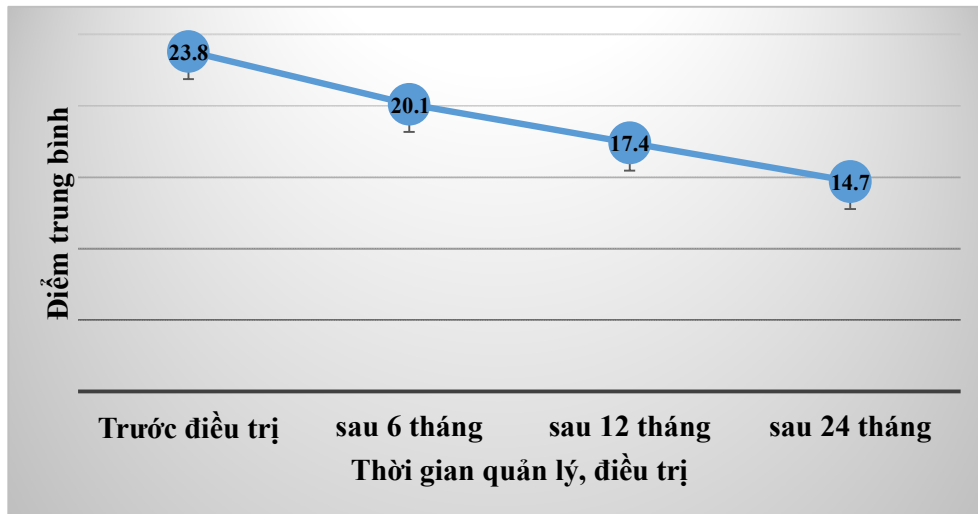
“Mức độ khó thở của NB giảm dần sau 3-4 tháng điều trị, nhiều NB cho biết, trước đây cứ đi bộ được khoảng hơn 100m là phải dừng lại nghỉ, thậm chí thay bộ quần áo cũng thấy khó thở, nhưng giờ chỉ thấy khó thở khi leo dốc/leo bậc cầu thang hoặc khi vận động nặng, điều này khiến NB cảm thấy cuộc sống vui vẻ hơn, thoải mái hơn vì có thể làm việc nhà giúp gia đình và đi lại ra ngoài mà không phải lo lắng đến bệnh” (TLN 02-01, 04; 05).

3.4.2.5. Thay đổi điểm ACT và CAT sau thời gian quản lý, điều trị



Biểu đồ 3.7: Mức điểm ACT trung bình trước và sau quản lý, điều trị

Điểm ATC: Quan sát biểu đồ 3.7 thấy rằng: Điểm ACT trung bình trước điều trị là 18,8; sau 6 tháng tăng lên 20,9; ở thời điểm này sự khác biệt về điểm ACT trung bình trước và sau 6 tháng điều trị là 2,1. Ở các thời điểm sau 12 tháng và 24 tháng điểm ACT trung bình cũng tăng dần so với trước điều trị và so với thời điểm ngay trước đó. Sự khác biệt về điểm ACT trung bình trước và sau các thời điểm điều trị đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm ACT càng tăng, tình trạng kiểm soát hen của NB càng được cải thiện theo chiều hướng tốt hơn.



Biểu đồ 3.8: Mức điểm CAT trung bình trước và sau quản lý, điều trị

Điểm CAT: Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm CAT trung bình trước điều trị là 23,8; sau 6 tháng giảm xuống còn 20,1. Ở thời điểm này sự khác biệt về điểm CAT trung bình trước và sau 6 tháng điều trị là 3,7. Các thời điểm sau 12 tháng và 24 tháng điểm CAT trung bình cũng giảm dần so với trước điều trị và so với thời điểm ngay trước đó. Sự khác biệt về điểm CAT trung bình trước và sau các thời điểm điều trị đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm CAT càng giảm, mức độ khó thở của NB càng được cải thiện theo chiều hướng tốt hơn.

BÀN LUẬN

Theo định hướng quản lý các bệnh không lây nhiễm của Bộ Y tế Việt Nam giai đoạn 2016-2020, là: (1) Lấy người bệnh làm trung tâm trong chăm sóc sức khỏe; (2) Phát triển dịch vụ chăm sóc lồng ghép bệnh mạn tính ở cộng đồng; (3) Ưu tiên nâng cao năng lực y tế cơ sở trong giai đoạn 2016-2020; (4) Tăng cường ứng dụng tiến bộ khoa học và công nghệ trong y tế; (5) Phát triển những mô hình, giải pháp mới mang tính sáng tạo và đột phá [74].

Hen và COPD thuộc nhóm bệnh không lây nhiễm. Do vậy, việc mở rộng mô hình và nâng cao chất lượng công tác quản lý, điều trị của đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU) là một trong những giải pháp quan trọng nhằm quản lý tốt NB hen và COPD trong cộng đồng. Qua đó giúp cho người bệnh có cơ hội giảm được mức độ bệnh tật. Điều này gián tiếp giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình người bệnh, cộng đồng và xã hội.

Với mục đích góp phần vào việc thực hiện chủ trương này, mặc dù trong khuôn khổ nghiên cứu còn nhiều hạn hẹp, song qua các kết quả thu được về nghiên cứu thực trạng sử dụng các dịch vụ y tế, các yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ y tế tại 3 đơn vị CMU cũng như bước đầu đánh giá hiệu quả của công tác quản lý này đối với việc cải thiện tình trạng của NB, chúng tôi xin đưa ra một vài bàn luận như sau:

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU được thực hiện trên 623 người bệnh, trong đó 134 NB mắc hen, 422 NB mắc COPD và 67 NB mắc cả hen và COPD. Những NB trên được quản lý, điều trị tại 3 đơn vị CMU trực thuộc bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên, bệnh viện Phổi Bắc Giang và Hải Dương.

4.1.1. Đặc điểm tuổi:

Tuổi trung bình của NB là 64,4. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (62,1%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 40-60 (34,5%) nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,4%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với các công bố trước đây, bệnh phổi mạn tính ít khi xảy ra ở lứa tuổi trẻ, ở tuổi trung niên trở lên bệnh dễ xuất hiện [58]. Nghiên cứu về tỷ lệ mắc COPD tại Thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An của nhóm tác giả Dương Đình Chinh và CS cho thấy nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là > 60 tuổi (59,81%). Kết quả điều tra dịch tễ học toàn quốc năm 2009 tại Việt Nam cho thấy, tỷ

lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 15 tuổi trở lên là 2,2%, tuy nhiên ở nhóm từ 40 tuổi trở lên là 4,2% [3]. Điều này có thể do ở những người cao tuổi (từ 40 trở lên) hệ thống miễn dịch bắt đầu suy giảm, tích lũy thời gian phơi nhiễm, đặc biệt thời gian hút thuốc kéo dài, tình trạng các bệnh lý khác cùng xuất hiện khiến người cao tuổi dễ mắc các bệnh mạn tính, trong đó có hen và COPD.

Các nghiên cứu về tình hình mắc hen tại Việt Nam còn hạn chế trong hai thập niên vừa qua. Có một số bài báo trích dẫn từ nguồn tin Bộ Y tế cho rằng tỷ lệ mắc hen ở nước ta là 5% [59]. Năm 2012, một công bố về tình hình hen người lớn qua điều tra cắt ngang tại Việt Nam cho thấy, tỷ lệ mắc ở người lớn là 4,1%, cao nhất ở nhóm trên 80 tuổi (11,9%) và thấp nhất ở nhóm 21-30 tuổi [60]. Trước đây, tỷ lệ mắc hen thường tập trung ở nhóm trẻ dưới 15 tuổi (10-12%) [61]. Tuy nhiên hiện nay tình trạng mắc hen có xu hướng gia tăng ở hầu hết mọi lứa tuổi, Trong nghiên cứu này, người trẻ tuổi nhất được chẩn đoán mắc hen ở độ tuổi 27. Theo các nghiên cứu mới công bố thời gian gần đây, nguyên nhân có thể do: (1) Nạn ô nhiễm môi trường; (2) Chất thải công nghiệp, bụi, nhiễm trùng (bao gồm cả virus), nấm mốc, lông thú, biểu bì súc vật thải ra môi trường bên ngoài ngày một nhiều; (3) Sử dụng thuốc và hóa chất tùy tiện; (4); Nhịp sống căng thẳng nhiều Stress; (5) Khí hậu khắc nghiệt, nóng và ẩm của những nước bên bờ đại dương [1].

4.1.2. Đặc điểm giới:

NB là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (76,6% và 23,4 %). Tại mỗi đơn vị CMU tiến hành nghiên cứu tỷ lệ NB là nam giới cũng tuân theo qui luật này (CMU Hải Dương: Nam 68,3%, Nữ 31,7%; CMU Thái Nguyên: Nam 78,1%, Nữ 21,9%; CMU Bắc Giang: Nam 86,0%, Nữ 14,0%). Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ mắc hen, COPD ở nam giới thường cao hơn nữ giới. Tỷ lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên nam: 7,1%, nữ: 1,9% [3]. Giới tính chi phối hen theo cách khác nhau về thời gian xuất hiện. Cho tới 13-14 tuổi hoặc trên 80 tuổi, tỷ lệ mắc hen nam là cao hơn nữ [62]. Khói thuốc lá là một trong các căn nguyên quan trọng gây mắc COPD, kể cả hút chủ động và thụ động. 39% trong tổng số các yếu tố nguy cơ mắc COPD là do khói thuốc lá. Khói thuốc làm tăng tỷ lệ mắc COPD cao gấp 4 lần so với những người không hút thuốc lá. Vì vậy, đây là một trong những lý do làm tỷ lệ COPD tăng cao ở các nước đang phát triển, nơi tỷ lệ những người hút thuốc đang ngày một gia tăng. Qua đó chúng

ta thấy rằng COPD là bệnh có thể ngăn ngừa được một cách có hiệu quả nếu nói không với thuốc lá. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam giới đã và đang hút thuốc chiếm 48,4%, trong khi nữ chỉ có 5,5% hút thuốc. Nhóm nghiên cứu thuộc dân tộc Tày, Thái, Cao Lan, Hoa... cũng tương tự như người Kinh, tỷ lệ NB là nam vẫn cao hơn nữ.

Có thể thấy, yếu tố tuổi và giới rất có liên quan mật thiết với yếu tố hút thuốc. Tuổi càng cao nguy cơ mắc COPD càng nhiều, có thể do tích lũy thời gian tiếp xúc với khói bụi. Nam giới có tỷ lệ mắc COPD cao hơn nữ giới. Tuy nhiên gần đây, tại một số nước phát triển, tỷ lệ COPD nam và nữ gần như nhau do có sự thay đổi tình trạng hút thuốc lá gia tăng ở nữ giới [63]. Một số nghiên cứu thậm chí còn cho rằng phụ nữ nhạy cảm với khói thuốc lá hơn nam giới [63].

4.1.3. Nghề nghiệp và khu vực sinh sống:

Trong nghiên cứu này có tới 60,2% NB sống ở khu vực nông thôn, trong đó 52,8% NB là nông dân. Nghiên cứu của Đinh Ngọc Sỹ và cộng sự [3] cũng cho thấy tỷ lệ mắc COPD ở khu vực nông thôn cao hơn thành thị và miền núi (nông thôn: 4,7%, thành thị 3,3%, miền núi 3,6 %). Các tác giả cũng đề cập đến chất đốt sinh khói và cho thấy đun bếp với than, củi, rơm rạ làm tăng tỷ lệ mắc COPD cao gấp 2 lần so với khí đốt. Ngoài ra, hen nghề nghiệp đã được ghi nhận trong nhiều dạng môi trường làm việc. Những nghề nghiệp được nêu nhiều nhất là môi trường có bụi sơn (isocyanates), tiếp xúc thường xuyên các loại hóa chất chăm sóc tóc, các loại dung dịch làm sạch, bụi ngũ cốc.... Những nghề phải hít các kích thích như khói, hóa chất, có nguy cơ mắc bệnh cao hơn [64] và làm cho tình trạng bệnh đã có ngày càng xấu đi [65]. Theo kết quả nghiên cứu, 62 % NB trả lời có thường xuyên tiếp xúc với bụi/hóa chất, trong đó nam 62,9% và nữ 58,9%. Như vậy có thể thấy rằng, ô nhiễm môi trường, đặc biệt là phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ trong môi trường lao động, môi trường sinh sống làm tăng tỷ lệ mắc hen và COPD tại các địa bàn nghiên cứu.

4.1.4. Tình trạng mắc các bệnh đồng mắc:

Được ghi nhận khi NB bắt đầu được quản lý, điều trị tại các đơn vị CMU. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% NB đều có bệnh đồng mắc (*nhiều nhất: 5 loại bệnh; Ít nhất: 1 loại bệnh; Trung bình: 1,76 ~ 2 loại bệnh*). 22,3% NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc trở lên; 77,7% NB mắc từ 1-2 loại bệnh đồng mắc. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, có bệnh đồng mắc là hiện tượng rất phổ biến trên bệnh nhân COPD. Một nghiên cứu ghi nhận hầu hết NB COPD (97,7%) có ít nhất 1 bệnh đồng mắc và hơn nửa số NB

(53,5%) có ít nhất 4 bệnh đồng mắc [66]. Trong một phân tích gần đây, MC. Smith và CS cho thấy có đến 31 loại bệnh và rối loạn được xem là bệnh đồng mắc [67]. Từ góc nhìn tiên lượng, các bệnh đồng mắc có thể xếp thành 2 nhóm: nhóm có tiên lượng điều trị tốt (thí dụ tăng huyết áp, tiểu đường, thiếu máu động mạch vành...) và nhóm có tiên lượng điều trị không tốt (bệnh ung thư, xơ gan, trầm cảm...). Một nhóm tác giả đã phân tích nguy cơ tử vong trong COPD trên 79 bệnh đồng mắc và đã xác định được 12 bệnh đồng mắc có tác động có ý nghĩa trên bệnh nhân COPD, trong đó gồm ung thư (phổi, tụy, thực quản, vú), bệnh tim mạch (rung nhĩ, suy tim sung huyết, bệnh mạch vành), bệnh phổi (xơ hóa phổi), bệnh tiêu hóa (loét dạ dày tá tràng, xơ gan), bệnh nội tiết (tiểu đường có biến chứng thần kinh) và lo lắng [68].

Về chất lượng sống bệnh nhân COPD, năm 2014 trên cơ sở đánh giá tình trạng sức khỏe do bệnh nhân tự khai, A. Frei và CS [69] đã xác định trong 12 bệnh đồng mắc có 5 bệnh làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng, gồm: trầm cảm, lo lắng, bệnh mạch não, bệnh tim, bệnh mạch máu ngoại vi. Trong đó trầm cảm và lo lắng là 2 bệnh đồng mắc ảnh hưởng xấu nhất tới chất lượng sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh đồng mắc tầm soát được bao gồm: tăng huyết áp (40,3%), mỡ máu cao (40,0%), gan nhiễm mỡ (17,3%), đái tháo đường (17,3%), viêm loét dạ dày (14,4%), thoái hóa khớp (12,0%), viêm xương khớp (10,9%), viêm gan (10,3%), loãng xương (9,0%), suy thận (3,4%), lao (2,7%) và ung thư (0,2%). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành và cộng sự năm 2017 cho thấy, bệnh viêm mũi dị ứng là bệnh đồng mắc trên người bệnh hen (15,5%), trong khi bệnh tim mạch là bệnh đồng mắc trên người bệnh COPD (24,7%) [70]. Kết quả một công bố khác cho biết, 10% NB hen có các bệnh lý kết hợp như lao phổi, cao huyết áp, đái đường, 18% NB COPD có các bệnh lý kết hợp như cao huyết áp, đái đường, viêm khớp hoặc các bệnh lý khác [50].

Xác định tỷ lệ mắc và mối liên quan bệnh học bệnh đồng mắc với hen, COPD là công việc không đơn giản do các bệnh có thể có cùng yếu tố nguy cơ, có cùng biểu hiện triệu chứng và tình trạng chồng lấp khiến cho rất khó xác định mối quan hệ nhân quả khi phân tích. Bản thân tăng tuổi cũng là yếu tố làm gia tăng bệnh đồng mắc. Tùy theo cách đánh giá và phân nhóm, bệnh đồng mắc được ghi nhận khá khác nhau giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thông tin chẩn đoán bệnh đồng mắc được lấy dựa trên lời khai của bệnh nhân và hồ sơ bệnh án. Kết quả cho thấy, 4/5 nhóm bệnh

đồng mắc phổ biến ở NB COPD đã được phát hiện. Tuy nhiên chưa tìm thấy nhóm bệnh đồng mắc tâm thần (trầm cảm, lo lắng), một trong những nhóm bệnh đồng mắc có tác động xấu nhất tới chất lượng cuộc sống của NB. Theo chúng tôi, có thể NB không tự nhận ra các dấu hiệu của bệnh trầm cảm/lo lắng, và CBYT trong quá trình khám cũng chưa thật sự quan tâm đến nhóm bệnh tâm thần. Mặt khác, mối quan hệ COPD - người già - bệnh mạn tính vốn dĩ không đơn giản cho thầy thuốc thực hành trong chẩn đoán, đánh giá, theo dõi điều trị.

Do tính tác động qua lại bệnh học giữa bệnh đồng mắc và bệnh hen, COPD, cần có thái độ tích cực trong quản lý và điều trị bệnh đồng mắc. Các yêu cầu quản lý điều trị bệnh đồng mắc cần được thể hiện đồng thời trên hồ sơ sức khỏe của bệnh nhân, cần đặt bệnh nhân hen, COPD trong mối quan tâm, quản lý và điều trị có tính chăm sóc.

*** Nhận xét chung:**

Đặc điểm chung của NB tại các đơn vị CMU là tuổi cao, mức độ bệnh nặng, nhiều triệu chứng, nhiều bệnh đồng mắc và nhiều yếu tố nguy cơ.

Hầu hết NB khi đến khám tại đơn vị CMU đều xuất hiện những triệu chứng hô hấp:

"Số lượng người bệnh đến khám tại đơn vị CMU khá đông, trung bình khám khoảng 50-60 người bệnh/ngày, chủ yếu là khám hô hấp, trong đó có khoảng 30 bệnh nhân khám định kỳ và 20 bệnh nhân khám mới, trong số 20 bệnh nhân khám mới sẽ phát hiện khoảng 10 bệnh nhân hen/COPD – chiếm 50%" (PVS-03).

"Hầu hết NB được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU là những người cao tuổi, đa phần mắc những bệnh mạn tính khác như cao huyết áp, tiểu đường, viêm dạ dày, ..., đặc biệt có một vài trường hợp mắc tới 3 bệnh mạn tính khác nhau, điều này là một trong những vấn đề khó khăn, thách thức và ảnh hưởng đến chất lượng điều trị tại đơn vị" (PVS-01).

"Hút thuốc lá và tiếp xúc với khói bụi là những yếu tố nguy cơ của hen và COPD, tuy nhiên những NB quản lý, điều trị tại đơn vị CMU phần lớn là nông dân, lao động tự do thường xuyên tiếp xúc với bụi, 90% NB là nam giới hút thuốc lá hoặc thuốc lào, trong quá trình điều trị, các CBYT đều tư vấn bỏ thuốc nhưng hiệu quả đến đâu thì chưa đánh giá được" (PVS-02).

4.2.1. *Tuân thủ tái khám định kỳ:*

Theo quy định của đơn vị CMU, hàng tháng NB phải quay lại để khám để đánh giá tình trạng bệnh, trên cơ sở đó bác sĩ sẽ đưa ra phác đồ điều trị phù hợp, tuy nhiên trên thực tế việc duy trì tái khám đối với NB không hề dễ, đặc biệt là những người bệnh ở xa, cao tuổi:

“Mỗi lần đi khám, con tôi lại phải nghỉ làm để đưa đi, nhiều hôm đến ngày hẹn khám nhưng vì không có ai đưa đi nên đành hoãn lại. Nhiều trường hợp khác cho biết do nhà cách xa chỗ khám đến 60-70 km, phương tiện đi lại khó khăn nên cũng không đến khám hàng tháng, chỉ khi nào thấy bệnh nặng quá thì mới đến khám. Đối với những người bệnh đang trong độ tuổi lao động thì cho biết, vì bận công việc họ không thể tháng nào cũng xin nghỉ để đi khám bệnh” (TNL-02).

Tỷ lệ tuân thủ tái khám (01 lần/tháng) của NB có xu hướng giảm dần theo thời gian điều trị. NB quản lý 6 tháng có tỷ lệ tuân thủ tái khám cao nhất (86%), NB quản lý 7-12 tháng (74%) và NB quản lý trên 12 tháng (64,2%).

“Nhìn chung, thời gian đầu mới quản lý, đa số người bệnh tuân thủ tái khám định kỳ khá tốt, hàng tháng đúng lịch hẹn họ đến khám và mang theo vỏ thuốc đã sử dụng hết để lĩnh thuốc mới theo chỉ định của bác sĩ. Tuy nhiên, càng về sau, sự tuân thủ tái khám càng giảm, có những người bệnh 2 tháng mới quay lại khám, thậm chí 3 tháng” (PVS-03).

Nguyên nhân chủ yếu là do nhà ở xa (75,5%). Có tới 37,9% NB đang trong độ tuổi lao động, vì vậy đối với họ sắp xếp công việc để tái khám hàng tháng cũng là một trong những hạn chế. Mặt khác NB hen, COPD đa phần là người già dễ quên lịch tái khám và không thể tự đi khám bệnh, việc đi lại phụ thuộc con cháu đưa đón.

“Nhiều người bệnh tuổi đã cao, không hoặc hạn chế khả năng tự đi khám bệnh, do vậy việc tuân thủ quy định tái khám của người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào người đưa đón. Ngoài ra nhiều trường hợp người bệnh quên lịch, thường đến sớm hơn hoặc muộn hơn ngày hẹn khoảng 7-10 ngày” (PVS -02).

Việc NB chưa tuân thủ tái khám hoặc tái khám chưa đúng theo giấy hẹn gây khó

khăn cho công tác quản lý, chăm sóc NB đảm bảo hiệu quả.

"Chúng tôi ghi phiếu hẹn tái khám sau khoản 30-40 ngày, theo quy định của BHYT, nếu người bệnh đến trước lịch hẹn 10 ngày vẫn cấp thuốc, còn nếu đến sau lịch hẹn thì không được cấp thuốc vì BHYT không thanh toán, do vậy chúng tôi lại phải sửa lại phiếu hẹn" (PVS-01).

Thông tin tái khám được CBYT ghi đầy đủ trong HSBA nên kết quả nghiên cứu về chỉ số này không bị ảnh hưởng bởi sai số nhớ lại. Kết quả của nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Xuân Hòa và CS về việc tuân thủ điều trị ngoại trú của NB đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2012 (tỷ lệ tuân thủ tái khám định kỳ là 89%) [71]. Từ các phân tích nêu trên cho thấy, để đảm bảo hiệu quả quản lý, điều trị, các đơn vị CMU cần thực hiện các giải pháp hỗ trợ NB tuân thủ tái khám như tìm người phù hợp để hỗ trợ NB, có các hình thức nhắc lịch tái khám cho NB, đặc biệt là những trường hợp có nguy cơ không tái khám cao như: Người độc thân, người đi làm ăn xa,...

Kết quả thảo luận nhóm NB còn cho thấy, ngoài các lý do nêu trên, còn có một số lý do khác khiến NB không tuân thủ tái khám như: thấy triệu chứng bệnh đã giảm, sợ tác dụng phụ của thuốc điều trị, không biết cần phải sử dụng thuốc đều đặn. Đây là những cách hiểu chưa đúng, do vậy, trong quá trình khám, điều trị, các CBYT cần tư vấn, hướng dẫn cụ thể để NB hiểu đúng, từ đó chủ động tuân thủ tái khám theo quy định, nhằm đảm bảo hiệu quả quản lý, điều trị của đơn vị CMU.

Khoảng cách trung bình từ nhà NB đến đơn vị CMU là 20,65 km, gần nhất là 3 km, xa nhất là 65 km. Như vậy, so với những NB đến khám tại một số phòng khám khác thì NB hen, COPD phải đi xa hơn [72], đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tuân thủ tái khám của NB chưa cao vì có tới 73,8% NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy. Vì vậy, để tạo thuận lợi cho NB tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh, tiết kiệm chi phí đi lại cho NB, cần triển khai mô hình đơn vị CMU đến tuyến huyện, xã.

4.2.2. Điều trị không dùng thuốc (phục hồi chức năng hô hấp):

Mục tiêu chính của chương trình PHCNHH là nhằm làm giảm triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và gia tăng các hoạt động thể chất và xã hội trong cuộc sống hàng ngày của NB. Chương trình PHCNHH có thể được tổ chức cho người bệnh nội trú,

ngoại trú hoặc tại nhà. Tuy nhiên mô hình PHCNHH cho người bệnh ngoại trú là chương trình được áp dụng rộng rãi nhất, có hiệu quả khi được đánh giá bởi phần lớn các thử nghiệm lâm sàng, đây là phương pháp an toàn, thuận lợi và có lợi ích trong cân chi phí – hiệu quả. Chương trình PHCNHH cho người bệnh nội trú thường áp dụng cho những bệnh nhân nặng, thiếu phương tiện đi lại hoặc kém hỗ trợ từ phía gia đình, có hiệu quả tương tự như chương trình PHCNHH ngoại trú nhưng chi phí cao hơn. Chương trình PHCNHH tại nhà thuận tiện cho người bệnh và dễ thực hiện lâu dài nhưng hiệu quả thường kém và có những bất lợi như thiếu hỗ trợ nhóm, thiếu sự phối hợp của các nhân viên y tế từ nhiều lĩnh vực, dụng cụ tập luyện không đầy đủ và đồng nhất.

Chương trình PHCNHH đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh, một chương trình điều trị phục hồi chức năng hô hấp là 1 chương trình tổng hợp bao gồm tư vấn giáo dục sức khỏe, vật lý trị liệu hô hấp, vận động thể lực tiết chế dinh dưỡng với đội ngũ thầy thuốc chuyên sâu. Sau 4-8 tuần thực hiện đầy đủ, tình trạng bệnh được cải thiện rõ rệt, thể hiện qua giảm triệu chứng khó thở (điểm khó thở MRC sau điều trị giảm so với trước 1,2 điểm), tăng chất lượng cuộc sống (sau điều trị giảm trung bình 11 điểm SGRQ so với nhóm chứng), tăng khả năng vận động (khoảng cách đi bộ 6' sau điều trị tăng trung bình 67,78m), cải thiện tình trạng khí máu sau điều trị (PaCO₂ giảm trung bình 7mmHg) [73].

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 38,7% NB quản lý tại đơn vị CMU Thái Nguyên, tương đương 17,5% tổng số NB được hướng dẫn thực hiện các bài tập về PHCNHH, đây là một trong những hạn chế của các đơn vị CMU do thiếu cơ sở vật chất (trang thiết bị, nhân lực kỹ thuật).

“Hiện tại, bệnh viện đã cử cán bộ lên bệnh viện tuyến trung ương học các kỹ thuật về PHCNHH, tuy nhiên bệnh viện chưa thành lập được khoa thăm dò PHCNHH vì chưa có cơ sở vật chất, trang thiết bị, đây là một nhiệm vụ mà bệnh viện sẽ quyết tâm hoàn thành trong thời gian tới” (PVS-03).

Thực trạng này cũng đã được đề cập trong bài viết của PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung về mô hình quản lý hen, COPD tại đơn vị CMU, bệnh viện Phổi Trung ương [50] và cũng là khó khăn, thách thức chung của mạng lưới cung ứng dịch vụ PHCN hiện nay. Đối với các địa phương chưa tổ chức được chương trình PHCNHH tại y tế cơ sở

hoặc người bệnh không có điều kiện tham gia chương trình PHCNHH tập trung có thể được khuyến khích tập vận động tại nhà khoảng 20-30 phút hàng ngày theo cách thức và nhịp độ phù hợp với mình [74].

4.2.3. *Tư vấn sức khỏe (TVSK):*

Mục tiêu chung của hoạt động TVSK trong chăm sóc, quản lý hen, COPD là **giúp người bệnh trở thành thầy thuốc của chính mình**, góp phần tích cực vào hiệu quả điều trị, quản lý người bệnh hen, COPD tại đơn vị CMU. Nội dung TVSK bao gồm: (1) Xác định những vấn đề và nhu cầu sức khỏe của NB; (2) Hiểu rõ những điều gì NB có thể làm được để giải quyết những vấn đề sức khỏe, bảo vệ và tăng cường sức khỏe bằng những khả năng của chính NB cũng như sự giúp đỡ từ bên ngoài; (3) Quyết định những hành động thích hợp nhất để tăng cường cuộc sống khỏe mạnh [50]

Kết quả nghiên cứu cho thấy 58,7% NB quản lý tại các đơn vị CMU được TVSK, thấp hơn so với mục tiêu chung của tất cả các đơn vị CMU khi thành lập là 100% NB quản lý tại đơn vị được TVSK. Quan sát thực tế tại các đơn vị CMU cho thấy, số lượng NB đến khám trong ngày nhiều (khoảng 40-50 lượt/ngày), trong khi nhân lực tại mỗi đơn vị CMU (1 bác sĩ, 1-2 điều dưỡng/kỹ thuật viên), hầu hết là cán bộ kiêm nhiệm, do vậy thời gian dành cho TVSK chưa đáp ứng nhu cầu NB.

"Tính đến hiện tại, đơn vị chúng tôi đang quản lý rất nhiều người bệnh hen, COPD, mỗi ngày có khoảng 40-50 bệnh nhân đến khám, phòng chỉ có 1 bác sĩ vừa khám, vừa tư vấn, 1 điều dưỡng ghi hồ sơ bệnh án, 1 kỹ thuật viên ngồi bên khoa điện tim, có những lúc đông bệnh nhân, chúng tôi không có thời gian để tư vấn và giải thích kỹ hơn cho người bệnh" (PVS-02).

Hình thức TVSK tại các đơn vị CMU bao gồm: (1) Tư vấn trực tiếp; (2) Tư vấn qua website; (3) Tư vấn qua sinh hoạt Câu lạc bộ sức khỏe; (4) Tư vấn qua điện thoại; (5) Tư vấn qua Email. Trong nghiên cứu này, 47,5% NB được TVSK qua điện thoại, 99,5% NB được tư vấn trực tiếp, kết quả này cao hơn so với báo cáo đánh giá đã công bố [50].

Nội dung TVSK: NB được tư vấn đầy đủ các kiến thức về bệnh, về tình trạng bệnh, được hướng dẫn cách sử dụng thuốc, cách nhận biết các triệu chứng đợt cấp, cách phòng tránh các yếu tố nguy cơ, cách thực hiện các bài tập về PHCNHH..., do vậy, NB có khả năng sử dụng đúng thuốc, biết phòng tránh các yếu tố nguy cơ và có thể trở thành thầy

thuốc của chính mình, điều này đã giúp ích được rất nhiều người bệnh, đặc biệt là những người bệnh nặng và người bệnh ở các tuyến cơ sở. TVSK tại đơn vị CMU có vai trò đặc biệt quan trọng, góp phần tích cực vào hiệu quả điều trị, quản lý người bệnh hen, COPD tại cộng đồng.

“Ban đầu, mỗi lần đến khám bệnh, chúng tôi đều được các bác sĩ phát cho các tài liệu về bệnh để đọc, có thắc mắc chỗ nào bác sĩ sẽ giải thích, chúng tôi được hướng dẫn về cách dùng thuốc, bác sĩ yêu cầu thực hành tại chỗ để xem chúng tôi đã dùng đúng cách chưa. Sau nhiều lần được hướng dẫn, bây giờ chúng tôi có thể làm đúng và hiểu hơn về tình trạng bệnh của mình, từ đó thấy yên tâm hơn”
(TLN - 01).

Tuy nhiên, do nhân lực thực hiện công tác TVSK tại các đơn vị CMU chưa được đào tạo nhiều về kỹ năng tư vấn, số lượng cán bộ hạn chế, hầu hết là cán bộ kiêm nhiệm, vì vậy thời gian dành cho công tác tư vấn giáo dục sức khỏe chưa đáp ứng nhu cầu, kinh nghiệm tổ chức thực hiện, trình độ chuyên môn, kinh phí còn nhiều hạn chế nên hiệu quả tư vấn chưa đạt kết quả như mong đợi. Có thể nói, hoạt động tư vấn tại các đơn vị CMU, nhất là kỹ năng tư vấn có tầm quan trọng đặc biệt trong quản lý hen, COPD và đã trở thành công cụ đặc biệt hữu ích đem lại hiệu quả cho NB hen, COPD, vì vậy để từng bước nâng cao chất lượng, góp phần tạo nên thành công của đơn vị CMU, các đơn vị cần quan tâm đến công tác đào tạo nhân lực, thường xuyên cử các bộ tham gia các khóa đào tạo về chuyên đề hen, COPD, đặc biệt là đào tạo về kỹ năng tư vấn, giáo dục sức khỏe cho NB.

4.2.4. Tham gia Câu lạc bộ sức khỏe phổi

Người bệnh, người nhà người bệnh, CBYT, người dân tình nguyện đều có thể trở thành Hội viên của CLB. Các báo cáo viên là những người trong ban chủ nhiệm CLB, các bác sĩ điều trị, các tư vấn viên và một số người bệnh có kinh nghiệm. Nội dung của các buổi sinh hoạt CLB rất đa dạng, phong phú: Bài giảng kiến thức về bệnh, thảo luận một số trường hợp bệnh, bài thực hành mẫu, khám, tư vấn. Mục tiêu của hoạt động này là tư vấn thường xuyên và đầy đủ nhằm cung cấp những kiến thức, kỹ năng thực hành quản lý và điều trị hen, COPD cho Hội viên, từng bước giúp họ có thể trở thành “thầy thuốc của chính mình”. Trong 3 đơn vị nghiên cứu, chỉ có CMU Thái Nguyên triển khai và duy trì sinh hoạt CLB định kỳ 1 tháng một lần vì có nguồn kinh phí hoạt động. Tỷ lệ

NB tại CMU Thái Nguyên tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ sức khỏe phổi là 42,6% khá cao so với một số CLB khác (11,3% - 34,4%) [72]. Điều này được giải thích là phần lớn NB được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU được CBYT tư vấn và giới thiệu đến tham gia sinh hoạt CLB “Sức khỏe phổi”, đồng thời NB khác đã tham gia CLB cũng tư vấn, giới thiệu cho nhau, do vậy tỷ lệ NB tham gia CLB có xu hướng ngày càng gia tăng. Tuy nhiên vẫn còn hơn 50% NB được quản lý tại đơn vị chưa tham gia sinh hoạt CLB, điều này có thể giải thích là do NB hen, COPD đa phần là người cao tuổi, việc tham gia sinh hoạt CLB bị hạn chế vì phụ thuộc người đưa đón; 37,9% NB đang trong độ tuổi lao động nên họ ít có thời gian để tham gia các hoạt động này hơn.

“Một số NB cho biết, bản thân họ đã tham gia sinh hoạt CLB được khoảng gần 1 năm, thời gian đầu, tháng nào con, cháu họ cũng đưa đến, nhưng giờ con, cháu bận đi làm không có thời gian đưa đón nên không tham gia sinh hoạt CLB theo định kỳ 01 lần/tháng mặc dù bản thân NB rất muốn tham gia” (TLN -02).

“Người bệnh cho biết, ban đầu khi nghe bác sĩ giới thiệu về CLB, họ cũng không để ý lắm, sau đó nghe mấy người cũng bị bệnh như họ nói là đã tham gia và thấy rất bổ ích nên họ mới tham gia CLB, tại CLB họ không chỉ được các bác sĩ tư vấn về bệnh mà còn nghe những người bệnh khác chia sẻ kinh nghiệm nên thấy rất dễ hiểu. Tuy nhiên, nhiều người bệnh khác cho biết dù đã đăng ký là hội viên của CLB nhưng họ không thường xuyên tham dự được vì bận việc, nhà ở xa, quên lịch” (TNL-03).

“Đa phần hội viên là người bệnh cao tuổi, việc tham gia sinh hoạt CLB của họ phụ thuộc người nhà đưa đến, hiện nay có nhiều khu công nghiệp mọc lên, con cái họ bận đi làm không có thời gian đưa bố mẹ đến CLB. Ngoài ra, nguồn kinh phí tổ chức hoạt động của CLB cũng bị cắt giảm nên rất khó để duy trì” (PVS-03).

Một báo cáo đánh giá về kết quả hoạt động tại đơn vị CMU tuyến Trung ương cho thấy: 100% hội viên CLB biết cách phòng tránh các yếu tố nguy cơ, biết phối hợp tốt với thầy thuốc và biết xử trí các tình huống tại nhà. 100% hội viên CLB đều hài lòng về nội dung và kỹ năng tư vấn. 70% hội viên không phải sử dụng các dịch vụ y tế trong năm. Về hen, 85% hội viên được kiểm soát hen hoàn toàn. Về COPD, 100% hội viên

hiểu được diễn tiến bệnh lý, có được tinh thần phấn chấn, tham gia tích cực các sinh hoạt cộng đồng và có được chất lượng cuộc sống tốt [14], [75]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 6 tháng quản lý, điều trị tại đơn vị CMU 93,5% NB kiểm soát hen một phần; 99,2% NB nhận biết được các triệu chứng đợt cấp, kỹ năng thực hành sử dụng thuốc dạng xịt/hít, kỹ năng thực hiện các bài tập về PHCNHH, tình trạng ăn, ngủ của NB cũng được cải thiện rõ rệt.

Mặc dù việc tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi mang lại nhiều lợi ích cho NB, mô hình tổ chức hoạt động của CLB là phù hợp, giúp NB dễ dàng tiếp cận thông tin, nâng cao kiến thức, từ đó chủ động bảo vệ sức khỏe, kiểm soát bệnh hiệu quả [50], tuy nhiên mô hình này vẫn còn tồn tại một số rào cản thuộc về NB khi tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi như: tuổi cao, hạn chế khả năng đi lại, phụ thuộc người đưa đón, quên lịch,... các đơn vị CMU cũng cần quan tâm đến một số yếu tố khác như: kinh phí tổ chức và duy trì sinh hoạt Câu lạc bộ. Hình thức thông báo/mời tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ chưa đa dạng, chưa phù hợp, nhiều người bệnh không biết, không nhớ lịch để tham gia sinh hoạt định kỳ. Khả năng tư vấn của tư vấn viên hạn chế về trình độ chuyên môn cũng như kỹ năng truyền đạt thông tin nên chưa hoàn toàn thực hiện được mục tiêu là giúp NB trở thành thầy thuốc của chính mình. Do vậy, để đảm bảo hiệu quả của CLB sức khỏe phổi theo mục tiêu đã đề ra, các đơn vị CMU cần có những giải pháp tìm kiếm nguồn lực để tiếp tục duy trì hoạt động thường xuyên 1 lần/tháng (ví dụ như mô hình xã hội hóa y tế), đồng thời triển khai các giải pháp hỗ trợ người bệnh để họ có điều kiện tham gia sinh hoạt CLB, ví dụ: (1) CBYT cần tư vấn cho người nhà NB (*vợ, chồng hoặc bố, mẹ hoặc con, cháu của NB – những người chăm sóc ăn uống, nhắc nhở uống thuốc, an ủi động viên, hỗ trợ chi phí điều trị cho NB*) hiểu được vai trò của hoạt động tham gia sinh hoạt CLB đối với kết quả điều trị của NB, từ đó khuyến khích người nhà NB tham gia sinh hoạt CLB cùng NB. (2) CBYT cần có hình thức nhắc lịch cho những NB có nguy cơ quên lịch (*người sống một mình, người đi làm ăn xa*), đây là những đối tượng cần được CBYT lưu ý để có thể hỗ trợ, tư vấn nhiều hơn trong quá trình điều trị. (3) Đơn vị CMU nên lựa chọn thời gian tổ chức sinh hoạt CLB phù hợp với đa số NB, thông thường nên chọn ngày cuối tuần sẽ không ảnh hưởng đến công việc của NB cũng như người nhà NB.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng dịch vụ KCB tại đơn vị CMU.

4.3.1. Các yếu tố thuộc về NB

Tái khám định kỳ: Một trong 3 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đối với thực trạng tuân thủ tái khám của NB là khu vực sinh sống. Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tuân thủ tái khám cao gấp 1,9 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 1,9; KTC 95%: 1,3-2,7). Thực tế cho thấy khoảng cách tới nơi khám chữa bệnh, nơi nhận thuốc càng xa thì tỷ lệ tuân thủ tái khám, tuân thủ điều trị càng kém, dẫn tới kết quả điều trị chưa cao. Kết quả nghiên cứu này là một minh chứng cho thực tế nêu trên. 52,8% NB là nông dân, 60,2% NB sống ở khu vực nông thôn, 73,8% NB sử dụng phương tiện đi lại là xe máy, do đó tỷ lệ tuân thủ tái khám của NB sống ở khu vực nông thôn thấp hơn so với khu vực thành thị. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị rằng cần mở rộng mô hình đơn vị CMU đến tuyến quận, huyện, nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ cho những NB sống ở khu vực nông thôn được dễ dàng và thuận tiện hơn.

Điều trị không dùng thuốc (PHCNHH): Nghề nghiệp và khu vực sinh sống là 2 trong 4 yếu tố liên quan đến thực trạng thực hiện các bài tập PHCNHH. Những NB là công nhân, nông dân thực hiện các bài tập PHCN bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị thực hiện các bài tập PHCN cao gấp 4,1 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 4,1; KTC 95%: 2,8-6,9). Điều này có thể lý giải là do những NB ở khu vực thành thị và những NB có trình độ học vấn cao hơn thường có kỹ năng thực hiện các bài tập PHCNHH tốt hơn. Vì vậy, trong quá trình tư vấn, CBYT cần ưu tiên thời gian hướng dẫn nhiều hơn cho những NB sống ở nông thôn và làm nghề nông dân, công nhân để họ hiểu hơn về tình trạng bệnh cũng như hiểu được vai trò của kỹ năng thực hiện các bài tập PHCNHH đối với hiệu quả cải thiện bệnh.

Tư vấn sức khỏe: Bệnh đồng mắc liên quan có ý nghĩa thống kê với thực trạng sử dụng dịch vụ TVSK. Những NB mắc trên 2 loại bệnh đồng mắc sử dụng dịch vụ TVSK cao gấp 1,2 lần so với những NB mắc từ 1-2 bệnh đồng mắc (OR=1,2; KTC 95%: 1,1-1,6). Điều này có thể lý giải như sau, chẩn đoán bệnh đồng mắc ở NB hen, COPD thường gặp khó khăn do có các yếu tố nguy cơ chung thường gặp ở người lớn tuổi, các triệu chứng thường trùng lặp, đặc biệt khi có cùng lúc nhiều bệnh đồng mắc và ở những người bệnh nặng. NB hen, COPD thường tử vong do bệnh đồng mắc hơn là bản thân

bệnh hen, COPD [76], bệnh đồng mắc làm gia tăng tỷ lệ vào đợt cấp, nhập viện và thời gian nằm viện của NB [76], [77]. Bệnh đồng mắc là nguyên nhân quan trọng làm gia tăng chi phí y tế của bệnh hen, COPD [76]. Từ các phân tích nêu trên cho thấy, những NB mắc càng nhiều bệnh đồng mắc thì càng biểu hiện nhiều triệu chứng hơn, mức độ bệnh nặng hơn, do vậy họ có nhu cầu được khám, TVSK nhiều hơn. Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến cáo rằng, bệnh đồng mắc cần được tầm soát khi khám và chuẩn đoán và đánh giá giai đoạn của bệnh. Cần có một bảng tầm soát mà liệt kê bệnh nên giới hạn vào những bệnh đồng mắc phổ biến, có tác động quan trọng tới tiến trình và điều trị hen, COPD. Bảng liệt kê này cần nằm trong nội dung hồ sơ bệnh án. Các phương pháp điều trị bệnh đồng mắc cần được thể hiện đồng thời với điều trị hen, COPD để giảm nhẹ gánh nặng sử dụng thuốc và tránh tương tác thuốc có hại cho NB.

Tham gia CLB Sức khỏe phổi: Giới tính, nghề nghiệp, khu vực sinh sống là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thực trạng tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi. Những NB là nam giới tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,3 lần so với những NB là nữ giới (OR=0,3; KTC 95%: 0,2-0,6). NB là công nhân, nông dân tham gia sinh hoạt CLB bằng 0,1 lần so với những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí hay ngành nghề khác (OR = 0,1; KTC 95%: 0,1-0,2). Những NB sinh sống ở khu vực thành thị tham gia sinh hoạt CLB cao gấp 3,9 lần so với những NB sinh sống ở khu vực nông thôn (OR= 3,9; KTC 95%: 2,7-5,8). Thông thường CLB tổ chức vào ngày cuối tuần, do vậy những NB là cán bộ nhà nước, cán bộ hưu trí tham gia nhiều gia CLB nhiều hơn so với NB là nông dân, công nhân (công nhân vẫn đi làm ngày thứ bảy). Khoảng cách địa lý cũng là một những rào cản đối với việc tham gia sinh hoạt CLB [72]. Từ thực tế phân tích kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến cáo rằng, CBYT cần quan tâm nhiều hơn nữa đến những NB là nam giới, tư vấn, khuyến khích họ tích cực tham gia sinh hoạt CLB. Các đơn vị CMU có thể lựa chọn thời gian và địa điểm phù hợp để tổ chức sinh hoạt CLB nhằm tạo nên sự thay đổi cũng như tạo điều kiện thuận lợi cho những NB ở khu vực nông thôn có thể tham gia.

Nhận xét chung: Ngoài các yếu tố liên quan đến từng loại dịch vụ nêu trên, sau khi không chế các biến số khác trong mô hình phân tích đa biến, có **2 yếu tố** cùng liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU gồm: Thời gian quản lý, điều trị và mức độ hài lòng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NB sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU tăng dần theo thời gian được quản lý, điều trị. Theo đó NB quản lý, điều trị dưới 12 tháng có

xu hướng sử dụng các dịch vụ y tế tại các đơn vị CMU thấp hơn so với những NB có thời gian quản lý, điều trị trên 12 tháng. Điều này có thể lý giải là NB có thời gian quản lý, điều trị lâu thường sử dụng dịch vụ TVSK nhiều hơn nên có kiến thức về bệnh và kỹ năng thực hành sử dụng thuốc và thực hiện các bài tập PHCNHH tốt hơn. Khi đó NB hiểu được vai trò của việc tuân thủ điều trị đối với hiệu quả cải thiện tình trạng bệnh, do vậy NB chủ động tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của CBYT.

“Những người bệnh là hội viên câu lạc bộ sức khỏe phổi thường tuân thủ tái khám, tuân thủ điều trị tốt hơn. Kiến thức về bệnh và kỹ năng thực hành sử dụng thuốc, kỹ năng thực hiện các bài tập về PHCNHH của những người này tốt hơn những người không tham gia sinh hoạt câu lạc bộ. Hầu hết hội viên là những NB có thời gian quản lý, điều trị từ trên 6 tháng” (PVS-02).

Sự hài lòng của NB là công cụ được sử dụng phổ biến trong việc đo lường chất lượng DVYT. Nhiều nghiên cứu cho thấy, NB hài lòng với DVYT càng cao thì sử dụng DVYT càng nhiều [78] và kết quả nghiên cứu này cũng tương tự. Những NB chưa hài lòng với dịch vụ y tế tại đơn vị CMU sử dụng dịch vụ TVSK chỉ bằng 0,1 đến 0,4 lần so với những NB hài lòng (OR= 0,1-0,4; KTC 95%: 0,3-0,7).

4.3.2. Các yếu tố thuộc về đơn vị CMU:

Kết quả phân tích đa biến cho thấy **4 yếu tố** liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU gồm: Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU; thời gian chờ đợi KCB, thái độ phục vụ của CBYT, khả năng tiếp cận CBYT. Các yếu tố về cung cấp dịch vụ luôn là vấn đề được quan tâm của NB khi sử dụng dịch vụ tại bất kỳ cơ sở điều trị nào.

Trung bình khoảng cách từ nhà NB đến đơn vị CMU là 20,6 km, người xa nhất là 65 km, gần nhất là 3km. Các đơn vị CMU đều đặt tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh, riêng Hải Dương đã thành lập và triển khai hoạt động đơn vị CMU tại 2 huyện nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho NB khi tiếp cận dịch vụ. Tuy nhiên có thể do tâm lý NB chưa tin tưởng ở tuyến huyện nên một số NB vẫn mong muốn điều trị tại đơn vị CMU tuyến tỉnh, dẫn đến tình trạng một số NB phàn nàn về thời gian chờ đợi KCB. Song, kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số NB đều hài lòng hoặc rất hài lòng khi sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU, chỉ còn 0,5% NB chưa hài lòng vì cho rằng thời gian chờ đợi lâu (1,9%) và khó tiếp cận CBYT (2,2%). Điều này có thể do số lượng NB đến tập trung khám và lĩnh thuốc đông (khoảng 40-50 NB/ngày), trong khi chỉ có 1 bác sỹ khám, 1-2 cán bộ tư vấn và cấp thuốc tại mỗi đơn vị CMU. Ngoài ra do nhiều NB nhà ở xa, hoặc

đang đi làm chỉ tranh thủ đến lấy thuốc không có nhiều thời gian chờ đợi nên tâm lý NB nôn nóng.

Nhìn chung, NB đều hài lòng và có những nhận xét tích cực đối với CBYT cũng như chất lượng dịch vụ y tế tại các đơn vị CMU, tuy nhiên hiện nay, số lượng người bệnh hen, COPD quản lý ngày càng tăng, nhân lực của mỗi đơn vị CMU thường chỉ có 03 cán bộ, do vậy chưa đáp ứng kịp thời nhu cầu khám, chữa bệnh cho người bệnh. Tình trạng người bệnh phản ứng tiêu cực do chưa được CBYT giải thích kỹ đôi khi vẫn xảy ra.

"Tính đến hiện tại, chúng tôi đang quản lý gần 1000 người bệnh hen, COPD, mỗi ngày có khoảng 40-50 bệnh nhân đến khám, phòng chỉ có 1 bác sĩ vừa khám, vừa tư vấn, 1 điều dưỡng ghi hồ sơ, 1 kỹ thuật viên ngồi bên khoa điện tim, có những lúc đông bệnh nhân, chúng tôi không có thời gian để tư vấn và giải thích kỹ hơn cho người bệnh, nên nhiều khi người bệnh hiểu lầm và có những lời lẽ và hành động tiêu cực" (PVS-01).

Do vậy các đơn vị CMU cũng cần lưu ý hơn để bố trí nhân lực nhằm phục vụ NB tốt hơn. Bên cạnh đó, mô hình đơn vị CMU được thành lập và hoạt động chưa lâu, cơ sở vật chất, kinh nghiệm, năng lực cán bộ còn hạn chế, đây cũng là điểm lưu ý để các đơn vị tuyển trên có kế hoạch giám sát hỗ trợ, đào tạo tập huấn nhằm nâng cao trình độ và kỹ năng cho cán bộ y tế tuyển cơ sở. Có thể thấy tỷ lệ hài lòng của NB trong nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu đã công bố (8,5 - 88,3%) [72].

4.4. Kết quả cải thiện tình trạng bệnh sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU

4.4.1. Thay đổi kiến thức và kỹ năng của NB

Sự thay đổi kiến thức về bệnh tật và kỹ năng thực hành (sử dụng thuốc dạng xịt/hít, thực hiện các bài tập PHCNHH) của NB trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị (6 tháng; 12 tháng; 24 tháng) tại các đơn vị CMU theo xu hướng cải thiện tốt hơn và đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Khả năng nhận biết triệu chứng đợt cấp của NB tăng từ 5,5% (trước điều trị) lên 78,2% (sau 12 tháng) và lên 89,7% (sau 24 tháng). Kỹ năng thực hành sử dụng thuốc dạng xịt/hít từ 0% (trước điều trị) lên 67,8 (sau 6 tháng), 87,4% (sau 12 tháng) và 98,1 % (sau 24 tháng). Kỹ năng thực hiện các bài tập PHCN từ 0% (trước điều trị) lên 5,8% (sau 6 tháng), 26,7% (sau 12 tháng), 59,6% (sau 24 tháng). Các tỷ lệ tương đương so với một số kết quả nghiên cứu về thay đổi kiến thức NB sau điều trị (dưới 90%) [79].

Việc sử dụng dịch vụ TVSK, tham gia sinh hoạt các câu lạc bộ, tái khám định kỳ hàng tháng là những điều kiện để NB nâng cao kiến thức về bệnh và kỹ năng thực hành thông qua việc tiếp nhận thông tin từ CBYT, học hỏi, trao đổi từ những người NB khác. Nhiều nghiên cứu ở nước ta cũng đã chỉ ra hoạt động của câu lạc bộ gắn với hoạt động của PK ngoại trú đã mang lại những hiệu quả đáng kể trong việc hỗ trợ, tuân thủ điều trị, cải thiện sức khỏe thể chất, khuyến khích người NB tự tin, mạnh dạn tham gia các hoạt động tập thể [80], [81]. Sinh hoạt CLB là một trong những hoạt động quan trọng và có ý nghĩa tại các đơn vị CMU, hàng tháng CLB tổ chức sinh hoạt để trao đổi và chia sẻ những thông tin liên quan đến kiến thức về bệnh hen, COPD và những khó khăn trong cuộc sống. Hoạt động này nên được nhân rộng hơn để ngày càng huy động được nhiều NB tham gia, giúp họ hiểu biết, tự tin và sống tích cực hơn.

Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU lâu hơn có xu hướng sử dụng các dịch vụ y tế nhiều hơn, đặc biệt là dịch vụ TVSK và tham gia sinh hoạt CLB, nên kiến thức và kỹ năng thực hành phòng, chống bệnh của họ tốt hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy, những NB có thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU từ dưới 12 tháng sử dụng dịch vụ TVSK bằng 0,2 lần so với những NB có thời gian quản lý tại đơn vị CMU trên 12 tháng (OR=0,2; KTC 95%: 0,1-0,2). Những suy luận này hoàn toàn hợp logic và cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác [72], [82].

4.4.2. Thay đổi triệu chứng hô hấp, tầm hoạt động, tình trạng ăn, ngủ

Sự thay đổi các triệu chứng ho, chức năng tri giác, tầm hoạt động, tình trạng ăn uống, tình trạng ngủ của NB trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị (6 tháng; 12 tháng; 24 tháng) tại các đơn vị CMU theo xu hướng cải thiện tốt hơn và đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). NB tại đơn vị CMU đa phần là người cao tuổi, tình trạng ăn, ngủ có ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị của NB.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng ăn uống của NB được cải thiện theo chiều hướng tốt hơn, tỷ lệ NB được cải thiện tình trạng ăn uống tốt hơn tăng dần theo thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, từ 5,2% (trước điều trị) tăng lên 67,1% (sau 6 tháng), 93,5% (sau 12 tháng) và 95,2% (sau 24 tháng).

Tỷ lệ NB được cải thiện tình trạng ngủ tốt hơn cũng tăng dần theo thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, từ 7,7% (trước điều trị) tăng lên 28,1% (sau 6 tháng), 74,2% (sau 12 tháng) và 83,9% (sau 24 tháng).

Triệu chứng ho của NB cũng được cải thiện đáng kể, tỷ lệ NB có triệu chứng ho liên tục giảm 12,3% (sau 24 tháng), ho hàng ngày giảm 60,6% (sau 24 tháng), thỉnh thoảng ho tăng 17,4% (sau 24 tháng), không còn triệu chứng tăng 55,5%.

Tầm hoạt động của NB cũng được cải thiện rõ rệt theo thời gian. Tỷ lệ NB có phạm vi hoạt động tại chỗ giảm 10% (sau 24 tháng), phạm vi hoạt động trong nhà giảm 89,6% (sau 24 tháng), phạm vi hoạt động ngoài nhà tăng 72,6% (sau 24 tháng), phạm vi hoạt động ngoài cộng đồng tăng 20,3%.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với phác đồ điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế và đáp ứng mục tiêu điều trị tại các đơn vị CMU. Tình trạng ăn, ngủ và tầm hoạt động được cải thiện đồng nghĩa với việc chất lượng cuộc sống của NB được nâng cao, điều này có ý nghĩa vô cùng to lớn đối với bản thân mỗi NB, gia đình họ và cộng đồng, qua đó phản ánh hiệu quả quản lý, điều trị hen, COPD của các đơn vị CMU.

4.4.3. Thay đổi về tuân thủ điều trị

Thực tế cho thấy, thời gian điều trị càng lâu thì tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB càng giảm [72], [82], cũng giống như xu thế điều trị các bệnh mạn tính khác. Theo kết quả nghiên cứu của Khổng Minh Quang, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV của NB có xu hướng giảm dần theo thời gian: 95,24% (6 tháng); 90,77% (6-12 tháng) và 84,93% (trên 12 tháng). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB cũng có xu hướng giảm dần theo thời gian: 92,6% (sau 6 tháng); 80,7% (sau 12 tháng) và 67,3% (sau 24 tháng).

Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung của NB là trên 80%, cao hơn kết quả nghiên cứu về tuân thủ điều trị tại một số phòng khám ngoại trú như nghiên cứu tại Hà Nội (79,5%) [83], tại Cần Thơ (77%) [84], tại TP Hồ Chí Minh (67%) [85]. Việc tuân thủ điều trị trong các nghiên cứu khác thường đánh giá dựa trên 3 tiêu chí: không bỏ liều, không uống sai giờ quá 1 tiếng, không uống sai liều/sai cách uống, tuy nhiên trong nghiên cứu này chỉ đánh giá qua 2 tiêu chí: Tái khám định kỳ theo quy định (01 lần/tháng), sử dụng thuốc đúng liều quy định (khi tái khám NB phải mang vỏ thuốc đến trả mới được lĩnh thuốc mới), có lẽ đây là lý do khiến tỷ lệ tuân thủ điều trị của NB cao hơn các nghiên cứu khác. Một trong những ưu điểm của kết quả đo lường tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này là không bị ảnh hưởng bởi sai số nhớ lại, vì thông tin do CBYT trực tiếp đánh giá và ghi chép đầy đủ vào HSBA sau mỗi lần NB tái khám, vì vậy kết quả có độ tin cậy cao.

Nguyên nhân NB không tuân thủ điều trị chủ yếu vì nhà cách xa đơn vị CMU (75,5%), bận công việc (41,7%), quên lịch tái khám (37,6%). Do vậy cần mở rộng mô hình đơn vị CMU đến tuyến huyện, xã để NB có nhiều cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế của đơn vị CMU hơn, đồng thời giảm được chi phí đi lại và thời gian chờ đợi cho NB.

Tuân thủ điều trị là một trong những yếu tố không thể thiếu, đóng vai trò quan trọng trong hiệu quả điều trị bệnh. Do vậy các đơn vị CMU cần nghiên cứu để sớm phát hiện những rào cản khiến NB không tuân thủ điều trị để có biện pháp tư vấn, hỗ trợ phù hợp, kịp thời, như: Tư vấn nâng cao hiểu biết của NB về vai trò của việc tuân thủ điều trị, cách xử lý khi quên liều thuốc, nhắc lịch tái khám đối với những NB có nguy cơ quên lịch (NB không có người thân chăm sóc, NB đi làm ăn xa ...). Các nghiên cứu nêu trên sử dụng các phương pháp đo lường, đánh giá tuân thủ điều trị khác nhau cũng như khoảng thời gian để đánh giá tuân thủ điều trị khác nhau và ở các vùng, miền khác nhau, do đó việc so sánh các tỷ lệ về tuân thủ điều trị nêu trên chỉ mang tính chất tham khảo.

4.4.4. Thay đổi mức độ kiểm soát hen theo mức điểm ACT

Điểm ACT trung bình trước điều trị là 18,8, tăng lên 22,8 sau 24 tháng quản lý, điều trị, theo đó mức độ kiểm soát hen của NB cũng tăng lên. Tỷ lệ NB được đánh giá có khả năng kiểm soát hen tốt trước điều trị chỉ chiếm 0,5%, sau 24 tháng tăng lên 15,8%. Tỷ lệ NB có khả năng kiểm soát hen một phần trước điều trị chiếm 44,3%, sau 24 tháng tăng lên 77,9%. Tỷ lệ NB không có khả năng kiểm soát hen trước điều trị chiếm 55,2%, sau 24 tháng giảm còn 6,3%. Sự thay đổi mức điểm ACT và mức độ kiểm soát hen của NB trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

ACT là bộ công cụ đơn giản, dễ áp dụng hơn bộ ACQ (Asthma Control Questionnaire) và đáp ứng được với các biến đổi của tình trạng kiểm soát hen và chức năng hô hấp theo thời gian. Đồng thời cũng giúp phân biệt được các nhóm khác nhau về sự thay đổi bậc hen theo GINA, giá trị FEV₁ và PEF [86], [87]. Cụ thể: Sự thay đổi điểm ACT có mối tương quan đồng biến, chặt và có ý nghĩa thống kê với sự thay đổi mức độ kiểm soát hen theo tiêu chuẩn GINA ($r = 0,44$), với sự thay đổi của FEV₁ ($r = 0,58$), với sự thay đổi của PEF ($r = 0,67$); $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm ACT tăng sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, đồng nghĩa với mức độ kiểm soát hen của NB được cải thiện rõ rệt, điều này cho thấy hiệu quả hoạt động quản lý, điều trị của đơn vị CMU, đồng thời một lần nữa khẳng định giá trị theo dõi tình trạng hen của bộ công cụ ACT.

Các nghiên cứu về quản lý, điều trị hen tại Việt Nam theo phác đồ hướng dẫn có theo dõi trong một thời gian ngắn (thông thường là trên 1 năm) đều cho thấy hiệu quả điều trị tốt [60], [88]. Kết quả nghiên cứu theo dõi hiệu quả điều trị theo tài liệu hướng dẫn GINA ở Cần Thơ năm 2012 cho thấy, chỉ trong vòng 3 tháng điều trị và đánh giá, điểm ATC trung bình của NB hen là 13.1 ± 4.8 ở lần khám đầu tăng lên 23.4 ± 1.3 ở lần khám thứ 3 ($p < 0,001$) [89], Như vậy, cần phải nhìn nhận rằng mức độ kiểm soát hen của NB đã được cải thiện rõ rệt sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, thể hiện qua sự thay đổi mức điểm ACT. Do đó các đơn vị CMU cần tăng cường sử dụng ACT để đánh giá mức ổn định bệnh theo thời gian, đặc biệt là tại các đơn vị chưa có điều kiện đo chức năng hô hấp. Bên cạnh đó CBYT cũng cần giải thích cụ thể cho NB, người nhà NB về vai trò, ý nghĩa và hướng dẫn cách sử dụng ACT để họ có thể tự đánh giá mức độ kiểm soát hen của mình khi không có điều kiện tái khám hoặc đo chức năng hô hấp.

4.4.5. Thay đổi mức độ khó thở theo thang điểm mMRC và điểm CAT

Điểm CAT trung bình trước điều trị là 23,8, sau 24 tháng quản lý, điều trị giảm xuống còn 14,7%. Điểm CAT càng giảm, mức độ khó thở của NB COPD càng được cải thiện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NB COPD được đánh giá có mức độ *khó thở nhẹ* (mMRC mức 0-1) trước điều trị chỉ chiếm 1,2%, sau 24 tháng tăng lên 11,6%. Mức độ *khó thở trung bình* (mMRC mức 2) trước điều trị chiếm 30,3%, sau 24 tháng tăng lên 81,4%. Mức độ *khó thở nặng* (mMRC mức 3) trước điều trị chiếm 60,7%, sau 24 tháng giảm còn 5,8%; Mức độ *khó thở rất nặng* (mMRC mức 4) trước điều trị chiếm 7,8%, sau 24 tháng tỷ lệ này đã giảm còn 1,2%. Sự thay đổi mức điểm CAT và mức độ khó thở theo mMRC của NB COPD trước và sau các thời điểm quản lý, điều trị đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đã có nhiều chỉ số đánh giá mức độ và tiên lượng bệnh nhân COPD được áp dụng trên lâm sàng: thang điểm CAT (COPD assessement test-CAT), CCQ (Clinical COPD Questionnaire-CCQ), MRC (Medical Research Council-MRC), bộ câu hỏi St George, test đi bộ 6 phút... Tuy nhiên các chỉ số này chưa đánh giá được một cách toàn diện mức độ bệnh cũng như tiên lượng bệnh nhân COPD. Chỉ số BODE bao gồm đánh giá tổng hợp 4 yếu tố: chỉ số khối cơ thể (Body mass index-BMI), mức độ tắc nghẽn đường thở (Airway Obstruction: FEV1), mức độ khó thở (Dyspnea: đánh giá bằng thang điểm mMRC) và khả năng gắng sức (Exercise Capacity: đánh giá bằng test đi bộ 6 phút). Các nghiên cứu

cho thấy chỉ số BODE giúp đánh giá COPD một cách toàn diện hơn: dự báo nguy cơ đợt cấp, theo dõi kết quả điều trị và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân COPD [90], [91]. Theo kết quả một số nghiên cứu, tương quan giữa chỉ số BODE và CAT là mối tương quan thuận, chặt chẽ ($r = 0,681$, $p < 0,001$). Mức độ ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống sức khỏe bằng chỉ số CAT (CAT impact) cũng có mối tương quan thuận với giai đoạn bệnh theo chỉ số BODE (BODE class) ($r = 0,52$; $p = 0,002$) [91], [92]. Như vậy trong trường hợp không đánh giá được chỉ số BODE có thể dựa vào chỉ số CAT để tiên lượng bệnh nhân COPD.

Tương tự như hen, các nghiên cứu về quản lý, điều trị COPD tại Việt Nam theo phác đồ hướng dẫn có theo dõi trong một thời gian ngắn (thông thường là trên 1 năm) đều cho thấy hiệu quả điều trị tốt [60], [88]. Kết quả nghiên cứu theo dõi hiệu quả điều trị theo tài liệu hướng dẫn GOLD ở Cần Thơ năm 2012 cho thấy, chỉ trong vòng 3 tháng điều trị và đánh giá, điểm CAT trung bình của NB COPD là 34.2 ± 8.2 ở lần khám đầu giảm xuống còn 15.3 ± 3.7 ở lần khám thứ 3 ($p < 0,001$) [89].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, điểm CAT giảm sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU, đồng nghĩa với mức độ khó thở theo mMRC của NB được cải thiện rõ rệt. Điều này cho thấy hiệu quả hoạt động quản lý, điều trị của đơn vị CMU, đồng thời một lần nữa khẳng định giá trị theo dõi, dự báo tình trạng COPD của bộ công cụ CAT, mMRC. Do vậy, các đơn vị CMU cần tăng cường sử dụng CAT và mMRC để đánh giá mức ổn định bệnh theo thời gian, đặc biệt là tại các đơn vị chưa có điều kiện đo chức năng hô hấp hoặc đánh giá chỉ số BODE, bên cạnh đó CBYT cũng cần hướng dẫn cụ thể cho NB, người nhà NB về vai trò, ý nghĩa và cách sử dụng CAT, mMRC để họ có thể tự đánh giá mức độ bệnh COPD của mình khi không có điều kiện tái khám hoặc đo chức năng hô hấp.

* **Nhận xét chung:** Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, mặc dù hiệu quả cải thiện tình trạng sức khỏe của NB sau thời gian điều trị tại đơn vị CMU khá tốt như: Tình trạng ăn, ngủ của NB tốt hơn, triệu chứng ho giảm dần, tăng khả năng và phạm vi vận động, mức độ kiểm soát bệnh tốt hơn,... Tuy nhiên hiệu quả về mặt quản lý còn chưa cao: Tỷ lệ NB được TVSK chưa đáp ứng mục tiêu (chỉ đạt 58,7%). Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi còn thấp (chỉ đạt 19,1%). Tỷ lệ tuân thủ tái khám của NB (chỉ đạt trên 70%). Chưa giám sát, hỗ trợ được việc sử dụng thuốc của NB. Chất lượng ghi nhận thông tin trong hồ sơ bệnh án chưa tốt. Vì vậy, trong thời gian tới, các đơn vị CMU cần nghiên cứu, sớm tìm ra những giải pháp để

khuyến khích, hỗ trợ NB tuân thủ tái khám, tuân thủ điều trị và tích cực tham gia sinh hoạt CLB sức khỏe phổi, từng bước nâng cao chất lượng công tác quản lý, chăm sóc NB.

4.5. Thuận lợi, khó khăn khi triển khai đơn vị CMU [57]

4.5.1. Thuận lợi:

- *Cơ cấu tổ chức/nhân lực:*
 - + Tại các địa phương, đa số triển khai mô hình đơn vị quản lý hen, COPD dựa trên việc lồng ghép với hệ thống y tế nói chung và mạng lưới phòng chống lao và bệnh phổi, do vậy mang lại hiệu quả tốt. Sau thời gian triển khai đã có kinh nghiệm trong tổ chức triển khai, có hệ thống mạng lưới từ trung ương đến địa phương.
 - + Nhân lực: Hầu hết đơn vị CMU các tuyến đều có bác sĩ, các CBYT làm việc tại đơn vị CMU/DCMU đều được đào tạo, tập huấn liên tục về hen, COPD.
- *Cơ sở vật chất:*
 - + Các đơn vị CMU tỉnh đều được trang bị máy đo chức năng hô hấp, máy đo lưu lượng đỉnh kế. Thuốc thiết yếu dùng chung với bệnh viện, đa số các loại thuốc cơ bản đều nằm trong danh mục BHYT. Có đầy đủ biểu mẫu, sổ sách liên quan, quản lý hồ sơ bệnh án bằng phần mềm máy tính thuận lợi cho việc theo dõi, quản lý, báo cáo hoạt động.
 - + Hầu hết các trạm y tế xã được hỗ trợ máy khí dung, đo lưu lượng đỉnh, đây là những trang thiết bị thiết yếu, cần thiết cho các hoạt động của Trạm y tế.
- *Cơ chế chính sách:*
 - + Đơn vị CMU các tuyến thường xuyên nhận được văn bản chỉ đạo, hướng dẫn triển khai của cơ quan quản lý cũng như chương trình, dự án.
 - + Đơn vị CMU tuyến tỉnh đã vận động được BHYT cấp 1 số loại thuốc đặc hiệu điều trị ngoại trú cho bệnh nhân hen, COPD, số bệnh nhân hen, COPD được quản lý tại các CMU tỉnh ngày càng tăng.
- *Một số thuận lợi khác:*
 - + Tài liệu chuyên môn về hen, COPD thường xuyên được cập nhật và tập huấn nâng cao năng lực cho CBYT các tuyến thông qua nguồn kinh phí của các chương trình, dự án và nguồn ngân sách nhà nước (đào tạo chỉ đạo tuyến).
 - + Hình thức truyền thông ngày càng đa dạng, phong phú, lồng ghép vào hoạt động truyền thông với các bệnh không lây nhiễm khác như: đái tháo đường, tăng huyết áp... góp phần nâng cao nhận thức của người dân về bệnh hô hấp.

4.5.2. Khó khăn, tồn tại:

- Cơ cấu tổ chức/nhân lực:

- + Hầu hết tuyến huyện chưa thành lập đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính do, đây là “khoảng trống” trong công tác quản lý, điều trị hen, COPD theo tuyến.
- + Mô hình tổ chức y tế của tuyến huyện đang trong giai đoạn chưa ổn định do tác động của chính sách sát nhập đơn vị (theo Thông tư 51/TT-BYT-BNV), điều này gây khó khăn trong công tác tổ chức, điều phối hoạt động.
- + Nhân lực: Các cán bộ làm việc tại đơn vị CMU/DCMU đa phần là kiêm nhiệm, đặc biệt cán bộ tại các trạm y tế còn kiêm nhiệm rất nhiều chương trình, dự án, không có cán bộ chuyên trách về quản lý hen, COPD.

- Cơ sở vật chất:

- + Tại tuyến tỉnh: Một số đơn vị CMU vẫn thuộc khoa khám bệnh của bệnh viện, chưa có phòng CMU riêng, chưa có khoa thăm dò phục hồi chức năng hô hấp. Trang thiết bị vẫn thiếu, hầu hết các đơn vị CMU chưa có máy đo SpO2. Thuốc thiết yếu cho hen/COPD phải dùng chung với bệnh viện, có thuốc nhưng khó cấp phát do bị không chế trần toa BHYT, không có thuốc tiêm.
 - + Tại tuyến huyện: Thiếu trang thiết bị để chẩn đoán xác định hen/COPD, hầu hết các đơn vị tuyến huyện chưa có máy đo CNHH. Việc cấp thuốc cho người bệnh hen, COPD hiện chưa triển khai tại tuyến huyện, người bệnh chỉ được cấp thuốc tại đơn vị CMU tuyến tỉnh, điều này gây khó khăn cho công tác quản lý hen, COPD tại tuyến huyện.
 - + Tại tuyến xã: Thiếu các trang thiết bị thiết yếu, hầu hết các trạm y tế chỉ có máy khí dung và nguồn oxy dùng cho những trường hợp nặng cần xử trí tại trạm trước khi chuyển tuyến. Thuốc thiết yếu chỉ cấp dự phòng cho người bệnh hen nhẹ, trung bình tại trạm y tế xã cũng hạn chế, hiện trạm y tế chỉ có Salbutamol, đây là một trong những nguyên nhân số lượng người bệnh đến khám tại những nơi này có xu hướng giảm dần.
- ##### - Cơ chế chính sách:
- + Cơ chế chi trả BHYT là một trong những rào cản lớn nhất hiện nay đối với công tác quản lý điều trị hen, COPD. Định mức trần BHYT cho 1 lần khám chữa bệnh thấp, 170.000đ/lần khám (CMU Thái Nguyên), ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động của đơn vị CMU các tuyến.

- + Chưa có chính sách hỗ trợ, khuyến khích các cán bộ tham gia tại các đơn vị CMU mặc dù khối lượng công việc quá nhiều.
- + Chứng chỉ hành nghề cũng đang là vấn đề khó khăn. Đa số bác sĩ chỉ có chứng chỉ đào tạo liên tục, chưa có chứng chỉ hành nghề nên một số chỉ định không được BHYT thanh toán.
- + Chính sách thông tuyến ra đời tác động rất lớn đến số lượng người bệnh đến khám tại trạm y tế, từ khi chính sách thông tuyến có hiệu lực, người dân không cần qua trạm y tế mà lên thẳng tuyến huyện, số lượng người dân đến khám giảm nhiều, mô hình bệnh tật tại trạm y tế cũng thay đổi và gây khó khăn trong công tác quản lý người bệnh tại những nơi đó.
- + Nguồn kinh phí triển khai: Hiện nay, hầu hết các đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính hoạt động dựa vào nguồn kinh phí do các chương trình, dự án cấp, các địa phương chưa chủ động phân bổ nguồn ngân sách để duy trì và phát triển mô hình.
- *Năng lực chuyên môn:*
 - + Tuyến tỉnh: Đơn vị CMU không khám cấp cứu mà chỉ khám những bệnh nhân có triệu chứng hô hấp. Chưa hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập về phục hồi chức năng hô hấp do chưa có phòng tập và các trang thiết bị cần thiết về phục hồi chức năng.
 - + Tuyến huyện: Năng lực chuyên môn trong sàng lọc, chẩn đoán và phân loại hen, COPD còn hạn chế. Hiện nay, bệnh viện đa khoa huyện chưa có khả năng chẩn đoán COPD, các can thiệp chủ yếu cho người bệnh hen, COPD còn rất ít đa phần là truyền thông, tư vấn.
 - + Tuyến xã: Công tác theo dõi, quản lý người bệnh hen, COPD tại trạm y tế xã gặp nhiều khó khăn do tuyến huyện chưa chẩn đoán xác định được hen, COPD, nhiều trường hợp trạm y tế xã nghi ngờ triệu chứng hen, COPD, ghi giấy giới thiệu chuyên tuyến lên huyện và hầu hết không có thông tin phản hồi về những trường hợp đã giới thiệu.

4.6. Hạn chế của nghiên cứu

Do nguồn lực và thời gian thực hiện có hạn, nghiên cứu này mới đưa ra kết quả sơ bộ về thực trạng sử dụng dịch vụ và kết quả cải thiện tình trạng bệnh ở mức thay đổi triệu chứng, mức độ kiểm soát bệnh của NB sau thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU. Các kết quả nghiên cứu sâu hơn, cụ thể hơn như giảm số đợt cấp, giảm số lần nhập viện trong năm, đặc biệt là giảm chi phí điều trị sẽ được tiếp tục phân tích trong các nghiên cứu tiếp theo.

Phương pháp đánh giá sự tuân thủ điều trị của NB dựa trên 2 tiêu chí là: Tuân thủ tái khám và sử dụng thuốc đúng quy định của nghiên cứu chưa thật sự thuyết phục (thông thường đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên 3 tiêu chí: không bỏ liều, không uống sai giờ quá 1 tiếng, không uống sai liều/sai cách uống). Vì vậy, việc so sánh kết quả nghiên cứu này với các nghiên cứu khác còn bị hạn chế.

Việc sử dụng các số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của NB tuy tránh được hạn chế do sai số nhớ lại, tuy nhiên cũng không tránh khỏi hạn chế của nguồn số liệu này là phụ thuộc vào chất lượng ghi chép của CBYT, do đó chưa kiểm soát được tính chuẩn xác của số liệu.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU

- Tỷ lệ NB tuân thủ tái khám định kỳ (01 lần/tháng) theo thời gian quản lý, điều trị: 86% (sau 6 tháng), 74% (sau 12 tháng) và 64,2% (sau 24 tháng). Nguyên nhân chủ yếu là do nhà ở xa đơn vị CMU (75,5%) và lý do công việc.
- Tỷ lệ NB được điều trị bằng phương pháp PHCNHH: 17,3%
- Tỷ lệ NB được TVSK: 58,7% (trong đó 47,5% NB được TVSK qua điện thoại, 99,5% NB được tư vấn trực tiếp).
- Tỷ lệ NB tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ sức khỏe phổi: 19,1%

2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng dịch vụ y tế tại đơn vị CMU

- 2 yếu tố liên quan thuộc về NB

- + *Thời gian quản lý, điều trị tại đơn vị CMU*: Những NB có thời gian quản lý, điều trị tại CMU từ dưới 12 tháng sử dụng dịch vụ TVSK, điều trị bằng phương pháp PHCN và tham gia Câu lạc bộ sức khỏe phổi (sau đây gọi tắt là dịch vụ) ít hơn những NB có thời gian quản lý, điều trị trên 12 tháng (OR = 0,2; p<0,05).
- + *Mức độ hài lòng của NB*: Những NB chưa hài lòng sử dụng dịch vụ ít hơn những NB hài lòng với việc vung cấp dịch vụ tại đơn vị CMU (OR = 0,1, p<0,01).

- 4 yếu tố liên quan thuộc về đơn vị CMU

- + *Khoảng cách từ nhà đến đơn vị CMU*: Những NB nhà xa đơn vị CMU trên 20 km sử dụng dịch vụ thấp hơn những NB nhà gần đơn vị CMU dưới 20 km (OR = 0,3; p<0,05).
- + *Thời gian chờ đợi KCB*: Những NB nhận xét thời gian chờ đợi chưa nhanh sử dụng dịch vụ ít hơn những NB nhận xét thời gian chờ đợi nhanh (OR = 0,3; p< 0,05)
- + *Thái độ phục vụ của CBYT*: Những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT chưa thân thiện sử dụng dịch vụ ít hơn những NB nhận xét thái độ phục vụ của CBYT thân thiện (OR = 0,2; p< 0,05).
- + *Khả năng tiếp cận CBYT*: Những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT chưa dễ sử dụng dịch vụ ít hơn những NB nhận xét khả năng tiếp cận CBYT dễ (OR = 0,2; p< 0,05).

3. Hiệu quả về cải thiện tình trạng bệnh sau thời gian được quản lý, điều trị tại đơn vị CMU

3.1. Cải thiện kiến thức và kỹ năng

- *Cải thiện kiến thức về bệnh*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (13,2%), sau 12 tháng (15,3%), sau 24 tháng (17,2%).

- *Cải thiện kỹ năng thực hành sử dụng thuốc dạng xịt/hít*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (67,8%), sau 12 tháng (87,4%), sau 24 tháng (98,1%).
- *Cải thiện kỹ năng thực hiện các bài tập về PHCNHH*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (5,8%), sau 12 tháng (26,7%), sau 24 tháng (59,6%).

3.2. Cải thiện triệu chứng, phạm vi hoạt động, tình trạng ăn, ngủ

- *Cải thiện triệu chứng ho hàng ngày*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (2,2%), sau 12 tháng (20,8%), sau 24 tháng (24,3%).
- *Cải thiện phạm vi hoạt động ngoài nhà*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (22,4%), sau 12 tháng (29%), sau 24 tháng (22,6%).
- *Cải thiện tình trạng ăn uống*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (11,9%), sau 12 tháng (17%), sau 24 tháng (17,3%).
- *Cải thiện tình trạng ngủ*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (2,6%), sau 12 tháng (8,6%), sau 24 tháng (9,9%).

3.3 Cải thiện mức độ kiểm soát hen, mức độ khó thở

- *Cải thiện điểm ACT*: Tăng 2,1 điểm (sau 6 tháng), tăng 3,4 điểm (sau 12 tháng) và tăng 4 điểm (sau 24 tháng).
- *Cải thiện điểm CAT*: Giảm 3,7 điểm (sau 6 tháng), giảm 6,4 điểm (sau 12 tháng) và giảm 9,1 điểm (sau 24 tháng).
- *Cải thiện mức độ kiểm soát tốt*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (8,4%), sau 12 tháng (18,2%), sau 24 tháng (30,6%).
- *Cải thiện mức độ khó thở nặng (theo mMRC)*: Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (0,6%), sau 12 tháng (5%), sau 24 tháng (9,5%).

KHUYẾN NGHỊ

Qua quá trình thực hiện đề tài, trên cơ sở kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Giải pháp giúp người bệnh hen, COPD tăng cường khả năng sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc tại các đơn vị CMU

- Thành lập đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính tuyến huyện, đảm bảo khả năng tiếp cận và sự liên tục trong chăm sóc, quản lý người bệnh hen, COPD theo mô hình phân tuyến y tế.
- Đa dạng hóa hình thức tư vấn sức khỏe cho người bệnh, ngoài tư vấn trực tiếp cần thực hiện tư vấn qua điện thoại, qua email và qua website.
- Triển khai các giải pháp hỗ trợ NB tuân thủ điều trị như: (1) Nhắc lịch đối với những người bệnh sống độc thân, người bệnh đi làm ăn xa. (2) Tư vấn cho người nhà người bệnh để họ giúp đỡ người thân tái khám đúng lịch.
- Bổ sung nhân lực làm việc tại các đơn vị CMU nhằm giảm thời gian chờ đợi cho người bệnh khi đến khám và điều trị.

2. Giải pháp chuyên môn nhằm nâng cao hiệu quả quản lý, điều trị cho người bệnh hen, COPD tại các đơn vị CMU

- Cử cán bộ tham gia các lớp đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn về chẩn đoán và điều trị hen, COPD, đặc biệt là điều trị bằng phương pháp phục hồi chức năng.
- Nâng cao kỹ năng tư vấn cho CBYT, kỹ năng hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập về phục hồi chức năng.
- Quản lý, điều trị bệnh đồng mắc với hen, COPD cần được nhìn nhận theo hướng tích cực, thể hiện đồng thời trên HSBA của NB.
- Tăng cường chất lượng ghi nhận thông tin trong hồ sơ bệnh án, sử dụng các thang điểm đánh giá mức độ cải thiện bệnh như: Thang điểm ACT, CAT, mMRC và cần ghi đầy đủ trong HSBA.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ

1. **Trần Thị Lý, Lê Văn Hợi, Đinh Ngọc Sỹ (2017)**, “Quản lý và điều trị hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam, nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2012-2017”. *Tạp chí Lao và Bệnh phổi*, số 25, 2-23.
2. **Trần Thị Lý, Lê Văn Hợi, Đinh Ngọc Sỹ (2018)**, “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính năm 2016-2017”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 10, tập 1083.
3. **Trần Thị Lý, Lê Văn Hợi, Đinh Ngọc Sỹ (2018)**, “Đánh giá hiệu quả sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính năm 2016-2017”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 10, tập 1083.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2016), “Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease”, *revised*.
2. Global Initiative for Asthma (GINA) (2016), “Global strategy for asthma management and prevention” (GINA) *revised*.
3. Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung và CS (2010), “Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng, điều trị”, *Đề tài cấp nhà nước mã số KC.10.02/06-10*.
4. World Health Organization (2007), “Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach”.
5. Christopher K.W. Lai, Teresita S. de Guia, You-Young Kim et al (2003). “Asthma control in the Asia-Pacific region: The asthma insights and reality in Asia-Pacific study”, *Allergy Clin Immunol*; 111: 263-8.
6. Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam (2015), “Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *NXB Y học*, 5-11; 34-52; 215-227.
7. Valderas Jose M, Starfield Barbara, Sibbald Bonnie et al (2009), “Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services”. *Annals of family Medicine*. 7 (4): 357–63.
8. Nguyễn Đình Dự (2007), “Mô tả sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên tỉnh Hà Giang năm 2007”, *Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, trường Đại học y tế công cộng Hà Nội*.
9. Quốc hội (2008), “Luật Bảo hiểm y tế”, số 25/2008/QH12.
10. Nguyễn Văn Thành và CS (2012), “Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen trong bệnh viện và cộng đồng”, *NXB Y học*.
11. Brasier ED (2014), “Heterogeneity in Asthma, Advances in Experimental 17”. *Medicine and Biology Springer Science and Business Media New York*, Vol 795, DOI 10.1007/978-1-4614-8603-9-2.
12. To T, Stanojevic S et al (2012). Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. *BMC Public Health* 12:204

13. Nguyễn Văn Thành (2016), “Quản lý hen tại Việt Nam”, Kỷ hiệu Hội thảo khoa học và đào tạo: Chẩn đoán, điều trị và quản lý hen tại bệnh viện và cộng đồng. Thanh Hóa 11/2016.
14. Christopher K.W. Lai, Teresita S. de Guia, You-Young Kim et al (2003), “Asthma control in the Asia-Pacific region: The asthma insights and reality in Asia-Pacific study”. *Allergy Clin Immunol*, 111: 263-8.
15. Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2014), “Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm”, báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, Hà Nội 2014.
16. Ke Xu, Evans D.B., Kawabata., Z. R. and Klavus J. (2003), “Household catastrophic health expenditure”, *The Lancet*, Vol.362: 111-117.
17. Adam W and Eddy V.D (1993), “Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions”. An International perspective. Health Services Research Series No.8.CEC, *Oxford Medical Publication*.
18. Adam Wagstaff (2009), “Social health insurance: Tax-financed health system even from the OECD, Policy Research Working Paper”, World Bank report.
19. Matthew Jowett and William C. Hsiao (2007), “The Philippines: Extending coverage beyond the formal sector”, World Bank report.
20. Bộ Y tế (2010), “Báo cáo kết quả đoàn khảo sát tài chính y tế tại Đức và Thụy Sĩ”, số 578/BC-BYT.
21. Chính phủ (2012), “Nghị định về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập”, số 85/2012/NĐ-CP.
22. Chính phủ (2009), “Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/7/2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế”.
23. Hội Lao và bệnh Phổi Việt Nam (2015), “Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *NXB Y học*.
24. Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2015), “Bài giảng chẩn đoán và điều trị bệnh lao”, *NXB Y học*.
25. WHO (2006), “Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing”. 242 Switzerland.
26. Bệnh viện Phổi Trung ương (2016), “Báo cáo tổng kết Chương trình chống lao, năm 2016”

27. Vũ Văn Giáp (2018), “Điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo khuyến cáo của GOLD và những bằng chứng còn thiếu”. Hội thảo khoa học: Tiến bộ trong quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Hà Nội 11/2018.
28. Nguyễn Năng An, Nguyễn Việt Nhung và CS (2008), “Nghiên cứu độ lưu hành, tình hình kiểm soát và điều trị hen tại cộng đồng trên địa bàn Hà Nội theo GINA 2006”. Đề tài cấp Thành phố Hà Nội, Mã số: 01C-08/ 05-2007-2, nghiệm thu 2008.
29. C.K.W. Lai; Y-Y. Kim; S-H. Kuo; M. Spencer et al (2006), “Cost of asthma in the Asia-Pacific region”, *Eur Respir Rev* 2006; 15: 98, 10–16.
30. World Health Organization (2007), “Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases”, a comprehensive approach.
31. WHO (2018), “Global Burden of Diseases”, annual report.
32. Lê Thị Tuyết Lan (2018), “Hiệu quả kinh tế y tế của Chương trình: Vì lá phổi khỏe”. Kỷ yếu hội thảo khoa học: Tiến bộ trong quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Hà nội 11/2018.
33. National Heart, Lung, and Blood Institute (US, 2007). “National Asthma Education and Prevention Program”. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma, Full Report 2007.
34. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, et al (2000), “Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States, data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994”. *Arch Intern Med* 2000; 160:1683–1689.
35. R. Brasier (2014), “Heterogeneity in Asthma, Advances in Experimental 17”. *Medicine and Biology Springer Science+Business Media New York* 795, DOI 10.1007/978-1-4614-8603-9.
36. Asher MI, Montefort S, Bjorksten B, et al (2006), “ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys”, *Lancet*, 368:733-43.
37. Đào Thanh Bình (2016), “Tỷ lệ mắc và một số đặc điểm của bệnh hen người lớn tại Thanh Hóa”. Kỷ yếu Hội thảo khoa học và đào tạo: Chẩn đoán, điều trị và quản lý hen tại bệnh viện và cộng đồng, Thanh Hóa 11/2016.

38. Nguyễn Hồng Đức (2018), “Khuyh hướng mở rộng liệu pháp điều trị trong hen”. Kỷ hiếu hội thảo khoa học: Tiến bộ trong quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Hà nội 11/2018.
39. Christopher K.W. Lai, Teresita S. de Guia, You-Young Kim et al (2003), “Asthma control in the Asia-Pacific region: The asthma insights and reality in Asia-Pacific study”. *Allergy Clin Immunol*, 111:263-8.
40. Nguyễn Viết Nhung và CS (2011), “Mô hình quản lý hen/COPD tại Đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính, bệnh viện Phổi Trung ương”, *Tạp chí Lao và Bệnh phổi*, số 3, tháng 4/2011.
41. Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2016), “Tăng cường tuân thủ quản lý và điều trị Hen, COPD tại cộng đồng”, Biên bản đồng thuận chuyên gia 2016.
42. Padmaja Subbarao, Piush J. Mandhane, Malcolm R. Sears. Asthma (2009): “Epidemiology, etiology and risk factors”, *CMAJ*, 181(9).
43. Kogevinas M, Zock JP, Jarvis D, et al (2007), “Exposure to substances in the workplace and new-onset asthma: an international prospective population-based study (ECRHS-II)”, *Lancet*, 370:336-41.
44. Matheson MC, Benke G, Reven J, et al (2005), “Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease”, *Thorax*, 60:645-51.
45. Bộ Y tế (2018), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”.
46. Toy EL, Gallagher KF, Stanley EL, Swensen AR, Duh MS (2010), “The economic impact of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and exacerbation definition: a review”. *COPD*, 7: 214-28.
47. Hardin M, Cho M, McDonald ML, Beaty T, Ramsdell J, Bhatt S, van Beek EJ, Make BJ, Crapo JD, Silverman EK, Hersh CP (2014), “The clinical and genetic features of COPD-asthma overlap syndrome”. *Eur. Respir*, 44: 341-50.
48. Miravittles M, Soriano JB, Ancochea J, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, Sobradillo V, Garcia-Rio F (2013). “Characterisation of the overlap COPD-asthma phenotype. Focus on physical activity and health status”. *Respir Med*. 107: 1053-60.

49. Fu JJ, Gibson PG, Simpson JL, McDonald VM (2014), “Longitudinal changes in clinical outcomes in older patients with asthma, COPD and asthma-COPD overlap syndrome”, *Respiration*, 87: 63-74.
50. Nguyễn Việt Nhung (2011), “Giải pháp cho quản lý hen và COPD ở Việt Nam”, *Tạp chí Lao và Bệnh phổi*, số 3, Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam, tháng 4/2011.
51. Bệnh viện Phổi Trung ương, Chương trình chống lao quốc gia (2017), “Thực hành xử trí tốt bệnh hô hấp”, *NXB Y học*, Hà Nội.
52. Trung tâm Nghiên cứu và phát triển cộng đồng (2015), “Báo cáo kết quả triển khai chiến lược PAL, giai đoạn 2011-2015”.
53. Chính phủ (2011), “Quyết định số 1208/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia y tế, giai đoạn 2012-2015”.
54. Bệnh viện Bạch Mai - Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen (2015), “Báo cáo tổng kết hoạt động dự án phòng chống COPD, Hen, giai đoạn 2011-2015”.
55. Vũ Văn Thành (2016), “Quản lý bệnh phổi mạn tính tại cộng đồng”, tài liệu đào tạo liên tục, Bệnh viện Phổi trung ương.
56. Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2014), “Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm”, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, Hà Nội, 12/2014.
57. Bệnh viện Phổi Trung ương (2016), “Báo cáo phân tích thuận lợi, khó khăn trong triển khai chiến lược PAL, giai đoạn 2011-2016”.
58. Bệnh viện Phổi Trung ương, (2017), “Thực hành xử trí tốt bệnh hô hấp-Practical Approach to Lung Health –PAL”. *NXB Y học*.
59. Nguyễn Năng An (2005), “Tổng quan về vấn đề hen”. *Tạp chí Y học thực hành*, 513.
60. Tran Thuy Hanh, Nguyen Van Doan et al (2012), “Epidemiology of adult asthmatics in Vietnam: results from cross-sectional study nationwide” *Australasian College of Physicians Internal Medicine Journal*, 42 (Suppl.4): 1-16.
61. Bệnh viện Bạch mai (2013), ”Sổ tay Dự án phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen”.
62. De Marco R, Locatelli F, Sunyer J, et al (2000), “Differences in incidence of reported asthma related to age in men and women”. A retrospective analysis of

- the data of the European Respiratory Health Survey, *Am J Respir Crit Care Med*, 162: 68-74.
63. Foreman MG, Zhang L, et al (2011). “Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study”, *Am J Respir Crit Care Med*, 184:414-20.
 64. Kogevinas M, Zock JP, Jarvis D, et al (2007). “Exposure to substances in the workplace and new-onset asthma: an international prospective population-based study (ECRHS-II)”, *Lancet*, 370:336-41.
 65. Chen CH, Xirasagar S, Lin HC (2006), “Seasonality in adult asthma admissions, air pollutant levels, and climate: a population-based study”, *J Asthma*, 43:287-92.
 66. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014), “Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease”, Revised.
 67. Miranda Caroline Smith; Jeremy P Wrobel (2014), “Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD”, *International Journal of COPD*, 9 871–888).
 68. Vanfleteren LE, Spruit MA, Groenen M, et al (2013), “Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease”, *Am J Respir Crit Care Med*, 187(7):728–735.
 69. A. Frei et al (2014), “Five comorbidities reflected the health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the newly developed COMCOLD index”, *Journal of Clinical Epidemiology* 67: 904-911.
 70. Nguyễn Văn Thành và CS (2018), “Thực trạng và quản lý Hen, COPD tại Việt Nam”. Kỷ yếu hội nghị Hô hấp Pháp - Việt 2018, 245-253.
 71. Trần Thị Xuân Hòa và CS (2012), “Tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai”, *đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*.
 72. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình (2012), “Đánh giá sự tuân thủ điều trị và một số kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình năm 2012”, *đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*.

73. Nguyễn Việt Nhung và CS (2010), “Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Lao và Bệnh phổi* số 1, 12/2010.
74. Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2015), “ Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân”, Hà Nội, 12/2015.
75. C.K.W. Lai, Y-Y. Kim, S-H. Kuo, M. Spencer et al (2006). “Cost of asthma in the Asia-Pacific region”. *Eur Respir Rev* 2006; 15: 98, 10–16.
76. Aryal, S (2013), “Prevalence of COPD and comorbidity”, *Eur Respir Monogr*, 59:1-12.
77. Smith, M.C. and J.P.Wrobel (2014), “Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD”, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 9: 817-88.
78. Hoàng Minh Dương và CS (2017), “Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Trung ương năm 2017”, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*.
79. R. F. Almeida; A. P. Vieira (2009), "Evaluation of HIV/AIDS patients' knowledge on antiretroviral drugs", *Braz J Infect Dis*. 13(3): 183-190.
80. Đỗ Mai Hoa, Phạm Thị Đào và Lê Bảo Châu (2003), "Mô hình chăm sóc và hỗ trợ cho những người nhiễm HIV tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng", *Tạp chí Y tế công cộng*, 13: 27.
81. Nguyễn Văn Kính (2008), “Nghiên cứu mô hình quản lý, chăm sóc và tư vấn cho người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng”, *luận án Tiến sỹ y học*, Học viện quân y, Hà Nội.
82. Khổng Minh Quang (2010), “Đánh giá kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú, bệnh viện nhiệt đới Trung ương”, *Luận văn thạc sỹ*, Đại học Y Hà Nội.
83. Nguyễn Minh Hạnh (2007), “Sự tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan tại các phòng khám và điều trị ngoại trú 8 quận/huyện Hà Nội”, *Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

84. Võ Thị Năm (2010), “Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại TP Cần Thơ năm 2009”, Hội nghị khoa học quốc gia về HIV/AIDS lần thứ IV năm 2010, Bộ Y tế, Hà Nội.
85. Hà Thị Minh Đức và Lê Vinh (2010), "Kiến thức thực hành về tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14:163-167.
86. Nguyễn Tiến Dũng và CS (2010), “Giá trị của test kiểm soát Hen trong theo dõi điều trị dự phòng hen trẻ em”. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản của số 4.
87. Nguyễn Tiến Dũng và CS (2008), “Đánh giá mức độ kiểm soát Hen trẻ em bằng test kiểm soát hen”, *tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản của số 4.
88. Vinh Nhu Nguyen et al (2017), “Implementation of GINA guidelines in asthma management by primary care physicians in Vietnam”, *International Journal of General Medicine*, 10: 347-355.
89. Nguyễn Văn Thành, Cao Thị Mỹ Thúy, Võ Phạm Minh Thư và CS (2012), “Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả COPD và Hen trong bệnh viện và ở cộng đồng”, *NXB Y học*.
90. Tạ Bá Thắng và CS (2017), “Đánh giá chỉ số BODE ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp”, Kỷ yếu Hội nghị Bệnh phổi toàn quốc năm 2017.
91. Cote C. G., Celli B. R. (2009), "BODE index: a new tool to stage and monitor progression of chronic obstructive pulmonary disease", *Pneumonol Alergol Pol*, 77(3), 305-13.
92. Ladeira I., Gomes T., Castro A., et al. (2015), "The overall impact of COPD (CAT) and BODE index on COPD male patients: correlation?", *Rev Port Pneumol*, 21(1): 11-5.
93. Bộ Y tế 92018): Quyết định về việc ban hành tiêu chí “Đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” áp dụng thí điểm trong Chương trình “Vì Lá Phổi Khỏe tại Việt Nam giai đoạn 2017-2020”.
94. Ngô Quý Châu (2018), “Cập nhật Chương trình Vì lá phổi khỏe”. Kỷ yếu hội thảo khoa học: Tiến bộ trong quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Hà nội 11/2018.

Phụ lục 1

CÁC PHỤ LỤC QUY TRÌNH THU THẬP SỐ LIỆU

Bước 1: Thu thập thông tin từ Hồ sơ bệnh án (HSBA)

Quá trình thu thập thông tin được thực hiện như sau:

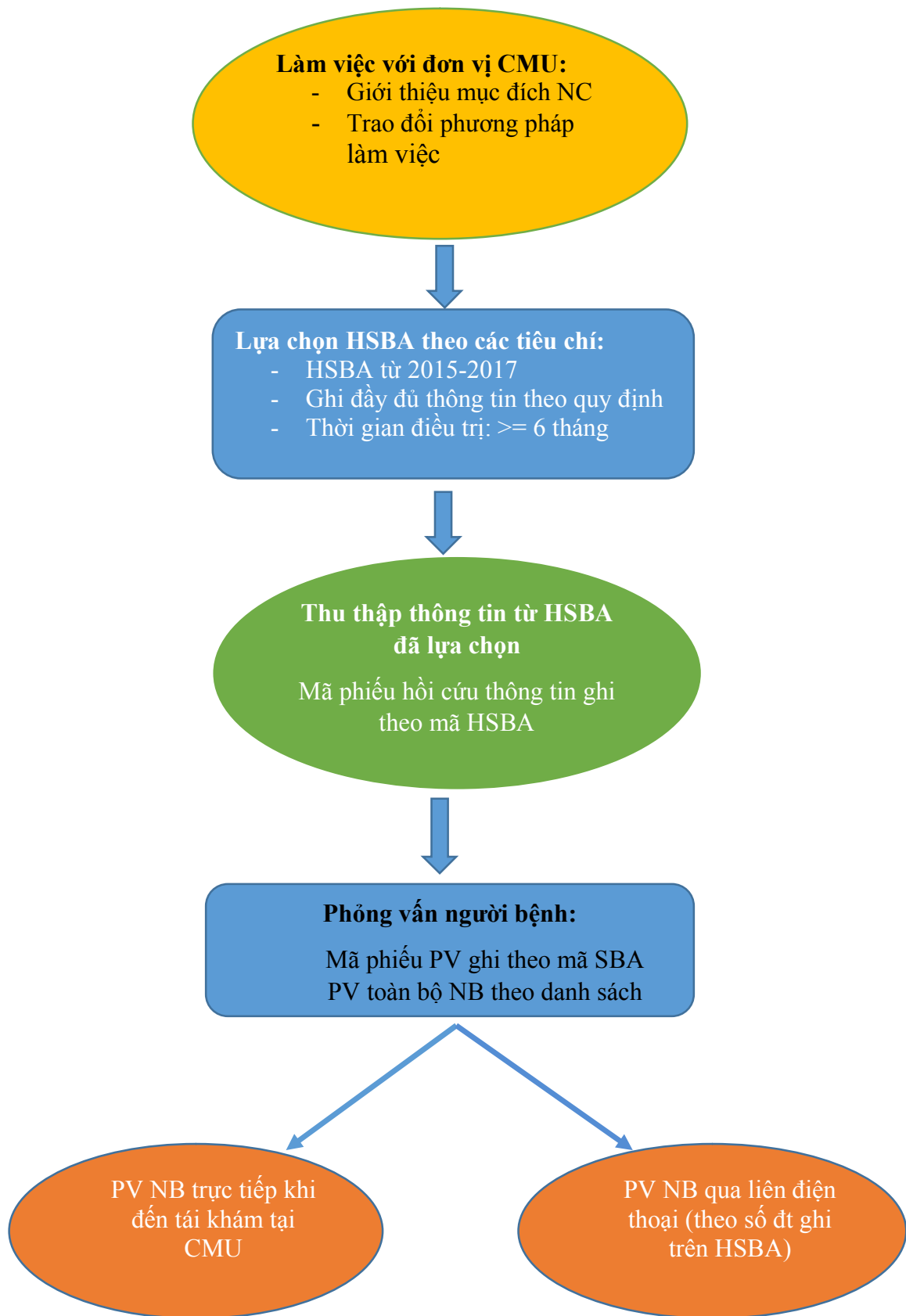
- NCS gặp gỡ và trao đổi với CBYT tại đơn vị CMU để nêu rõ mục đích của nghiên cứu.
- NCS làm việc với CB phụ trách đơn vị CMU để sắp xếp chỗ ngồi và làm việc sao cho đảm bảo không gây ảnh hưởng đến các hoạt động thường xuyên tại đơn vị CMU và thực hiện giữ bảo mật thông tin người bệnh.
- NCS sẽ làm việc với người quản lý hồ sơ tại đơn vị CMU để xác định những người bệnh đủ tiêu chuẩn.
- NCS sẽ tạo ra một danh sách mã nghiên cứu (ID) và đăng ký nghiên cứu.
- Người quản lý số liệu của đơn vị CMU sẽ lấy các bệnh án theo danh sách và cung cấp cho NCS.
- Lấy hồ sơ xong, NCS sẽ ghi mã bệnh nhân và mã nghiên cứu ở sổ đăng ký, ở bệnh án và ở phiếu thu thập thông tin, sau đó điền các thông tin vào phiếu thu thập cho đến khi hoàn tất việc thu thập.

Thông thường các bệnh án sẽ cung cấp đủ các thông tin cho phiếu thu thập. Tuy nhiên một số vấn đề sau có thể xảy ra:

- Không tìm thấy HSBA của người bệnh dù đã có tên trong sổ đăng ký. Trong trường hợp này cần ghi lại số lượng HSBA bị mất để trao đổi lại với lãnh đạo đơn vị.
- Với những thông tin cần thu thập mà không có trong HSBA, nhóm thu thập sẽ đánh vào ô “không có thông tin được ghi lại”.

Bước 2: Phỏng vấn người bệnh theo mã HSBA

- Mã phiếu phỏng vấn được ghi theo mã HSBA và phiếu thu thập thông tin từ HSBA.
- Tiếp cận và phỏng vấn tất cả những người bệnh đến tái khám theo định kỳ.
- Trường hợp người bệnh không đến tái khám theo định kỳ, người thu thập số liệu sẽ liên hệ phỏng vấn theo số điện thoại di động ghi trên mỗi HSBA.



Phụ lục 2

BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN NGƯỜI BỆNH COPD, HEN

Thông tin hành chính

I1	Mã đơn vị CMU	____|____|____
I2	Mã Điều tra viên	____|____|____
I3	Mã số người được phỏng vấn	____|____|____

NỘI DUNG PHIẾU PHÒNG VẤN

	Nội dung	Câu trả lời	Mã số
I	Thông tin chung		
1	Ông/bà bao nhiêu tuổi?	..... tuổi	
2	Giới tính?	Nam Nữ	1 2
3	Dân tộc	Thái Thổ Mường Tày Kinh Khác (ghi rõ)	1 2 3 4 5 9
4	Trình độ học vấn cao nhất của anh/chị là gì?	Không đi học/Chưa tốt nghiệp tiểu học Tốt nghiệp tiểu học Tốt nghiệp cấp 2 Tốt nghiệp cấp 3 Cao đẳng/trung cấp nghề Đại học/Trên đại học	1 2 3 4 5 6
5	Nghề nghiệp mang lại thu nhập chính cho Ông/bà hiện nay là gì?	Nông dân Công nhân Cán bộ nhà nước Cán bộ hưu trí Kinh doanh tự do Thất nghiệp Khác, ghi rõ:.....	1 2 3 4 5 6 9
6	Ông/bà có BHYT không? Nếu có thuộc diện BHYT nào sau đây:	BHYT bắt buộc BHYT người nghèo BHYT gia đình chính sách BHYT tự nguyện BHYT cận nghèo Không có	1 2 3 4 5 6

	Nội dung	Câu trả lời	Mã số
7	Nơi ở hiện tại của Ông/bà?	Thành thị Nông thôn	1 2
8	Ông/bà bắt đầu đến khám và điều trị tại đơn vị CMU được bao nhiêu lâu rồi ?	..... Tháng Năm	
9	Ông/bà đến khám và điều trị bệnh gì ?	Hen Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) Cả hai bệnh trên	1 2 3
10	Ông/bà có mắc các bệnh sau không?	Mỡ máu cao Gan nhiễm mỡ Đái tháo đường Tăng huyết áp Lao HIV Viêm loét dạ dày Viêm xương khớp Thoái hóa khớp Loãng xương Suy thận Viêm gan Ung thư Khác	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 9
11	Ông/bà có hút thuốc không? (thuốc lá, thuốc lào, xì gà hay tẩu)	Có, đang hút Có, đã bỏ Không	1 2 3 -> 14
12	Ông/bà Thời gian hút thuốc trong thời gian bao lâu?	.....tháng.....năm	
13	Số điều thuốc hút trung bình	.....trong 1 ngày.....Trong 1 tuần	
14	Ông/bà có thường tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như khói bụi, hóa chất,...không?	Có Không	1 2
II	Tiếp cận dịch vụ KCB		
15	Khoảng cách đi từ nhà ông/bà đến đơn vị CMU là bao nhiêu cây số (km)?	.....km	
16	Ông/bà thường đi đến đơn vị CMU bằng phương tiện gì ?	Đi bộ Xe đạp Xe máy Ô tô Khác (ghi cụ thể)	1 2 3 4 9

	Nội dung	Câu trả lời	Mã số
17	Thời gian ông/bà đi từ nhà đến đơn vị CMU mất bao nhiêu phút?	.....phút	
III Thực trạng sử dụng dịch vụ KCB tại CMU			
18	Ông/bà đã từng sử dụng dịch vụ KCB gì tại đơn vị CMU?	Tư vấn sức khỏe Khám bệnh Điều trị bệnh (PHCN, dùng thuốc) Tham gia Câu lạc bộ Khác (ghi cụ thể).....	1 2 3 4 9
Đối với người bệnh có sử dụng dịch vụ tư vấn sức khỏe			
19	Số lần Ông/bà được CBYT của đơn vị CMU tư vấn sức khỏe?	Trong 01 tháng: Trong 01 quý: Trong 01 năm:.....	
20	Ông/bà được các CBYT tư vấn sức khỏe thông qua hình thức nào?	Điện thoại Email Website Trực tiếp Khác.....	1 2 3 4 9
21	Ông/bà được tư vấn những nội dung gì?	Kiến thức về bệnh Xử trí các tình huống tại nhà Phòng tránh các yếu tố nguy cơ Kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít/xịt Thực hiện các bài tập về PHCN Phòng tránh đợt cấp Khác (ghi cụ thể).....	1 2 3 4 5 6 9
Đối với người bệnh sử dụng dịch vụ khám bệnh			
22	Ông/bà thường đến CMU khám bệnh khi xuất hiện những triệu chứng nào sau đây?	Ho Khò khè Tức ngực/nặng ngực Khó thở Khạc đờm Khác (ghi cụ thể).....	1 2 3 4 5 9
23	Ông/bà có tái khám định kỳ 01 lần/tháng tại đơn vị CMU không?	Có Không Không nhớ/không biết	1 2 ->25 9

	Nội dung	Câu trả lời	Mã số
24	Lý do không tái khám định kỳ	Nhà cách xa đơn vị CMU Bận công việc không đi được Quên lịch tái khám Thấy người khỏe Khác.....	1 2 3 4 9
	<i>Đối với người bệnh sử dụng dịch vụ điều trị</i>		
25	BS chỉ định hướng điều trị cho Ông/bà như thế nào?	Tư vấn về bệnh Tư vấn bỏ thuốc lá Điều trị cắt con Điều trị dự phòng Không biết/không nhớ	1 2 3 4 9
26	Ông/bà có được CBYT hướng dẫn thực hiện các bài tập phục hồi chức năng hô hấp không?	Có Không Không nhớ/không biết	1 2 3
	<i>Đối với người bệnh tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ “giữ cho lá phổi khỏe mạnh”</i>		
27	Ông/bà có tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ “Giữ cho lá phổi khỏe mạnh” do đơn vị CMU tổ chức không?	Có Không Không nhớ/không biết	1 2 -> 29 3 -> 29
28	Ông/bà có tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ theo định kỳ 01 lần/tháng không?	Có Không Không nhớ/không biết	1 2 3
IV	Tình trạng sức khỏe người bệnh		
29	Số lần xuất hiện đợt cấp trong 12 tháng qua	.....lần	
30	Số lần nhập viện trong 12 tháng qua	.....lần	
VI	Nhận xét, đánh giá của người bệnh khi sử dụng dịch vụ tại đơn vị CMU		
31	Ông/bà thấy thời gian chờ đợi khám chữa bệnh tại đơn vị CMU như thế nào?	Chờ đợi rất lâu Chờ đợi lâu Bình thường Nhanh Rất nhanh	1 2 3 4 5
32	Ông/bà thấy việc tiếp cận/gặp gỡ CBYT tại đơn vị CMU như thế nào?	Đễ Bình thường Khó	1 2 3

	Nội dung	Câu trả lời	Mã số
33	Ông/bà thấy thái độ phục vụ người bệnh của CBYT tại đơn vị CMU như thế nào?	Không thân thiện/không tốt Bình thường Thân thiện/tốt, chu đáo	1 2 3
34	Mức độ hài lòng của Ông/bà khi sử dụng các dịch vụ y tế tại đơn vị CMU?	Rất hài lòng Hài lòng Bình thường Chưa hài lòng Không hài lòng	1 2 3 4 5

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Ông/bà!

Phụ lục 3

**PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TỪ BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
(áp dụng đối với người bệnh Hen, COPD)**

Mã số NB: | | | | | | | |

1. Ngày NB bắt đầu vào điều trị tại đơn vị CMU: từ..... đến
2. Tổng số tháng điều trị (từ lúc bắt đầu đến lúc nghiên cứu):
3. Tổng số lần tái khám (từ lúc bắt đầu điều trị đến khi nghiên cứu):
4. Các chỉ số phản ánh tình trạng bệnh theo thời gian:

Chỉ số		Trước điều trị	Sau 6 tháng	Sau 7-12 tháng (nếu có)	Sau 12 tháng (nếu có)
Các triệu chứng					
Ho khạc đờm	Không				
	Thỉnh thoảng				
	Hàng ngày				
	Liên tục				
Tri giác	Nhanh nhẹn				
	Bình thường				
	Chậm				
Ăn	Tốt				
	Không tốt				
Ngủ	Tốt				
	Không tốt				
Tầm hoạt động	Tại chỗ				
	Trong nhà				
	Ngoài nhà				
	Cộng đồng				
Kiến thức về bệnh					
Nhận biết triệu chứng đợt cấp	Có				
	Không				
Kỹ thuật dùng thuốc	Tốt				
	Không tốt				
Thực hiện được các bài tập về PHCN	Có				
	Không				
Cải thiện tình trạng bệnh					
Điểm ACT	...Điểm				
Mức độ kiểm soát hen	KS tốt				
	KS một phần				
	Không KS				
Mức độ khó thở theo MRC	1-2				
	3				
	4				
	5				
Mức độ khó thở theo công cụ CAT	....điểm				
Tuân thủ điều trị	Tốt				
	Không tốt				

Phụ lục 4

**BẢN HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
(Đối tượng đại diện hoặc lãnh đạo đơn vị CMU)**

Mã số.....

I. Thông tin chung

1. Ngày phỏng vấn.....
2. Địa điểm phỏng vấn.....
3. Thông tin về người trả lời phỏng vấn: tên, tuổi, giới tính, TĐCM, chuyên trách/kiêm nhiệm,

II. Nội dung phỏng vấn:

Điều tra viên chào hỏi và giới thiệu về mục đích cuộc phỏng vấn cho người dự định phỏng vấn nghe. Sau khi nghe xong, nếu người được phỏng vấn đồng ý tham gia trả lời mới bắt đầu cuộc phỏng vấn. Điều tra viên đặt câu hỏi phỏng vấn, sau đó nghe và ghi chép nội dung chính của câu trả lời vào phần trống sau mỗi câu hỏi trên Phiếu điều tra. Trước khi kết thúc phải đọc lại cho người được phỏng vấn nghe lại. Nếu không có ý kiến gì thay đổi thì đề nghị người được phỏng vấn ký tên vào phần cuối của phiếu điều tra này.

Các câu hỏi phỏng vấn sâu bao gồm:

1. Anh/chị đánh giá như thế nào về thực trạng sử dụng dịch vụ KCB của người bệnh tại đơn vị CMU?
2. Các loại dịch vụ KCB và phương thức cung cấp dịch vụ hiện nay của đơn vị CMU là gì? có đáp ứng nhu cầu KCB của người dân không? Vì sao? Những khó khăn, tồn tại khi cung cấp dịch vụ?
3. Các loại đối tượng liên quan đến bệnh phổi mạn tính đơn vị CMU đang quản lý? Khó khăn, tồn tại trong công tác quản lý?
4. Hiện tại, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của đơn vị CMU có đáp ứng nhu cầu KCB không? Vì sao?
5. Theo Anh/chị, nguyên nhân khiến người bệnh hài lòng, chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU là gì ?
6. Anh/chị đánh giá như thế nào về hiệu quả quản lý, điều trị của đơn vị CMU đối với việc cải thiện kết quả điều trị cho người bệnh ?
7. Giải pháp nâng cao chất lượng KCB của đơn vị CMU trong thời gian tới ?

Xin trân trọng cảm ơn các ý kiến của anh/chị !

NGƯỜI PHÒNG VẤN
(Ký- ghi họ & tên)

NGƯỜI ĐƯỢC PHÒNG VẤN
(Ký- ghi họ & tên)

Phụ lục 5

**BẢN HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM
(Đối tượng người bệnh được quản lý, điều trị tại CMU)**

Mã số.....

I. Thông tin chung

1. Ngày thảo luận nhóm.....
2. Địa điểm thảo luận nhóm.....
3. Thông tin về người tham gia thảo luận nhóm: Số lượng, tình trạng mắc bệnh, thời gian quản lý, điều trị tại CMU,...

II. Nội dung thảo luận nhóm

Điều tra viên chào hỏi và giới thiệu về mục đích cuộc thảo luận nhóm cho người dự định thảo luận nghe. Sau khi nghe xong, nếu những người được mời đồng ý tham gia trả lời mới bắt đầu cuộc thảo luận. Điều tra viên sẽ là người điều hành cuộc thảo luận nhóm, thư ký sẽ là 1 cán bộ khác không làm việc tại đơn vị CMU. Trước khi kết thúc phải đọc lại cho những người tham gia thảo luận nhóm nghe lại. Nếu không có ý kiến gì thay đổi thì đề nghị người điều hành và thư ký cuộc thảo luận ký vào biên bản.

Các câu hỏi thảo luận bao gồm:

1. Anh/chị đánh giá như thế nào về thực trạng sử dụng dịch vụ KCB của người bệnh tại đơn vị CMU?
2. Các loại dịch vụ KCB và phương thức cung cấp dịch vụ hiện nay của đơn vị CMU là gì? có đáp ứng nhu cầu KCB của người dân không? Vì sao? Những khó khăn, tồn tại khi cung cấp dịch vụ?
3. Các loại đối tượng liên quan đến bệnh phổi mạn tính đơn vị CMU đang quản lý? Khó khăn, tồn tại trong công tác quản lý?
4. Hiện tại, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của đơn vị CMU có đáp ứng nhu cầu KCB không? Vì sao?
5. Theo Anh/chị, nguyên nhân khiến người bệnh hài lòng, chưa hài lòng với dịch vụ KCB tại đơn vị CMU là gì ?
6. Anh/chị đánh giá như thế nào về hiệu quả quản lý, điều trị của đơn vị CMU đối với việc cải thiện kết quả điều trị cho người bệnh ?
7. Giải pháp nâng cao chất lượng KCB của đơn vị CMU trong thời gian tới ?

Xin trân trọng cảm ơn các ý kiến của anh/chị !

NGƯỜI ĐIỀU HÀNH
(Ký- ghi họ & tên)

THƯ KÝ
(Ký- ghi họ & tên)

GIỚI THIỆU VỀ NGHIÊN CỨU

“Thực trạng và hiệu quả sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính Năm 2017-2018”

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen là những bệnh phổi mạn tính rất phổ biến hiện nay trên thế giới cũng như tại Việt Nam, bệnh có liên quan tới môi trường sống, là những bệnh có thể phòng và chữa được. Phòng và quản lý bệnh sẽ làm chậm tiến trình bệnh, giảm biến chứng, giảm chi phí chăm sóc y tế và nâng chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ở tầm nhìn cộng đồng, các chương trình phòng và quản lý bệnh phổi mạn tính sẽ giúp giảm gánh nặng cho ngành y tế, cho xã hội và làm tăng chất lượng dân số.

Với những lý do nêu trên, Bệnh viện Phổi Trung ương phối hợp với Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam và Trường Đại học Y Hà Nội tiến hành nghiên cứu **“Thực trạng và hiệu quả sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính, năm 2017-2018”**.

Đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm: Người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen đang được quản lý và điều trị tại các đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU) tuyển tỉnh và cán bộ y tế đang làm việc tại các đơn vị CMU.

Quá trình nghiên cứu không gây ra bất cứ tổn hại nào cho đối tượng tham gia. Người bệnh và cán bộ y tế chỉ cần cung cấp đầy đủ, chính xác những thông tin theo bộ câu hỏi được thiết kế ngắn gọn, đơn giản, dễ đọc, dễ hiểu về chủ đề sử dụng các dịch vụ chăm sóc người bệnh phổi mạn tính ở cộng đồng. Nghiên cứu không ghi tên của người tham gia nên thông tin sẽ không phải là của một người cụ thể nào. Các thông tin thu được sẽ được bảo mật và chỉ nhằm phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. Nếu cảm thấy không thoải mái, ông/bà có thể từ chối và không tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu bắt đầu thực hiện từ tháng 1/2017 đến 12/2018. Kết quả thu được từ nghiên cứu này sẽ là cơ sở khoa học để Bệnh viện Phổi Trung ương và các đơn vị phối hợp đề xuất các can thiệp ưu tiên trong đổi mới cung ứng dịch vụ y tế theo hướng tăng độ bao phủ và chất lượng, đồng thời tăng tính công bằng và khả năng tiếp cận với dịch vụ của người dân.

Mọi câu hỏi có liên qua đến nghiên cứu này xin vui lòng liên hệ theo địa chỉ:

1. PGS. TS. Lê Văn Hợi, Phó Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương, Chủ nhiệm đề tài; Email: hoilv@yahoo.com; Điện thoại: 0912.066.616.
2. PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ, Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam; Email: syminhquan@gmail.com; Điện thoại: 0989.284.158.
3. ThS. Trần Thị Lý, Bệnh viện Phổi Trung ương; Email: ly13021984@gmail.com; Điện thoại: 0947.793.568.

Xin chân thành cảm ơn!

GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

“Thực trạng và hiệu quả sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính năm 2017-2018”

1. Giới thiệu về nghiên cứu:

Nghiên cứu này do Bệnh viện Phổi Trung ương phối hợp với Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam và Trường Đại học Y Hà Nội tiến hành nhằm thu thập các thông tin về tình hình sử dụng các dịch vụ chăm sóc người bệnh phổi mạn tính tại các đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU).

Sự tham gia của ông/bà vào nghiên cứu này sẽ góp phần quan trọng vào việc đánh giá tình hình thực tế cũng như nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế (*quản lý và điều trị Hen và Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở cộng đồng hiện nay như thế nào?*). Từ đó, những bước tiếp cận phù hợp sẽ là xác định và đảm bảo khả năng hoạt động của hệ thống y tế trong quản lý và điều trị loại bệnh lý này, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh phổi mạn tính tại cộng đồng.

Cuộc phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn sẽ kéo dài khoảng 5-10 phút, và cuộc phỏng vấn sâu sẽ kéo dài từ 10-15 phút.

2. Sự tham gia là tự nguyện:

Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Ông/bà có quyền tham gia, hoặc không tham gia vào nghiên cứu. Trong khi phỏng vấn nếu ông/bà thấy câu hỏi nào khó trả lời hoặc không biết đề nghị ông/bà không trả lời chứ không nên trả lời một cách thiếu chính xác, vì việc ông/bà trả lời chính xác là vô cùng quan trọng đối với nghiên cứu. Do vậy chúng tôi mong rằng ông/bà sẽ hợp tác và giúp chúng tôi có được những thông tin chính xác nhất.

Để đảm bảo tính riêng tư, toàn bộ thông tin ông/bà cung cấp sẽ được chúng tôi tổng hợp cùng với thông tin thu được từ các ông/bà khác và không ghi tên người trả lời, nên không ai khác biết được ông/bà trả lời cụ thể những gì. Nếu cảm thấy không thoải mái ông/bà có thể từ chối phỏng vấn và thảo luận nhóm vào bất cứ thời điểm nào của quá trình nghiên cứu.

3. Địa chỉ liên hệ khi cần thiết:

Nếu ông/bà muốn biết thêm thông tin hoặc có câu hỏi gì liên quan đến nghiên cứu, ông/bà có thể hỏi tôi bây giờ hoặc liên hệ theo địa chỉ:

1. PGS. TS. Lê Văn Hợi, Phó Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương, Chủ nhiệm đề tài; Email: hoilv@yahoo.com; Điện thoại: 0912.066.616.

2. PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ, Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam; Email: syminhquan@gmail.com; Điện thoại: 0989.284.158.

3. ThS. Trần Thị Lý, Bệnh viện Phổi Trung ương; Email: ly13021984@gmail.com; Điện thoại: 0947.793.568

Anh/chị đồng ý tham gia trả lời cho nghiên cứu này chứ?

Đồng ý

Từ chối

Họ tên/chữ kí của người tham gia:.....

Tên điều tra viên:; ngày phỏng vấn:

TEST KIỂM SOÁT HEN - ACT

1. Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen làm cho bạn phải nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ tại nhà? **Điểm**

Tất cả các ngày	1	Hầu hết các ngày	2	Một số ngày	3	Chỉ một ít ngày	4	Không có ngày nào	5	<input type="text"/>
-----------------	----------	------------------	----------	-------------	----------	-----------------	----------	-------------------	----------	----------------------

2. Trong 4 tuần qua, bạn có thường gặp cơn khó thở không?

>1 lần / ngày	1	= 1 lần / ngày	2	3-6 lần / tuần	3	1-2 lần / tuần	4	Không có lần nào	5	<input type="text"/>
---------------	----------	----------------	----------	----------------	----------	----------------	----------	------------------	----------	----------------------

3. Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, khò khè, khó thở, nặng ngực?

≥4 đêm / 1 tuần	1	2-3 đêm / 1 tuần	2	1 đêm / 1 tuần	3	1-2 lần / 4 tuần	4	Không có lần nào	5	<input type="text"/>
-----------------	----------	------------------	----------	----------------	----------	------------------	----------	------------------	----------	----------------------

4. Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay khi dung không?

≥3 lần / ngày	1	1-2 lần / ngày	2	2-3 lần / 1 tuần	3	≤1 lần / 1 tuần	4	Không có lần nào	5	<input type="text"/>
---------------	----------	----------------	----------	------------------	----------	-----------------	----------	------------------	----------	----------------------

5. Bạn đánh giá bệnh hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?

Không kiểm soát	1	Kiểm soát kém	2	Có kiểm soát	3	Kiểm soát tốt	4	Kiểm soát hoàn toàn	5	<input type="text"/>
-----------------	----------	---------------	----------	--------------	----------	---------------	----------	---------------------	----------	----------------------

Tổng số điểm

Phụ lục 9

Thang điểm CAT
(Đánh giá ảnh hưởng của COPD lên chất lượng cuộc sống)

Tôi hoàn toàn không ho	0	1	2	3	4	5	Tôi ho thường xuyên
Tôi không khạc đờm, không có cảm giác có đờm	0	1	2	3	4	5	Tôi khạc nhiều đờm, cảm giác luôn có đờm trong ngực
Tôi không có cảm giác nặng ngực	0	1	2	3	4	5	Tôi rất nặng ngực
Không khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang	0	1	2	3	4	5	Rất khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang
Tôi không bị giới hạn khi làm việc nhà	0	1	2	3	4	5	Tôi bị giới hạn khi làm việc nhà nhiều
Tôi rất tự tin khi ra khỏi nhà bất chấp bệnh phổi	0	1	2	3	4	5	Tôi không hề tự tin khi ra khỏi nhà vì bệnh phổi
Tôi ngủ rất yên giấc	0	1	2	3	4	5	Tôi ngủ không yên giấc vì bệnh phổi
Tôi cảm thấy rất khỏe	0	1	2	3	4	5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào

- CAT ≤ 10: ít triệu chứng: bệnh nhân thuộc nhóm A hoặc C.
- CAT ≥ 10: nhiều triệu chứng: bệnh nhân thuộc nhóm B hoặc D.

Phụ lục 10

**Thang điểm mMRC
(Đánh giá mức độ khó thở NB COPD)**

Bảng điểm đánh giá khó thở MRC	Điểm
Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng.	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

Phu lục 11

Danh mục thuốc thiết yếu tại đơn vị CMU

Thuốc	Dạng dùng, hàm lượng
Cường beta 2 tác dụng ngắn	
Salbutamol	- Uống: viên 4mg hoặc 2mg, hoặc - Khí dung: nang 2,5mg hoặc 5mg, hoặc - Xịt: 100mcg/liều
Terbutaline	- Uống: viên 5mg, hoặc - Khí dung: nang 5mg
Cường beta 2 tác dụng kéo dài	
Indacaterol	- Hít: viên 150mcg hoặc viên 300mcg
Bambuterol	- Uống: viên 10mg
Kháng cholinergic tác dụng kéo dài	
Tiotropium	- Xịt: hạt mịn 2,5mcg/liều
Kết hợp cường beta 2 tác dụng ngắn và Kháng cholinergic	
Fenoterol/Ipratropium	- Khí dung: 1ml chứa 0,25 mg Fenoterol/Ipratropium 0,5mg, hoặc - Xịt Fenoterol hydrobromide 0,05mg/ Ipratropium bromide 0,02mg
Salbutamol/Ipratropium	- Khí dung: nang 2,5ml chứa ipratropium bromide 0,5mg, salbutamol 2,5mg
Aminophyllin	- Tiêm tĩnh mạch: ống 240mg
Theophyllin phóng thích chậm (SR)	- Uống: viên 0,1g, hoặc 0,3g
Theophyllin loại thường	- Uống: viên 0,1g
Glucocorticosteroids dạng phun hít	
Beclomethasone	- Xịt: 100mcg/liều
Budesonid	- Khí dung: nang 0,5mg hoặc 2ml, hoặc - Hít: 200mcg/liều - Xịt: 200mcg/liều
Fluticason	- Khí dung: nang 0,5mg, hoặc - Xịt: 125mcg/liều
Kết hợp cường beta 2 tác dụng kéo dài và Glucocorticosteroids	
Formoterol/Budesonid	- Hít: 4,5mcg/160mcg
Salmeterol/Fluticason	- Xịt: 25/50mcg; 25/125mcg; 25/250mcg - Hít: 50/250mcg; 50/500mcg
Fluticason/Vilanterol	- Hít: liều 100mcg/25mcg hoặc 200mcg/25mcg
Kết hợp cường beta 2 tác dụng kéo dài và kháng cholinergic tác dụng kéo dài	
Indacaterol/glycopyrronium	- Hít: nang chứa indacaterol 110mcg/glycopyrronium 50mcg
Olodaterol/tiotropium	- Hít: 2,5mcg/2,5mcg
Thuốc nicotin thay thế nicotine	- Uống: viên 2mg

Thuốc	Dạng dùng, hàm lượng
Glucocorticosteroids đường toàn thân	
Prednisolon	- Uống: viên 5mg
Methylprednisolon	- Uống: viên 4mg; 16mg - Tiêm tĩnh mạch: lọ 40mg
Thuốc kháng leukotriene	
Montelukast	- Uống: viên nén 10mg - Nhai: viên 5mg hoặc gói cốm 4mg

Phụ lục 12

**Chỉ số hiệu quả cải thiện triệu chứng ở người bệnh
sau 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng quản lý, điều trị tại đơn vị CMU**

Tiêu chí nghiên cứu	Chỉ số hiệu quả sau 6 tháng (%)	Chỉ số hiệu quả sau 12 tháng (%)	Chỉ số hiệu quả sau 24 tháng (%)
Triệu chứng ho (n=310)			
<i>Không</i>	0,3	1,8	6,2
<i>Thỉnh thoảng</i>	3,4	3,6	1,1
<i>Hàng ngày</i>	- 2,2	-20,8	-24,3
<i>Liên tục</i>	- 12,3	-12,3	-12,3
Phạm vi hoạt động (n=310)			
<i>Tại chỗ</i>	- 4,3	-3,2	-3,2
<i>Trong nhà</i>	- 2,8	-22,9	-22,9
<i>Ngoài nhà</i>	22,4	29,0	22,6
<i>Cộng đồng</i>	0	0	20,3
Tình trạng ăn tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	11,9	17,0	17,3
<i>Chưa tốt</i>	- 1,9	-13,6	-18,6
Tình trạng ngủ tốt (n=310)			
<i>Tốt</i>	2,6	8,6	9,9
<i>Chưa tốt</i>	- 0,3	-2,6	-4,7