

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay rất nhiều nước sử dụng Y học cổ truyền (YHCT) trong phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng cũng như nâng cao sức khỏe và xác định YHCT như là một nhân tố quan trọng đảm bảo sự thành công chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) [1].

Việt Nam có nền y học cổ truyền lâu đời. Trước khi nền y học hiện đại thâm nhập vào Việt Nam, YHCT là hệ thống y dược duy nhất, có vai trò và tiềm năng to lớn trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân [2].

Trong những năm của thập kỷ 60 - 70 của thế kỷ trước, nước ta đã xây dựng thành công mô hình YHCT tại các trạm y tế (TYT) xã ở các tỉnh phía Bắc, ở nhiều xã phường có tới 70% - 80% số hộ gia đình có “Khóm thuốc gia đình”, hàng ngàn cán bộ y tế của TYT được học và bồi dưỡng kiến thức về thuốc nam và châm cứu, hàng ngàn lương y tham gia khám chữa bệnh tại các tổ chẩn trị và TYT. Trong thời kỳ này, thuốc nam và châm cứu đã thực sự đóng góp một phần đáng kể trong chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân tại cộng đồng, đặc biệt là ở vùng nông thôn, miền núi, vùng xa, vùng sâu [3],[4].

Tháng 11 năm 2008, tại đại hội YHCT toàn thế giới do WHO tổ chức tại Bắc Kinh đã tuyên bố: Trong 50 năm đầu của thế kỷ 21, YHCT có vai trò quan trọng trong CSSKBD nhất là đối với các nước đang phát triển vì tính hiệu quả và rẻ tiền của nó.

Trong chiến lược YHCT khu vực Tây Thái Bình Dương 2011 - 2020, WHO khẳng định rằng việc sử dụng các liệu pháp YHCT an toàn, hiệu quả, chất lượng cao có thể góp phần quan trọng vào công tác CSSK cho mỗi cá nhân và quốc gia, thúc đẩy công bằng y tế. Đó là một hình thức CSSKBD quan trọng, làm gia tăng tính sẵn có và giá thành hợp lý của dịch vụ y tế

Ngày nay, khi hệ thống y tế Việt Nam cũng như hệ thống khám chữa

bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ, đã bao phủ rộng khắp từ trung ương đến địa phương, vai trò của YHCT trong bảo vệ và CSSK tại tuyến xã tiếp tục được phát huy, góp phần không nhỏ vào công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân, phần nào giảm bớt sự quá tải của các tuyến trên, tiết kiệm chi phí cho cả cơ sở y tế và người bệnh và được quốc tế đánh giá cao.

Trong Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 có mục tiêu đến năm 2020 tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã đạt 40% [6].

Kết quả tổng kết chính sách quốc gia về YHCT năm 2011, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã trong cả nước là 24,9%, tại các tỉnh miền trung là 18,2%, các hoạt động YHCT chưa thực sự phát huy hiệu quả trong CSSKBD. Câu hỏi đặt ra là : Nguồn lực sẵn có tại các TYT xã để phục vụ cho mục tiêu trên hiện nay ra sao: Trình độ cán bộ có đáp ứng nhu cầu KCB bằng YHCT của người dân không; Thuốc và kinh phí có đủ không... Các hoạt động của YHCT hiện nay đã phù hợp chưa. Người dân có tin vào hoạt động YHCT của TYT xã hay không. Cần can thiệp vào đâu và như thế nào để tăng cường hoạt động YHCT tại TYT xã, người dân hiểu biết và chấp nhận sử dụng YHCT. Tại Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định tình hình hoạt động YHCT tại tuyến xã còn nhiều điểm bất cập vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh Miền Trung*” được thực hiện với các mục tiêu sau:

- 1. *Đánh giá thực trạng nguồn lực, hoạt động và sử dụng YHCT tại 27 xã nghiên cứu từ năm 2010 - 2012***
- 2. *Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện sử dụng YHCT tại trạm y tế xã và hộ gia đình từ năm 2012 - 2014.***

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. VÀI NÉT VỀ Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

1.1.1. Vai trò quan trọng của YHCT trong CSSK

Hiện nay YHCT đã được hơn 120 nước trên thế giới, kể cả các nước phát triển sử dụng để chăm sóc sức khỏe nhân dân. Vai trò và hiệu quả của y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe nhân dân ngày càng được nhiều nước thừa nhận và sử dụng rộng rãi trong phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe.

Y học cổ truyền có nhiều đóng góp, nhất là cho công cuộc chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuyên bố Alma-Ata, được thông qua tại Hội nghị quốc tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu hơn 30 năm trước, đã kêu gọi đưa y học cổ truyền vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, công nhận những thầy thuốc y học cổ truyền là cán bộ y tế, đặc biệt là ở cấp cộng đồng [7].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khẳng định “Cần đề cao và khai thác mạnh mẽ hơn nữa khả năng và hiệu quả của y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Phải đánh giá và công nhận giá trị của nó, làm cho nó ngày càng hữu hiệu hơn. Đó là hệ thống khám, chữa bệnh mà từ trước tới nay được nhân dân coi như của mình, chấp nhận một cách gần như đương nhiên. Hơn thế nữa, dù ở đâu, trong hoàn cảnh nào nó cũng chỉ mang lại lợi ích nhiều hơn so với các phương pháp khác vì nó là một bộ phận không thể tách rời nền văn hoá của nhân dân” [8].

Theo WHO, YHCT là những kiến thức, thái độ và phương pháp thực hành trong y học liên quan đến những thuốc có nguồn gốc từ thực vật, động vật, hay khoáng chất, các liệu pháp tinh thần, các bài tập, các kỹ thuật bằng

tay được áp dụng để chẩn đoán, điều trị và ngăn ngừa bệnh tật hoặc duy trì sức khỏe của con người [9].

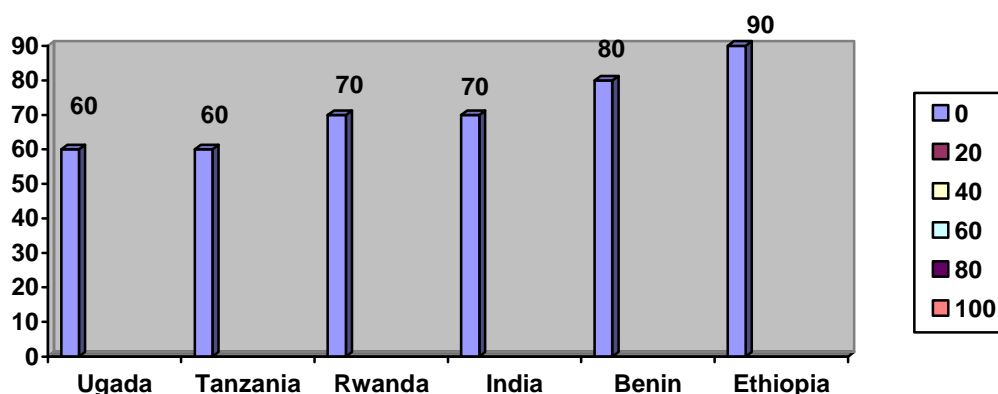
Thuật ngữ YHCT đề cập đến những phương pháp bảo vệ và phục hồi sức khỏe, được ra đời, tồn tại trước khi có y học hiện đại (YHHĐ) và được lưu truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác [9].

Bên cạnh nền YHHĐ được coi là nền y học chính thống ở mọi quốc gia, vẫn tồn tại một dòng khác, đó là y học truyền thống (TM). Các phép trị liệu thuộc Y học truyền thống của các nước Á - Phi khi thực hành tại các nước Âu - Mỹ thì gọi là y học phi chính thống, trong tiếng Nga gọi là y học phi truyền thống [10].

Y học cổ truyền cũng là một bộ phận di sản văn hoá phi vật thể của một số lớn các dân tộc trên trái đất, YHCT có gốc rễ bám chắc vào cộng đồng dân cư. Tổ chức y tế thế giới đã đánh giá: *“Hiện nay y học cổ truyền vẫn đang chăm lo sức khoẻ, đặc biệt là chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho gần 3/4 nhân loại, một bộ phận của nhân loại đang chịu nhiều thua thiệt về kinh tế - xã hội và ít có cơ may tiếp cận và hưởng thụ những thành quả mới nhất của y học hiện đại”* [11].

Phần lớn các quốc gia, người dân vẫn đến chăm sóc sức khỏe (CSSK) ở cả cơ sở YHCT nhà nước và tư nhân. Trong đó đáng kể nhất là các dịch vụ YHCT được cung cấp bởi các Lương y, họ là những người vận dụng YHCT theo kinh nghiệm của bản thân hoặc thừa kế kinh nghiệm của gia đình hoặc dòng họ. Một số nước như Ghana, Bangladesh, Ấn độ, Mianma, Nepal, Srilanca... Nhà nước cho phép thành lập những Trung tâm dịch vụ y tế ban đầu cung cấp các phương thuốc bằng cây cỏ chữa bệnh. Những người thực hiện công việc này ở các Trung tâm là các Lương y, các bà đỡ cổ truyền. Nguồn nhân lực YHCT chiếm tỷ lệ khá cao so với nguồn nhân lực YHHĐ, đây là yếu tố giúp cho sự cung cấp dịch vụ YHCT của các nước này mang tính sẵn có, gần gũi và phổ cập hơn so với các dịch vụ YHHĐ [12].

Thống kê của Tổ chức y tế thế giới, tháng 8 năm 2000 tại khu vực Châu Phi cho thấy tỷ lệ các nước đang phát triển ở khu vực này sử dụng YHCT trong CSSKBĐ chiếm tới 80%. Thấp nhất là 60% ở Uganda, Tanzania; 70% - 80% ở Rwanda, Benin và cao nhất tới 90% như ở Ethiopia [12].



Biểu đồ 1.1. Tỷ lệ người dân được chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng YHCT tại Châu Phi (Nguồn: Báo cáo của WHO, 8/2000)

Sử dụng và đưa YHCT trong hệ thống CSSKBĐ tại tuyến y tế cơ sở đã và đang là vấn đề được nhiều nước quan tâm. Tuy nhiên, do tiềm năng, điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội của mỗi nước khác nhau, nên các hình thái tổ chức và phương thức hoạt động của YHCT rất đa dạng và không giống nhau cho các nước. Sau đây, xin giới thiệu sơ lược việc lồng ghép của YHCT trong hệ thống y tế cơ sở của một số nước trên thế giới.

1.1.2. YHCT tại tuyến y tế cơ sở ở một số Quốc gia và vùng lãnh thổ Châu Á Tại Ấn Độ:

Ấn Độ là một trong những nước có hệ thống YHCT lâu đời gần 7000 năm. Ayurveda, Yoga, Siddha, Unani và các hệ thống y tế Tây Tạng đều được nhà nước công nhận và tạo điều kiện cho phát triển. Hệ thống này được thực hiện bởi các thầy lang chữa bệnh bằng cây thuốc, yoga, vi lượng đồng căn. Năm 2002, Chính phủ có quyết định chính thức chấp nhận chính sách độc lập cho các hệ thống YHCT. Điều này sẽ hỗ trợ nhiều trong các hệ thống chăm sóc y

tế theo mô hình kết hợp phương pháp truyền thống và hiện đại trong công tác CSSK cộng đồng [13],[14].

Tại Bruney:

Với việc xây dựng tầm nhìn chiến lược y tế đến năm 2035 và cùng hướng tới một quốc gia khỏe mạnh. Bộ Y tế Bruney cũng khuyến khích các cơ sở thẩm mỹ và cơ sở y tế thực hiện các dịch vụ YHCT thông qua những liên kết giữa các thành phần tư nhân và cộng đồng [15]. Năm 2008, Bộ Y tế Bruney đã thành lập Trung tâm YHCT dưới sự quản lý của Vụ Các dịch vụ y tế trực thuộc Bộ Y tế. Trung tâm này sẽ làm mũi nhọn trong công tác lồng ghép YHCT vào hệ thống các dịch vụ CSSK chính thống.

Tại Campuchia:

YHCT tại Campuchia (còn gọi là YHCT Khmer) có từ lâu đời và được người dân sử dụng chủ yếu theo kinh nghiệm tại các cộng đồng. Năm 1950, y học hiện đại đã thâm nhập mạnh mẽ vào Campuchia nhưng chỉ những người giàu mới có khả năng sử dụng dịch vụ YHHD, còn phần lớn người dân khi ốm đau vẫn phải nhờ tới y học cổ truyền [16].

Ngày nay, YHCT chủ yếu vẫn chỉ được dùng ở các hộ gia đình và cộng đồng, và được thực hiện bởi các thầy lang hoặc chính người dân theo kinh nghiệm của bản thân họ. Như vậy, về chính sách thì chính phủ hoàng gia Campuchia có cho phát triển YHCT, nhưng việc lồng ghép và ứng dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe gần như không có, mà chỉ có ở tuyến cơ sở, tồn tại như một hình thức chữa bệnh trong cộng đồng [17].

Tại Cộng hòa dân chủ nhân dân Lào:

YHCT là một bộ phận quan trọng trong mạng lưới CSSK nhân dân. Sự phong phú của rừng tại Lào là môi trường thuận lợi cho các thực vật, động vật sinh sống tạo nên sự đa dạng sinh học. Người dân vùng nông thôn và vùng núi của Lào thường sử dụng dược liệu địa phương để phòng và chữa các bệnh

thông thường. Nước Lào có khoảng 24.000 thầy thuốc YHCT chủ yếu hoạt động tại tuyến xã và cộng đồng. Chính phủ Lào rất quan tâm đầu tư và tạo điều kiện để phát triển nền YHCT phục vụ CSSK nhân dân [15],[18].

Tại Myanmar:

Myanmar có các chính sách quốc gia về YHCT. Trong đó ghi rõ “Để nhằm củng cố các hoạt động dịch vụ và nghiên cứu y học bản địa ngang cấp quốc tế và tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng”. Việc cung cấp chăm sóc sức khỏe bằng thuốc YHCT được thực hiện thông qua các bệnh viện và phòng khám YHCT ở tất cả các bang và khu vực. Ngoài ra nhà nước cũng cho phép các bác sỹ hành nghề YHCT tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ CSSK [15],[19].

Tại Philippin:

Việc CSSK bằng thuốc YHCT đã có truyền thống từ lâu đời. Philippin tiếp xúc với các hình thức khác nhau của thực hành y học phương Đông như châm cứu, bấm huyệt. Những thực hành về phương pháp điều trị YHCT tiếp tục được duy trì và phát triển bởi sự đa dạng văn hóa của quần đảo Philippin. Ngày nay Chính phủ Philippin đã tăng cường sử dụng thuốc YHCT ở cộng đồng thông qua các hoạt động: Tiến hành bào chế thuốc thảo dược dựa vào cộng đồng như decoctions, thuốc mỡ và xiro; tiến hành đào tạo về Châm cứu và xoa bóp hilot truyền thống của Philippin [15],[20].

Tại Mông cổ:

Quỹ Nippon đã tiến hành nghiên cứu, đánh giá và thăm dò cơ hội cải thiện CSSKBD thông qua cung cấp YHCT. Nghiên cứu này tập trung vào tiềm năng sử dụng YHCT song song với YHHĐ, niềm tin về YHCT, khả năng chi trả đối với YHCT và phương thức sinh hoạt của cộng đồng xa bệnh viện. Với sự ủng hộ của Chính phủ Mông Cổ và Nhật Bản, một dự án sử dụng YHCT được triển khai từ năm 2004, đã cấp phát túi thuốc gồm 12 loại thuốc YHCT cho các hộ nông thôn. Các hộ này đã sử dụng thuốc đó khi có nhu cầu

và thanh toán khi họ có tiền. Dự án đã bao phủ 10.000 hộ (50.000 người) trong 15 huyện. 540 bác sỹ cộng đồng chuyên về YHHĐ được tập huấn cơ bản về YHCT và về các thành phần có trong túi thuốc. Trong 04 huyện của ba tỉnh được triển khai túi thuốc, các cuộc gọi điện thoại từ hộ gia đình đến bệnh viện huyện giảm 25% sau một năm thực hiện dự án [21].

Tại Thái Lan:

Từ những năm 90 bắt đầu triển khai kế hoạch thành lập các trung tâm YHCT tập hợp các Lương y tại các tỉnh nhằm từng bước đưa YHCT vào hệ thống Y tế quốc gia, phục vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Từ năm 2008, Quỹ Nippon Nhật Bản đã triển khai dự án “Household Traditional medicine Kit Project” tại bốn tỉnh thuộc bốn khu vực của Thái Lan. Thông qua dự án nhằm xác định và tìm ra mô hình phù hợp để thúc đẩy việc sử dụng các loại thảo dược và các thuốc chế phẩm YHCT đóng gói tại các hộ gia đình trong việc CSSKBD [21],[22].

Tại Trung Quốc:

Tại một số tỉnh thành phố, một số bệnh viện YHCT dựa vào chức năng và cơ cấu của mình đã tự thành lập các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng YHCT. So với năm 2003, đến năm 2006, số khoa YHCT trong các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu đã tăng 6%, chiếm 98% tổng số dịch vụ của các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu. Lĩnh vực phục vụ của các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng YHCT ngày càng được mở rộng; trước đây chủ yếu quan tâm đến việc phòng bệnh và nâng cao sức khỏe; từ cuối năm 2006, có đến 90% bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường, hơn 70% bệnh nhân thiếu năng động mạch vành, các bệnh về não, các bệnh viêm đường hô hấp... sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của YHCT. Phương pháp dưỡng sinh được thường xuyên tuyên truyền và hướng dẫn thực hiện phổ biến trong cộng đồng để nâng cao sức khỏe, bảo vệ cơ thể, chống lại bệnh

tật. Đội ngũ thầy thuốc tham gia chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng bằng YHCT ngày càng được tăng cường. Đến năm 2006, tổng số thầy thuốc YHCT tại các đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu chiếm 20,2%, việc đào tạo, đào tạo lại những người đang làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng YHCT ngày càng được tăng cường, do đó chất lượng dịch vụ ngày càng được nâng cao [23],[24],[25],[26],[27],[28].

1.1.3. YHCT tại tuyến y tế cơ sở ở một số Châu lục và một số nước trên thế giới

Tại Châu Phi

YHCT có vai trò lớn trong việc CSSKBD, đặc biệt là các bộ lạc người dân ở đây từ lâu đã biết làm các phương thuốc từ cây cỏ sẵn có tại nơi sinh sống để phòng và chữa các bệnh thông thường ở cộng đồng mình. Hiện nay tại Châu Phi có tới 80 - 85% dân số sử dụng YHCT để chăm sóc sức khỏe [29]. 80-85% lực lượng tham gia công tác giáo dục, tuyên truyền CSSK cho người dân ở đây là từ những người cung cấp dịch vụ YHCT. Với nguồn dược liệu sẵn có trong tự nhiên, việc sử dụng YHCT đã mang lại nhiều hiệu quả trong điều trị, tiện lợi và phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh.

Ở các nước Châu Phi, với tình trạng thiếu bác sỹ, các thầy lang đã có đóng góp quý báu trong CSSK của người dân.

Tại châu Mỹ La Tinh:

YHCT được thực hành chủ yếu ở các nhóm thổ dân da đỏ, người dân có thu nhập thấp và được gọi là y học bổ sung và thay thế với các thực hành vi lượng đồng căn, xoa bóp và nắn bóp gãy xương, chữa bệnh bằng dược thảo.

Ở Mỹ: Một điều tra quốc gia năm 2002 do Trung tâm kiểm soát bệnh của Mỹ tiến hành cho thấy 65-70% người Mỹ đã sử dụng ít nhất 1 phương pháp y học cổ truyền trong cuộc đời họ. Khuynh hướng sử dụng y học bổ sung và thay thế ngày càng tăng. Tuy nhiên, cho đến hiện nay, YHCT chưa được đưa

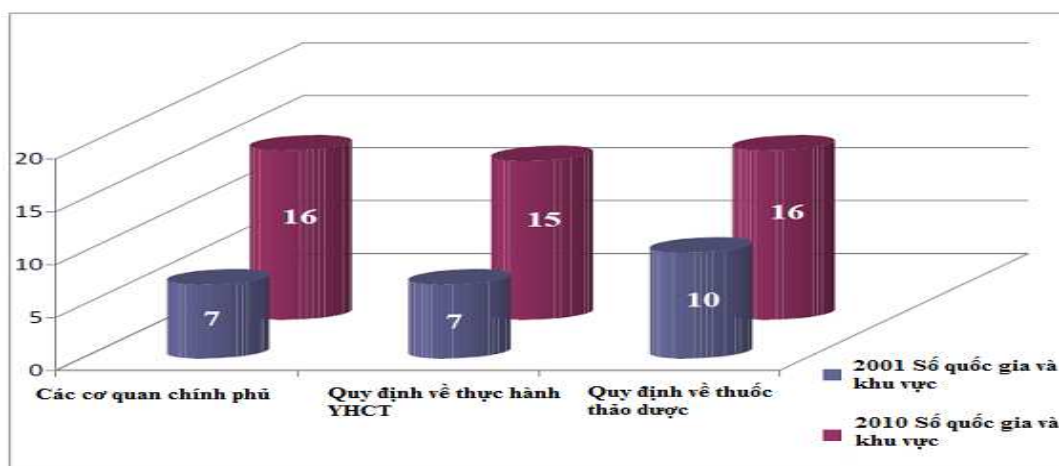
vào hệ thống y học nói chung. Quy định được phép sử dụng TM/CAM thay đổi theo từng bang. Ví dụ 42 bang cho phép thực hành châm cứu, 33 bang cho phép thực hành xoa bóp - bấm huyệt được hành nghề. Bác sĩ dùng biện pháp thiên nhiên (như thay đổi chế độ ăn, tập luyện v.v... mà không dùng thuốc) được cấp phép ở 12 bang [30],[31].

Ở Chi Lê: Phụ nữ Chile đánh giá cao vai trò của thuốc YHCT, họ không những chọn dịch vụ YHCT của nước bản địa để CSSK sinh sản cho mình mà còn đến với các thầy thuốc YHCT Trung Quốc.

Tuy nhiên, ở các nước nghèo, chi phí cho các chương trình, các chiến lược phát triển hệ thống YHCT vẫn còn thấp, do đó việc sử dụng an toàn các phương pháp điều trị YHCT, bảo tồn và ứng dụng YHCT trong hệ thống CSSK cộng đồng còn hạn chế và chưa thực sự được tổ chức thành mạng lưới rộng rãi [32].

Hội đồng y tế thế giới khuyến khích các quốc gia và vùng lãnh thổ đưa y học cổ truyền vào hệ thống y tế, phù hợp với năng lực và ưu tiên quốc gia cũng như hoàn cảnh và các qui định pháp lý liên quan, dựa trên bằng chứng về sự an toàn, hiệu quả và chất lượng của y học cổ truyền [5].

Ở những quốc gia và vùng lãnh thổ đã có sự kết hợp hoàn toàn giữa 2 nền y học, YHCT được chính thức công nhận và có mặt trong tất cả các loại dịch vụ y tế. Điều đó có nghĩa YHCT đã được đưa vào chính sách y tế quốc gia; thầy thuốc YHCT phải đăng ký hoặc chịu trách nhiệm công khai; các sản phẩm và nhà sản xuất thuốc YHCT phải được kiểm soát; tại các bệnh viện và phòng khám (của cả nhà nước và tư nhân) có các liệu pháp điều trị bằng y học cổ truyền; bảo hiểm y tế chi trả cho bệnh nhân điều trị bằng y học cổ truyền; các nghiên cứu về y học cổ truyền được phép tiến hành; thầy thuốc và người bệnh được giáo dục về YHCT và điều này là yêu cầu bắt buộc cho thầy thuốc y học cổ truyền.



Biểu đồ 1.2. Các quốc gia và khu vực Tây Thái Bình Dương có cơ quan chính phủ về YHCT, có quy định về thực hành YHCT và thuốc thảo dược
(Nguồn chiến lược YHCT khu vực Tây Thái Bình Dương 2011 - 2020)

1.1.4. Vài nét về một số tồn tại trong việc khám chữa bệnh bằng YHCT

Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy một phần rất lớn người dân quan niệm rằng thuốc YHCT có nguồn gốc từ thiên nhiên nên việc sử dụng chúng sẽ an toàn và không độc hại [33]. Nhưng đây là quan niệm chưa hoàn toàn đúng, bởi các thuốc YHCT cũng có thể gây ra các phản ứng có hại cho con người, thậm chí ở mức độ nặng có thể tử vong [34].

Bên cạnh đó tại nhiều quốc gia đang phát triển, người hành nghề YHCT là nguồn nhân lực chủ yếu để chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của cộng đồng. Tuy nhiên phần lớn số này không được đào tạo chính thức trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của cộng đồng [32]. Đây là một trong những rào cản làm hạn chế hiệu quả sử dụng phương pháp chữa bệnh bằng YHCT ở các nước này.

Nhật Bản, quốc gia có tỷ lệ người dân sử dụng thuốc YHCT cao nhất trên thế giới, thuốc YHCT rất thông dụng ở đây và được coi là thuốc rất an toàn. Trên thực tế, theo một báo cáo theo dõi về phản ứng bất lợi trong bệnh viện năm 1989, thuốc YHCT chiếm 1,3% tổng số ca có phản ứng bất lợi. Bộ Y tế đã thành lập tổ chức chuyên theo dõi các phản ứng

có hại liên quan đến thuốc YHCT, đặc biệt phổ biến với các thuốc YHCT tự mua không cần đơn [35].

Tại Việt Nam quan niệm sai lầm cho rằng thuốc YHCT là thuốc “gia truyền”, dùng từ lâu đời, không độc hại còn tương đối phổ biến trong nhân dân, thậm chí cả một số cán bộ y tế. Tuy nhiên theo một số báo cáo cho thấy, tỷ lệ dị ứng thuốc nam từ năm 1995 - 1999 đến khám và điều trị tại Khoa Dị ứng miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai là 87 trường hợp và các phản ứng có hại của thuốc từ mức độ nhẹ đến nặng thậm chí rất nặng và có tử vong [33].

Theo thống kê của khoa Chống độc Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011 và 2012, trên 50 bệnh nhân sau khi uống thuốc Cam của một số cơ sở YHCT không phép hoặc của người bán thuốc rong tại các chợ đã bị nhiễm độc chì và một số kim loại nặng, phải nhập viện Nhi hoặc khoa Chống độc bệnh viện Bạch Mai để điều trị trong tình trạng nguy kịch [36]. Tại một số địa phương đôi khi người dân chỉ tin vào các lời đồn về hiệu quả điều trị của các loại thuốc không rõ nguồn gốc đã gây nên không ít những hậu quả đáng tiếc.

Với những kết quả trên thuốc cổ truyền không phải tuyệt đối an toàn như đa số người dân, thậm chí cả nhân viên y tế vẫn thường quan niệm. Vì vậy việc sử dụng hợp lý, an toàn thuốc YHCT là vấn đề được Tổ chức y tế thế giới và các quốc gia hết sức quan tâm [34].

Châm cứu, bấm huyệt là những phương pháp chữa bệnh đơn giản, nhưng có công hiệu rất lớn trong phòng và chữa một số loại bệnh, tuy nhiên, nếu các phương pháp trên bị lạm dụng có thể gây ra những hậu quả khó lường.

Ngày nay, châm cứu được ứng dụng phổ biến trong y học như: Châm cứu điều trị bệnh, châm tê để hỗ trợ phẫu thuật ngoại khoa, châm cứu cắt cơn nghiện trong điều trị cai nghiện ma túy, châm cứu để giảm béo, châm cứu

nâng cao sức đề kháng... Tuy vậy, không phải ai cũng có thể chữa bệnh bằng phương pháp châm cứu này, một số ít thầy lang thiếu hiểu biết, chưa có kinh nghiệm, hoặc không tuân thủ quy trình châm cứu đã tiến hành châm cứu và đã gây ra một số tai biến, nguy hiểm: Lây nhiễm chéo do sử dụng chung kim châm cứu, không đảm bảo vô khuẩn. Một số người hành nghề do không được đào tạo bài bản về YHCT cũng như kết hợp YHCT với YHHĐ do đó khi châm cứu đã không xác định đúng huyết châm thẳng vào dây thần kinh, có thể dẫn đến bị liệt, teo cơ...

Ngoài ra, Châm cứu không đúng cách và không tuân thủ quy trình còn có thể gây ra một hội chứng mới - bệnh mycobacteriosis - là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn dạng sợi (mycobacteria), phát triển nhanh quanh vết châm kim do bông băng, khăn lau hoặc miếng vải chườm nhiễm bẩn, kim châm sát trùng không kỹ... Thời gian ủ bệnh khá lâu, thường dẫn tới áp xe và lở loét. Đa số bệnh nhân hồi phục sau khi bị nhiễm trùng, nhưng 5 - 10% đã chịu hậu quả nghiêm trọng như bị thoái hóa khớp, tổn thương nhiều cơ quan, loét thịt, bại liệt.

Chính vì những lý do trên, việc bồi dưỡng, tuyên truyền về sử dụng các dịch vụ y học cổ truyền như thế nào để đảm bảo an toàn, hiệu quả là một việc làm hết sức cần thiết đặc biệt là với tuyến xã và tại cộng đồng.

1.2. Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI TUYẾN XÃ CỦA VIỆT NAM

1.2.1. Sơ lược quá trình phát triển và hệ thống YHCT Việt Nam

1.2.1.1. Quá trình phát triển của YHCT Việt Nam

Việt Nam là một nước có nền YHCT lâu đời. Trải qua hàng ngàn năm lịch sử, YHCT Việt Nam đã đúc kết được những kinh nghiệm phòng và chữa bệnh có hiệu quả. Việt Nam có nhiều danh y nổi tiếng như Tuệ Tĩnh, Hải Thượng Lãn Ông- Lê Hữu Trác, Nguyễn Đại Năng, Hoàng Đôn Hoà [37],...

Các danh y của Việt Nam đã để lại cho đời những tác phẩm Y, Dược học cổ truyền nổi tiếng không những có giá trị trong lĩnh vực y học mà còn là di sản văn hoá của dân tộc [37].

Thời kỳ Hồng Bàng và các Vua Hùng, nhân dân ta đã biết ăn trầu để làm ấm người, phòng chống ngã nước (sốt rét), nhuộm răng để làm chắc chân răng, chống sâu răng, viêm lợi; ăn gừng, ăn tỏi để chống rối loạn tiêu hoá.

Đại danh y thiên sư Tuệ Tĩnh, ông tổ của thuốc Nam (thế kỷ XIV) được nhân dân suy tôn là “Thánh thuốc Nam”. Vào thời mà hầu hết các nước Đông Nam Á đang chịu ảnh hưởng sâu sắc của nền YHCT Trung Hoa thì Tuệ Tĩnh đã đưa ra quan điểm “Nam dược trị Nam nhân” (thuốc Nam chữa bệnh cho người Nam). Đây là quan điểm hết sức khoa học, vừa thể hiện tính nhân văn, nhân bản cao, vừa thể hiện được tinh thần độc lập, tự chủ, tự cường dân tộc [37].

Dưới triều đại nhà Lê có đại danh y Lê Hữu Trác, Hiệu là Hải Thượng Lãn Ông. Ông là người tâm huyết với nghề thuốc cứu người. Trong cuộc đời làm nghề y, Ông đã đúc rút được nhiều kinh nghiệm để lại cho đời sau những tài sản vô giá như bộ “Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh” có 28 tập, gồm 66 quyển dạy nghề làm thuốc; “Vệ Sinh Yếu Quyết” chỉ cho người ta cách giữ gìn vệ sinh để phòng bệnh; “9 điều Y Huấn Cách Ngôn”, đó là 12 điều y đức của người thầy thuốc.

Dưới thời Pháp thuộc (1884-1945), YHCT vẫn được người dân đặc biệt là dân nghèo thành thị và hầu hết người dân nông thôn sử dụng mỗi khi đau ốm, nhờ vậy mà nó được bảo tồn và phát triển.

Hòa bình lập lại, đánh giá cao vai trò và tiềm năng của nền YHCT trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, Đảng và Nhà nước đã cho thành lập hội Đông Y Việt Nam, Viện Đông Y Việt Nam và Vụ Đông Y - Bộ Y tế [38],[39] nhằm mục đích đoàn kết giới lương y, những người hành nghề

đông y với người hành nghề Tây y thực hiện đường lối “Kế thừa, phát huy, phát triển YHCT, kết hợp với YHHĐ, xây dựng nền y học Việt Nam hiện đại, khoa học, dân tộc và đại chúng” [40].

Trong những năm của thập kỷ 70 và những năm đầu của thập kỷ 80, Việt Nam đã xây dựng được mạng lưới khám chữa bệnh bằng YHCT từ trung ương đến địa phương. Hầu hết các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đều có bệnh viện YHCT; trên 90% các bệnh viện y học hiện đại có khoa YHCT trong đó có những khoa YHCT mạnh như khoa YHCT bệnh viện Vân Đình; đặc biệt có trên 60% trạm y tế xã của huyện Vân Đình, tỉnh Hà Tây đã đạt tiêu chuẩn dứt điểm thuốc Nam và Châm Cứu [41]. Tuy nhiên vào những năm cuối của thập kỷ 80 và những năm đầu của thập kỷ 90, thực hiện đường lối đổi mới kinh tế, do ảnh hưởng bởi mặt trái của nền kinh tế thị trường mà ngành y tế cũng như một số ngành khác chưa chuyển đổi kịp nên số trạm y tế xã, phường có hoạt động YHCT trong cả nước giảm mạnh, trung bình cả nước chỉ còn 12% số trạm y tế xã, phường còn hoạt động khám, chữa bệnh bằng YHCT [42],[43].

Từ năm 2003, đặc biệt là từ khi Thủ tướng Chính phủ phê duyệt QĐ 222/2003/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chính sách quốc gia về YDCT đến năm 2010 [44], đây là văn bản có tính định hướng phát triển tổng thể nền YDCT Việt Nam, sau 8 năm thực hiện các kết quả đạt được tuy chưa đáp ứng hết các mục tiêu đã đề ra, song những kết quả ấy đã có sự khác biệt lớn so với trước năm 2003. Tiếp đó năm 2008, ngày 04/7/2008, Ban Bí thư Trung ương Đảng ban hành Chỉ thị số 24-CT/TW về phát triển nền đông y Việt Nam và Hội Đông Y Việt Nam trong tình hình mới [45], ngày 31/11/2010, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định 2166/QĐ-TTg ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 [6].

Qua phân tích đánh giá thực trạng nền YDCT Việt Nam trước năm 2003 và sau năm 2003 cho thấy những thành tựu đạt được của nền YDCT đã có sự

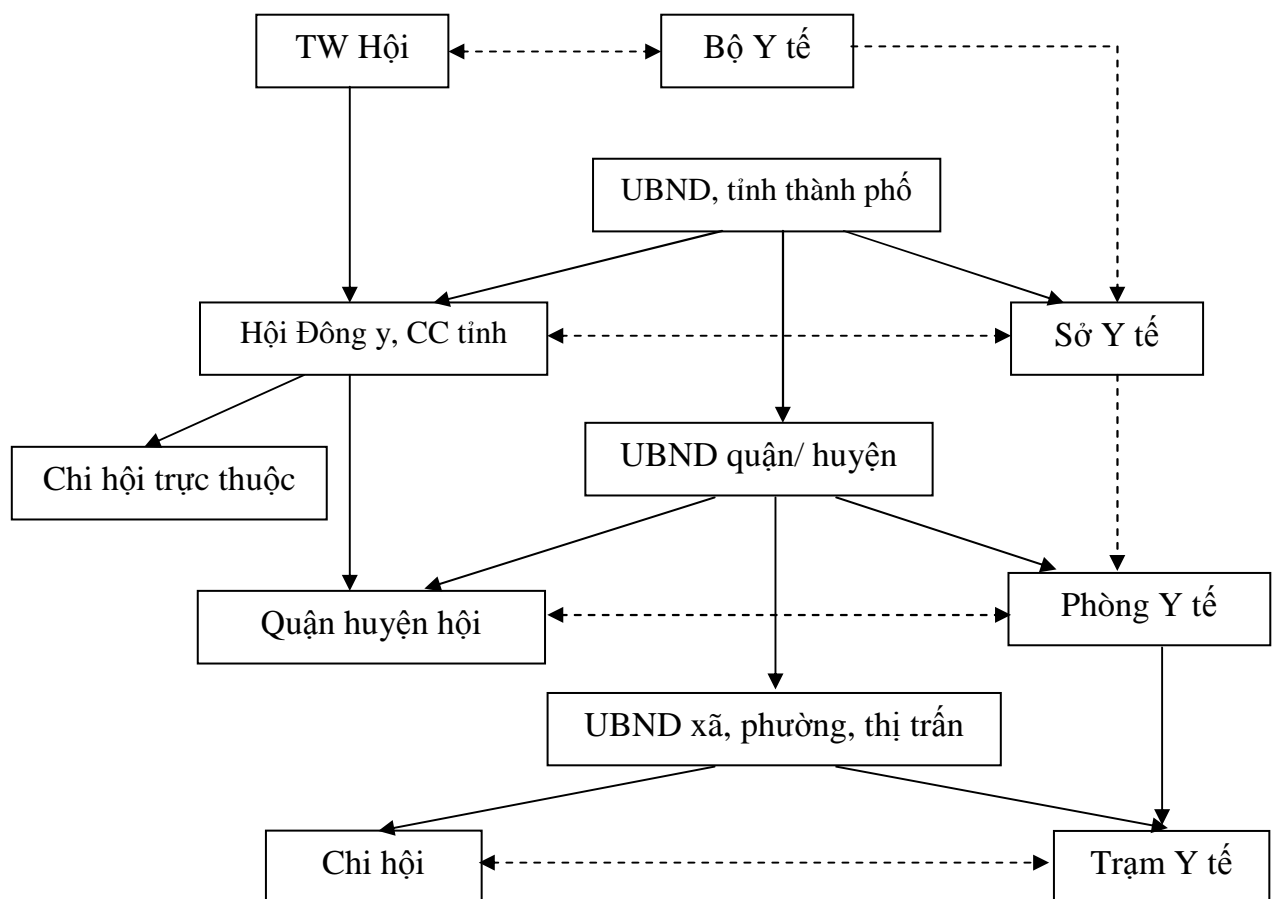
khác biệt đáng kể, sự khác biệt đó được thể hiện trên các lĩnh vực như: Hệ thống quản lý nhà nước; hệ thống KCB trong và ngoài công lập; hệ thống đào tạo nguồn nhân lực; hệ thống nuôi trồng, sản xuất và cung ứng thuốc YHCT; kết quả KCB... Sự khác biệt trên gắn liền với sự thay đổi cơ chế, chính sách [46].

1.2.1.2. Sơ lược về hệ thống Y học cổ truyền Việt Nam

Hệ thống y học cổ truyền Việt Nam là một khối thống nhất trong hệ thống y tế quốc gia.

a) Hệ thống quản lý về y học cổ truyền được thể hiện qua sơ đồ sau

Sơ đồ 1.1. Hệ thống quản lý hệ thống hành nghề YHCT tư nhân



Ghi chú: —> Quản lý chỉ đạo trực tiếp

-----> Chỉ đạo hoặc phối hợp về chuyên môn kỹ thuật

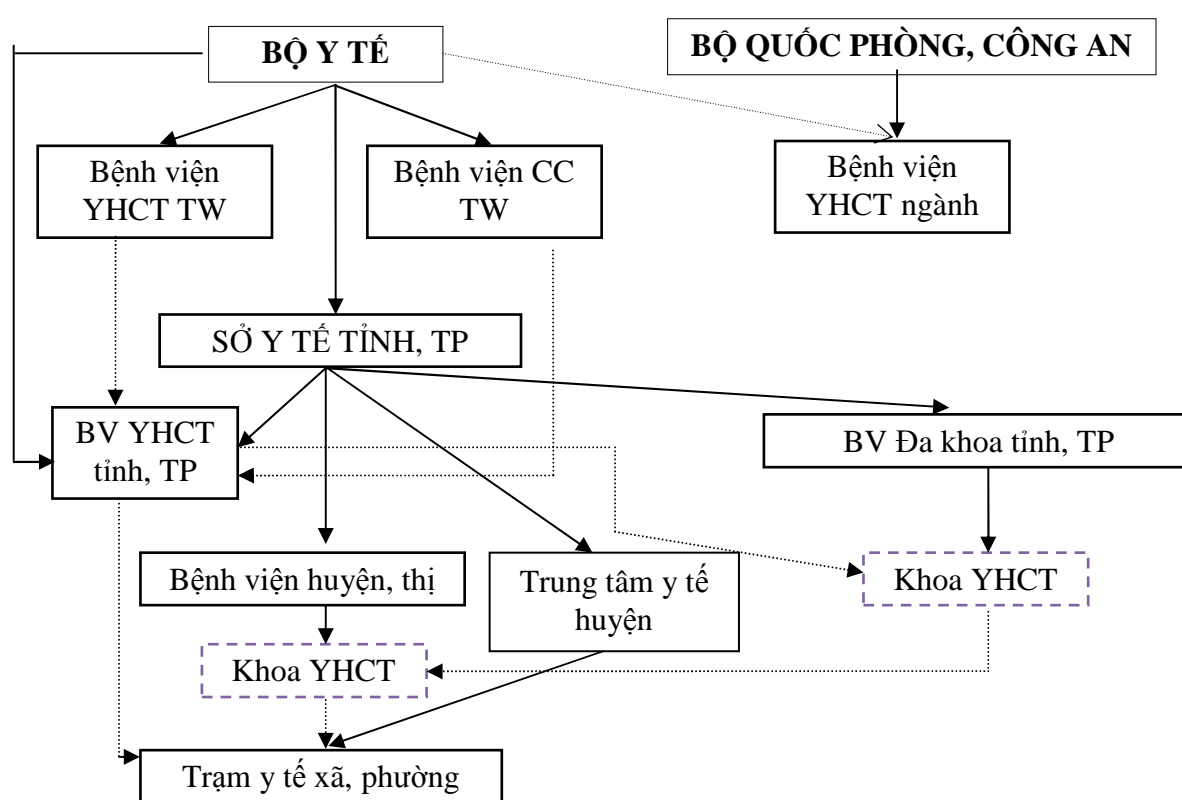
b) Hệ thống khám chữa bệnh YHCT Việt Nam

Việt Nam có một hệ thống khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền từ Trung ương đến địa phương, bao gồm cả hệ thống y tế nhà nước và tư nhân:

* Hệ thống Y tế Nhà nước:

Hệ thống này có mối tương quan và tác động qua lại lẫn nhau thể hiện qua sơ đồ sau:

Sơ đồ 1.2. Hệ thống khám chữa bệnh YHCT Nhà nước



Ghi chú:

————→ Quản lý chỉ đạo trực tiếp

-----> Chỉ đạo về chuyên môn

* Hệ thống Hội nghề nghiệp và hoạt động hành nghề tư nhân lĩnh vực YHCT:

Song song tồn tại cùng với hệ thống y tế nhà nước về YHCT, Việt Nam còn có một hệ thống các Tổ chức Hội nghề nghiệp chuyên môn và các cơ sở hành nghề YHCT tư nhân: Bệnh viện YHCT tư nhân, phòng chẩn trị YHCT,

các cơ sở kinh doanh, sản xuất thuốc YHCT, các cơ sở cung cấp dịch vụ YHCT bằng các phương pháp không dùng thuốc, các ông lang, bà mẹ, người hành nghề bằng bài thuốc gia truyền...

c) Hệ thống đào tạo nguồn nhân lực Y, Dược cổ truyền:

*** Cơ sở đào tạo:**

Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (thành lập năm 2005).

Khoa YHCT trường đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Đại học Y Huế.

Một số trường đại học y có bộ môn YHCT: Thái Bình, Thái Nguyên, Hải Phòng, Đại học Cần Thơ, Học viện Quân y.

Bệnh viện YHCT trung ương, Bệnh viện Châm cứu trung ương, Viện YHCT Quân đội.

Hệ thống các trường trung cấp, cao đẳng y, dược của trung ương và địa phương có bộ môn đào tạo y sỹ YHCT.

02 trường trung học YHCT dân lập.

d) Hệ thống cung ứng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu

Hiện nay, Việt Nam có hơn 500 cơ sở kinh doanh, sản xuất dược liệu, thuốc YHCT, hệ thống cung ứng dược liệu bao gồm các công ty, cơ sở kinh doanh dược liệu [47].

1.2.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến xã:

Theo niên giám thống kê y tế năm 2011, hiện nay cả nước có 11.730 trạm y tế với 49.470 giường bệnh chiếm 18,78% so với tổng số giường bệnh chung, trong đó có 11.020 trạm y tế xã, phường và 710 trạm y tế các ngành. Tổng số nhân lực của Việt Nam là 279.797 người, trong đó nhân lực tại tuyến xã là 67.999 người, số cán bộ tại tuyến xã có trình độ bác sỹ là 7.785 người (chiếm tỷ lệ 11,4%) [48].

Theo số liệu khảo sát của Bộ Y tế năm 2011, trong tổng số 186.005.784 lượt khám và điều trị có 47,2% số bệnh nhân được khám và điều trị tại TYT xã, TYT đã phát huy một cách hiệu quả và tương đối toàn diện công tác CSSKBD và các chức năng nhiệm vụ theo quy định như công tác KCB, Y tế dự phòng, sức khỏe sinh sản, YHCT... Đối với bệnh nhân KCB bằng BHYT có khoảng 29,9% số lượt khám BHYT tại tuyến xã. Trên thực tế, người nghèo có xu hướng sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) tuyến huyện và tuyến xã, trong khi đó người giàu lại thường sử dụng dịch vụ y tế cả nội trú và ngoại trú tại các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương [49].

Mặc dù việc sử dụng DVYT tại tuyến xã chiếm tỷ lệ cao trong tổng số KCB nhưng thực tế có khoảng 70% số bệnh nhân vượt tuyến để điều trị tại tuyến trung ương lại có thể điều trị được ở tuyến huyện và tuyến xã; 69,7% bệnh nhân vượt tuyến ở tuyến huyện có thể điều trị được ở tuyến xã [49].

Trong những năm gần đây, có sự thay đổi về nhân lực Y tế tại tuyến huyện và tuyến xã: số nhân lực tại TYT đạt 11%, số nhân lực y tế có trình độ chuyên môn cao tại tuyến xã cũng có sự gia tăng đáng kể. Qua khảo sát tại 12 tỉnh đại diện cho các vùng trong cả nước, số TYT có bác sỹ tăng từ 44,3% năm 2000 lên 70,6% năm 2011 [49].

Năm 2000, tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế trong cả nước đạt 73%, năm 2005 là 78% và năm 2010 đã tăng lên 87%.

Chính vì lý do trên, Bộ Y tế đã trình Thủ tướng Chính phủ Đề án tăng cường y tế cơ sở trong tình hình mới, ngày 08/12/2014, Thủ tướng Chính phủ đã ký Nghị định số 117/NĐ-CP, Nghị định quy định về y tế xã, phường thị trấn [50].

1.2.3. Kết quả hoạt động của YHCT trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Chăm sóc sức khỏe cộng đồng bằng YHCT đã là vấn đề được ngành Y tế Việt Nam chú trọng phát triển từ lâu. Trong những năm của thập kỷ 60 - 70

của thế kỷ trước, Việt Nam đã xây dựng thành công mô hình YHCT tại các trạm y tế xã ở các tỉnh phía Bắc, hoạt động này đã đem lại hiệu quả thiết thực trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Tuy nhiên hoạt động này đã tạm lắng xuống trong những năm của Thập kỷ 90 và một số năm đầu của Thế kỷ 21. Hoạt động KCB bằng YHCT tại trạm y tế xã, phường đã phát triển trở lại sau khi Chính phủ Việt Nam ban hành chính sách quốc gia về Y dược cổ truyền và một số các văn bản về công tác YDCT, hoạt động này thể hiện qua các số liệu sau: năm 2005 số trạm y tế triển khai hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT chỉ đạt tỷ lệ 27% trên tổng số gần 11.000 xã phường trong cả nước, năm 2009 tỷ lệ này đã đạt 76,2%; số trạm có triển khai trồng vườn thuốc mẫu năm 2009 đạt 69,3% [46]. Điều này cho thấy các chính sách của Việt Nam trong công tác phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến cơ sở nói riêng đã có tính khả thi tương đối cao

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT trên tổng số khám, chữa bệnh chung tại trạm y tế cũng tăng dần: năm 2006 tại hội nghị sơ kết 3 năm thực hiện chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền tỷ lệ này là 16,9% [51]. Năm 2009 tỷ lệ này đã đạt 20,6%. Nhiều trạm y tế xã đã phát huy rất tốt hiệu quả của bộ phận khám chữa bệnh bằng YHCT, đưa tỷ lệ người dân được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bằng YHCT tại trạm y tế xã đạt tỷ lệ trên 30%. Một số địa phương tỷ lệ người dân trong cộng đồng tự sử dụng các phương pháp phòng và điều trị một số chứng bệnh bằng YHCT thông thường chiếm tỷ lệ trên 50%.

*** Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại trạm y tế xã:**

Theo báo cáo của các địa phương, đến nay tỷ lệ % các hoạt động YHCT tại trạm y tế xã trên tổng số trạm y tế như sau:

Bảng 1.1. Hoạt động YHCT tại trạm y tế xã

Nội dung \ Năm	Năm							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tỷ lệ TYT có hoạt động KCB YHCT	41,6	65,1	36	59	64,6	69,6	74,5	79,3
Tỷ lệ TYT có vườn thuốc nam	47,3	77,3	56,2	38,6	64,6	70,5	75,6	79,9
Tỷ lệ TYT xã đạt chuẩn quốc gia	13,4	32,3	33,3	39,7	43,8	49,8	56	58,4
Tỷ lệ TYT có cán bộ YHCT	34,3	57,1	49,6	52,7	57,7	62,8	69,5	74,3

Nguồn Tổng kết chính sách Quốc gia về YDCT

Nhận xét: Qua bảng số liệu cho thấy tại thời điểm 2003 đến 2010, sự quan tâm đầu tư phát triển tuyến y tế cơ sở trong lĩnh vực y dược cổ truyền ngày càng được quan tâm, đặc biệt là năm 2008 - 2009 - 2010 các tỷ lệ hoạt động bằng y học cổ truyền tại trạm y tế xã ngày càng tăng, thể hiện sự phát triển đúng hướng của y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng.

Bảng 1.2. Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT tại TYT xã

Nội dung \ Năm	Năm							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%	%	%	%
Tỷ lệ KCB YHCT/tổng chung	17,6	14,9	22,7	20,5	19,9	22,0	26,5	24,6
Tỷ lệ điều trị ngoại trú YHCT/tổng chung	15,1	17,8	23,6	24,9	22,3	22,1	37,3	25,9

Nguồn Tổng kết chính sách Quốc gia về YDCT

Số liệu bảng trên cho thấy tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT/ tổng số khám chữa bệnh chung và tỷ lệ điều trị ngoại trú YHCT/tổng chung đã tăng dần qua các năm từ 2003 đến 2010, đặc biệt năm 2009 đạt tỷ lệ cao nhất.

1.3. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH BẰNG YHCT TẠI TUYẾN XÃ TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

1.3.1. Trên thế giới

Theo tác giả Trương Trung Nguyên và CS qua nghiên cứu quá trình và hiện trạng Trung y dược phục vụ nông thôn Trung Quốc năm 2005 cho thấy mạng lưới bảo vệ sức khỏe và điều trị dự phòng bằng Trung y tại nông thôn Trung Quốc bao gồm có 03 cấp đó là bệnh viện Trung Y cấp huyện, viện y tế cấp xã, thị trấn và trạm y tế thôn, đó là những đơn vị chủ yếu mà người dân có thể tiếp cận được với dịch vụ Trung y dược, tuy nhiên số lượng nhân viên làm công tác Trung y thiếu, chất lượng nhân lực thấp, thiếu nhân tài [52]. Tổng số nhân lực Trung y trong toàn quốc và cấp huyện đều thấp so với tỷ lệ người làm công tác y tế, lực lượng làm công tác Trung y dược ở nông thôn không ngừng bị yếu thế, không thu hút được những người có học lực cao, người giỏi và trẻ tuổi. Nguyên nhân của tình trạng trên do xuất phát từ lợi ích kinh tế, những người trẻ tốt nghiệp đại học không có nguyện vọng về nông thôn làm việc. Cơ sở hạ tầng trung y ở cấp xã và cấp thôn thiếu thốn, trang thiết bị lạc hậu do đó đã không thu hút được người bệnh chính vì vậy đã gây trở ngại cho việc phát triển Trung y trong chăm sóc sức khỏe người dân nông thôn [52].

Theo kết quả của Vu Trinh Tiên điều tra trong 3 năm (1999 - 2002) kinh phí đầu tư cho Trung y cấp xã và cấp thôn dường như không có, do đó theo tác giả muốn thúc đẩy phát triển sự nghiệp Trung y dược trong chăm sóc sức khỏe nông thôn nhất thiết phải có đầu tư tài chính, tăng cường các hạng mục cho hoạt động Trung y nông thôn [53].

- Năm 2009, Vincent C.H Chung và cộng sự tiến hành một điều tra quốc

gia về tình hình sử dụng YHCT hỗ trợ và thay thế vùng đồng bằng sông Châu Giang. Kết quả cho thấy có 19,2% bệnh nhân ngoại trú được điều trị bằng YHCT. Tuy nhiên, phần lớn trong số này đến KCB tại bệnh viện, chỉ có một tỉ lệ nhỏ 5,1% đến KCB tại TYT. Lý do đa số người bệnh không muốn đến KCB bằng YHCT tại TYT vì họ không tin tưởng vào trình độ chuyên môn của bác sỹ tại TYT và có tới 75% số người bệnh này cho rằng chất lượng dịch vụ tại TYT không đảm bảo chất lượng [54].

Qua kết quả nghiên cứu thực trạng cung cấp dịch vụ Trung y được ở 10 tỉnh, thành phố, đặc khu của Trung Quốc trong khoảng thời gian 2004 - 2007 cho thấy: Đối với các tỉnh này, các dịch vụ YHCT trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng ngày càng được coi trọng. Mạng lưới chăm sóc sức khỏe cộng đồng bằng YHCT ngày càng phát triển. Hiện nay, các cơ sở công lập tiến hành sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe ban đầu chủ yếu là các trạm y tế (chiếm 15%), các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu (chiếm 19%) [55] .

Liêu Tinh, Trương Huệ Mẫn, Vương Ngọc Hà, Lưu Kiến Bình (2011), Nghiên cứu thái độ của người dân Bắc Kinh đối với YHCT Trung Quốc (TQ), tạp chí Đại học Trung y dược Bắc kinh, Vol 34 No 1, pp 18-22: Nghiên cứu được thực hiện khách quan trên 224 người dân sinh sống tại Bắc Kinh đã sử dụng các phương pháp của YHCT Trung Quốc, kết quả cho thấy giới tính không ảnh hưởng tới việc sử dụng YHCT Trung Quốc. Đa số người tham gia nghiên cứu thích hoặc tin tưởng sử dụng YHCT Trung Quốc. 84,82% người được hỏi thích sử dụng YHCT Trung Quốc, 91,96% người cho rằng YHCT Trung Quốc có tác dụng tốt trong điều trị bệnh. Trong đó, những người cao tuổi, người có học vấn thấp và người có tín ngưỡng tôn giáo tin tưởng YHCT Trung Quốc nhiều hơn. Đối với người cao tuổi, những người dưới 60 tuổi đặc biệt thích sử dụng YHCT. Nghiên cứu này cho thấy người dân chọn YHCT Trung Quốc vì những lý do sau: Họ cho rằng Trung y thực sự có hiệu quả; so với Tây y, tác dụng phụ của Trung dược ít hơn; Tây y không thể chữa được

tất cả mọi loại bệnh tật; người thân và bạn bè thúc giục dùng Trung y. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chứng minh rằng việc chọn Trung y chủ yếu là do quan niệm văn hóa, giá cả, đức tin và thể giới quan của người sử dụng [56].

- Năm 2009 - 2010, Tổ chức Nippon Foudation đã triển khai một số dự án nhằm tăng cường sử dụng YHCT tại một số nước Asean như dự án cung cấp túi thuốc thiết yếu YHCT cho CBYT sử dụng trong CSSKBĐ tại Mongolia, đào tạo YHCT cho y tế thôn bản ở Campuchia và Myanmar. Kết quả cho thấy hoạt động can thiệp này đã đạt kết quả tốt và góp phần cải thiện chất lượng CSSKBĐ tại các cộng đồng nghèo ở các quốc gia này [57],[58].

- Năm 2011, Huang và CS đã nghiên cứu mối liên quan giữa thực hành cung cấp các dịch vụ KCB bằng YHCT và YHHĐ của các thầy thuốc với vai trò của đào tạo chuyên ngành của họ. Kết quả cho thấy, tỉ lệ cung cấp dịch vụ YHCT tại bệnh viện cao nhất là bác sĩ được đào tạo YHCT hoặc YHCT kết hợp YHHĐ, các bác sĩ được đào tạo YHHĐ thuần túy có tỉ lệ dùng YHCT ít nhất. Trong cùng năm Namgay Lhamo và cs., cũng tiến hành nghiên cứu vai trò nhận thức và thái độ của người Bhutan về sử dụng YHCT, kết quả cho thấy phần lớn người dân có niềm tin vào YHCT và YHCT được sử dụng khá rộng rãi, việc sử dụng này phụ thuộc vào nhận thức của người dân [59],[60].

- Năm 2011, Razak Mohamed Gyasi đã tiến hành nghiên cứu nhận thức của thầy thuốc và BN về vai trò của YHCT trong hệ thống y tế quốc gia Ghana. Kết quả cho thấy cả thầy thuốc và BN đều cho rằng YHCT có nhiều ưu điểm đó là dễ tiếp cận, an toàn, chi phí thấp và chữa được nhiều triệu chứng bệnh [61].

- Năm 2012, Viện nghiên cứu YHCT Hàn Quốc đã kết hợp với Bệnh viện YHCT trung ương Việt Nam tiến hành một điều tra về YHCT bổ trợ và thay thế tại các bệnh viện YHCT (99,7%) cho biết họ đã kết hợp YHHĐ với YHCT trong thực hành KCB hàng ngày. Tuy nhiên tỉ lệ kết hợp khoảng dao động từ lớn từ 5 - 100% [62].

1.3.2. Tại Việt Nam

** Các nghiên cứu về thực trạng nguồn nhân lực YHCT tuyến cơ sở:*

Nhiều nghiên cứu tập trung tìm hiểu nguồn nhân lực YHCT, kiến thức, kỹ năng thực hành, thái độ hành vi sử dụng YHCT và các yếu tố quan trọng liên quan đến thực hành sử dụng YHCT tại cơ sở y tế và cộng đồng. Các nghiên cứu đã tiến hành là:

- Nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (2005) “Kiến thức, thực hành sử dụng YHCT của cán bộ y tế huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên cho thấy đội ngũ cán bộ YHCT chiếm 6,7%, cán bộ YHHĐ là 93,3 %. Trong số đó 80% CBYT có nhu cầu học thêm về YHCT [63].

- Phan Thị Hoa (2003) nghiên cứu về “Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi sử dụng YHCT ở một số cộng đồng dân cư tỉnh Ninh Bình”. Nội dung nghiên cứu đề cập tới mối liên quan của nhận thức, kiến thức YHCT của người dân với hành vi thực hành YHCT của họ trong việc tự sử dụng YHCT hoặc quyết định sử dụng dịch vụ YHCT ở cơ sở y tế [64]. Năm 2007, Tôn Thị Tịnh tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng kiến thức thực hành về YHCT của bác sỹ YHCT tỉnh Thái Nguyên”, trong nội dung nghiên cứu tập trung đánh giá kiến thức, kỹ năng thực hành YHCT của CBYT tham gia điều trị bằng YHCT tuyến tỉnh và huyện, kết quả nghiên cứu cho thấy số cán bộ có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao 55,8%, tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học là 24,7% [65].

Kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn các thầy thuốc YHCT chỉ đạt yêu cầu về các kiến thức cơ bản như tác dụng và chỉ định của bài thuốc cổ phương, một số vị thuốc nam và phác đồ huyết dùng điều trị các chứng bệnh thông thường. Kỹ năng thực hành một số kỹ thuật khám và điều trị bằng YHCT của các CBYT chưa đảm bảo, chỉ khoảng 50% đạt yêu cầu. Như vậy, sự thiếu hụt không chỉ về số lượng mà còn cả trình độ chuyên môn.

- Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý (2006) về thực trạng nguồn nhân lực ở một số địa phương tỉnh Bắc Ninh cho thấy: Nhân lực YHCT trong các cơ sở y tế công lập thấp, chiếm 11,9 % trong tổng số nhân lực của tỉnh [66].

- Nghiên cứu của Phạm Phú Vinh (2011) ở Lạng Sơn cho thấy nguồn nhân lực YHCT trong các cơ sở Y tế công lập chỉ chiếm 9,5% trong tổng số nhân lực của tỉnh; phân bố nhân lực không đều ở các tuyến, hầu hết cán bộ có trình độ đại học và sau đại học đều ở tuyến tỉnh là 3,3%, ở tuyến xã Y sỹ là 57,6% [67].

- Phạm Vũ Khánh, Nguyễn Văn Mạn (2008) đánh giá thực trạng nguồn cung cấp dịch vụ YHCT khu vực y tế tư nhân tại các tỉnh Bắc Ninh, Hà Tây, Quảng Ninh, kết quả: có 96,8% người hành nghề y tế tư nhân YHCT đã qua các lớp hoặc khóa đào tạo chuyên ngành YHCT; 3,2% không qua đào tạo. Văn bằng, chứng chỉ về YHCT: 24,2% có bằng; 53,2% có chứng chỉ; 20,2% không có văn bằng chứng chỉ; 59,7% có giấy phép hành nghề y dược tư nhân. 59,7% có nhu cầu học thêm về YHCT. Những khó khăn gặp phải trong hoạt động chuyên môn của các cơ sở y tế tư nhân YHCT: Thiếu kiến thức về y học hiện đại, không kiểm soát được chất lượng thuốc YHCT [68].

Nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Thủy (2013) đánh giá thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng thuốc y học cổ truyền của tuyến y tế cơ sở thuộc tỉnh Nam Định, kết quả: Cơ cấu nhân lực YHCT tuyến y tế cơ sở của toàn tỉnh chiếm tỉ lệ là 8,5% thấp hơn nhiều so với nhân lực YHHĐ là 91,5%. Trình độ y sỹ YHCT là 3,4%, tiếp đến là Điều dưỡng có tỉ lệ 3,3%. Bác sỹ CK1 y học cổ truyền chỉ chiếm 0,15%; Bác sỹ CK YHCT chiếm 0,2%; Bác sỹ định hướng YHCT là 0,1%. Không có các trình độ cao như Tiên sỹ, BSCKII, Thạc sỹ [69].

*** Một số nghiên cứu mô tả về thực trạng sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở:**

Trong những năm qua, ở nước ta đã có những nghiên cứu về tình hình sử dụng YHCT ở cộng đồng. Kết quả nghiên cứu đã cho ta thấy việc sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở và cộng đồng dân cư là rất phổ biến.

Nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (1996) ở một số cộng đồng nông thôn ở miền Bắc Việt Nam cho thấy trong 25 trạm y tế xã nghiên cứu chỉ có 4% trạm y tế xã còn duy trì kê đơn thuốc YHCT; có 70,08% trường hợp mắc bệnh sử dụng YHCT để điều trị, trong đó sử dụng thuốc nam là 86,80%; thuốc bắc 7,61%; châm cứu xoa bóp là 5,59% [70].

Nghiên cứu của Trần Thuý và cộng sự (1999) về việc sử dụng và quan niệm của người dân về YHCT tỷ lệ người dân có sử dụng YHCT là 87,2%; người dân khi bị ốm có 13,5% chọn YHCT đơn thuần để chữa bệnh; có 26,6% chọn YHHĐ và điều trị kết hợp cả hai có 59,9%. Trong đó sử dụng thuốc YHCT đơn thuần là 48,3%; châm cứu xoa bóp là 53,7% [71]. Một nghiên cứu khác của Trần Thuý (2002) về tình hình sử dụng YHCT ở một tỉnh đồng bằng sông Hồng thì tỷ lệ châm cứu xoa bóp chỉ có 12,55% [72].

Nghiên cứu của Thái Văn Vinh (1999) ở tỉnh Thái Nguyên: 65,1% sử dụng YHCT. Nguồn cung cấp thuốc YHCT phần lớn là tự thu hái trong rừng 42,4%; tự trồng 29,5%; mua ở tư nhân 26,3%. Các chứng bệnh mà người dân sử dụng YHCT để điều trị: Bệnh tiêu hoá 86,2%, cảm mạo 75%, phong thấp 71,45%, chứng sốt 42,9%, suy nhược cơ thể 42,9% [73].

Nghiên cứu của Phạm Nhật Uyển (2001) tại tuyến xã tỉnh Thái Bình cho thấy việc khám chữa bệnh bằng YHCT là 74%, kết hợp Đông Tây y 26%; trong đó áp dụng trong điều trị thì dùng thuốc nam 86,48%; thuốc tây 93,67%; thuốc bắc 12,66%; châm cứu- xoa bóp 12,5% [74].

Nghiên cứu của Phan Thị Hoa (2003) tại tỉnh Ninh Bình: Tỷ lệ sử dụng YHCT 71,6%; nơi người dân lựa chọn chữa bệnh: Tại nhà 65,9%; bệnh viện 16,7%; trạm y tế 11,6%; y tế tư nhân 5,8% [64].

Nghiên cứu của Trương Thị Thu Hồng (2004) tại Lào Cai thì tỷ lệ người dân sử dụng YHCT kết hợp các phương pháp khác là 90,2%. Trong đó sử dụng thuốc Nam đơn thuần chỉ chiếm 32,4%; thuốc Nam kết hợp cùng 41,3%; thuốc Nam kết hợp với YHHĐ là 58,7% [75].

Nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý (2006) ở Bắc Ninh cho thấy tỷ lệ sử dụng YHCT trong cộng đồng là 70,9%; sử dụng các phương pháp YHCT 92%. Khi người dân bị ốm có 30,4% chọn YHCT để điều trị; có 29,1% chọn YHHĐ và 40,5% chọn kết hợp cả hai [66].

Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sơn năm 2007, các TYT phường của Quận Long Biên Hà Nội đều tổ chức khám, chữa bệnh bằng YHCT cho nhân dân, bình quân tỷ lệ lượt người bệnh được điều trị bằng YHCT so với tổng số bệnh nhân được khám và điều trị chung của 14 TYT phường thuộc Quận Long Biên là 33,44% [76].

Nghiên cứu về thực trạng hoạt động hành nghề của một số cơ sở YHCT tư nhân tại tỉnh Hải Dương năm 2007 cho kết quả như sau: Thầy thuốc YHCT tư nhân nhìn chung có tuổi đời và tuổi nghề cao. Lưu lượng bệnh nhân đến khám tại các cơ sở này trung bình 5,4 lượt người bệnh/ngày/01 cơ sở trong tháng, trong số đó có đến 80% thầy thuốc hành nghề YHCT đơn thuần, số lượt KCB trung bình trong 1 tháng tại các cơ sở YHCT đơn thuần 146,1 lượt, trong khi đó số lượt người bệnh được KCB trung bình trong 1 tháng của các cơ sở YHCT kết hợp với YHHĐ tương đối cao: 250 lượt/1 cơ sở/1 tháng [77]. Từ kết quả trên cho thấy, người dân có xu hướng thích được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bằng sự kết hợp của 2 phương pháp kết hợp YHCT với YHHĐ. Điều này cũng cho thấy rằng, sự hiểu biết và nhu cầu được CSSK của nhân dân ngày càng cao, đòi hỏi các thầy thuốc YHCT đơn thuần phải nâng cao trình độ chuyên môn cả kiến thức YHCT cũng như YHHĐ.

Nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cs., (2008) về thực trạng sử dụng YHCT tuyến cơ sở và cộng đồng tỉnh Hà Tây cũ cho thấy: Thuốc YHCT được sử dụng với tỷ lệ cao cả ở TYT xã/phường lẫn CSYT ngoài công lập YHCT (lần lượt chiếm 84,5% và 100%). Về dạng thuốc YHCT thường dùng nhất tại tuyến xã/phường là viên hoàn, cao lỏng; dạng thuốc thang

truyền thông được sử dụng ít hơn. Tỷ lệ sử dụng YHCT của người dân trong vòng 6 tháng là 70,8%. Hình thức chữa bệnh bằng thuốc YHCT chiếm 62,4%. Tuổi càng cao càng có xu hướng sử dụng YHCT [68].

Nghiên cứu của Trần Đức Tuấn (2011) về thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tuyến xã phường thuộc tỉnh Hải Dương cho thấy tỷ lệ sử dụng YHCT là 69,4% trong đó điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT là 29,3%; điều trị bằng thuốc YHCT đơn thuần là 34,8% [78].

Kết quả nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cs (2010 - 2013), Dự án điều tra hoạt động khám chữa bệnh tại tuyến tỉnh, huyện, xã... Trong 126 xã nghiên cứu từ năm 2010 - 2012, số TYT có phòng YHCT riêng biệt chiếm 58,7%, trạm có đèn hồng ngoại 54,1%, trạm có giác hơi 12,6%, trạm có bàn cân thuốc thang 26,9%, trạm có Dụng cụ bào chế thuốc YHCT 6,4%, trạm có tranh châm cứu 58,7% [79].

Nhìn chung, trong những nghiên cứu đã được triển khai, các tác giả đã đề cập và bàn luận đến các khía cạnh về tình hình sử dụng YHCT và nguồn nhân lực YHCT. Có nghiên cứu cho biết việc sử dụng YHCT của người dân là rất phổ biến; mô hình bệnh tật theo quan niệm của người dân trong phạm vi áp dụng YHCT vào điều trị các chứng bệnh tại cộng đồng và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng YHCT.

*** Một số nghiên cứu về giải pháp can thiệp nhằm củng cố và phát triển YHCT:**

Cùng với những nghiên cứu về hiện trạng, những nghiên cứu thử nghiệm các giải pháp và mô hình can thiệp về tăng cường sử dụng YHCT cũng được triển khai. Tuy nhiên, số lượng các nghiên cứu này rất khiêm tốn:

Năm 2001, Đỗ Thị Phương và cộng sự nghiên cứu xây dựng và đánh giá một chương trình đào tạo YHCT dành cho tăng ni sinh. Những nhà sư sau khi được đào tạo sẽ triển khai trong chùa các hoạt động CSSK cho người dân tại

cộng đồng bằng thuốc nam và xoa bóp - bấm huyệt. Sau đó nhóm nghiên cứu tiếp tục đánh giá hiệu quả của mô hình “Tuệ Tĩnh đường trong CSSK cộng đồng” và vai trò của các nhà sư trong mô hình này. Trên cơ sở hoạt động có hiệu quả của mô hình Tuệ Tĩnh đường, năm 2009, Đỗ Thị Phương và cộng sự tiến hành nghiên cứu xây dựng và triển khai thí điểm mô hình Tuệ Tĩnh đường trong chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS. Bản chất của mô hình là triển khai các hoạt động hỗ trợ chăm sóc giảm nhẹ bệnh cho người nhiễm HIV/AIDS bằng YHCT tại các nhà chùa [80]. Năm 2002, Phan Văn Tường đã tiến hành nghiên cứu xây dựng mô hình công tư phối hợp trong hệ thống bệnh viện [81]. Trong cùng năm Lê Văn Bào đã tiến hành nghiên cứu hoạt động hành nghề y tư nhân ở Hà Nội, đề xuất mô hình quản lý hành nghề y tư nhân ở tuyến xã [82], kết quả của các nghiên cứu này đã góp phần đưa ra một giải pháp nhằm giúp tăng cường năng lực KCB của hệ thống y tế. Năm 2003, Phạm Thông Minh và Đỗ Thị Phương tiến hành nghiên cứu “Hiệu quả áp dụng một số mô hình y học cổ truyền tuyến cơ sở theo hướng xã hội hóa tại huyện Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình” [83], nội dung nghiên cứu về việc xây dựng mô hình YHCT hoạt động dựa vào cộng đồng. Hiệu quả mô hình này đã đạt được một số kết quả trong việc cải thiện và nâng cao kỹ năng trong việc sử dụng YHCT của người dân. Năm 2004, Đỗ Thị Phương tiến hành đánh giá nghiên cứu can thiệp về đào tạo YHCT nội dung “Đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo YHCT hướng cộng đồng cho y tế thôn bản tại huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên” [84], nội dung nghiên cứu về đào tạo kiến thức YHCT cho y tế thôn, bản. Chương trình đã đạt hiệu quả tốt trong cải thiện kiến thức, kỹ năng YHCT của y tế thôn bản cũng như việc áp dụng YHCT vào trong chăm sóc sức khỏe của cộng đồng. Năm 2013, Phạm Việt Hoàng đã tiến hành nghiên cứu Thực trạng y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện tỉnh [85], sau 2 năm triển khai thí điểm mô hình can thiệp

“Tăng cường hoạt động YHCT của bệnh viện YHCT tỉnh”, mô hình can thiệp đã thu được các kết quả khả quan, kiến thức và kỹ năng của CBYT được cải thiện và lượng bệnh nhân đến KCB tại bệnh viện tăng cao rõ rệt.

Như vậy phần lớn các nghiên cứu trên đều tập trung mô tả thực trạng nguồn lực, các giải pháp và một số mô hình can thiệp. Các kết quả nghiên cứu và các khuyến nghị hầu hết chưa được sử dụng và ứng dụng vào thực tế. Cho tới thời điểm hiện tại chưa có đề tài nào nghiên cứu về các giải pháp và mô hình can thiệp đối với hoạt động YHCT tại tuyến xã.

1.3.3. Một số loại hình hoạt động YHCT tại các trạm y tế xã và cộng đồng

1.3.3.1. Loại hình hoạt động YHCT tại TYT xã

Trong những năm từ 1985 đến 1996 hoạt động YHCT tại tuyến xã gặp nhiều khó khăn: Theo kết quả NC của đơn vị CSSKBD tại 9 tỉnh trong cả nước cho thấy cơ sở dành riêng cho YHCT gần như không có, tỷ lệ số trạm có tủ thuốc chiếm rất thấp 5%, khoảng 50% số trạm Y tế có sử dụng châm cứu, xoa bóp trong điều trị bệnh. Số cán bộ y tế xã thời kỳ này được đào tạo về YHCT qua trường lớp chỉ chiếm tỷ lệ 2%. Số cán bộ kiêm nhiệm công tác YHCT chỉ có khoảng 10%. Số cán bộ được tập huấn về YHCT trong vòng 5 năm cũng chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 10%. Tỷ lệ này rất thấp so với việc tổ chức các chương trình y tế khác (bình quân 2 năm cán bộ y tế được dự 1 lần, có xã 100% số cán bộ y tế được tập huấn hàng năm về y tế cộng đồng). Trong một nghiên cứu năm 1997 tại đồng bằng Bắc bộ, khi phỏng vấn các y, bác sỹ chỉ có 35,6% nhớ được tên của trên 10 cây thuốc (với y tá chỉ có 18,7%). Mặt khác cũng đối tượng này chỉ biết chung chung công dụng của những cây thuốc đã được kể tên [3].

Năm 1997, theo thống kê của 23 tỉnh thành phố trong cả nước mới có 654/3424 (19,1%) xã duy trì và khôi phục vườn thuốc nam, chỉ có 8/23 tỉnh có giành một khoản kinh phí cho khôi phục vườn thuốc nam và mở lớp tập

huấn cho cộng đồng về khôi phục vườn thuốc nam với mức kinh phí rất thấp (trung bình 30 triệu đồng/tỉnh). Tại trạm y tế xã, năm 1999 vẫn còn trên 30% số TYT chưa có cán bộ biết châm cứu, 50% không biết bấm huyết, 90% số trạm y tế không có cán bộ có kiến thức và thực hành về dưỡng sinh...Điều này ảnh hưởng rất nhiều tới niềm tin của nhân dân vào YHCT, nhất là tâm lý coi thường các bài thuốc có công dụng, rẻ tiền, dễ kiếm,... đây cũng là một trong những nguyên nhân làm trầm trọng thêm sự xuống cấp của hoạt động YHCT tuyến xã [3],[83].

Về kinh phí cho YHCT tại TYT xã trong thời kỳ này có thể nói đã ở mức thấp nhất, phần lớn các TYT đều không có mục chi cho công tác YHCT. Nguồn kinh phí chủ yếu cho YHCT ở những trạm còn hoạt động chủ yếu từ cá nhân, nguồn này không ổn định và sử dụng vì mục đích kinh doanh, tạo thêm nguồn kinh phí thuê cán bộ hợp đồng, phụ cấp cho nhân viên của trạm.

Chính vì vậy, trong những năm 1999 trở lại đây, nhiều tỉnh thành tại Miền Bắc như Hải Dương, Hải Phòng, Hà Nam, Thái Bình, Thái Nguyên, Ninh Bình, ... đã khôi phục hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại trạm y tế xã nhưng theo cơ chế hoạt động mới. Các phương pháp điều trị chủ yếu được áp dụng ở đây vẫn là các phương pháp cơ bản như thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp... Các cán bộ y tế của trạm được bổ túc thêm về YHCT hoặc các lương y được huy động về làm việc tại trạm. Nguồn thuốc YHCT mua ở nguồn tư nhân với giá rẻ. Cách chi trả cho dịch vụ YHCT tại trạm cũng được thực hiện như đối với YHHĐ. Hoạt động này thực hiện theo hướng tự hạch toán dưới sự quản lý chuyên môn của trạm y tế xã. Như vậy, thực chất đây là hoạt động YHCTTN tại trạm.

Hoạt động YHCT phối hợp với Hội đồng y xã "Đưa lương y vào làm việc tại trạm". Các lương y được trạm bố trí dành riêng một phòng để khám bệnh, kê đơn bốc thuốc, châm cứu bấm huyết. Phương thức hoạt động theo

hướng dịch vụ tự hạch toán, dưới sự quản lý Nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ của Trưởng trạm y tế xã, lương y này được coi như một nhân viên của trạm [86].

Ưu điểm:

Việc phối hợp hoạt động giữa trạm y tế xã với Hội Đông y tại trạm y tế mang lại hiệu quả rõ rệt nhất là trong công tác xây dựng “Chuẩn quốc gia về y tế xã” và “xã tiên tiến về Y học cổ truyền”.

Nhiều Lương y làm việc tại trạm là những người có uy tín, kinh nghiệm và khi làm việc tại TYT xã sẽ có điều kiện để tiếp cận với người bệnh do đó đã nâng cao kết quả khám chữa bệnh tại TYT kể cả về số lượng và chất lượng, góp phần đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân trong lĩnh vực YHCT.

Phát huy được công tác kế thừa các bài thuốc hay, cây thuốc quý trong việc KCB.

Thông qua hoạt động này tăng cường sự gắn kết giữa ngành y tế và Hội Đông y.

Hạn chế: Việc lồng ghép lương y vào trạm y tế hiện nay chưa mang tính bền vững, đây chỉ là giải pháp mang tình hình huống vì các lý do sau:

Chưa có các quy định về pháp lý để tổ chức thực hiện, quản lý và phát triển.

Hệ thống văn bằng chứng chỉ đào tạo của Lương y không thống nhất do từ trước tới nay chưa có mã ngành đào tạo Lương y.

Việc tuyển dụng Lương y vào biên chế của TYT rất khó khăn do tuổi cao và văn bằng chứng chỉ đào tạo chưa thống nhất, chưa có mã ngành .

Chưa có văn bản quy định về phụ cấp cho lương y làm việc tại TYT nên không có cơ sở để tính phụ cấp.

Việc thanh toán BHYT cho khám chữa bệnh bằng YHCT tại các Trạm y tế còn hạn chế.

Các Lương y có khuynh hướng hành nghề độc lập tại nhà nên không chuyên tâm cho việc tư vấn và điều trị tại trạm y tế xã. Một số lương y lớn

tuổi, có uy tín thường khám bệnh tại nhà, một số người hành nghề gia truyền với tuổi đời và tuổi nghề còn ít muốn hoạt động tại TYT thì không đủ điều kiện về bằng cấp chuyên môn. Mặt khác, nhiều lương y chưa được cập nhật các kiến thức cơ bản về YHHĐ do đó đã phân nào hạn chế trong công tác tuyên truyền CSSKBĐ tại TYT.

Việc hỗ trợ cho Lương y chưa thống nhất, tùy thuộc vào khả năng chi trả của từng địa phương, nhiều địa phương mức hỗ trợ quá thấp nên chưa khuyến khích được lương y vào hoạt động tại trạm.

Sử dụng y sĩ chuyên khoa YHCT hoặc định hướng YHCT là biên chế của TYT (các cán bộ y sĩ định hướng phân lớn là y sĩ đa khoa hoặc điều dưỡng được bổ túc 6 tháng về YHCT), được TYT phân công phụ trách công tác YHCT [83],[86].

Ưu điểm:

Bộ phận này là một phần cấu thành tổ chức bộ máy của trạm y tế, Phòng y tế /quận/huyện/thị chịu trách nhiệm về quản lý nhà nước và Trung tâm y tế có trách nhiệm quản lý về chuyên môn. Ngoài ra Bộ phận này còn nhận được sự chỉ đạo chuyên môn về YHCT của BV YHCT tỉnh và khoa YHCT của Bệnh viện đa khoa huyện. Ngân sách hoạt động được trích một phần trong ngân sách Nhà nước cấp cho trạm.

Các cán bộ được phân công phụ trách YHCT tại trạm là nhân viên biên chế chính thức của TYT.

Nhiều cán bộ đã công tác tại TYT lâu năm do đó có khả năng tuyên truyền cho người dân về các kiến thức cơ bản trong CSSKBĐ.

Số cán bộ được học chuyên khoa về YHCT có kiến thức chung của cả 02 nền y học, mặt khác có thể triển khai được các phương pháp điều trị bằng YHCT (dùng thuốc và không dùng thuốc).

Bộ phận YHCT có thể sử dụng chung trang thiết bị của TYT như: Máy

hấp sậy dụng cụ, các trang thiết bị phục vụ cho công tác khám và điều trị.

Có thể sử dụng các kết quả xét nghiệm chung của trạm phục vụ cho công tác chẩn đoán và điều trị.

Phát triển vườn thuốc nam gắn liền với nhiệm vụ chung của TYT.

Tổ chức truyền thông giáo dục cho người dân các kiến thức cơ bản về YHCT để phòng và chữa một số bệnh thông thường. Hướng dân nhân dân trồng và sử dụng thuốc nam tại nhà, mở các lớp tập dưỡng sinh, khí công, kết hợp với chi hội đông y xã kế thừa, bảo tồn, phát huy, phát triển những bài thuốc hay, cây thuốc quý.

Có một điều hết sức thuận lợi của loại hình này là bảo hiểm y tế tại Việt Nam hiện nay chiếm 60 dân số, trong đó nhiều tỉnh miền núi và vùng dân tộc thiểu số có nơi trên 90% dân số có thẻ BHYT. Trạm y tế là nơi mà người có thẻ bảo hiểm y tế được cơ quan BHYT chi trả 100% tiền khám chữa bệnh, vì vậy đây cũng là điều kiện thuận lợi để phát triển công tác KCB bằng YHCT tại trạm.

Trong những năm gần đây nhiều trạm y tế hoạt động theo loại hình này và đã đạt được hiệu quả tốt như: 14/14 trạm y tế phường của Quận Long Biên- Hà Nội, Trạm y tế xã Đông Công - Văn Yên - Yên Bái; Trạm y tế xã Lạc vệ - Tiên Du - Bắc Ninh, Huyện Phù Cát tỉnh Bình Định, các xã phường của tỉnh Thừa Thiên Huế...

Hạn chế:

Đối với các y sỹ định hướng YHCT tuy được đào tạo nhưng do thời gian đào tạo về YHCT còn quá ít, chuyên môn mới ở mức sơ đẳng và chưa có nhiều kinh nghiệm thực tế nên chưa có đủ tin nhiệm để hấp dẫn người dân đến khám và điều trị tại trạm.

Do biên chế của TYT còn hạn chế, trung bình chỉ có từ 5 - 7 cán bộ y tế cho một TYT, tuy nhiên TYT lại quá nhiều hoạt động do đó hầu hết số cán

bộ này đều phải kiêm nhiệm thêm nhiều các công việc khác của TYT do đó không có thời gian để chuyên sâu về YHCT.

Cơ chế thanh toán với BHYT chưa thực sự thuận lợi, nhiều tỉnh chưa triển khai thanh toán BHYT cho các hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT.

1.3.3.2. Loại hình hoạt động YHCT tại cộng đồng

Phòng chẩn trị YHCT tư nhân

Đây là loại hình phổ biến nhất, các bác sỹ chuyên khoa YHCT, y sỹ chuyên khoa YHCT hoặc lương y, người hành nghề bằng bài thuốc gia truyền có đủ các điều kiện theo quy định của Pháp luật Việt Nam và được ngành y tế Việt Nam cấp giấy phép đủ điều kiện hành nghề YHCT tư nhân và/ hoặc chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh bằng YHCT tư nhân.

Cơ chế hoạt động: hoạt động theo cơ chế tự hạch toán và tự chủ hoàn toàn về tài chính và nhân lực, chịu sự quản lý nhà nước của ngành y tế.

Ưu điểm: Loại hình này có ở khắp nơi, nhiều phòng chẩn trị YHCT hoạt động 24/24 giờ do đó tạo điều kiện thuận lợi cho người dân ở cộng đồng có thể khám và điều trị bệnh bất cứ khi nào. Trung bình một phòng chẩn trị YHCT tư nhân mỗi năm khám chữa bệnh cho khoảng gần 1,500 lượt người bệnh, đã góp phần đáng kể làm giảm bớt sự quá tải cho các cơ sở y tế của Nhà nước.

Hạn chế: hầu hết đội ngũ hành nghề theo mô hình này là các lương y, trình độ chuyên môn không đồng đều, chưa được cập nhật các kiến thức về YHHĐ do vậy lực lượng này chỉ hành nghề YHCT đơn thuần, chưa thực hiện được chủ trương kết hợp với YHHĐ trong chẩn đoán và điều trị. Hầu hết hoạt động của các phòng chẩn trị YHCT tư nhân ở phạm vi hẹp, và cung cấp hạn chế một số dịch vụ YHCT tùy theo kinh nghiệm của người hành nghề. Tuy nhiên có thể nói mô hình này có tính duy trì khá cao, góp phần đáng kể trong cung cấp dịch vụ YHCT chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

**** Kết luận về một số loại hình hoạt động YHCT tại tuyến xã và cộng đồng của Việt Nam***

Nhìn dưới góc độ tổng thể về các hoạt động YHCT tại tuyến xã và cộng đồng (bao gồm cả cơ sở y tế nhà nước và tư nhân), có thể nói hệ thống này là một cấu thành không thể thiếu trong hệ thống y tế của Việt Nam, góp phần nâng cao hiệu quả KCB cho nhân dân đã đạt được những thành tựu đáng khích lệ.

Góp phần tăng cường lực lượng y tế, vừa tham gia hoạt động và thực hiện tốt các chương trình y tế cơ sở, vừa tạo điều kiện thuận lợi cho sơ cấp cứu ban đầu được kịp thời; đảm bảo KCB cho nhân dân. Ước tính mỗi năm các cơ sở hành nghề KCB bằng YHCT tư nhân khám và điều trị được khoảng 20 triệu lượt người, làm giảm sự quá tải trong các bệnh viện Nhà nước [76],[87].

Do có nhiều cơ sở KCB gần với dân nên đã tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh được phát hiện sớm bệnh tật và được chăm sóc theo dõi kịp thời, thường xuyên, giảm dần sự quá tải trong các cơ sở y tế Nhà nước, tạo điều kiện thuận lợi cho người dân được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với từng loại bệnh và khả năng kinh tế, tạo mối quan hệ gắn bó giữa thầy thuốc với cộng đồng nơi mà họ sinh sống [77].

Mỗi loại hình hoạt động YHCT tại tuyến xã của Việt Nam lại có những đặc điểm riêng biệt, có ưu điểm và hạn chế khác nhau, tuy nhiên các hoạt động này đã đem lại sự phong phú của các hình thức CSSK bằng YHCT tại Việt Nam và góp phần to lớn cùng với ngành y tế Việt Nam trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Để phát huy các ưu điểm, hạn chế tồn tại đối với từng loại hình hoạt động, việc xây dựng mô hình YHCT tại TYT xã và cộng đồng phù hợp, hoạt động đạt hiệu quả cao sau đó nhân rộng là việc làm hết sức cần thiết.

1.4. SƠ LƯỢC VỀ CÁC TỈNH NGHIÊN CỨU

1.4.1. Vài nét về địa lý - kinh tế văn hóa xã hội tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định

Cả 03 tỉnh đều nằm ở khu vực Trung bộ (miền Trung). Hà Tĩnh là tỉnh ven biển thuộc miền Bắc trung bộ, là một vùng đất nằm trên dải đất miền Trung, thiên nhiên không mấy ưu đãi, với diện tích tự nhiên 6.055.7 km², dân số 1.277.544 người (điều tra dân số ngày 1.4.2009), với diện tích đất rừng có trên 300.000 ha, các dạng thực vật đa dạng và phong phú có trên 86 họ và 500 loại cây thân gỗ trong đó có nhiều loại thực vật có khả năng sử dụng chữa bệnh hoặc nâng cao sức khỏe [88].

Thừa Thiên Huế nằm ở khu vực Bắc miền Trung, diện tích của tỉnh là 5.053.990 km². Tỉnh Thừa Thiên Huế là một cực tăng trưởng của vùng kinh tế trọng điểm miền Trung. Thừa Thiên Huế quan tâm đẩy mạnh phát triển kinh tế - xã hội gắn với bảo tồn, phát huy các giá trị văn hoá [89].

Bình Định là tỉnh duyên hải miền Trung, thuộc Nam trung bộ, Bình Định được xem là một trong những cửa ngõ ra biển của các tỉnh Tây nguyên và vùng Nam Lào, với địa hình vừa có vùng núi, vừa có vùng đồi, vùng ven biển và vùng đồng bằng. Khí hậu Bình Định có tính chất nhiệt đới ẩm, gió mùa [90].

1.4.2. Sơ lược về mạng lưới YHCT tại các tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định

Cả 03 tỉnh, mỗi tỉnh đều có một bệnh viện YHCT cấp tỉnh, khoa YHCT của bệnh viện đa khoa tỉnh, một số khoa hoặc tổ YHCT tại bệnh viện đa khoa huyện, thị.

Tuyến xã: nhiều TYT xã phường đã tổ chức KCB bằng YHCT, số trạm có hoạt động YHCT tại Hà Tĩnh 212/262 TYT xã đạt 80,9%, Thừa Thiên Huế 152/152 TYT đạt 100%, Bình Định 149/161 TYT xã đạt 92,5%. Tuy nhiên tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại hầu hết các TYT còn thấp, cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho KCB YHCT còn hạn chế, nhân lực về

YHCT tại xã hầu hết là kiêm nhiệm, trình độ chuyên môn chủ yếu là y sỹ đa khoa có học thêm 03 - 06 tháng về YHCT, nhiều TYT mới sử dụng các phương pháp không dùng thuốc của YHCT trong điều trị, nhiều vườn thuốc nam tại TYT xã mới chỉ mang tính hình thức [91],[92],[93].

Hệ thống YHCT của tổ chức hội và tư nhân: Tại các tỉnh này có phòng chẩn trị YHCT của Hội Đông y, và các phòng chẩn trị YHCT tư nhân có giấy phép hoặc không có giấy phép, ngoài ra do đặc thù của vùng địa lý còn có các ông lang, bà mế, những người có kinh nghiệm chữa bệnh bằng YHCT tại cộng đồng, hình thức này tương đối phổ biến đối với những địa bàn vùng sâu, vùng xa của cả 03 tỉnh nói trên.

1.5. KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU

Giả thuyết rằng trạm y tế các xã nghiên cứu muốn cung cấp dịch vụ YHCT cho người dân, tuy nhiên còn nhiều hạn chế, người dân có nhu cầu được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bằng YHCT, tuy nhiên bị hạn chế tiếp cận và sử dụng dịch vụ YHCT, trong số người dân tại cộng đồng vẫn còn nhiều trường hợp chưa sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh. Các yếu tố làm ảnh hưởng, hạn chế cơ sở y tế cung cấp dịch vụ YHCT, và người dân ít tiếp cận và sử dụng dịch vụ YHCT là do:

1.5.1. Trạm y tế

Cơ sở cung cấp dịch vụ YHCT không hoặc hạn chế đáp ứng được yêu cầu các dịch vụ YHCT của nhân dân vì cơ sở hạ tầng chật hẹp, xuống cấp, thiếu trang thiết bị YHCT, thiếu thuốc YHCT, thiếu nhân lực YHCT, thiếu bác sỹ, trình độ chuyên môn về YHCT của cán bộ y tế xã còn hạn chế.

1.5.2. Hộ gia đình và người bệnh

Người sử dụng dịch vụ YHCT bị hạn chế tiếp cận và hạn chế sử dụng dịch vụ YHCT do phía cung cấp dịch vụ YHCT chưa đáp ứng, kiến thức về YHCT của người dân còn nhiều bất cập.

1.5.3. Thông tin, truyền thông

Người dân tại cộng đồng thiếu các thông tin về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh, công tác truyền thông hạn chế do: Thiếu các tài liệu truyền thông, thiếu phương tiện truyền thông, kỹ năng truyền thông kém, TYT chưa chú trọng đến công tác truyền thông, không có kinh phí để tổ chức các hoạt động truyền thông.

Nhằm tăng tỷ lệ sử dụng YHCT tại TYT, tăng tỷ lệ sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh của người dân tại cộng đồng thì giải pháp can thiệp như thế nào và can thiệp vào đối tượng nào là phù hợp và hiệu quả: Có các trường hợp sau đây:

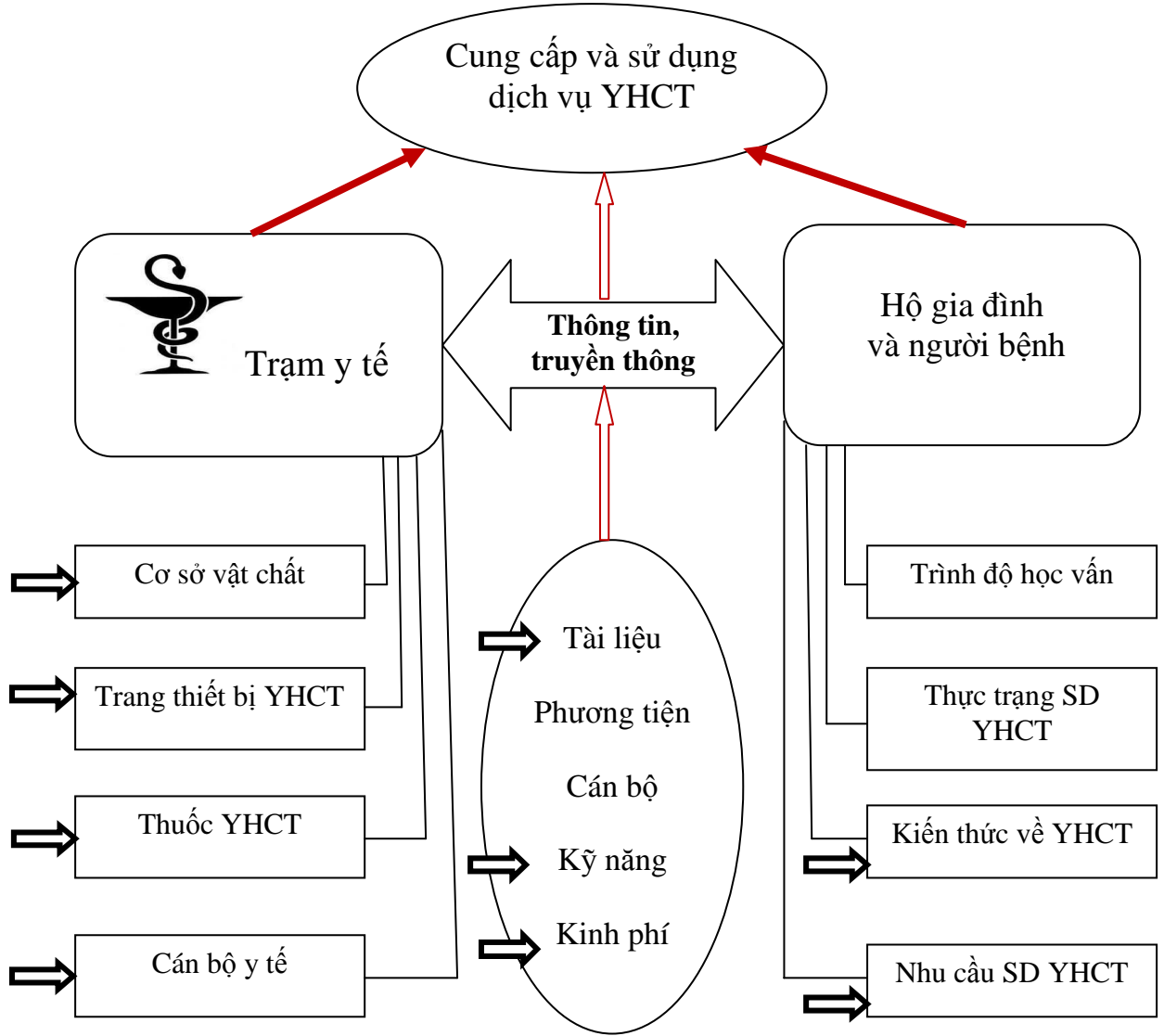
Mức độ 1 - Trạm y tế: Đầu tư về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT, nâng cao năng lực chuyên môn về YHCT cho cán bộ y tế xã và đội ngũ y tế thôn bản để tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ YHCT đối với người dân, tạo thêm niềm tin của người dân đối với trạm y tế xã.

Mức độ 2 - Hộ gia đình: Hỗ trợ kinh phí tổ chức các lớp tập huấn bồi dưỡng kiến thức về YHCT cho hộ gia đình và đại diện một số tổ chức Hội trong việc trồng và sử dụng thuốc YHCT, sử dụng các phương pháp không dùng thuốc để phòng và điều trị bệnh, một số kiến thức về điều trị một số bệnh chứng thông thường bằng YHCT.

Mức độ 3 - Công tác truyền thông: Tăng cường công tác truyền thông cung cấp thông tin cho người dân tại cộng đồng về việc phát triển, sử dụng YHCT trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe.

Giải pháp can thiệp toàn diện cả 3 mức độ kỳ vọng sẽ có kết quả tốt.

Sơ đồ 1.3. Khung lý thuyết nghiên cứu



Ghi chú: ⇨ can thiệp

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Giai đoạn nghiên cứu thực trạng

Các cán bộ đại diện Lãnh đạo Sở Y tế, đại diện Phòng Nghiệp vụ Y, Tổ chức cán bộ, Phòng Kế hoạch - Tài chính của SYT, Trung tâm y tế, Phòng y tế huyện, Trạm y tế xã; đại diện Hội Đông y, Hội Châm cứu huyện, xã, các ban ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội có liên quan trên địa bàn nghiên cứu.

Cán bộ của 27 trạm y tế, người hành nghề YHCT tư nhân trên địa bàn các xã nghiên cứu.

Đại diện người dân của hộ gia đình là chủ hộ hoặc người nắm vững nhất các thông tin về sử dụng dịch vụ y tế và YHCT của gia đình, mỗi TYT xã chọn 20 đến 25 người đại diện cho số người bệnh đến khám và điều trị tại TYT xã của 27 xã thuộc địa bàn nghiên cứu, trong quá trình điều tra.

Các văn bản, tài liệu, sổ sách, báo cáo có liên quan đến nguồn lực, tổ chức hoạt động khám chữa bệnh của tuyến xã trong năm 2010, 2011, 2012.

2.1.2. Giai đoạn nghiên cứu can thiệp

- Các cán bộ y tế trực tiếp tham gia khám chữa bệnh tại TYT, các cán bộ y tế đã nghỉ hưu, người hành nghề y tư nhân, y tế thôn của 03 xã can thiệp.

- Đại diện người dân thuộc hộ gia đình, đại diện một số Hội của 03 xã can thiệp và 03 xã đối chứng.

- Các văn bản, tài liệu, sổ sách, báo cáo có liên quan đến nguồn lực, tổ chức, hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của TYT tại 03 TYT can thiệp năm 2011, 2012, 2013 và 2014.

2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại 27 xã, phường (gọi chung là xã) thuộc 9

huyện, thành phố (gọi chung là huyện) của 03 tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định. Tại các tỉnh này chúng tôi chọn 03 huyện trên 01 tỉnh, 03 xã trên 01 huyện và các cơ sở YHCT tư nhân của 03 huyện, thị đại diện cho vùng thành thị, vùng miền núi, vùng ven biển trên địa bàn nghiên cứu. Tại các huyện chúng tôi tiến hành chọn mẫu như sau: Trong mỗi huyện đã được chọn, lập danh sách các xã chọn ngẫu nhiên 3 xã.

Tại tỉnh Hà Tĩnh các huyện được chọn là: Hương Sơn, Lộc Hà và Thạch Hà. Các xã được chọn là: Thị trấn Phố Châu, Sơn Trường, Sơn Trung, Thạch Lâm, Thạch Tân, Thạch Xuân, Thạch Châu, Thạch Bằng, Thạch Kim.

Tại tỉnh Thừa Thiên Huế các huyện được chọn là: Phong Điền, Phú Vang và Thành phố Huế. Các xã được chọn là: Điền Hòa, Điền Lộc, Phong Xuân, Vinh Xuân, Vinh Hà, Phú Thanh, Phú Cát, Phú Hậu, Xuân Phú.

Tại tỉnh Bình Định các huyện được chọn là: Tây Sơn, Tuy Phước và thành phố Quy Nhơn. Các xã được chọn là Tây Bình, Bình Hòa, Thị Trấn Phú Phong, Phước Nghĩa, Phước Thuận, Thị trấn Tuy Phước, Quang Trung, Trần Phú, Nhơn Bình

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

2.2.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này bao gồm hai loại thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định tính, định lượng và nghiên cứu can thiệp thử nghiệm cộng đồng có đánh giá trước sau can thiệp và có đối chứng

2.2.1.2. Các bước tiến hành và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu này bao gồm các giai đoạn chính sau:

- Giai đoạn 1: Điều tra mô tả cắt ngang trước can thiệp để có số liệu nền về nguồn lực dành cho hoạt động YHCT tại tuyến xã của 27 xã: Nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT và các hoạt động khám chữa bệnh tại

các TYT, thực trạng về sử dụng YHCT tại cộng đồng, những thuận lợi và khó khăn đối với việc sử dụng YHCT của TYT và hộ gia đình từ đó giúp cho việc xây dựng mô hình can thiệp (từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 12/2012).

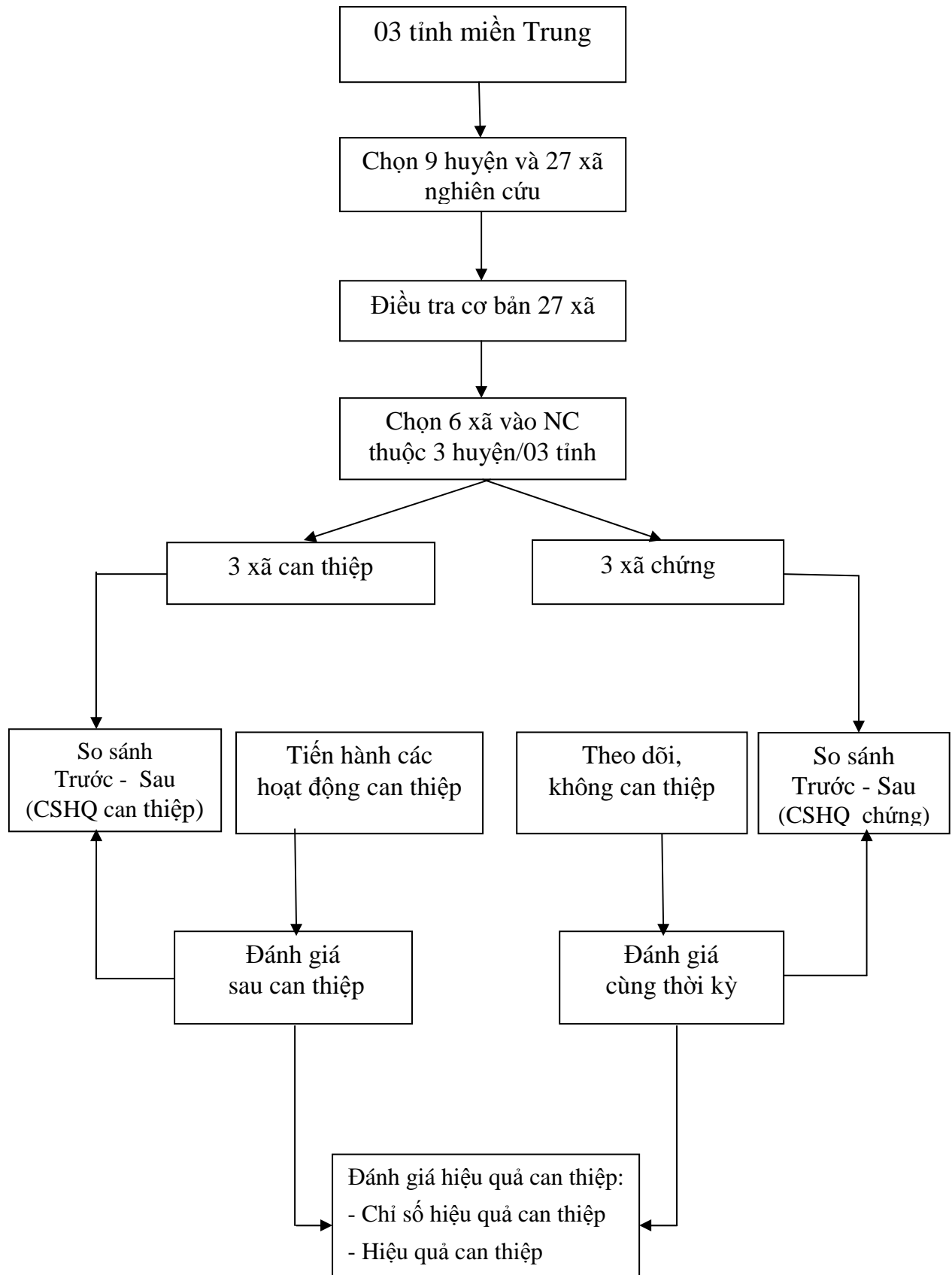
- Giai đoạn 2: Xây dựng nội dung can thiệp (từ tháng 2/2011 - 4/2011)
- Giai đoạn 3: Triển khai nội dung can thiệp (từ tháng 4/2011 - 5/2014)
- Giai đoạn 4: Đánh giá kết quả can thiệp (từ 4/2012 đến 6/2014)
- Giai đoạn 5: Theo dõi sau can thiệp tính bền vững và khả năng nhân rộng của các biện pháp can thiệp (từ 6/2012 đến 9/2014)

Nghiên cứu được tiến hành tại 03 tỉnh, địa bàn rộng, các xã can thiệp có vị trí địa lý cách xa nhau, do đó thời gian của các giai đoạn có thể trùng nhau, khi kết thúc giai đoạn 1 của tỉnh Bình Định, tiến hành giai đoạn 2 tại Bình Định, trong khi đó mới tiếp tục tiến hành giai đoạn 1 tại tỉnh Hà Tĩnh và Thừa Thiên Huế với lịch trình cụ thể như sau:

Thời gian	Địa điểm	Nội dung triển khai
Tháng 12/2010 - tháng 1/ 2011	Bình Định	Điều tra thực trạng
Tháng 4/2011 - tháng 5/2011	Hà Tĩnh	Điều tra thực trạng
Tháng 6/2011 - tháng 01/2012	Thừa Thiên Huế	Điều tra thực trạng
Tháng 4/2011 - tháng 4/2012	Bình Định	Triển khai can thiệp
Tháng 6/2011 - tháng 6/2012	Hà Tĩnh	Triển khai can thiệp
Tháng 5/2013 - tháng 5/2014	Thừa Thiên Huế	Triển khai can thiệp
Tháng 4/2012 - tháng 9/2014	Tại 03 xã theo lộ trình	Theo dõi sau can thiệp

Đánh giá kết quả can thiệp được đánh giá bằng so sánh theo mô hình trước - sau can thiệp và so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng dựa trên các chỉ số đánh giá đã được xác định.

Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu



2.3.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

2.3.2.1. Cỡ mẫu

* Nghiên cứu định lượng

- Cán bộ y tế xã:

Tiến hành phỏng vấn toàn bộ cán bộ y tế xã trên địa bàn NC.

- Y tế tư nhân YHCT:

Tiến hành phỏng vấn toàn bộ đối tượng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tư nhân bao gồm cả người có giấy phép hoạt động và người không có giấy phép tại các huyện nghiên cứu.

- Đại diện hộ gia đình và người bệnh:

Cỡ mẫu của nghiên cứu định lượng phỏng vấn người dân đại diện hộ gia đình và đại diện người bệnh điều trị tại TYT được tính theo công thức sau:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{(1-p)}{(p\epsilon)^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu

- $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95% ($\alpha = 5\%$)

- p = 0,3 là tỷ lệ số người không sử dụng YHCT tại cộng đồng.

Theo kết quả điều tra của Phan Thị Hoa tại tỉnh Ninh Bình năm 2003, tỷ lệ người sử dụng YHCT trong cộng đồng là 71,6% - Luận văn Thạc sỹ y học và kết quả điều tra của Hoàng Thị Hoa Lý tại tỉnh Bắc Ninh năm 2006, tỷ lệ người sử dụng YHCT tại cộng đồng là 70,9%, Luận văn Thạc sỹ y học.

ϵ = sai số ước lượng tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể

Chọn $\epsilon = 0,1$

Thay vào công thức trên ta được:

$$n = (1,96)^2 \frac{(1-0,3)}{(0,3 \times 0,1)^2} = 897$$

Theo tính toán lý thuyết cỡ mẫu mỗi tỉnh tối thiểu là 897 đối tượng, vậy 3 tỉnh số mẫu sẽ bằng 2.691 đối tượng. Tuy nhiên trên thực tế tại đề tài này chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 2.855 đối tượng.

*** Nghiên cứu định tính.**

Chọn mẫu có chủ định:

- Tỉnh:

- + 03 lãnh đạo Sở Y tế
- + 03 chuyên viên phụ trách YHCT của Sở Y tế.

- Huyện:

- + 09 giám đốc hoặc phó giám đốc TTYT, bệnh viện huyện.
- + 09 cán bộ phụ trách công tác YHCT của TTYT hoặc phòng y tế, bệnh viện huyện.
- + 09 chủ tịch huyện hội Đông y, huyện hội Châm cứu.

- Xã:

- + Đại diện Hội đồng Nhân dân, Ủy ban Nhân dân xã.
- + Trạm trưởng trạm y tế.
- + Đại diện các tổ chức đoàn thể tại các địa phương nghiên cứu.

Đây là những người có kinh nghiệm và hiểu biết nhất định về CSSK, mặt khác họ có uy tín đối với cộng đồng dân cư nên thông qua thảo luận nhóm, chính những thành viên này sẽ là những tuyên truyền viên đặc lực trong việc trồng và sử dụng thuốc YHCT trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tại cộng đồng. Tổng cộng đối tượng được chọn là: 27 nhóm, mỗi nhóm 10 - 15 người.

*** Nghiên cứu can thiệp**

Cỡ mẫu đối với người dân đại diện cho hộ gia đình tính toán lý thuyết được áp dụng theo công thức:

$$n_1 = n_2 = \frac{\{Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu người dân đại diện hộ gia đình cần cho nhóm can thiệp.

n_2 : Cỡ mẫu người dân đại diện hộ gia đình cần cho nhóm đối chứng.

P_1 : Tỷ lệ giả định trước can thiệp.

P_2 : Tỷ lệ giả định sau can thiệp.

α : Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại I

β : Xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị giới hạn tin cậy ứng với hệ số tin cậy $(1-\alpha)$, phụ thuộc vào giá trị α được chọn.

$Z_{1-\beta}$: Giá trị tới hạn ứng với độ mạnh của nghiên cứu $(1-\beta)$, phụ thuộc vào giá trị β được chọn.

Chúng tôi lấy:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (ứng với $\alpha = 0.05$).

$Z_{1-\beta} = 1,282$ (ứng với $\beta = 0.1$).

Mức độ tin cậy $\alpha = 0,5$ (5%)

Lực mẫu của test 1 phía là 90%

$P_1 = 0,18$ Tỷ lệ hộ gia đình có sử dụng YHCT để chữa bệnh trước can thiệp.

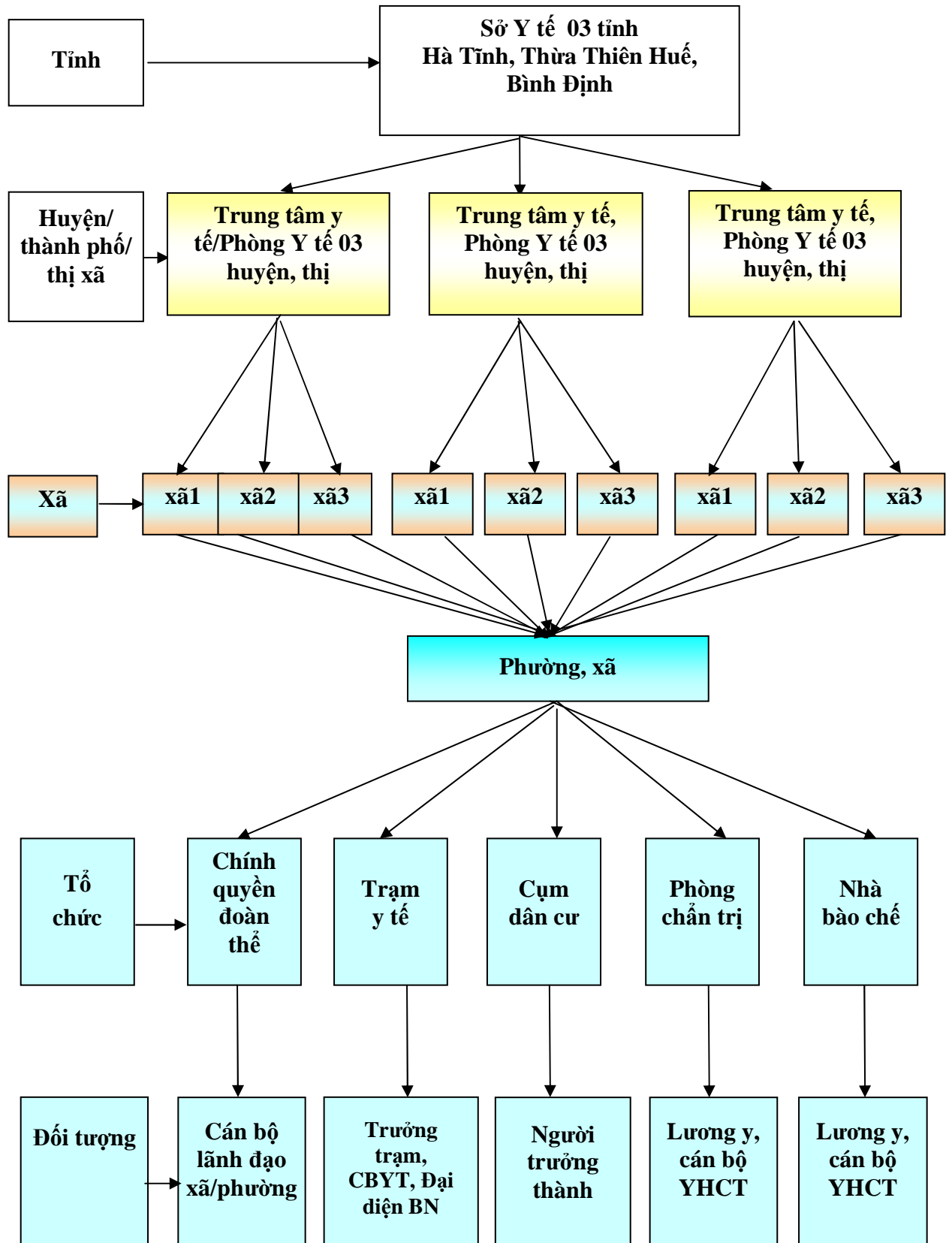
$P_2 = 0,3$ Tỷ lệ hộ gia đình sau can thiệp dự kiến sử dụng YHCT.

$P_1 - P_2$: Mức cải thiện mong đợi đối với liệu pháp điều trị mới đạt ý nghĩa trên tối thiểu là 12 %.

$$\bar{P} = (p_1 + p_2)/2 = 0,245$$

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên chúng tôi tính toán được cỡ mẫu lý thuyết cho nhóm can thiệp là 216 đối tượng, thực tế nghiên cứu tiến hành chọn vào nhóm can thiệp là 259 đối tượng và nhóm đối chứng là 277 đối tượng.

Sơ đồ 2.2. Chọn mẫu nghiên cứu ngang



2.3.2.2. Phương pháp chọn xã nghiên cứu

Tại 9 huyện thuộc 3 tỉnh đã được chọn chủ đích, chọn ngẫu nhiên đơn 27 xã trong tổng số 197 xã, phường thị trấn. Các huyện được chọn có xã can thiệp là các huyện miền núi, hoặc địa hình đa dạng: Cả núi, đồi, đồng bằng và đầm phá. Các xã can thiệp và xã chứng tại mỗi địa phương được chọn cần đảm bảo tiêu chuẩn tương đồng về địa lý, kinh tế, xã hội, các TYT phải có cùng năng lực hoạt động và có các chương trình y tế như nhau trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.3.2.3. Phương pháp chọn xã can thiệp

Sau khi tiến hành điều tra trước can thiệp tại 9 huyện và 27 xã, lựa chọn được 03 huyện là Hương Sơn - Hà Tĩnh, Phong Điền - Thừa Thiên Huế và Tây Sơn - Bình Định, tiếp tục lựa chọn chủ đích 3 xã can thiệp và 3 xã chứng. Kết quả chọn được xã Sơn Trường, xã Điền Hòa và xã Tây Bình là 03 xã can thiệp, 03 xã chứng là: Sơn Trung, Điền Lộc và Bình Hòa. Các xã can thiệp và xã chứng là các xã không liền kề, khoảng cách giữa các xã can thiệp và xã chứng cách nhau trên 5km, các xã này tương đồng về điều kiện kinh tế, y tế và xã hội.

2.3.2.4. Phương pháp chọn đối tượng can thiệp

Giai đoạn 1: Do số lượng cán bộ y tế của một TYT chỉ có từ 5 - 7 cán bộ, chính vì vậy đối tượng đại diện cho nhóm cán bộ y tế được lựa chọn để can thiệp bao gồm: Tất cả cán bộ y tế đang công tác tại TYT, cán bộ y tế đã nghỉ hưu, người hành nghề y tế tư nhân, nhân viên y tế thôn bản. Nhóm can thiệp là người dân bao gồm đại diện một số hộ gia đình, và đại diện một số Hội. Tất cả các đối tượng trên đều được tiến hành điều tra phỏng vấn và trả lời Test trước can thiệp. Điều tra ban đầu được triển khai tại 6 xã nghiên cứu, không phân chia xã can thiệp và xã đối chứng. Tổng cộng có

627 đối tượng can thiệp, trong đó 91 đối tượng là nhóm CBYT, người dân nhóm can thiệp là 259 và người dân xã nhóm chứng là 277 được đưa vào phân tích trong đề tài này.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng tham gia nghiên cứu:

Những Hộ gia đình mà chủ hộ hoặc người được trả lời phỏng vấn từ chối tham gia.

Giai đoạn 2: Tất cả người đã tham gia phỏng vấn và trả lời Test ở ba xã được chọn can thiệp đều được thụ hưởng các hoạt động can thiệp của đề tài này.

Giai đoạn 3: Điều tra sau can thiệp được tiến hành trên tất cả số người đã được phỏng vấn và trả lời Test trước can thiệp có mặt tại địa phương. Sau 1 năm, trong số người dân được can thiệp đã được điều tra cơ bản ở 6 xã nghiên cứu có 8 người đã cao tuổi, hoặc chuyển đi nơi khác sinh sống do đó đã không tham gia phỏng vấn và trả lời Test sau can thiệp. Như vậy, điều tra sau can thiệp được thực hiện trên tổng số 91 người nhóm CBYT, và 259 người dân nhóm can thiệp và 269 người dân nhóm đối chứng.

2.4. PHƯƠNG PHÁP THỬ NGHIỆM CAN THIỆP

2.4.1. Nguyên tắc xây dựng các nội dung can thiệp

Với mục tiêu đảm bảo tính khả thi, hiệu quả và bền vững, các nội dung can thiệp cải thiện sử dụng YHCT tại trạm y tế xã và hộ gia đình xã sẽ được đánh giá thông qua một số tiêu chí chính như: 1. Cải thiện kiến thức và kỹ năng thực hành YHCT của CBYT và người dân, cải thiện về thái độ, quan niệm của CBYT và người dân về YHCT; 2. Cải thiện về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị, thuốc YHCT, vườn thuốc mẫu của TYT; 3. Cải thiện về tỷ lệ KCB bằng YHCT tại TYT, cải thiện về tỷ lệ sử dụng YHCT của người dân, do đó các nội dung xây dựng cần thỏa mãn các tiêu chí sau:

*** Có tính khả thi:**

- Dựa vào tổ chức/hệ thống sẵn có.
- Căn cứ các chính sách, quy chế, tài liệu chuyên môn đã ban hành.

- Dễ tổ chức thực hiện, kinh phí thấp.

*** Khả năng tiếp cận:**

- Nội dung can thiệp sát với nhu cầu và khả năng thực tế.
- Đơn giản, dễ làm, phù hợp với kinh tế và trình độ học vấn.
- Đa số đối tượng nhóm đại diện cho CBYT và đại diện Hộ gia đình có thể tiếp thu và áp dụng được.

*** Bền vững:**

- Đáp ứng được nhu cầu của TYT và người dân trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bằng YHCT.
- Địa phương tự triển khai và nhân rộng được.
- Dựa vào cộng đồng.

Nội dung can thiệp được xây dựng dựa trên các nguyên tắc khả thi, dễ tiếp cận, có tính bền vững nêu trên và sử dụng các kết quả điều tra cơ bản trước can thiệp.

Các nội dung can thiệp được xây dựng toàn diện nhằm tác động tới việc sử dụng YHCT của TYT và người dân tại cộng đồng trong phòng và điều trị bệnh. Bên cạnh đó các nội dung can thiệp cũng cải thiện hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã thông qua các đối tượng có liên quan tới TYT và người dân bao gồm: Chính quyền, tổ chức Đảng, các hội, đoàn thể trong cộng đồng.

Biện pháp tiến hành can thiệp được lựa chọn cho phù hợp với từng nội dung.

2.4.2. Cơ sở xây dựng và nội dung can thiệp “Cải thiện sử dụng YHCT tại TYT xã và hộ gia đình của 03 tỉnh NC”

a. Cơ sở pháp lý:

Các Chỉ thị, Nghị quyết, Quyết định của Đảng, Chính phủ về công tác Đông y: Chỉ thị 06-CT/TW năm 2002 của Ban Bí thư TW Đảng về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở [94].

Chỉ thị 24-CT/TW năm 2008 của Ban Bí thư TW Đảng về phát triển nền Đông y và hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới [45].

Kế hoạch hành động về phát triển YHCT đến 2020 của Chính phủ. Trong đó có nội dung về phát triển y học cổ truyền tại tuyến xã bao gồm cả về tổ chức và tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT [6].

Quyết định 3447/QĐ-BYT năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 - 2020 [95].

Công văn số 5123/BYT-YH năm 2001 về việc ban hành tiêu chí xã tiên tiến về YHCT [96].

b. Cơ sở thực tiễn:

- Dựa vào kết quả khảo sát nghiên cứu định tính và định lượng về thực trạng hoạt động KCB bằng YHCT của các trạm y tế xã, các cơ sở y học cổ truyền tư nhân: Các TYT xã chưa chú trọng đến công tác YHCT trong hoạt động chung của TYT, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT còn thấp, chưa đáp ứng được nhu cầu được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người dân. Một số nguyên nhân chính là do: 1) Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT và kinh phí dành riêng cho các hoạt động YHCT chưa được đầu tư thỏa đáng để phục vụ cho công tác khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT. 2) Trình độ chuyên môn về YHCT của cán bộ y tế tại TYT, người hành nghề YHCT tư nhân và cán bộ y tế thôn bản còn nhiều bất cập, đặc biệt là các kiến thức về cây thuốc, chế phẩm thuốc YHCT, một số huyệt thông thường và các phương pháp không dùng thuốc điều trị một số chứng, bệnh thường gặp tại tuyến y tế cơ sở. 3) Công tác tuyên truyền về YHCT chưa được quan tâm: Chưa tổ chức truyền thông, thiếu các tài liệu về YHCT. 4) Một số chính sách bảo hiểm y tế và các vấn đề liên quan còn bất cập gây khó khăn trong việc triển khai cũng như thanh quyết toán BHYT, quyền lợi của cán bộ y tế tại TYT, một số văn bản của Bộ Y tế quy định về phát triển YHCT chưa mang

tính pháp lý và cho đến thời điểm hiện tại không còn phù hợp cần sửa đổi hoặc có văn bản thay thế.

- Dựa vào kết quả khảo sát nghiên cứu định tính và định lượng về thực trạng sử dụng, nhu cầu cũng như kiến thức của người dân về sử dụng YHCT: Người dân tại cộng đồng mong muốn được sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh, TYT chưa đáp ứng nhu cầu về sử dụng YHCT của người dân. Kiến thức về YHCT của người dân trong phòng và điều trị bệnh còn kém. Trên thị trường cũng như tại TYT còn quá ít tài liệu truyền thông về sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe.

- Thông qua các buổi làm việc trực tiếp với chính quyền địa phương và ngành y tế các cấp tại 03 tỉnh nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã nhận được sự đồng thuận và nhất trí cao của ngành y tế, chính quyền địa phương trong việc tăng cường hoạt động YHCT tại TYT và trong cộng đồng dân cư để không ngừng nâng cao hiệu quả của công tác này trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tại 03 tỉnh triển khai mô hình, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh đã phê duyệt Kế hoạch hành động về phát triển Y, được cổ truyền của tỉnh đến năm 2020 [97],[98],[99]. Đặc biệt tại huyện Tây Sơn, tỉnh Bình Định là huyện duy nhất của cả nước đã có riêng kế hoạch phát triển y, được cổ truyền của huyện đến năm 2020 [100]. Trong nội dung của các kế hoạch nói trên đều đề cập đến mục tiêu và giải pháp phát triển YHCT tại tuyến xã.

2.4.3. Quy trình can thiệp

a) Các hoạt động can thiệp:

- Cán bộ y tế tuyến xã và người hành nghề YHCT tư nhân, nhân viên y tế thôn bản: Tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn về YHCT, khả năng tuyên truyền và tư vấn, các cơ chế chính sách về YHCT...

Tại 03 xã can thiệp, đã tổ chức tập huấn cho các cán bộ y tế xã, cán bộ y tế đã nghỉ hưu, người hành nghề YHCT tư nhân và các cộng tác viên của

TYT về chủ trương chính sách phát triển YHCT, kiến thức về YHCT, kỹ năng thực hành và kỹ năng tư vấn, mỗi xã với 30 học viên và học tập trong 7 ngày/01 lớp.

Tổ chức được 03 lớp tập huấn cho các học viên tham gia là đại diện cho các tổ chức xã hội, nghề nghiệp trên địa bàn xã can thiệp với tổng số học viên tham dự là 269 người, thời gian là 05 ngày/01 lớp về các kiến thức về cây thuốc, các phương pháp phòng và điều trị bệnh bằng YHCT.

Ngoài các hoạt động trên, đã triển khai dịch vụ Khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT xã với thời gian 01 năm/01 xã cụ thể bằng các hoạt động như sau:

- Xây dựng vườn thuốc nam mẫu
- Cung cấp chế phẩm và vị thuốc YHCT (Phụ lục 2).
- Hỗ trợ cho TYT một số trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác KCB bằng YHCT (Phụ lục 2).
- Tổ chức các hoạt động khám và điều trị bằng YHCT.
- Phối hợp với bệnh viện YHCT tỉnh và Khoa YHCT bệnh viện huyện bố trí cán bộ chuyên môn có mặt tại TYT xã 04 ngày/tháng hướng dẫn thực hành về chẩn đoán, kê đơn thuốc YHCT, các phương pháp điều trị không dùng thuốc như: Châm cứu, xoa bóp, day ấn huyệt, giác hơi... cho các nhân viên y tế và các cộng tác viên y tế tại TYT xã can thiệp trong suốt thời gian diễn ra hoạt động can thiệp.
- Tổ chức các hoạt động tuyên truyền về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh trên các phương tiện thông tin của xã, một tuần một lần, mỗi lần 10 phút, duy trì trong thời gian 6 tháng đến 1 năm.

b) Triển khai mô hình can thiệp:

- Tổ chức bồi dưỡng cho nhóm cán bộ y tế xã:

+ Về kiến thức:

Bồi dưỡng những kiến thức cơ bản về thuốc nam chữa bệnh.

Hướng dẫn cán bộ y tế sử dụng một số bài thuốc nam đơn giản và những món ăn, thức ăn, cây rau làm thuốc, cây ăn quả làm thuốc và cây cảnh làm thuốc, các bộ phận dùng của mỗi loại cây để áp dụng chữa một số chứng bệnh thông thường (dựa trên mô hình bệnh tật của địa phương).

Mỗi nhóm giới thiệu ít nhất 10 cây về tác dụng, cách trồng, thu hái, bảo quản, bào chế và sử dụng, ngoài ra còn hướng dẫn thêm một số động vật làm thuốc.

Bồi dưỡng kiến thức về huyết (tên, vị trí, tác dụng điều trị của 50 huyết thường dùng).

Bồi dưỡng kiến thức về các phương pháp không dùng thuốc của YHCT trong phòng và điều trị bệnh.

Bồi dưỡng kiến thức kê đơn điều trị một số bệnh/chứng thường gặp và cách sử dụng một số chế phẩm thuốc YHCT.

+ Về kỹ năng thực hành:

Tổ chức hướng dẫn thực hành cho CBYT xã các kỹ năng và thực hành: Khám bệnh, kê đơn, châm cứu, xoa bóp, bấm huyết, cách sử dụng máy điện châm, đèn hồng ngoại... để điều trị cho bệnh nhân tại trạm y tế.

+ Về kỹ năng tư vấn:

Tổ chức thực hành, tư vấn sử dụng YHCT sau khi đã được bồi dưỡng kiến thức và kỹ năng thực hành về YHCT, các học viên sẽ thực hành bằng cách đóng vai.

- Tổ chức lớp học cho đại diện hộ gia đình và một số tổ chức hội

Đối tượng tham gia học tập: Hội viên Hội Cựu chiến binh, Hội Người cao tuổi, Hội Phụ nữ, Hội Đông y, đại diện hộ gia đình với nội dung học tập:

+ Về kiến thức:

Kiến thức về các cây thuốc nam chữa chứng bệnh thường gặp, đơn giản.

Phổ biến các bài thuốc nam đơn giản và những thức ăn làm thuốc chữa bệnh thường gặp (có tài liệu phát cho học viên).

Giới thiệu cho học viên một số chế phẩm thuốc YHCT và hướng dẫn cách sử dụng chế phẩm đó.

+ Kỹ năng sử dụng một số phương pháp dùng ngoài: Kỹ thuật xoa bóp, day ấn huyệt, nôi nước xông, đánh cảm...

+ Kỹ năng tuyên truyền:

Tuyên truyền vận động người dân trong cộng đồng xây dựng khám thuốc gia đình, hướng dẫn sử dụng cây con sẵn có trong vườn nhà và tại địa phương để tự chăm sóc sức khỏe.

Tuyên truyền tăng cường việc sử dụng YHCT để chữa bệnh vì thuốc YHCT có đặc tính: Rẻ tiền, hiệu quả, dễ kiếm.

- Triển khai dịch vụ khám chữa bệnh bằng YHCT tại trạm y tế:

+ Hỗ trợ đầu tư cải tạo phòng chẩn trị YHCT tại TYT.

+ Đầu tư tủ đựng thuốc YHCT, giá kê đựng thuốc, giường châm cứu, xoa bóp, máy điện châm, đèn hồng ngoại...

+ Xây dựng vườn thuốc nam mẫu.

+ Cung cấp chế phẩm và vị thuốc YHCT.

+ Tổ chức các hoạt động khám và điều trị bằng YHCT.

- Triển khai các hoạt động tư vấn trồng và sử dụng thuốc YHCT.

- Tổ chức các hoạt động tuyên truyền về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh trên các phương tiện thông tin của xã

- Tổ chức các hoạt động và theo dõi tiến trình thực hiện mô hình và hiệu quả của mô hình.

c) Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp

Có hai thiết kế chính để đánh giá mô hình can thiệp:

Theo dõi và ghi chép toàn bộ quá trình can thiệp, phát hiện những khó khăn, thuận lợi, các ưu nhược điểm của mô hình can thiệp.

Một nghiên cứu ngang được thực hiện khi bắt đầu can thiệp và sau 1 năm triển khai mô hình can thiệp tại các xã được can thiệp và các xã đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả của mô hình.

*** Các tiêu chí được sử dụng để đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp là:**

- Mức độ cải thiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc YHCT phục vụ cho KCB tại TYT xã:

- + Đầu tư cải tạo phòng YHCT riêng biệt;
- + Danh mục trang thiết bị về YHCT tại TYT xã;
- + Số lượng và chủng loại thuốc YHCT phục vụ khám chữa bệnh tại TYT;
- + Vườn thuốc mẫu tại TYT.

- Mức độ cải thiện về nguồn nhân lực:

- + Số lượng cán bộ được đào tạo, bồi dưỡng về YHCT;
- + Trình độ chuyên môn KCB về YHCT của cán bộ y tế xã bao gồm kiến thức về sử dụng thuốc, các phương pháp không dùng thuốc và kỹ năng thực hành.

- Kết quả thực hiện chỉ tiêu KCB bằng YHCT tại TYT xã.

- Kết quả chấm điểm theo tiêu chí xã tiên tiến về YHCT.

- Mức độ cải thiện kiến thức của người dân về YHCT:

- + Kiến thức về cây thuốc;
- + Kiến thức về phương pháp không dùng thuốc;
- + Kỹ năng thực hành về sử dụng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc trong CSSK.

- Cải thiện về tỷ lệ sử dụng YHCT trong CSSK cộng đồng của người dân.

2.5. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

2.5.1. Kỹ thuật thu thập số liệu định tính trong điều tra trước can thiệp

Đề tài đã sử dụng phương pháp thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đối với Lãnh đạo SYT, CBYT xã, người hành nghề YHCT tư nhân, người dân tại cộng đồng và các đối tượng có liên quan.

Thảo luận nhóm với các nhà quản lý về YHCT tại địa phương (SYT, TTYT, Phòng Y tế) mỗi tỉnh 03 nhóm, mỗi nhóm khoảng 10 - 15 người

Thảo luận nhóm các trưởng trạm y tế xã, đại diện Lãnh đạo chính quyền địa phương mỗi nhóm khoảng 10 - 15 người, mỗi huyện một cuộc thảo luận nhóm.

Các cuộc thảo luận nhóm với 02 đối tượng trên được tiến hành nhằm tìm hiểu quan điểm, thái độ, chính sách, và nguồn lực của địa phương về công tác YHCT tại tuyến xã, các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động YHCT tại tuyến xã và các giải pháp phát triển công tác YHCT.

Thảo luận nhóm với đại diện các tổ chức đoàn thể, Hội nghề nghiệp và đại diện hộ gia đình.

Tại mỗi xã tiến hành 1 cuộc thảo luận nhóm, mỗi nhóm gồm 12 người. Mục đích của thảo luận nhóm với các đối tượng này nhằm tìm hiểu quan niệm của người dân về những yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng YHCT trong chăm sóc khỏe của người dân, cũng như những kinh nghiệm của người dân trong việc sử dụng YHCT trong phòng và chữa bệnh.

Phỏng vấn sâu các Lãnh đạo SYT, Phòng Y tế, TTYT, Hội Đông Y, trưởng trạm y tế xã

2.5.2. Các kỹ thuật thu thập số liệu định tính trong đánh giá sau can thiệp

Thảo luận nhóm với đại diện chính quyền xã, cán bộ y tế xã và đại diện các tổ chức hội, đại diện hộ gia đình. Mỗi xã tổ chức 02 cuộc thảo luận nhóm, mỗi nhóm từ 12 - 15 người.

Nội dung thảo luận nhóm nhằm tìm hiểu sự thay đổi trong quan niệm và nhận thức của lãnh đạo chính quyền địa phương, lãnh đạo Y tế địa phương, các cán bộ y tế và người dân về việc sử dụng YHCT và các yếu tố thực sự ảnh hưởng đến hoạt động KCB bằng YHCT tại TYT xã và tại cộng đồng. Thảo luận nhóm cũng tìm hiểu đánh giá của CBYT và người dân về tính phù hợp; khả năng duy trì và nhân rộng của các nội dung can thiệp.

Phỏng vấn sâu

Điều tra sau can thiệp đã tiến hành phỏng vấn sâu một số đối tượng thuộc các xã can thiệp, bao gồm: Phó chủ tịch UBND phụ trách khối văn xã của xã, Trưởng trạm y tế xã, cán bộ được phân công phụ trách YHCT tại TYT, Đại diện Hội Đông y xã, Đại diện Hội Phụ nữ xã, đại diện Hội Người cao tuổi xã, đại diện Hội Chữ thập đỏ xã. Mục đích của phỏng vấn sâu với các đối tượng trên nhằm đánh giá tác động can thiệp và tìm hiểu về khả năng duy trì và nhân rộng một số nội dung can thiệp.

2.5.3. Các kỹ thuật thu thập số liệu định lượng trước - sau can thiệp

Đề tài này thu thập số liệu định lượng bằng phương pháp điều tra cán bộ y tế xã, người hành nghề YHCT tư nhân, nhân viên y tế thôn bản, đại diện hộ gia đình. Cán bộ y tế và đại diện Hộ gia đình được các điều tra viên phỏng vấn bằng bộ câu hỏi và được đánh giá kiến thức về YHCT qua bộ Test kiểm tra phù hợp với từng đối tượng.

Điều tra sau can thiệp được tiến hành trên toàn bộ số CBYT và đại diện hộ gia đình đã được phỏng vấn, trả lời Test kiểm tra trước can thiệp và các đối tượng này đã được tham gia các hoạt động can thiệp. Trong thời gian này cũng tiến hành điều tra lại các xã chứng với các đối tượng đã được điều tra tương tự như các xã can thiệp. Bộ câu hỏi phỏng vấn và Test sau can thiệp có cùng nội dung với phiếu phỏng vấn và Test trước can thiệp.

Điều tra can thiệp cũng được tiến hành trên tất cả các TYT xã can thiệp và xã chứng về kiến thức YHCT của CBYT, của người dân, cơ sở vật chất, trang thiết bị YHCT, các hoạt động KCB bằng YHCT, vườn thuốc nam mẫu tại TYT để đánh giá trước - sau can thiệp thông qua các bảng kiểm, các mẫu biểu thống kê về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT, các chỉ tiêu y tế thực hiện qua các năm.

2.6. CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ

2.6.1. Phương pháp đánh giá kiến thức về YHCT của CBYT và người dân

Chỉ số nghiên cứu	Cách đo lường
1. Kiến thức về cây thuốc của CBYT	Đánh giá theo số cây trả lời đúng, chiếm tỷ lệ %
2. Kiến thức về chế phẩm YHCT của CBYT	Đánh giá theo số chế phẩm trả lời đúng, chiếm tỷ lệ %
3. Kiến thức các nhóm huyết của CBYT	Đánh giá theo số huyết trả lời đúng, chiếm tỷ lệ %
5. Kỹ năng kê đơn điều trị bệnh của CBYT	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chiếm tỷ lệ %
6. Kỹ năng tư vấn về YHCT của CBYT	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chiếm tỷ lệ %
7. Kỹ năng thực hành về phương pháp không dùng thuốc của CBYT	Đánh giá theo số điểm thực hành đúng, chiếm tỷ lệ %
8. Kiến thức về cây thuốc của người dân	Đánh giá theo % trả lời đúng
9. Kiến thức về các phương pháp không dùng thuốc của người dân	Đánh giá theo % trả lời đúng
10. Kỹ năng thực hành về một số động tác xoa bóp, bấm huyết của người dân	Đánh giá số điểm thực hành đúng

*** Đánh giá chỉ số kiến thức, kỹ năng về Y học cổ truyền:**

+ Cách lượng giá kiến thức: Nghiên cứu này sử dụng các chỉ số để đánh giá kiến thức về YHCT tại các cơ sở y tế đó là:

1. Kiến thức về cây thuốc của CBYT: Nêu tên và tác dụng của cây thuốc theo nhóm cây rau làm thuốc, cây ăn quả làm thuốc, cây cảnh làm thuốc, bộ phận dùng của cây thuốc [101],[102],[103].

2. Kiến thức về cây thuốc nam điều trị bệnh thông thường của người dân [104].

3. Kiến thức về chế phẩm YHCT: Nêu tên 10 chế phẩm YHCT, tác dụng và chỉ định điều trị của từng chế phẩm [105],[106],[107].

4. Kiến thức về 50 huyết thường gặp điều trị bệnh thuộc nhóm huyết vùng đầu mặt cổ, vùng ngực bụng, vùng lưng, vùng tay, vùng chân [104],[108].

5. Kiến thức và kỹ năng về kê đơn thuốc, kỹ năng tư vấn về sử dụng YHCT để điều trị một số bệnh/chứng thường gặp [108].

6. Kỹ năng về các phương pháp không dùng thuốc: Các bước thực hiện phương pháp xông, đánh gió, các động tác xoa bóp, châm cứu và tác dụng của các phương pháp trên trong điều trị một số chứng bệnh hay gặp [109],[110],[111].

Cho điểm và phân loại: Cơ sở cho điểm và phân loại mức độ kiến thức và kỹ năng thực hành của cán bộ YHCT dựa trên tham khảo một số tài liệu: Bài giảng YHCT, Phương pháp xoa bóp, bấm huyết, Tài liệu tập huấn về YHCT cho y tế cơ sở của Bộ Y tế, Danh mục thuốc thiết yếu của Bộ Y tế.

Kiến thức, kỹ năng được đánh giá và cho điểm theo số cây thuốc, số huyết, số chế phẩm trả lời đúng hoặc thực hành đúng. Sau đó được phân loại theo 3 mức như sau:

- 1) Trả lời đúng từ 80% đến 100%
- 2) Trả lời đúng từ 50% đến 79%
- 3) Trả lời đúng từ 0 đến 49%

Hoặc tính điểm trung bình của mỗi loại kiến thức, kỹ năng thực hành.

2.6.2. Phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp

So sánh sự thay đổi của các chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước và sau can thiệp ở mỗi cơ sở nghiên cứu.

Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng cách so sánh kết quả can thiệp giữa địa phương can thiệp và địa phương đối chứng.

Chỉ số hiệu quả (CSHQ): $CSHQ = (\text{Tỷ lệ \% sau can thiệp} - \text{Tỷ lệ \% trước can thiệp}) / \text{Tỷ lệ \% trước can thiệp} \times 100$.

Hiệu quả can thiệp (HQCT): $HQCT = \text{CSHQ xã can thiệp} - \text{CSHQ xã chứng}$

2.7. PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

* *Số liệu định lượng:*

Bộ câu hỏi phỏng vấn được làm sạch và nhập vào máy bằng phần mềm Epidata. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm Epi info 6.04 và SPSS 13.0 để tính toán tần suất, tỷ lệ %, số trung bình.

Sử dụng các test thống kê thích hợp để so sánh các tỷ lệ, số trung bình được áp dụng.

* *Số liệu định tính*

Các thông tin thu được từ các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều được ghi băng, sau đó sẽ gỡ băng để lấy thông tin. Các ghi chép trong quá trình phỏng vấn cũng được sử dụng trong quá trình phân tích số liệu định tính. Các thông tin thu được từ nghiên cứu định tính được xử lý theo phương pháp “mã hóa mở” theo từng nhóm chủ đề nghiên cứu.

Kết quả sẽ được tập hợp và nhận định theo từng mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

2.8. KHÔNG CHẾ SAI SỐ

Một trong các sai số có thể gặp là sai số do chọn mẫu. Để đảm bảo không chế các sai số lựa chọn cũng như cho việc so sánh giữa các xã can thiệp và đối chứng, các xã này sẽ được lựa chọn dựa trên một số tiêu chí nhất định như: Đặc điểm địa lý, điều kiện sống, sự ủng hộ của chính quyền địa phương, sự tương đồng về hoạt động của TYT về YHCT... Các xã được lựa chọn phải có các đặc điểm tương đối giống nhau về các tiêu chí này.

Để không chế các sai số trong thu thập số liệu tại thực địa, một số giải pháp đã được thực hiện như sau:

- Bộ công cụ điều tra được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu và được thử nghiệm tại TYT và cộng đồng trước khi tiến hành điều tra chính thức

- Tập huấn kỹ cho các điều tra viên về kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng điền thông tin để tránh sai sót thông tin. Giải thích kỹ cho đối tượng phỏng vấn, ý nghĩa cũng như nội dung phỏng vấn nhằm phục vụ tốt cho công tác đào tạo nâng cao ý thức, kỹ năng cho cán bộ tích cực tham gia nghiên cứu.

- Tập huấn cho các điều tra viên về kỹ năng quan sát và đánh giá theo bảng kiểm.

- Điều tra thử, chỉnh sửa trước khi điều tra chính thức.

- Thiết kế bộ câu hỏi có phân lặp lại các thông tin quan trọng để kiểm tra độ chính xác.

- Các phiếu điều tra của cán bộ y tế đều khuyết danh.

- Tổ chức giám sát quá trình điều tra.

2.9. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Được sự đồng ý của chính quyền và ngành y tế địa phương.

Những đối tượng nghiên cứu sẽ được hỏi ý kiến và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Những đối tượng nào không đồng ý sẽ không đưa vào nghiên cứu và không có bất kỳ đối xử đặc biệt nào đối với các đối tượng này.

Các thông tin về các đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật bằng cách mã hóa.

- Khách quan trong đánh giá, cho điểm, phân loại.

- Trung thực trong xử lý số liệu.

- Đề xuất một số ý kiến nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ YHCT, trên cơ sở đó phục vụ tốt hơn công tác CSSK cho nhân dân.

CHƯƠNG 3

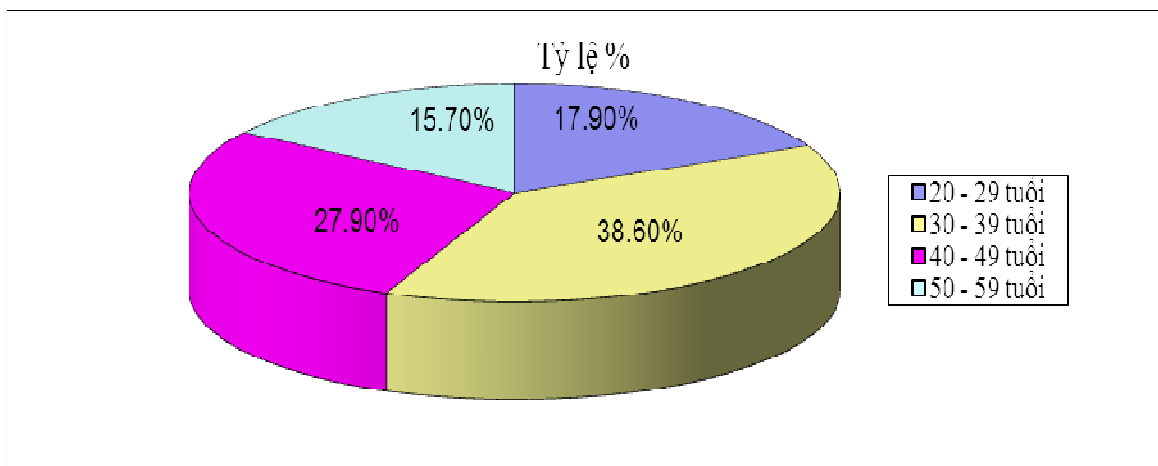
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC, HOẠT ĐỘNG VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI TUYẾN XÃ CỦA 03 TỈNH HÀ TĨNH, THỪA THIÊN HUẾ VÀ BÌNH ĐỊNH

3.1.1. Đặc điểm nguồn nhân lực là cán bộ y tế xã của 3 tỉnh nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 03 tỉnh, 9 huyện và 27 xã, phường trên địa bàn các tỉnh: Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 6 năm 2012, với tổng số 143 đối tượng NC là cán bộ y tế xã, phường trực tiếp làm công tác chuyên môn tại TYT, thông qua phiếu phỏng vấn, bảng kiểm và số liệu báo cáo thống kê. Các kết quả thu được như sau:

3.1.1.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là cán bộ y tế xã



Biểu đồ 3.1: Độ tuổi cán bộ chuyên môn tại 27 TYT xã

Biểu đồ 3.1 cho thấy tại 27 TYT xã nghiên cứu, có 38,6% cán bộ y tế độ tuổi từ 30 - 39 tuổi, tiếp đến có 27,9% là độ tuổi từ 40 - 49 tuổi và 17,9% cán bộ có độ tuổi từ 20 - 29 tuổi, số cán bộ có độ tuổi từ 50 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 15,7%.

Bảng 3.1: Trình độ chuyên môn của cán bộ trạm y tế của 27 xã NC

Trình độ \ Tỉnh	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
BS ĐK	6	12,0	4	7,8	6	14,3	16	11,2
BS YHCT	0	0	0	0	0	0	0	0
YS ĐK	15	30,0	13	25,5	10	23,8	38	26,6
YS YHCT	2	4,0	8	15,7	0	0	10	7,0
Điều dưỡng CD, TH	8	16,0	4	7,8	6	14,3	18	12,6
Lương Y	2	4,0	0	0	4	9,5	6	4,2
Khác	17	34,0	22	43,2	16	38,1	55	38,4
Tổng	50	100,0	51	100,0	42	100,0	143	100,0

Tại 27 TYT xã nghiên cứu không có BS YHCT, Y sỹ YHCT là 7,0%, tại Thừa Thiên Huế y sỹ YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 15,7%, tại Bình Định lương y chiếm tỷ lệ cao nhất 9,5%.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy: “Nhiều lúc làm ở xã thấy tủi thân bởi chính sách và đãi ngộ cho cán bộ y tế tuyến y tế cơ sở chưa tương xứng. Có trình độ bằng cấp tương đương, cùng thâm niên công tác với bác sỹ ở bệnh viện nhưng mức hưởng các chế độ lương, phụ cấp của các bác sỹ tại TYT đều thấp hơn, các y bác sỹ công tác tại tuyến xã ít có cơ hội được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn sâu, đây là thực tế chung tại các TYT xã, phường. Việc một bác sỹ sau khi tốt nghiệp ra trường tự nguyện về công tác tại TYT xã là điều hiếm hoi, đặc biệt là đối với bác sỹ YHCT về TYT hầu như không có, do đó việc tiếp tục đào tạo bác sỹ tại TYT là các cán bộ có trình độ y sỹ đã công tác tại TYT đi học liên thông bác sỹ hệ 4 năm là một chủ trương đúng cần duy trì trong giai đoạn hiện nay” PVS - TYT, 02.

Bảng 3.2: Sự phân công và bố trí đảm nhiệm công việc của CBYT tại 27 TYT xã của 03 tỉnh nghiên cứu

Công việc	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
KCB YHCT	5	10,0	9	17,7	5	11,9	19	13,4
KCB YHHĐ	27	54,0	22	43,1	21	50,0	70	49,0
Khác	18	36,0	20	39,2	16	38,1	54	37,6
Tổng	50	100,0	51	100,0	42	100,0	143	100,0

Có 19/27 (70%) TYT bố trí cán bộ làm công tác YHCT, số cán bộ được bố trí khám chữa bệnh bằng YHCT tại 27 TYT xã chiếm 13,4%, tại Thừa Thiên Huế số cán bộ được bố trí làm công tác YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 17,7%.

Số cán bộ được phân công đảm nhiệm công tác YHCT tại TYT xã chiếm tỷ lệ thấp, kết quả phỏng vấn sâu cho thấy “*Theo quy định của chuẩn Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 - 2010, và hiện nay là tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 - 2020 có quy định tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT đạt tỷ lệ 30% - 40% tuy nhiên, hiện tại nhân lực tại các trạm y tế hầu hết chỉ trong khoảng từ 5 - 7 cán bộ, với rất nhiều nội dung công việc cần triển khai, trong đó không có định biên dành riêng cho YHCT, do đó các trạm y tế không thể tuyển thêm nhân lực có trình độ chuyên môn YHCT, mặc dù hiện nay, số học viên và sinh viên đã tốt nghiệp y sỹ YHCT tại địa phương lại đang không có việc làm. Các cán bộ làm công tác YHCT tại trạm hầu hết là kiêm nhiệm, với trình độ chuyên môn là y sỹ đa khoa hoặc cán bộ chuyên ngành khác sau đó được đào tạo 03 - 06 tháng về YHCT tại trường Trung cấp y và bệnh viện YHCT của tỉnh, do vậy họ cũng chỉ triển khai được một số phương pháp khám chữa bệnh thông thường của YHCT, không thể kê đơn, bắt mạch và điều trị bệnh bằng thuốc YHCT” (PVS -TTYT 01).*

3.1.1.2. Thực trạng kiến thức YHCT của cán bộ y tế xã

Bảng 3.3: Kiến thức về cây thuốc và bộ phận dùng làm thuốc của CBYT xã tại 03 tỉnh NC

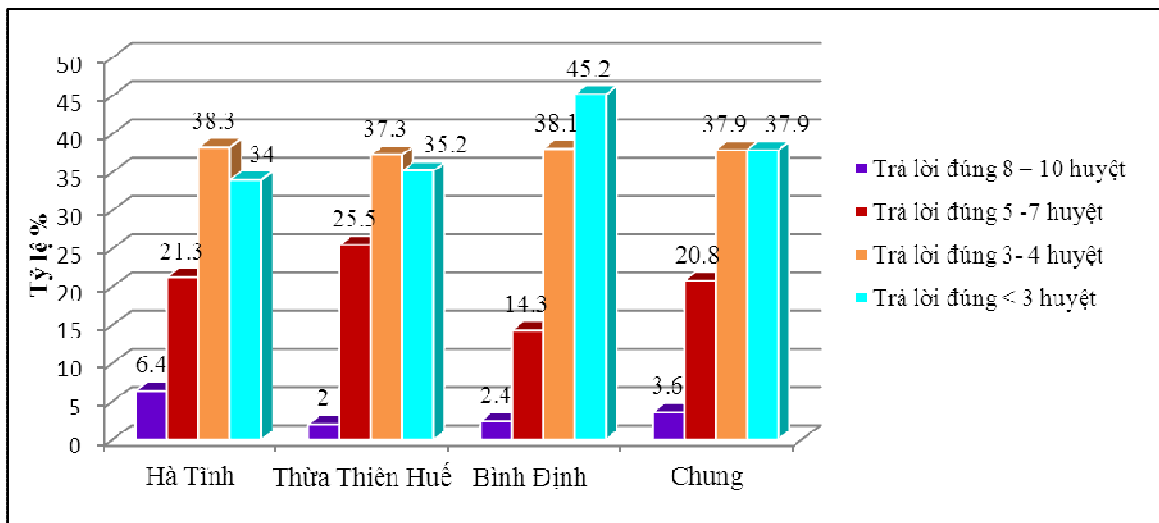
<i>Kiến thức</i> <i>Số cây trả lời đúng</i>	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trả lời đúng từ 16 -20 cây	5	10	4	7,8	4	9,5	13	9,1
Trả lời đúng từ 10 -15 cây	32	64,0	40	78,4	31	73,8	103	72,0
Trả lời đúng dưới 10 cây	13	26,0	7	13,8	7	16,7	27	18,9
$\bar{X} \pm SD$	10,1 \pm 3,7		11,3 \pm 3,0		11,3 \pm 3,1		10,9 \pm 3,3	

Có 9,1 % số cán bộ y tế trả lời đúng từ 16 - 20 cây thuốc thuộc các nhóm cây ăn quả làm thuốc, cây rau làm thuốc, cây cảnh làm thuốc và cây có bộ phận dùng làm thuốc là hoa và lá, 72,0% trả lời đúng từ 10 - 15 cây và 18,9% trả lời đúng dưới 10 cây. Tỷ lệ số cây thuốc trả lời đúng của cả 3 tỉnh tương đương nhau, với số cây trung bình là 10,9 \pm 3,3.

Bảng 3.4: Kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ của cán bộ y tế xã

<i>Kiến thức</i> <i>Số huyết trả lời đúng</i>	Hà Tĩnh n = 50		Thừa thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trả lời đúng 8 - 10 huyết	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2	1,4
Trả lời đúng 5 -7 huyết	18	36,0	18	35,3	12	28,6	48	33,6
Trả lời đúng 3- 4 huyết	15	30,0	18	35,3	18	42,8	51	35,7
Trả lời đúng < 3 huyết	16	32,0	14	27,4	12	28,6	42	29,3
Tổng số	50	100,0	42	100,0	42	100,0	143	100,0
$\bar{X} \pm SD$	4,9 \pm 1,94		5,03 \pm 2,09		5,33 \pm 2,26		5,09 \pm 2,09	

Có 35,7% số cán bộ y tế trả lời đúng số huyết vùng đầu mặt cổ từ 5-7 huyết và 3-4 huyết, trả lời đúng dưới 3 huyết là 29,3%, số cán bộ trả lời đúng từ 8-10 huyết chiếm tỷ lệ thấp 1,4%. Số huyết trả lời đúng trung bình của cả 3 tỉnh là 5,09 \pm 2,09



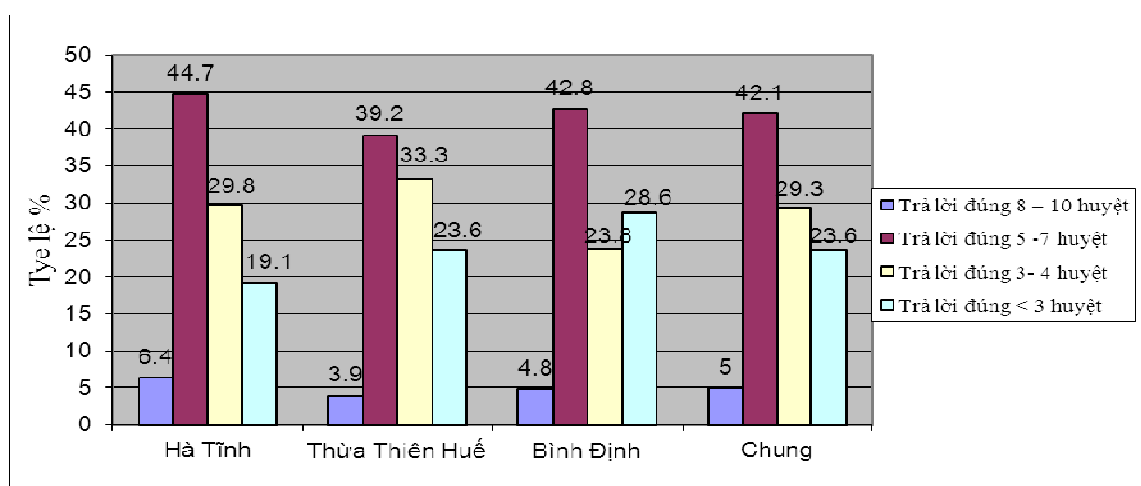
Biểu đồ 3.2: Kiến thức về huyết vùng lưng của cán bộ y tế xã

Biểu đồ 3.2 cho thấy trong số 143 cán bộ y tế có 37,9% số cán bộ y tế trả lời đúng số huyết vùng lưng từ 3 - 4 huyết và nhỏ hơn 3 huyết, tiếp đến là trả lời đúng từ 5 - 7 huyết là 20,8%, số cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 huyết chiếm tỷ lệ thấp 3,6%.

Bảng 3.5: Kiến thức về huyết vùng tay của cán bộ y tế xã

Số huyết trả lời đúng	Hà Tĩnh n = 50		Thừa thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trả lời đúng 8 - 10 huyết	3	6,0	2	3,9	3	7,1	8	5,5
Trả lời đúng 5 - 7 huyết	20	40,0	20	39,2	18	42,8	58	40,6
Trả lời đúng 3- 4 huyết	15	30,0	16	31,4	12	28,6	43	30,1
Trả lời đúng < 3 huyết	12	24,0	13	25,5	9	21,5	34	23,8
$\bar{X} \pm SD$	5,74 ± 2,08		6,43 ± 1,68		6,30 ± 1,66		6,15 ± 1,83	

Cán bộ y tế trả lời đúng số huyết vùng tay từ 5 - 7 huyết chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%, tiếp đến là từ 3 - 4 huyết là 30,1% và trả lời đúng nhỏ hơn 3 huyết là 23,8%, số trả lời đúng 8-10 huyết chiếm tỷ lệ thấp 5,7%. Số huyết vùng tay trả lời đúng trung bình $6,15 \pm 1,83$.



Biểu đồ 3.3: Kiến thức về huyết vùng chân của cán bộ y tế

Biểu đồ 3.3 cho thấy cán bộ y tế trả lời đúng số huyết vùng chân từ 5 - 7 huyết chiếm tỷ lệ cao nhất 42,1%, tiếp đến là số trả lời đúng từ 3 - 4 huyết là 29,3%, số cán bộ trả lời đúng 8-10 huyết chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,0%

3.1.1.3. Nhu cầu đào tạo và nhận thức của cán bộ y tế xã về YHCT

Bảng 3.6: Nhu cầu học thêm về YHCT của cán bộ y tế xã

Nhu cầu, Môn học	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Có	33	66,0	35	68,6	17	40,5	85	59,4
Lý luận	11	73,3	12	23,5	5	11,9	28	19,6
Bệnh học	12	24,0	17	33,3	10	23,8	39	27,3
Châm cứu	17	34,0	23	45,1	12	28,6	52	36,4
Xoa bóp	14	28,0	21	41,2	12	28,6	47	32,9
Dưỡng sinh	10	20,0	12	23,5	8	19,0	30	21,0
Khác	1	2,0	6	11,8	0	0,0	7	4,9
Không	17	34,0	16	31,4	25	59,5	58	40,6

Có 59,4% cán bộ y tế tại 27 TYT có nhu cầu được học thêm về YHCT, trong số đó nhu cầu học thêm về châm cứu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%, tiếp đến là nhu cầu học thêm về xoa bóp là 32,9%, bệnh học 27,3%, lý luận 19,6%, dưỡng sinh 21,0%.

Số cán bộ y tế tại tuyến xã có nhu cầu học thêm các kiến thức không dùng thuốc của YHCT. Kết quả thảo luận nhóm cho thấy: “*Tại trạm y tế xã hàng ngày thường tiếp nhận khám và điều trị nhiều bệnh, chứng thông thường như đau đầu, đau vai gáy, đau thần kinh tọa, suy nhược cơ thể, mất ngủ, táo bón ...đó đó nguyện vọng của cán bộ y tế chúng tôi muốn sử dụng thành thạo các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, hướng dẫn người bệnh luyện tập dưỡng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị. Các cán bộ công tác tại TYT rất hiếm có cơ hội được học tập, bồi dưỡng cũng như tập huấn các kiến thức về YHCT. Chúng tôi kiến nghị rằng trong thời gian tới Bộ Y tế có chính sách quan tâm hơn nữa tới cán bộ công tác tại tuyến y tế cơ sở đặc biệt là các cán bộ có nhu cầu được khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ*” (TLN - H, 01- 04)

Bảng 3.7: Quan điểm của CBYT xã về sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở

Quan điểm	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n = 42		Chung n = 143		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Có sử dụng	42	84,0	49	96,1	38	90,5	129	90,2	<0.05
Không SD	8	16,0	2	3,9	4	9,5	14	9,8	

Khi được hỏi về việc sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại tuyến y tế cơ sở, 90,2% số cán bộ y tế xã cho rằng nên sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở, số không đồng ý chiếm 9,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.8: Thực trạng về công tác tư vấn về YHCT tại tuyến y tế cơ sở (Câu hỏi có nhiều lựa chọn)

TT	Các chỉ số đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ
1	Có tư vấn	105	73,4
	- Phát trên loa đài	5	3,5
	- Tư vấn trực tiếp	89	62,2
	- Hướng dẫn tại hộ gia đình	43	30,1
	- Phát tài liệu tờ rơi	5	3,5
	- Tập huấn	0	0
2	Không tư vấn	38	10,5

Trong số 143 cán bộ y tế xã có 73,4% cán bộ y tế đã từng tư vấn về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh, có nhiều hình thức tư vấn trong đó tư vấn trực tiếp tại TYT xã chiếm tỷ lệ cao nhất 62,2%, tiếp đến là tư vấn tại Hộ gia đình 30,1%, phát trên loa đài hoặc phát tài liệu tờ rơi chiếm tỷ lệ thấp 3,5%, đặc biệt trong 27 xã nghiên cứu không có xã nào tổ chức tập huấn về YHCT cho CBYT hoặc cho người dân tại cộng đồng.

Liên quan đến công tác truyền thông tuyên truyền về sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng kết quả phỏng vấn sâu cho thấy: “Hiện nay các tài liệu hướng dẫn chăm sóc sức khỏe bằng YHCT còn quá ít, trong khi đó các chương trình khác như sức khỏe sinh sản, dân số, phòng chống dịch bệnh...có nhiều ấn phẩm, tài liệu, các bộ tranh tuyên truyền, băng, đĩa hình...và có kinh phí cho các hoạt động truyền thông. Trong khi đó YHCT hầu như không có kinh phí, cũng như tài liệu dành cho tuyên truyền do đó khi tư vấn về sử dụng YHCT, các cán bộ y tế chủ yếu là tư vấn trực tiếp qua hình thức người bệnh đến khám bệnh tại TYT xã được cán bộ y tế tư vấn, tuy nhiên nội dung tư vấn chưa sâu, chính vì vậy hoạt động truyền thông về sử dụng YHCT tại TYT xã và cộng đồng chưa thực sự hiệu quả”. (PVS - TYTX, 03,05)

Bảng 3.9: Thực trạng sự hiểu biết về chính sách phát triển YDCT và các văn bản Quy phạm pháp luật (QPPL) có liên quan đến YDCT của CBYT xã

Hiểu biết	Hà Tĩnh n = 50		Thừa Thiên Huế n = 51		Bình Định n=42		Chung n =143	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Có	9	18,0	13	25,5	10	23,8	32	22,4
Không	41	82,0	38	74,5	32	76,2	111	77,6
Tổng	50	100,0	51	100,0	42	100,0	143	100,0

Số cán bộ TYT có hiểu biết về chính sách phát triển về YDCT và các văn bản có liên quan chiếm tỷ lệ thấp 22,4%, trong đó Hà Tĩnh là 18,0%, Thừa Thiên Huế 25,5% và Bình Định là 23,8%; số cán bộ y tế không hiểu chính sách về YDCT là 77,6%

Bảng 3.10: Các hình thức tiếp cận với Chính sách phát triển YDCT và các văn bản QPPL có liên quan của CBYT xã (trong số có hiểu biết chính sách, câu hỏi có nhiều lựa chọn trả lời)

HT tiếp cận	Hà Tĩnh n = 9		Thừa Thiên Huế n = 13		Bình Định n = 10		Chung n = 32	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Truyền thông	3	33,3	10	76,9	7	70,0	20	62,5
Học tập, tập huấn	2	22,2	8	61,5	7	70,0	17	53,1
Tự tìm hiểu	7	77,9	12	92,3	5	50,0	24	75,0
Khác	5	55,6	8	61,5	6	60,0	19	59,4

Trong số những người có hiểu biết về các chính sách về phát triển YDCT và các văn bản có liên quan, hình thức tiếp cận do tự tìm hiểu chiếm tỷ lệ 75%, do truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng là 62,5%, học tập, tập huấn 53,1%, do các hình thức khác 59,4%.

3.1.2. Đặc điểm nguồn nhân lực là các thầy thuốc hành nghề YHCT tư nhân tại địa bàn nghiên cứu

Bảng 3.11: Một số đặc điểm của thầy thuốc hành nghề YHCT tư nhân tại địa bàn nghiên cứu

Đặc điểm chung		Hà Tĩnh n = 20		Thừa Thiên Huế n = 27		Bình Định n = 30		Chung n = 77	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam		16	80,0	18	66,7	21	66,7	55	71,4
Nữ		4	2,0	9	33,3	9	33,3	22	28,6
Tổng		20	100,0	27	100,0	30	100,0	77	100,0
Tuổi	< 30	1	0	0,0	0	0	0,0	1	1,3
	30 - 50	8	40,0	13	48,1	18	60,0	39	50,6
	51- 60	6	30,0	6	22,2	10	33,3	22	28,6
	> 60	5	25,0	8	29,7	2	6,7	15	19,5
Trình độ CM									
Ths BSKK I	Sau ĐH	0	0,0	2	7,4	1	3,3	3	3,9
BS		1	5,0	1	3,7	1	3,3	3	3,9
YS YHCT		1	5,0	4	14,8	2	6,7	7	9,1
LY, gia truyền		18	90,0	20	74,1	26	86,7	64	83,1
Trình độ VH									
Cấp I		0	0,0	2	7,4	1	3,3	3	3,9
Cấp II		7	35,0	10	37,0	6	20,0	23	29,9
Cấp III		13	65,0	15	55,6	23	76,7	51	66,2

Trong số 77 người hành nghề YHCT tư nhân của 27 xã thuộc 9 huyện của 3 tỉnh nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 71,4%, nữ chiếm 28,6%. Số người hành nghề YHCT tư nhân có độ tuổi từ 30 - 50% chiếm tỷ lệ cao nhất 50,6%, tiếp đến là độ tuổi từ 51 - 60 tuổi là 28,6%, độ tuổi trên 60 là 19,5%, chỉ có 1,3% số người có độ tuổi nhỏ hơn 30 tuổi. Trình độ chuyên môn của đối tượng này hầu hết là lương y gia truyền chiếm 83,1%, số có trình độ sau đại học và bác sỹ YHCT bằng nhau và chiếm tỷ lệ thấp 3,9%. Trình độ văn hóa chủ yếu là hết cấp III là 66,2%, tiếp đến là hết cấp II là 29,9%, số có trình độ văn hóa cấp I chiếm tỷ lệ thấp 3,9%.

Bảng 3.12: Mô tả một số đặc điểm về thời gian hành nghề, năm hành nghề YHCT tư nhân và các thông tin chi tiết khác thu được qua phỏng vấn

Đặc điểm	Hà Tĩnh n = 20		Thừa Thiên Huế n = 27		Bình Định n = 30		Chung n = 77		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Thời gian hành nghề									
< 10 năm	4	20,0	0	0,0	2	7,4	6	7,8	
10 – 20 năm	8	40,0	22	73,3	6	22,2	36	46,7	
21 – 30 năm	1	5,0	5	16,7	16	59,3	22	28,6	
31 – 40 năm	5	25,0	0	0,0	3	11,1	8	10,4	
> 40 năm	2	10,0	3	10,0	0	0,0	5	6,5	
Năm hành nghề tư									
< 10 năm	5	25,0	5	16,7	6	22,3	16	20,8	
10 – 20 năm	11	55,0	21	70,0	12	44,4	44	57,1	
21 – 30	1	5,0	3	10,0	8	29,6	12	15,6	
≥ 30	3	15,0	1	3,3	1	3,7	5	6,5	
Tình trạng công tác									
- Đã nghỉ hưu	2	10,0	3	10,0	2	7,4	7	9,1	
- Đang công tác	5	25,0	1	3,3	0	0,0	6	7,8	
- HN YTTN	13	65,0	26	86,7	25	92,6	64	83,1	
Có giấy phép HN	14	70,0	30	100,0	19	70,4	63	81,8	
Không giấy phép	6	30,0	0	0,0	8	29,6	14	18,2	
Số ngày mở cửa trong tuần	6 ngày	10	50,0	2	6,6	8	29,6	20	26,0
	7 ngày	10	50,0	28	93,4	9	70,4	57	74,0

Số người hành nghề YHCT từ 10 đến 20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%, tiếp đến là tỷ lệ số người có năm hành nghề từ 21 đến 30 năm là 28,6%, từ 31 - 40 năm là 10,4%, nhỏ hơn 10 năm và lớn hơn 40 năm chiếm tỷ thấp lần lượt là 7,8% và 6,5%. Có tới 83,1% số đối tượng này là những người hành nghề YHCT tư nhân, số cán bộ y tế đã nghỉ hưu và đang công tác tham gia hành nghề YHCT tư nhân chỉ chiếm 9,1% và 7,8%. Số người hành nghề có phép là 83,1%, không phép 18,2%.

Bảng 3.13: Hoạt động khám chữa bệnh của thầy thuốc YHCT tư nhân

Hoạt động KCB	Hà Tĩnh n = (20)		Thừa Thiên Huế n = (27)		Bình Định n = (30)		Chung n = (77)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nơi KCB								
- Tại nhà riêng	11	55,0	23	85,2	27	90,0	61	79,2
- Thuê cơ sở	9	45,0	4	14,8	3	10,0	16	20,8
- Hoạt động 1 mình	11	55,0	19	70,4	25	83,3	55	71,4
- Có thêm người	9	40,0	8	29,6	5	16,7	22	28,6
- Phòng chẩn trị	16	80,0	15	55,6	28	93,3	59	76,6
- Cơ sở gia truyền	4	20,0	12	44,4	2	6,7	18	23,4
- Kết hợp YHHD	2	10,0	2	8,7	1	3,7	5	6,5
Số BN TB/ tháng/01 cơ sở	142		149		158		449	149,7
- Đơn thuần YHCT	18	90,0	25	91,3	29	96,3	72	93,5
- Giá TB/01 tháng thuốc	22,25 ± 16,58		57,5 ± 40,8		33,28 ± 7,9		38,7 ± 29,4	
Dạng thuốc sử dụng:								
- Thuốc Bắc	18	95,0	12	44,4	26	86,7	56	72,7
- Thuốc Nam	2	5,0	15	55,6	4	13,3	21	27,3
- Số lượng thuốc bắc SD/01 tháng	109,47 ± 91,76		56,26 ± 55,81		40,71 ± 39,8		64,49 ± 67,97	
Chất lượng thuốc bắc								
- Tốt	16	80,0	16	59,3	9	30,0	41	53,2
- Kém	1	5,0	0	0,0	3	10,0	4	5,2
- Không thể biết chất lượng	3	15,0	10	37,0	16	53,3	29	37,7
Khác	0	0,0	1	3,7	2	6,7	3	3,9

Hầu hết các cơ sở hoạt động hành nghề YHCT tư nhân đều triển khai khám chữa bệnh tại nhà riêng. Có 76,0% số cơ sở hoạt động hành nghề dưới hình thức phòng chẩn trị, số cơ sở hành nghề theo hình thức gia truyền là 23,4%, số cơ sở YHCT tư nhân có kết hợp với YHHĐ chiếm tỷ lệ thấp 6,5%, đơn thuần YHCT chiếm 93,5%, số bệnh nhân trung bình của một phòng chẩn trị YHCT trong 1 tháng là 149,7 bệnh nhân, dạng thuốc YHCT các cơ sở này sử dụng chủ yếu vẫn là thuốc bắc (72,7%), số thuốc sử dụng là thuốc nam chỉ chiếm 27,3%. Giá trung bình của một thang thuốc có số tiền là $38,7 \pm 29,4$.

Bảng 3.14: Thực trạng về việc thanh, kiểm tra của các cơ quan chức năng đối với các cơ sở YHCT TN

Tỉnh	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Chung	
	n = (20)		n = (27)		n = (30)		n = (77)	
Nội dung	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Có kiểm tra	11	55,0	21	77,8	28	93,3	60	77,9
Không kiểm tra	9	45,0	6	22,2	2	6,7	17	22,1

Trong năm số cơ sở hành nghề YHCT tư nhân trên địa bàn được các cơ quan chức năng kiểm tra chiếm 77,9%, trong đó tại Bình Định số cơ sở được kiểm tra là 93,3%, Thừa Thiên Huế 77,8% và Hà Tĩnh là 55,0%.

3.1.3. Cơ sở vật chất, trang thiết bị và hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 27 TYT xã

Bảng 3.15: Cơ sở vật chất của trạm y tế của 27 xã nghiên cứu

Cơ sở VC \ Tỉnh	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Phòng KCB bằng YHCT riêng	4	44,0	7	77,8	5	55,6	16	59,3
Bàn ghế ngồi khám bệnh	7	77,8	9	100,0	7	77,8	23	85,2
Giường khám bệnh	5	55,6	7	77,8	6	66,7	18	66,7
Dụng cụ đo huyết áp	8	88,9	9	100,0	7	77,8	24	88,9
Nhiệt kế	8	88,9	9	100,0	9	100,0	26	96,3
Ống nghe	9	100,0	9	100,0	9	100,0	27	100,0
Máy điện châm	6	66,7	6	66,7	7	77,8	19	70,4
Dụng cụ sậy kim	2	22,2	3	33,3	4	44,4	9	33,3
Đèn hồng ngoại	4	44,4	2	22,2	3	33,3	9	33,3
Bộ giác hơi	2	22,2	2	22,2	4	44,4	8	29,6
Tranh châm cứu	5	55,6	9	100,0	7	77,8	21	77,8
Bộ tranh lật	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Giường xoa bóp, châm cứu	5	55,6	5	55,6	4	44,4	14	51,9
Bàn cân thuốc thang	4	44,4	5	55,6	3	33,3	12	44,4
Giá kê đựng dược liệu và thuốc YHCT	4	44,4	6	66,7	4	44,4	14	44,4
Dụng cụ bào chế thuốc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vườn trồng thuốc nam	6	66,7	8	88,9	7	77,8	21	77,8

Kết quả điều tra cho thấy có 59,3% số TYT có phòng KCB bằng YHCT riêng biệt, 85,2% số TYT có bàn ghế ngồi khám bệnh, 70,4% số TYT có máy điện châm, số TYT có dụng cụ sấy kim, đèn hồng ngoại có tỷ lệ tương đương (33,3%), số TYT có bộ giác hơi là 29,6%, số TYT có giá kê đựng dược liệu và thuốc YHCT, bàn cân thuốc thang chiếm tỷ lệ bằng nhau 44,4%, số TYT có vườn thuốc nam là 77,8%. Trong 27 TYT được điều tra không có TYT nào có Bộ tranh lật về cây thuốc mẫu cũng như bộ tranh châm cứu và dụng cụ bào chế thuốc YHCT.

Kết quả phỏng vấn sâu cho biết “Đánh giá cao về vai trò và hiệu quả của YHCT trong CSSKCD, tuy nhiên nguồn lực đầu tư cho YHCT hiện nay còn quá ít, TYT chưa có nhân lực chuyên trách về YHCT, chưa có phòng khám riêng biệt dành cho YHCT, các trang thiết bị YHCT còn hạn chế, hàng năm không có nguồn kinh phí dành riêng cho công tác YHCT do đó tại trạm chỉ triển khai phương pháp điều trị bằng châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và hướng dẫn người dân sử dụng thuốc nam, các chế phẩm sử dụng tại TYT còn khiêm tốn chỉ có vài chế phẩm thông dụng như: Mộc hoa trắng, Bo ga nic, hoạt huyết dưỡng não, một số chế phẩm về khớp, thuốc ho trẻ em, trong thời gian tới ngành y tế, chính quyền địa phương cần quan tâm đầu tư về cơ sở vật chất, trang thiết bị YHCT cho TYT xã, cần có biên chế riêng cho YHCT” (PVS -TYT, 05-08).

Bảng 3.16: Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT của 27 TYT của 03 tỉnh nghiên cứu

TT	Tên Tỉnh	Số KCB bằng YHCT/tổng số KCB	Tỷ lệ %
1	Hà Tĩnh	7.352/44.351	16,6
2	Thừa Thiên Huế	10.100/45.591	22,2
3	Bình Định	7.353/45.961	16,1

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại trạm y tế xã so với tổng số khám chữa bệnh chung tại Hà Tĩnh là 16,6%, Thừa Thiên Huế 22,2% và Bình Định 16,1%.

Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo Sở Y tế về triển khai công tác YHCT tại tuyến y tế cơ sở “Trong những năm gần đây đầu tư cho y tế cơ sở đang được các cấp, các ngành quan tâm trong đó có lĩnh vực YDCT, tuy nhiên đối với địa phương nhận thấy TYT xã chưa thực sự phát huy hết vai trò và hiệu quả của YHCT trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân thể hiện qua các chỉ số: Tỷ lệ xã có biên chế dành riêng cho YHCT còn quá thấp, triển khai thuốc thang tại TYT còn chiếm tỷ lệ thấp, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT so với tổng số khám chữa bệnh chung chỉ đạt dưới 20%, cán bộ tại TYT chưa thực sự quan tâm đến công tác này, nhiều TYT chỉ triển khai mang tính hình thức để đạt chuẩn quốc gia về YHCT” (PVS - SYT 01).

**Bảng 3.17: Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc YHCT tại 27 xã của 3 tỉnh
nghiên cứu năm 2010 - 2012**

Chi số	Hà Tĩnh (n = 7.352)		Thừa Thiên Huế (n=10.100)		Bình Định (n=7.353)		Tổng chung n = 24.805	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc YHCT/tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT tại cơ sở	4.132	56,2	7.895	78,2	4.798	65,3	16.825	67,8
Tỷ lệ người bệnh được dùng thuốc thang/tổng số người bệnh được điều trị YHCT tại cơ sở	798	10,9	1.326	13,1	867	11,8	2.991	12,1
- Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc chế phẩm YHCT/tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT tại cơ sở	3.978	54,1	7.379	73,0	4.517	61,0	15.874	64,0

Trong năm 2010 và 2012, số người bệnh được dùng thuốc YHCT so với tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT chiếm tỷ lệ 67,8%, số người được dùng thuốc thang trên tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT là 12,1% và dùng thuốc chế phẩm là 64,0%.

Liên quan việc sử dụng thuốc YHCT tại TYT, kết quả phỏng vấn sâu cho thấy: “Hiện nay danh mục thuốc YHCT tại TYT được quỹ BHYT thanh toán còn rất ít, mặc dù Bộ Y tế đã có Thông tư 12/2010/TT-BYT ban hành danh mục thuốc YHCT được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán, tuy nhiên hiện tại, TYT đang chịu sự chỉ đạo, quản lý Nhà nước và chuyên môn của 03 đơn vị là Phòng Y tế, Trung tâm Y tế, và Bệnh viện huyện, trong đó Trung tâm y tế quản lý về biên chế và các hoạt động của TYT, Bệnh viện huyện chỉ đạo về công tác chuyên môn, việc ký hợp đồng và thanh quyết toán với BHYT phải thông qua Bệnh viện huyện, chính vì vậy trong quá trình triển khai còn gặp phải không ít khó khăn”. PVS - trưởng trạm YTX, 03-05

Bảng 3.18: Tỷ lệ người bệnh được sử dụng phương pháp không dùng thuốc trong số người bệnh đã được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT của 03 tỉnh NC

Chỉ số	Hà Tĩnh (n = 7.352)		Thừa Thiên Huế (n=10.100)		Bình Định (n=7.353)		Tổng chung n = 24.805	
	n	%	n	%	n	%		
Người bệnh được châm cứu/tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT	413	56,1	7.978	79,0	4.823	65,6	16.929	68,2
Người bệnh được xoa bóp, bấm huyệt/tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT	2.145	29,2	3.127	31,0	1.897	25,8	7.169	28,9

Có 68,2% trong tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT được sử dụng phương pháp điều trị bằng châm cứu, 28,9% số người được điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt.

Bảng 3.19: Hoạt động của TYT xã về sử dụng YHCT trong CSSK cộng đồng tại 27 xã nghiên cứu

TT	Các chỉ số đánh giá		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Tổ chức KCB tại TYT bằng YHCT	Có	27	100,0
		Không	0	0
2	Tỷ lệ KCB YHCT	<5%	3	11,1
		5 – 10%	3	11,1
		11 – 20%	10	37,0
		20 – 30%	9	33,3
		>30%	2	7,4
3	Sử dụng các phương pháp (có nhiều câu trả lời)	Thuốc thang	11	40,7
		Thuốc chế phẩm	24	88,9
		Châm cứu	19	70,3
		Xoa bóp, bấm huyệt	14	51,9
		Khác	5	18,5
4	Các dạng thuốc YHCT (có nhiều câu trả lời)	Thuốc thang	11	40,7
		Thuốc hoàn	24	88,9
		Chè	15	55,6
		Cao lỏng	17	63,0
		Viên nén	15	55,6
5	Truyền thông	Có	4	14,8
		Không	23	85,2

Tại 27 xã điều tra đều tổ chức khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT đạt 100%, tuy nhiên tại mỗi TYT tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT, các phương pháp điều trị bằng YHCT và hình thức sử dụng thuốc YHCT tại các xã có sự khác biệt cụ thể như sau:

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT so với tổng số khám chữa bệnh chung: Hiện tại số TYT có tỷ lệ KCB bằng YHCT <5% và từ 5 - 10% có tỷ lệ

tương đương chiếm 11,1%, 37% số TYT có tỷ lệ KCB YHCT từ 11 - 20%, 33,3% số TYT có tỷ lệ KCB YHCT từ 20 - 30%, số TYT có tỷ lệ KCB YHCT >30% chỉ chiếm tỷ lệ thấp 7,4%.

Tỷ lệ sử dụng các phương pháp điều trị bằng YHCT: Có 40,7% số TYT có sử dụng thuốc thang trong điều trị, 88,9% có sử dụng thuốc chế phẩm, 70,3% có sử dụng châm cứu, 51,9% có sử dụng xoa bóp bấm huyệt.

Các dạng thuốc YHCT sử dụng tại TYT: Dạng thuốc thang chiếm tỷ lệ 40,7%, thuốc hoàn 88,9%, thuốc dạng chè 55,6%, thuốc cao lỏng 63,0%, thuốc viên nén 55,6%.

Công tác tuyên truyền của TYT về việc sử dụng YHCT cũng như thuốc YHCT trong CSSK: Số TYT có tổ chức hoạt động tuyên truyền mang tính đại chúng chỉ đạt 14,8%, 85,2% số TYT không triển khai công tác này

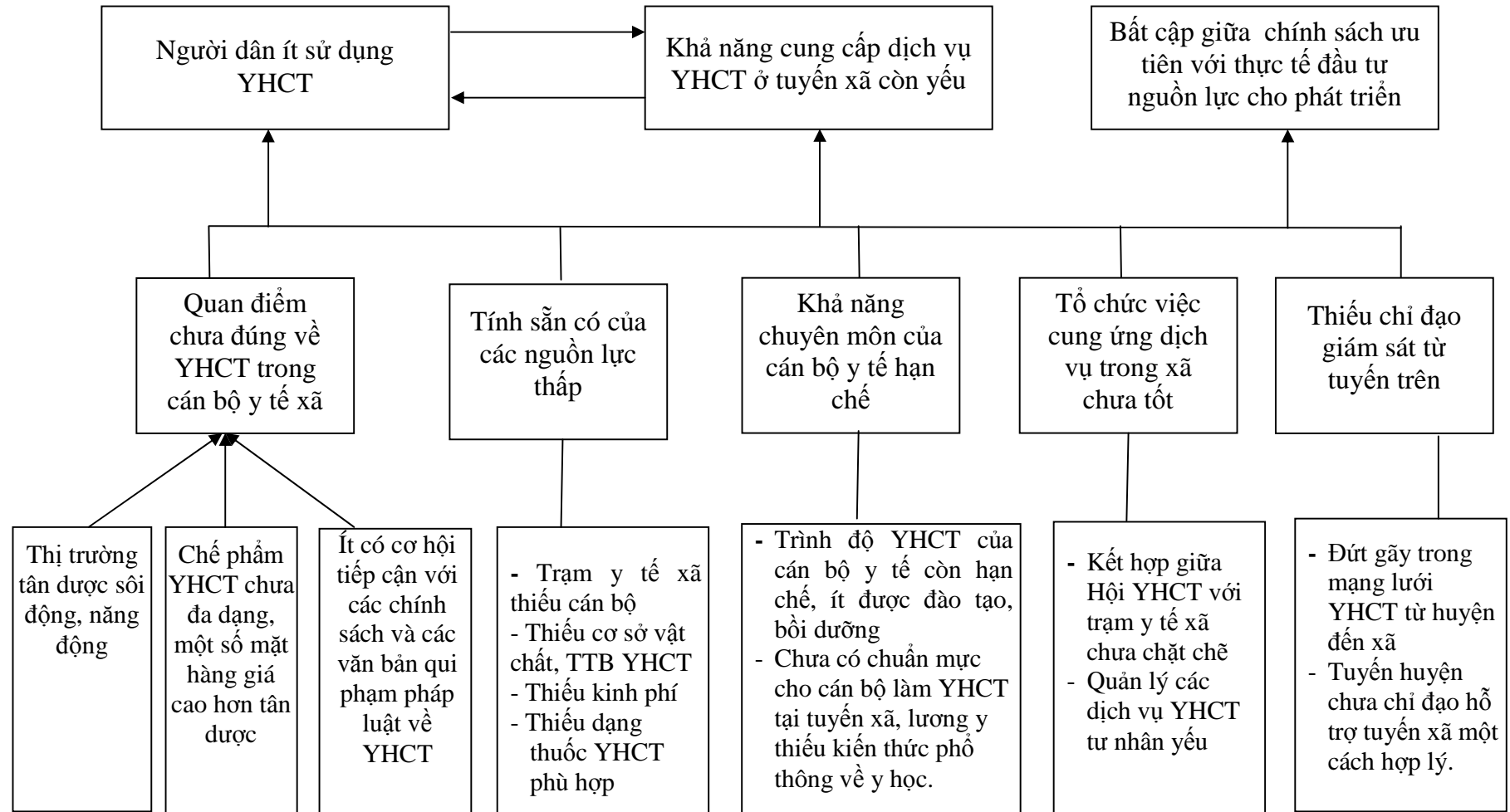
Bảng 3.20: Tỷ lệ 10 chứng/bệnh thường được điều trị bằng YHCT/tổng số trường hợp bị bệnh tại 27 Trạm Y tế xã của 03 tỉnh NC.

TT	Các chứng/bệnh thường gặp	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định	
		n	%	n	%	n	%
1	Cảm cúm, sốt virus	494	15,7	783	14,3	538	15,2
2	Suy nhược cơ thể	298	9,5	379	6,9	309	8,7
3	Đau thần kinh	256	8,1	859	15,7	302	8,5
4	Bệnh cơ xương khớp	465	14,8	901	16,4	576	16,2
5	Bệnh tiết niệu	198	6,3	378	6,9	119	3,4
6	Bệnh tiêu hóa	536	17,0	679	12,4	489	13,8
7	Bệnh ngoài da	238	7,6	368	6,7	236	6,7
8	Bệnh hô hấp	391	12,4	549	10,0	409	11,5
9	Bệnh tim mạch	142	4,5	258	4,7	290	8,2
10	Bệnh phụ khoa	126	4,0	325	5,9	280	7,9
	Tổng	3.144	100,0	5.479	100,0	3.548	100,0

Kết quả thu được từ bảng trên cho thấy tỷ lệ các bệnh chứng thường được sử dụng YHCT để điều trị tại TYT xã có sự tương đồng giữa các tỉnh. Chủ yếu là các bệnh, chứng đơn giản, cấp tính và mang tính phổ cập như: Các chứng cảm cúm, sốt virus chiếm tỷ lệ lần lượt là: Hà Tĩnh 15,7%, Thừa Thiên Huế 14,3%, Bình Định 15,2%, bệnh về cơ xương khớp Hà Tĩnh 14,8%, Thừa Thiên Huế 16,4% và Bình Định 16,2%, Bệnh tiêu hóa tại Hà Tĩnh có tỷ lệ lớn hơn cả 17,0%, ngoài ra còn có các nhóm bệnh chứng về thần kinh, bệnh hô hấp, bệnh tiết niệu... chiếm từ 3,4% đến 12,4%.

Từ các kết quả nghiên cứu trên ta có sơ đồ như sau

Sơ đồ 3.1. Một số nguyên nhân chủ yếu dẫn tới sự yếu kém của hoạt động YHCT tuyến xã



3.1.4. Đặc điểm về hộ gia đình tại 03 tỉnh nghiên cứu

3.1.4.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là người dân đại diện hộ gia đình

Bảng 3.21: Những thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là đại diện 2.855 hộ gia đình và người bệnh tại TYT trong địa bàn nghiên cứu

Thông tin chung	Trả lời	n	%
Giới	Nam	1.350	47,3
	Nữ	1.505	52,7
	Cộng	2.855	100,0
Tuổi	Dưới 19 tuổi	9	3,0
	19 – 29 tuổi	185	6,5
	30 – 40 tuổi	689	24,1
	41 – 50 tuổi	809	28,3
	51 - 60 tuổi	895	31,3
	61 – 70 tuổi	268	9,4
	Tổng	2.855	100,0
Trình độ học vấn	Mù chữ, biết đọc	177	6,2
	Cấp 1	556	19,5
	Cấp 2	1.354	47,4
	Cấp 3, TCCN, Đại học và sau ĐH	768	26,9
	Tổng	2.855	100,0
Dân tộc	Kinh	2.721	95,3
	Thiểu số	134	4,7
Nghề nghiệp	Làm ruộng	1.498	52,5
	Buôn bán	452	15,8
	Cán bộ hưu	659	23,1
	Khác	246	21,7
	Tổng	2.855	100,0

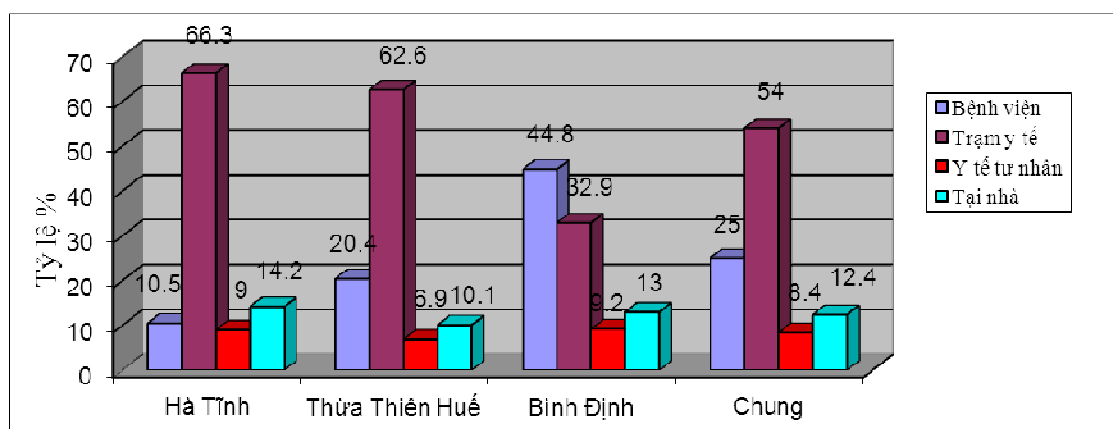
Trong 2.855 đối tượng nghiên cứu 45,1% người là nam giới, nữ giới chiếm 52,7%, độ tuổi từ 41- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%, sau đó là độ từ 41- 50 là 28,3%, số đối tượng có độ tuổi dưới 19 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,0%. Trình độ học vấn của đối tượng được điều tra có trình độ cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,4%, tiếp đến là cấp 3, trung cấp chuyên nghiệp, đại học và trên đại học là 26,9%. Dân tộc kinh tại các địa phương được điều tra là 95,3% với 52,5% số người được điều tra có nghề nghiệp làm ruộng, cán bộ hưu 23,1%.

3. 1.4.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ YHCT của người dân

Bảng 3.22: Tình hình mắc bệnh của người dân trong 1 tháng qua

Tỉnh	Hà Tĩnh n = 938		Thừa Thiên Huế n = 980		Bình Định n = 937		Tổng n = 2.855	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	510	54,4	469	47,9	409	43,6	1.388	48,6
Không	424	45,2	498	50,8	522	55,7	1.444	50,6
Không trả lời	4	0,4	13	1,3	6	0,6	23	0,8
Tổng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2.855	100,0

Kết quả phỏng vấn 2.855/11.089 người dân đại diện cho hộ gia đình và người bệnh tại TYT trong trên địa bàn nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh tính theo hộ gia đình trong 1 tháng vừa qua là 48,8%, trong đó cao nhất là Hà Tĩnh (54,4%), tiếp đến là Thừa Thiên Huế (47,9%) và Bình Định (43,6%). Tỷ lệ người mắc bệnh trong tổng số dân của các hộ nghiên cứu là 12,5%.



Biểu đồ 3.4. Địa chỉ người dân lựa chọn đến điều trị khi mắc bệnh

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy trong số người trả lời câu hỏi về nơi khám chữa bệnh người dân muốn đến: Trạm y tế chiếm tỉ lệ cao nhất (54%); Bệnh viện (25%); Tự chữa bệnh tại nhà (12,4%), y tế tư nhân (8,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 22,66$; $p < 0,001$.

Hà Tĩnh có tỉ lệ người dân chọn trạm y tế để KCB chiếm tỉ lệ cao nhất (66,3%), Thừa Thiên Huế 62,6% và Bình Định có tỷ lệ thấp nhất 32,9%.

Bảng 3.23: Phương pháp điều trị khi người dân bị mắc bệnh

TT	Phương pháp điều trị	n	%
1	YHCT	276	19,9
2	YHHĐ	488	35,2
3	Kết hợp YHCT và YHHĐ	605	43,6
4	Không rõ	19	1,4
Cộng		1.388	100,0

Kết quả bảng 3.20 cho thấy, trong số 1.388 người dân đã mắc bệnh trong 1 tháng qua khi được hỏi về phương pháp người dân đã được điều trị khi mắc bệnh, có 19,9% số người có câu trả lời đã điều trị bằng YHCT, điều trị bằng YHHĐ đơn thuần là 35,2%, điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ là 43,6%

Bảng 3.24: Thực trạng người dân sử dụng YHCT tại cộng đồng

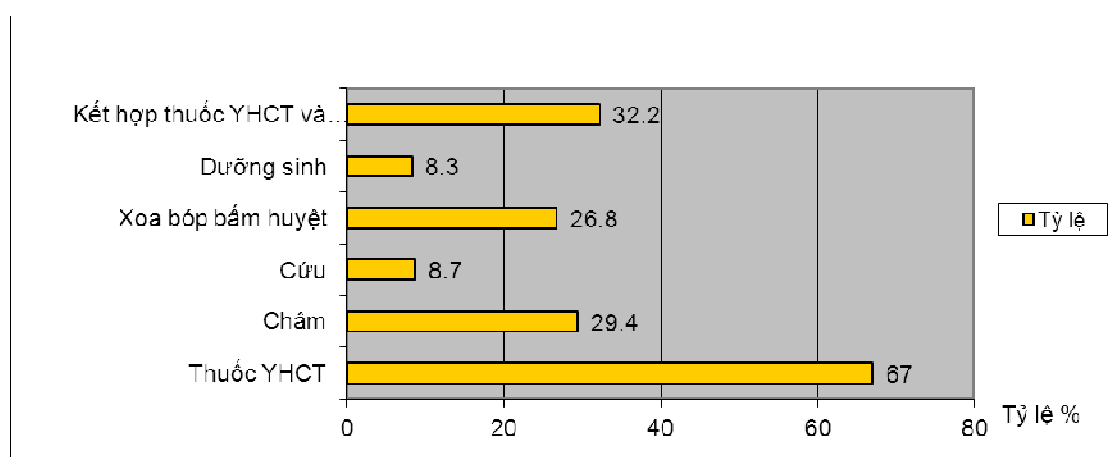
Tỉnh	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chưa dùng	317	31,1	336	34,3	320	34,2	973	34,1
Đã dùng	621	66,2	644	65,7	617	65,8	1.882	65,9
Tổng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2855	100,0
		$\chi^2 =$	24,59		P < 0,001			

Trong số 1.882/2.855 người (chiếm 65,9%) cho biết trong thời gian 6 tháng qua đã sử dụng YHCT, số không sử dụng YHCT là 34,1%, tỷ lệ người dân đã từng sử dụng YHCT trong 6 tháng qua tại 03 tỉnh nghiên cứu có tỷ lệ tương đương.

Bảng 3.25: Dạng thuốc YHCT người dân muốn sử dụng

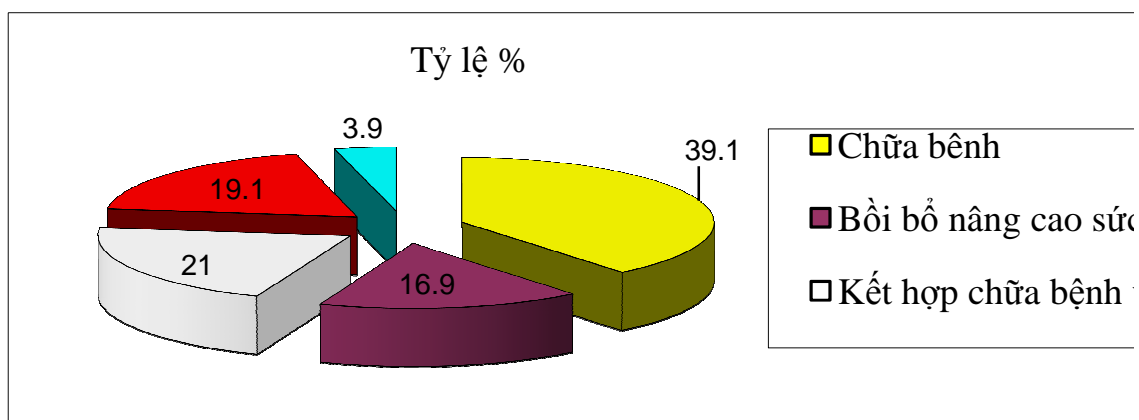
Dạng thuốc	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thuốc thang về tự sắc	258	41,5	289	44,9	258	41,8	805	42,8
Các dạng chế phẩm thuốc YHCT có sẵn	363	58,5	355	55,1	359	58,2	1.077	57,2
Tổng	621	100,0	644	100,0	617	100,0	1.882	100,0
		$\chi^2= 15,35$				$p<0,001$		

Trong số 1.882 người cho biết dạng thuốc YHCT muốn sử dụng; Dạng thuốc thang về tự sắc chiếm 42,8%, dạng chế phẩm thuốc YHCT có sẵn chiếm 57,2%, trong đó tỉnh Hà Tĩnh và Bình Định có tỷ lệ người dân lựa chọn chế phẩm thuốc YHCT dạng sẵn có chiếm tỷ lệ tương đương 58,5% và 58,2%



Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ người dân đã từng sử dụng phương pháp YHCT để phòng và chữa bệnh (câu hỏi có nhiều lựa chọn)

Khi được hỏi về phương pháp điều trị nào bằng YHCT người dân đã từng sử dụng, câu hỏi có nhiều sự lựa chọn trả lời, có 1.261/1.882 (67,0%) cho biết đã sử dụng thuốc YHCT, có 29,4% số người đã từng sử dụng phương pháp châm, 26,8% số người đã từng sử dụng phương pháp xoa bóp, bấm huyệt, có 32,2% số người đã từng sử dụng thuốc YHCT kết hợp với các phương pháp không dùng thuốc. Tỷ lệ người dân đã từng sử dụng phương pháp cứu và phương pháp dưỡng sinh chiếm tỷ lệ thấp 8,7% và 8,3%.



Biểu đồ 3.6: Mục đích của người dân dùng thuốc YHCT

Khi được hỏi về mục đích sử dụng thuốc YHCT, có (39,1%) cho biết để chữa bệnh; 21,0 % sử dụng kết hợp chữa bệnh và bồi bổ nâng cao sức khỏe; 19,1% sử dụng để chữa bệnh sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại và 16,9% sử dụng để bồi bổ sức khỏe.

Bảng 3.26: Địa điểm người dân lựa chọn khi quyết định sử dụng YHCT (câu hỏi có nhiều lựa chọn)

Địa điểm \ Tỉnh	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	938	%	980	%	937	%	2.855	%
Bệnh viện YHCT	353	37,6	213	21,7	341	36,4	905	31,7
Khoa YHCT BVĐK	340	36,2	249	25,4	206	22,0	794	27,8
Trạm y tế	168	17,9	355	36,2	233	24,9	759	26,6
Y tế tư nhân	128	13,6	183	18,7	170	18,2	482	16,9
Ông Lang, bà mẹ	25	2,7	15	1,5	31	3,3	71	2,5
Tự chữa	46	4,9	144	14,7	169	18,1	359	12,6

Trong số 2.855 người dân được hỏi khi quyết định sử dụng YHCT thì họ sẽ đến nơi nào, số người lựa chọn bệnh viện YHCT là 31,7%, trong đó Hà Tĩnh có tỷ lệ cao nhất 37,6%, Thừa Thiên Huế có tỷ lệ thấp nhất 21,7%. Số người lựa chọn khoa YHCT bệnh viện Đa khoa và trạm y tế xã có tỷ lệ tương đương 27,8% và 26,6%, trong đó tại Thừa Thiên Huế người dân lựa chọn đến TYT để điều trị bằng YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%. Số người lựa chọn điều trị tại nhà là 12,6%. Số người lựa chọn đến ông lang, bà mẹ có tỷ lệ thấp nhất 2,5%.

**Bảng 3.27: Lý do người dân lựa chọn địa điểm đến để được sử dụng YHCT
(câu hỏi có nhiều lựa chọn)**

Địa điểm Lý do	Bệnh viện YHCT n = 905		Khoa YHCT n = 794		Trạm y tế n = 759		Y tế tư nhân n = 482		Tự chữa n = 359	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chuyên môn giỏi	870	96,1	552	69,6	127	16,8	229	47,6	147	4,1
Trang bị y tế tốt	826	91,3	310	39,1	108	14,2	304	6,3	0	0
Gần nhà	218	24,1	241	30,3	713	93,9	249	51,6	249	69,3
Chi phí thấp	57	6,3	62	8,6	603	79,4	229	47,6	189	52,7
Theo quảng cáo	71	7,9	14	1,8	45	5,9	54	11,3	0	0

Trong số 905 người đã lựa chọn bệnh viện YHCT cho biết lý do là chuyên môn giỏi chiếm 96,1% và trang thiết bị y tế tốt 91,3%, lý do gần nhà là 24,1% và chi phí thấp là 6,3%; trong số 794 người đã lựa chọn Khoa YHCT cho biết do chuyên môn giỏi 69,9%, trang thiết bị y tế tốt 39,1%, gần nhà 30,3%, do chi phí thấp chỉ chiếm 8,6%, quảng cáo 1,8%. Trong số 759 người dân lựa chọn đến TYT lý do gần nhà được người dân lựa chọn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,9%, tiếp đến là lý do chi phí thấp là 79,4%, các lý do khác (trang thiết bị y tế tốt 14,2%, chuyên môn giỏi 16,8%, theo quảng cáo 5,9%); trong số 482 người dân lựa chọn cơ sở y tế tư nhân, lý do gần nhà là 51,6%, tiếp đến do chuyên môn giỏi và chi phí thấp có tỷ lệ bằng nhau 47,6%, lý do trang thiết bị y tế tốt chiếm tỷ lệ thấp 6,3%, theo quảng cáo 11,3%. trong số 359 người đã từng tự chữa bệnh lý do gần nhà và chi phí thấp chiếm tỷ lệ tương đối cao lần lượt là 69,3% và 52,7%

Tuy nhiên ở mỗi địa điểm, lý do lựa chọn của người dân không giống nhau.

Bảng 3.28: Kiến thức về cây thuốc của người dân đại diện hộ gia đình

Số cây thuốc trả lời đúng	Hà Tĩnh n = 769		Thừa Thiên Huế n = 823		Bình Định n = 758		Chung n = 2.350	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trả lời đúng từ 8 -10 cây	12	1,6	21	2,6	19	2,5	52	2,2
Trả lời đúng từ 5 - 7 cây	159	20,7	254	30,9	178	23,4	591	25,2
Trả lời đúng <5 cây	598	77,7	548	66,5	561	74,1	1.707	72,6

Kết quả bảng 3.24 cho thấy trong 2.855 người dân được điều tra, chỉ có 2.350 có câu trả lời về cây thuốc. Số người dân có câu trả lời về kiến thức cây thuốc tại Hà Tĩnh là 769 người, Thừa Thiên Huế là 823 người và Bình Định là 758 người. Trong đó số phiếu người dân của cả 03 tỉnh trả lời đúng từ 8 - 10 cây thuốc chỉ chiếm 2,2%, trả lời đúng từ 5 - 7 cây là 25,2%, trong số trả lời đúng từ 5 - 7 cây thuốc Thừa Thiên Huế có tỷ lệ cao nhất 30,9%, có tới 72,6% số người dân được điều tra chỉ trả lời đúng dưới 5 cây.

Bảng 3.29: Kiến thức của người dân về phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc

Tên tỉnh	Phương pháp	Hà Tĩnh n = 769		Thừa Thiên Huế n = 823		Bình Định n = 758		Chung n = 2.350	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Xông	Đúng \geq 80%	59	7,7	78	9,5	69	9,1	206	8,8
	Đúng 50 - 79%	237	30,8	303	36,8	298	39,3	838	35,7
	Đúng <50%	473	61,5	442	53,7	391	51,6	1.306	55,6
Đánh cảm	Đúng \geq 80%	65	8,5	76	9,2	61	8,0	202	8,6
	Đúng 50 - 79%	245	31,9	356	43,3	305	40,2	906	38,6
	Đúng <50%	459	59,7	391	47,5	392	51,7	1.242	52,9
Xoa bóp	Đúng \geq 80%	34	4,4	56	6,8	63	8,3	153	6,5
	Đúng 50 - 79%	178	23,1	205	24,9	187	24,7	570	24,3
	Đúng <50%	557	72,4	562	68,3	508	67,0	1.627	69,2

Kết quả bảng 3.25 với 2.350 người dân có ý kiến trả lời cho thấy người dân có kiến thức về phương pháp xông đúng $\geq 80\%$ chiếm tỷ lệ thấp 8,8%, kiến thức xông của người dân có sự tương đồng giữa 3 tỉnh. Số người dân trả lời đúng 50 - 79% đối với phương pháp xông là 35,7%, trong đó Bình Định có tỷ lệ cao nhất 39,3%. Số người dân trả lời đúng $< 50\%$ chiếm tỷ lệ cao 55,6%. Về phương pháp đánh cảm số người dân trả lời đúng tại 3 mức cũng tương tự như phương pháp xông. Phương pháp xoa bóp số người dân trả lời đúng $\geq 80\%$ cũng chiếm tỷ lệ thấp 6,5%, số trả lời đúng $< 50\%$ về kiến thức xoa bóp là 69,2%, có sự tương đồng giữa các tỉnh.

Bảng 3.30: Tỷ lệ số hộ có trồng cây thuốc nam tại nhà

Tỉnh	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trồng cây thuốc								
Có	338	36,0	525	53,6	380	40,6	1.243	43,5
Không	600	64,0	455	46,4	557	59,4	1.612	56,5
Tổng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2,855	100,0
		$\chi^2 = 1,60$				$p = 0,45$		

Trong số 2.855 hộ gia đình, tỷ lệ số hộ có trồng cây thuốc nam 43,5%, trong đó Thừa Thiên Huế và Bình Định có tỷ lệ 59,4%, Thừa Thiên Huế 53,6%, Hà Tĩnh có số hộ trồng thuốc nam thấp hơn cả 36,0

Kết quả thảo luận của 27 nhóm đại diện cho hội Chũ Thập đỏ, hội Phụ nữ, hội Đông Y, hội Cựu chiến binh tại 27 xã, phường nghiên cứu, ta có kết quả sau:

Đại đa số các thành viên tham gia thảo luận nhóm đều nhất trí với việc trồng và sử dụng thuốc nam tại cộng đồng trong CSSK, đặc biệt là với người cao tuổi. Sau khi nghe cán bộ chủ trì thảo luận nhóm giới thiệu về một số mô hình trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình cũng như tại cộng đồng của một số tỉnh phía bắc như: Khóm thuốc gia đình, vườn thuốc liên gia, vườn thuốc tại TYT do các Hội

đứng ra đảm nhiệm trồng và chăm sóc sau đó giao lại sản phẩm cho TYT, các thành viên trong nhóm đã thảo luận rất sôi nổi về vấn đề này. Đại diện Hội người cao tuổi xã Phước Thuận Huyện Tuy Phước, tỉnh Bình Định đã nói “*Trong thời gian tới Hội chúng tôi sẽ phối hợp với Hội Phụ nữ tuyên truyền cho nhân dân về việc trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình và sẽ gắn kết với trạm trong việc trồng và chăm sóc vườn thuốc nam tại trạm, cũng như việc tuyên truyền trong cộng đồng để phát triển vườn thuốc liên gia*”.

Bảng 3.31: Nhu cầu của người dân được khám chữa bệnh bằng YHCT

Tỉnh Nhu cầu KCB	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	855	91,2	928	94,7	852	90,9	2.635	92,3
Không	83	8,8	52	5,3	85	9,1	220	7,7
Tổng cộng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2.855	100,0

Kết quả bảng 3.27 cho thấy trong số 2.855 người dân được hỏi có 92,3% trả lời có nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, trong đó tại Thừa Thiên Huế số người dân mong muốn được khám chữa bệnh bằng YHCT có tỷ lệ cao nhất 94,7%, số không có nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT chiếm tỷ lệ thấp 7,7%.

Bảng 3.32: Nhu cầu của người dân được truyền thông về sử dụng YHCT trong phòng và chữa bệnh

Tỉnh Nhu cầu được truyền thông	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	840	89,5	843	86,0	863	92,1	2.546	89,1
Không	98	10,5	137	14,0	74	7,9	309	10,9
Tổng cộng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2.855	100,0

Kết quả bảng 3.28 cho thấy, 89,1% số người dân được hỏi có nhu cầu được tuyên truyền về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh, số không có nhu cầu về truyền thông là 10,9%

Kết quả phỏng vấn sâu: “Hiện nay chúng tôi, đặc biệt là những người cao tuổi rất thiết tha với việc tìm hiểu về các phương pháp YHCT như các cây con làm thuốc, các phương pháp xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh để phòng và điều trị bệnh, tuy nhiên trên thị trường và ngành y tế còn quá ít các tài liệu về nội dung trên, trong Hội chúng tôi có một bác có 02 quyển sách về cây thuốc, chúng tôi cứ truyền tay nhau để nghiên cứu, đến nay sách đã rất cũ nhưng đó vẫn là một tài liệu hết sức quý giá và hữu ích”. PVS - Hội người cao tuổi, 01.

Bảng 3.33: Ý kiến của người dân về khả năng đáp ứng việc khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT

Chỉ số	Hà Tĩnh		Thừa Thiên Huế		Bình Định		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có đáp ứng	411	43,8	458	55,7	389	51,3	1.258	50,4
Thuốc YHCT dạng thang/có đáp ứng	55	13,4	189	41,3	87	22,4	331	27,1
Dạng chế phẩm/Có đáp ứng	217	52,8	76	16,6	152	39,1	445	34,3
PP chữa bệnh không dùng thuốc/có đáp ứng	107	26,1	100	21,8	94	24,2	301	23,8
Cả thuốc thang và dạng chế phẩm/có đáp ứng	32	7,7	93	20,3	56	14,4	181	14,8
Không đáp ứng	527	56,1	365	44,3	369	48,7	1.261	49,6
Tổng	938	100,0	980	100,0	937	100,0	2.855	100,0

Khi được hỏi về khả năng đáp ứng việc khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT xã, có 1.258/2.855 số người được hỏi chiếm tỷ lệ (50,4%) có câu trả lời là có đáp ứng, trong số có đáp ứng tỷ lệ đáp ứng về thuốc YHCT dạng chế phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, thuốc YHCT dạng thang 27,1%, phương pháp không dùng thuốc 23,8%, cả thuốc thang và dạng chế phẩm 14,8%.

Ý kiến của người dân về khả năng đáp của TYT về nhu cầu của người dân được khám và điều trị bằng YHCT, kết quả thảo luận nhóm cho thấy “*Các ý kiến đều cho rằng để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ YHCT và thu hút bệnh nhân đến khám và điều trị bằng YHCT tại TYT xã thì cần phải có cán bộ giỏi chuyên môn về YHCT, có các trang thiết bị về YHCT, có nhiều loại thuốc YHCT để điều trị nhiều loại bệnh. Đặc biệt đối với người nghèo tại các xã vùng sâu, vùng xa số người có nhu cầu được khám chữa bệnh tại TYT là rất lớn*”. TLN người sử dụng dịch vụ YHCT, 05

Bảng 3.34: Người dân nhận định về công tác tuyên truyền, hướng dẫn của cán bộ y tế về sử dụng YHCT

TT	Các chỉ số đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ
1	Có hướng dẫn	1.282	44,9
Trong đó	- Dùng thuốc	605	47,2
	- PP Không dùng thuốc	119	9,3
	- Kết hợp cả dùng thuốc và không dùng thuốc	559	43,6
2	Địa chỉ hướng dẫn		
	- Tại nhà	221	17,2
	- Trạm y tế	686	53,5
	- Khác	376	29,3
3	Không hướng dẫn	1.573	55,1

Có 1.282/2.855 người dân (44,9%) cho rằng TYT có hướng dẫn cho người dân về sử dụng YHCT trong phòng và chữa bệnh, trong số đó có 47,2% được hướng dẫn sử dụng thuốc, 43,6% được hướng dẫn kết hợp cả dùng thuốc và không dùng thuốc, 9,3% được hướng dẫn đơn thuần phương pháp không dùng thuốc. Địa chỉ hướng dẫn tại TYT chiếm 53,5%, tại nhà 17,2%, khác 29,3%. Có 1.573/2.855 người dân (55,1%) có câu trả lời không được cán bộ y tế hướng dẫn về sử dụng YHCT.

**Bảng 3.35: Lý do người dân không dùng YHCT để điều trị bệnh
(câu hỏi nhiều lựa chọn)**

Lý do	Hà Tĩnh n = 317		Thừa Thiên Huế n = 336		Bình Định n = 320		Tổng n = 973	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không tin tưởng thuốc YHCT	69	21,8	24	7,2	21	6,5	114	11,7
Do bệnh nặng	19	5,9	66	19,7	38	11,8	123	12,6
Lâu khỏi, không tác dụng	67	21,2	78	23,1	44	13,8	189	19,4
Thuốc YHCT đắt hơn thuốc YHHD	63	19,8	66	19,7	68	21,4	197	20,2
Thiếu kiến thức về thuốc YHCT	179	56,7	123	36,6	140	43,7	442	45,4
Bất tiện khi sử dụng	100	31,5	158	46,9	152	47,6	410	42,1
Thuốc YHHD sẵn có, dễ kiếm	62	19,7	150	44,5	100	31,3	312	32,1
Thấy thuốc ít khi dùng	123	38,9	72	21,5	95	29,7	290	29,8
Không có thầy thuốc YHCT	63	19,8	66	19,7	102	31,9	231	23,7
$\chi^2 = 23,10$		$P = 0,11$						

Trong số 973 người không dùng YHCT để phòng và chữa bệnh, khi được hỏi lý do họ không dùng thuốc YHCT: 45,4% cho rằng do thiếu kiến thức về YHCT, 42,1%, cho rằng do sử dụng bất tiện, 32,1% cho rằng thuốc YHHD sẵn có, dễ

kiếm, 29,8% cho rằng do thầy thuốc ít khi dùng, 23,7% do không có thầy thuốc YHCT, 20,2% do thuốc YHCT đắt hơn thuốc YHHĐ, 19,4% cho rằng lâu khỏi, không tác dụng, 15,4% do bệnh nặng, 11,7 % không tin tưởng thuốc YHCT

Kết quả thảo luận nhóm người sử dụng dịch vụ YHCT về lý do người dân ít sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh kết quả như sau: *“Giới trẻ ngày nay ít hiểu biết và quan tâm đến thuốc YHCT cũng như các phương pháp phòng và điều trị bệnh trong dân gian, hầu như họ chỉ quen dùng thuốc YHHĐ vì theo họ thuốc YHHĐ tiện dụng, nhanh khỏi. Một số cho rằng nhiều khi họ cũng muốn sử dụng thuốc YHCT trong điều trị một số chứng bệnh thông thường để ít có tác dụng phụ nhưng do họ thiếu kiến thức về YHCT mà không biết hỏi ai và cũng không có sách vở tài liệu về YHCT. Một số ý kiến cho rằng, trong thời gian gần đây, qua phương tiện thông tin đại chúng đã phản ánh thực trạng về chất lượng, nguồn gốc của dược liệu và một số vụ ngộ độc thuốc YHCT do có chất bảo quản, lưu huỳnh, kim loại nặng... do đó phần nào đã ảnh hưởng đến tâm lý của người dân trong việc quyết định lựa chọn thuốc YHCT để điều trị bệnh”* TLN - Người sử dụng dịch vụ YHCT, 01-06

3.2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN SỬ DỤNG YHCT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ HỘ GIA ĐÌNH TỪ NĂM 2012 - 2014

3.2.1. Hiệu quả can thiệp cải thiện sử dụng YHCT tại TYT xã

3.2.1.1. Kết quả đầu tư cơ sở vật chất - trang thiết bị - thuốc YHCT phục vụ hoạt động YHCT của 03 xã can thiệp

Bảng 3.36: Hiệu quả can thiệp một số hoạt động về YHCT tại trạm y tế

Nội dung	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	Sơn Trường	Điền Hòa	Tây Bình	Sơn Trường	Điền Hòa	Tây Bình
Phòng KCB YHCT riêng	Không	Có	Không	Có	Có	Có
Máy điện châm	Không	Có	Không	Có	Có	Có
Đèn hồng ngoại	Không	Không	Không	Có	Có	Có
Giường châm cứu	Không	Có	Không	Có	Có	Có
Tủ đựng thuốc YHCT	Không	Có	Không	Có	Có	Có
Vườn thuốc đạt yêu cầu	Chưa	Chưa	Chưa	Đạt	Đạt	Đạt
Triển khai bốc thuốc thang	Chưa	Có	Chưa	Có	Có	Có
Tuyên truyền về YHCT	Chưa	Chưa	Chưa	Có	Có	Có

Sau can thiệp các hoạt động về YHCT tại TYT được cải thiện rõ rệt, cả 03 TYT đã bố trí cán bộ phụ trách công tác YHCT, các cán bộ tại TYT đều được tham gia các lớp tập huấn, đào tạo về YHCT, tất cả các TYT đều được đầu tư về cơ sở vật chất, các trang thiết bị và thuốc YHCT. Đối với việc sử dụng thuốc thang tại TYT, trước can thiệp chỉ có TYT Điền Hòa có thuốc thang, sau can thiệp cả 03 TYT đều triển khai bốc thuốc thang tại TYT. Công tác tuyên truyền trước và sau can thiệp có sự thay đổi khác biệt.

Bảng 3.37: Số lượng các loại vị thuốc và chế phẩm YHCT có tại các trạm y tế nghiên cứu trước và sau can thiệp

Chỉ số	Các xã can thiệp			Chung 3 xã
	Sơn trường	Điền Hòa	Tây Bình	
Số lượng vị thuốc TCT	0	30	0	10,0
Số lượng vị thuốc SCT	50	60	50	53,3
Số loại chế phẩm TCT	7	10	8	8,3
Số loại chế phẩm SCT	20	25	20	21,7

Trước can thiệp tại hai TYT xã Sơn Trường và Tây Bình chưa có vị thuốc YHCT, sau một năm can thiệp cả 3 TYT đều có vị thuốc tại TYT và triển khai bốc thuốc thang cho người bệnh, trước can thiệp số lượng chế phẩm tại cả 03 TYT ít, sau can thiệp số lượng chế phẩm YHCT tại TYT đã đa dạng và phong phú hơn, cơ bản đáp ứng mô hình bệnh tật điều trị tại TYT.

Bảng 3.38. Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại các xã can thiệp và xã chứng trước và sau can thiệp

Chỉ số	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT %	P3
	Trước %	Sau %	CSHQ %	P1	Trước %	Sau %	CSHQ %	P2		
Tỷ lệ KCB YHCT	20,0	33,7	68,5	0,01	21,4	21,9	2,3	0,4	66,2	0,02
SD PP không dùng thuốc/tổng số điều trị bằng YHCT	44,5	70,3	58,0	0,01	45,1	46,2	2,4	0,4	55,6	0,02
Tỷ lệ chấm điểm theo tiêu chuẩn xã tiên tiến YHCT	70,0	83,3	19,0	0,04	70,5	71,0	0,7	0,38	18,3	0,04

Kết quả bảng 3.38 so với thời điểm trước can thiệp của xã can thiệp và xã chứng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tăng đáng

kê với chỉ số hiệu quả sau can thiệp là 68,5%, hiệu quả can thiệp tỷ lệ sử dụng YHCT là 66,2%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Việc sử dụng phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của trạm y tế xã can thiệp được cải thiện so với trước can thiệp và so với xã chứng với CSHQ của xã can thiệp là 58%, HQCT là 55,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

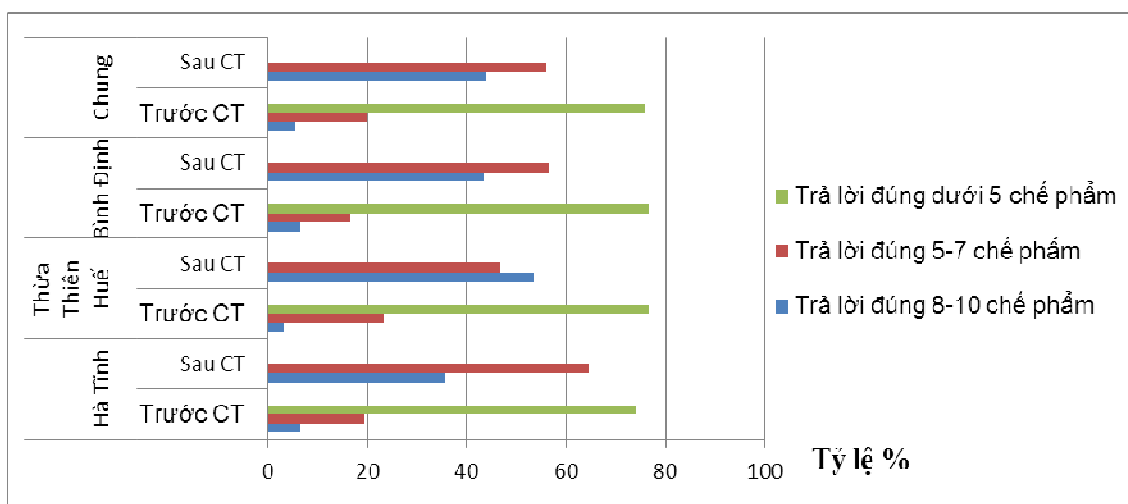
Kết quả chấm điểm theo tiêu chí xã tiên tiến về YHCT có sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp, chỉ số hiệu quả can thiệp là 19,0%, hiệu quả can thiệp là 18% với $p < 0,05$

3.2.1.2. Kết quả cải thiện kiến thức, kỹ năng thực hành về YHCT của nhóm cán bộ y tế tại các xã can thiệp sau thời gian can thiệp

Bảng 3.39: Kiến thức về cây thuốc trước và sau can thiệp tại xã can thiệp và xã chứng của nhóm đối tượng đại diện cho CBYT

Số cây thuốc trả lời đúng	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
20 - 30 cây	14,3	80,3	461,5		16,5	19,8	20,0		441,5	
11 - 19 cây	48,3	19,7	-59,2		57,1	50,5	-11,6		-47,6	
≤ 10 cây	37,4	0			26,4	29,7	12,5		-12,5	
$\bar{X} \pm SD$	14,4±4,6	25,4±3,9		0,027	14,1±4,6	14,6±5		0,3		0,028

Kiến thức về cây thuốc của nhóm đại diện cho cán bộ y tế sau can thiệp có sự cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp, trước can thiệp chỉ số 14,3% cán bộ trả lời đúng từ 20-30 cây thuốc, có 48,3% số người trả lời đúng 11-19 cây thuốc, 37,4% số người chỉ trả lời đúng ≤ 10 cây. Số cây thuốc trung bình trả lời đúng trước can thiệp là 14,4±4,6, sau can thiệp số cán bộ trả lời đúng số cây thuốc từ 20-30 cây là 80,3%, số cây thuốc trả lời đúng trung bình là 25,4±3,9, CSHQ là 461,5%, hiệu quả can thiệp là 441,5%, với $p < 0,05$, sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp không còn trường hợp nào chỉ trả lời đúng ≤ 10 cây thuốc. So sánh giữa xã can thiệp và xã chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 3.7: Kiến thức về chế phẩm YHCT trước và sau can thiệp của nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp

Biểu đồ 3.7 Cho biết kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của đối tượng đại diện cho cán bộ y tế, và chỉ số hiệu quả tại hai thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp. Sau can thiệp kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của nhóm cán bộ y tế được cải thiện rõ rệt với chỉ số hiệu quả đối với việc trả lời đúng từ 8 đến 10 chế phẩm là 700% và trả lời đúng 5 -7 chế phẩm là 182,3 %, với $\bar{X} \pm SD$ chung của 03 tỉnh trước can thiệp $3,1 \pm 1,8$ và $\bar{X} \pm SD$ sau can thiệp $7,6 \pm 1,4$

Bảng 3.40: Kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng

Số huyết trả lời đúng	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
8 -10 huyết	1,1	11,0	900		2,2	3,3	50		850	
5 -7 huyết	7,9	35,2	345,6		5,5	8,8	60		285,6	
3- 4 huyết	13,0	46,2	255,4		15,4	11	-28,6		284	
< 3 huyết	78,0	77,0	-100		79,9	76,9	-3,8		-96,2	
$\bar{X} \pm SD$	$1,7 \pm 1,9$	$5,1 \pm 2,1$		0,02	$1,8 \pm 1,9$	$2,1 \pm 2,1$		0,1		0,03

Sau can thiệp kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ của nhóm cán bộ y tế so với trước can thiệp được cải thiện rõ rệt, trước can thiệp chỉ có 1,1% trả lời đúng từ 8 - 10 huyết, sau can thiệp có 11% trả lời đúng từ 8-10 huyết, chỉ số hiệu quả là 900%, hiệu quả can thiệp là 850%. Trước can thiệp số người trả lời đúng từ 5 - 7 huyết chỉ chiếm tỷ lệ 7,8%, sau can thiệp là 35,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với số huyết trả lời đúng trung bình trước can thiệp là $1,69 \pm 1,9$ và sau can thiệp $5,09 \pm 2,1$ với $p < 0,05$, so sánh giữa xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.41: Kiến thức về huyết vùng lưng trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng

Số huyết trả lời đúng	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
8 -10 huyết	1,1	15,4	1,300	0,02	0	1,1	0	0,13	1,300	0,03
5 -7 huyết	7,7	45,1	487,7		8,8	10,9	24,7		463,0	
3- 4 huyết	15,4	30,8	100,0		15,4	11,4	-26,0		126,0	
< 3 huyết	75,8	8,7	-67,1		75,8	73,6	-2,9		-64,2	
$\bar{X} \pm SD$	$1,9 \pm 1,9$	$5,6 \pm 2,2$			$1,9 \pm 1,8$	$2,1 \pm 2,1$				

Sau can thiệp kiến thức về huyết vùng lưng của nhóm cán bộ y tế cũng được cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp số cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 huyết chiếm 15,4%, trước can thiệp chỉ chiếm 1,1%, chỉ số hiệu quả là 1,300%, trả lời đúng từ 5 - 7 huyết sau can thiệp cũng tăng từ 7,7% lên 45,1%, chỉ số hiệu quả là 487,7%. Số huyết vùng lưng trung bình trả lời đúng trước can thiệp là $1,9 \pm 1,9$ và sau can thiệp là $5,6 \pm 2,2$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh giữa xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp số huyết vùng lưng trả lời đúng có sự khác biệt với $p < 0,05$

Bảng 3.42: Kiến thức về huyết vùng tay trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng

Số huyết trả lời đúng	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
8 -10 huyết	4,3	15,3	255,8		1,1	3,3	200,0		55,8	
5 -7 huyết	8,7	64,8	644,8		12,1	14,3	18,2		626,6	
3- 4 huyết	11,1	18,6	67,6		14,3	9,9	-30,8		-98,4	
< 3 huyết	75,9	1,3	-98,3		72,5	72,5	0		-98,3	
$\bar{X} \pm SD$	1,8 \pm 2,0	6,2 \pm 1,8		0,02	2,0 \pm 2,2	2,1 \pm 2,3		0,2		0,02

Đối với kiến thức về huyết vùng tay của cán bộ y tế mức độ cải thiện sau can thiệp cũng thể hiện rất rõ, trước can thiệp số cán bộ trả lời đúng dưới 3 huyết chiếm tỷ lệ lớn 75,9%, sau can thiệp chỉ còn 1,3%, số cán bộ còn lại đều đạt ở mức trả lời đúng 8 - 10 huyết chiếm tỷ lệ 15,3%, 5 - 7 huyết là 64,8%, trả lời đúng 3 - 4 huyết là 18,6%. Trước can thiệp trung bình số huyết trả lời đúng là $1,8 \pm 2,0$, sau can thiệp là $6,2 \pm 1,8$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với so sánh giữa xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. CSHQ đối với trả lời đúng từ 8 - 10 huyết là 250.0%, và từ 5 - 7 huyết là 640%, hiệu quả can thiệp là 55,8% và 626,6%.

Trong khi đó số huyết trả lời đúng trước thời điểm can thiệp và sau một năm đánh giá lại tại xã chứng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.43: Kiến thức về huyết vùng chân trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng

Số huyết trả lời đúng	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
8 -10 huyết	5,4	15,3	183,0		4,4	5,5	25,0		158,0	
5 -7 huyết	8,7	55,0	532,2		13,2	9,9	-25,0		557,2	
3- 4 huyết	9,9	29,7	200,0		5,5	7,8	36,4		163,6	
< 3 huyết	75,8	00			76,9	76,9	0			
$\bar{X} \pm SD$	1,7 \pm 1,9	6,0 \pm 1,9		0,02	2,0 \pm 2,4	2,0 \pm 2,4		1		0,02

Đối với huyết vùng chân, kiến thức sau can thiệp của nhóm cán bộ cũng được cải thiện rất tốt, sau can thiệp số cán bộ trả lời đúng dưới 3 huyết là 0%, trả lời đúng từ 8 - 10 huyết tăng từ 5,4 lên 15,3%, CSHQ là 183%, HQCT là 158,0%. Trả lời đúng 5- 7 huyết cũng tăng từ 8,7% lên 55%, CSHQ là 532,2%, HQCT là 557,2%. Số huyết trung bình trả lời đúng trước can thiệp là 1,7 \pm 1,9 và sau can thiệp là 6,0 \pm 1,9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.44: Thay đổi điểm trung bình kỹ năng kê đơn và sử dụng các phương pháp không dùng thuốc của nhóm cán bộ y tế trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng

Chỉ số	Xã can thiệp (n=91)			Xã chứng (n=91)			P3
	Trước	Sau	P1	Trước	Sau	P2	
Kỹ năng kê đơn	4,0 ± 1,6	6,4 ± 1,3	0,04	4,0 ± 1,7	4,1 ± 1,7	0,4	0,043
Kỹ năng xông hơi thuốc	5,4 ± 1,9	7,7 ± 1,3	0,038	5,3 ± 1,8	5,4 ± 1,9	0,3	0,038
Kỹ năng đánh gió	5,4 ± 1,7	7,7 ± 1,3	0,037	5,5 ± 1,6	5,5 ± 1,8	0,6	0,04
Kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt	4,2 ± 1,4	7,3 ± 1,2	0,039	4,2 ± 1,5	4,3 ± 1,5	0,45	0,042
Kỹ năng châm cứu	3,4 ± 1,4	5,8 ± 1,5	0,042	3,4 ± 1,4	3,4 ± 1,4	1	0,042

Sau can thiệp các kỹ năng xông hơi thuốc, kỹ năng đánh gió, xoa bóp, bấm huyệt và kỹ năng châm cứu của nhóm cán bộ y tế ở nhóm can thiệp được cải thiện, trong các kỹ năng có kỹ năng xoa bóp bấm huyệt được cải thiện rõ rệt nhất. Các kỹ năng của nhóm CBYT nhóm chứng ít thay đổi. So sánh với thời điểm trước can thiệp của xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tất cả các kỹ năng nêu trên với $p < 0,05$.

Bảng 3.45: Cải thiện kỹ năng tư vấn về sử dụng YHCT cho người dân của nhóm cán bộ y tế trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng

Kỹ năng tư vấn	Xã can thiệp (n=91)				Xã chứng (n=91)				HQCT (%)	P3
	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P1	Trước (%)	Sau (%)	CSHQ (%)	P2		
8 -10 điểm	5,5	18,7	240		3,3	5,5	66,6		173,4	
5 -7 điểm	23,2	70,3	203		26,4	25,3	-4,2		207,2	
Dưới 5 điểm	71,3	11,0	-84,6		70,3	69,2	-1,6		-83	
$\bar{X} \pm SD$	4,0 ± 1,6	6,2 ± 1,3		0,04	4,1 ± 1,5	4,2 ± 1,5		0,2		0,04

Bảng 3.45 trình bày kỹ năng tư vấn của nhóm cán bộ y tế, kỹ năng tư vấn của nhóm cán bộ y tế xã can thiệp được cải thiện rõ rệt, có ý nghĩa thống

kê với CSHQ là 240% đối với các trường hợp đạt từ 8 đến 10 điểm, HQCT là 173,4%. CSHQ đối với các trường hợp đạt từ 5 đến 7 điểm là 203%, HQCT là 207,2%. Điểm trung bình trước và sau can thiệp được cải thiện với $p < 0,05$

3.2.1.3. Tác động thử nghiệm can thiệp với nhận thức của cán bộ y tế xã và y tế thôn bản

Cán bộ y tế xã là một trong những đối tượng tác động chính của đề tài này và là đối tượng có nhiều thay đổi nhất. Bên cạnh sự thay đổi kiến thức về YHCT, các thay đổi trong quan niệm, nhận thức và thực hành của cán bộ y tế xã sau khi tiếp nhận các hoạt động can thiệp cũng phản ánh các tác động của các biện pháp can thiệp. Những thay đổi này cũng ảnh hưởng đến chất lượng của công tác khám chữa bệnh bằng YHCT của TYT.

Để tìm hiểu sự thay đổi trong tư tưởng nhận thức của cán bộ y tế xã sau can thiệp, đề tài này đã áp dụng nghiên cứu định tính và phát hiện thấy một số thay đổi quan trọng. Từ tư tưởng xây dựng và thực hiện các tiêu chí quốc gia về y tế xã, xã chuẩn quốc gia đặc biệt trong đó có tiêu chí về YHCT trước kia chỉ mang tính hình thức, chống đối, sau can thiệp nhận thức của cán bộ y tế có sự thay đổi khác biệt, cán bộ y tế đã nhận thấy giá trị đích thực của việc xây dựng xã tiên tiến về YHCT, cán bộ y tế xã hiện nay đã nhận thức về vị trí và vai trò của bản thân trong trạm y tế cũng như vai trò của họ tại cộng đồng trong việc trồng và sử dụng thuốc nam, sử dụng các phương pháp của YHCT trong phòng và điều trị bệnh. Ý kiến của hầu hết cán bộ y tế tham gia thảo luận nhóm là:

“Chúng tôi rất phấn khởi khi tham gia vào các hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của TYT, trước kia khi điều trị bệnh bằng YHCT tôi cảm thấy thiếu tin tưởng về tính hiệu quả của phương pháp này, tuy nhiên hiện nay, đối với một số mặt bệnh thông thường như đau vai gáy, đau lưng cấp tôi đã tự tin điều trị bằng phương pháp châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt và được người bệnh rất tin tưởng. Tôi nghĩ rằng trong thời gian tới tôi sẽ duy trì và phát huy phương pháp điều trị này tại TYT .” TLN - TYT, SCT 01.

“Trước đây tôi rất muốn được kê đơn thuốc thang để điều trị cho bệnh nhân, tuy nhiên từ trước tới nay TYT chưa triển khai được thuốc thang tại TYT, qua chương trình can thiệp này, tôi đã có vị thuốc để kê đơn điều trị bệnh, đáp ứng phần nào nhu cầu điều trị bệnh của người dân. Tôi hy vọng rằng, trong thời gian tới, các TYT của huyện Tây Sơn cũng sẽ được triển khai việc bốc thuốc thang cho người bệnh, các loại thuốc này được duy trì thường xuyên và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán” PVS - TYT, SCT 01

3.2.2. Hiệu quả can thiệp về sử dụng YHCT của người dân

3.2.2.1. Kết quả cải thiện về tỷ lệ sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng của người dân

Bảng 3.46: Tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại cộng đồng của các xã can thiệp và xã chứng so sánh trước và sau can thiệp

Chỉ số	Xã can thiệp				Xã chứng				HQCT (%)	P3
	Trước n=259 (%)	Sau n=259 (%)	CSHQ (%)	P1	Trước n=277 (%)	Sau n=259 (%)	CSHQ (%)	P2		
SD YHCT	62,6	86,1	37,6	0,02	61,2	62,8	2,6	0,3	35,0	0,02
SD PP không dùng thuốc	49,1	80,4	31,2	0,01	48,9	49,3	0,8	0,4	30,4	0,01

Sau can thiệp tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại cộng đồng được cải thiện rõ rệt, trước can thiệp tỷ lệ sử dụng YHCT là 62,6%, sau can thiệp tỷ lệ này là 86,1%. Chỉ số hiệu quả có ý nghĩa thống kê 37,6%, HQCT là 35%. So sánh xã can thiệp và xã chứng có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Về việc sử dụng phương pháp không dùng thuốc trong phòng và điều trị bệnh của người dân tại xã can thiệp, tại thời điểm trước và sau can thiệp có sự thay đổi khác biệt với tỷ lệ trước can thiệp là 49,1% sau can thiệp là 80,4%, CSHQ là 31,2%, HQCT là 30,4% và $p < 0,05$.

Bảng 3.47: So sánh kiến thức về YHCT của người dân tại xã can thiệp và xã chứng trước và sau can thiệp (tỷ lệ %)

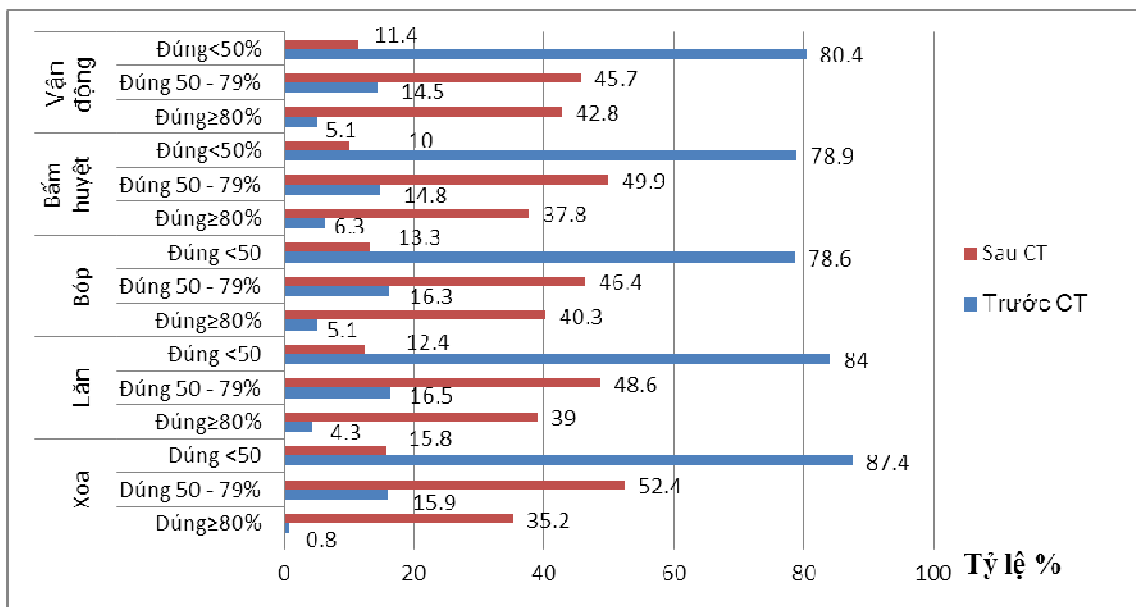
<i>Kiến thức</i>		<i>Xã can thiệp</i>				<i>Xã chứng</i>				<i>HQCT</i>	
		<i>Trước</i> <i>n=259</i>	<i>Sau</i> <i>n=259</i>	<i>CSHQ</i>	<i>P1</i>	<i>Trước</i> <i>n= 277</i>	<i>Sau</i> <i>n=269</i>	<i>CSHQ</i>	<i>P2</i>		
<i>Kiến thức cây thuốc</i>	Trả lời đúng 18 -20 cây	0,8	69,1	8,537	0,0001	0,4	1,1	175	0,02	8,362	
	Trả lời đúng 15 -17 cây	2,7	27,4	919,8	0,001	6,4	7,9	23,4	0,04	896,4	
	Trả lời đúng 10 – 14 cây	23,1	3,5	-84,8	0,002	26,8	30,0	11,1	0,04	-95,9	
	Trả lời đúng 5 – 9 cây	70,8	0,0			59,4	57,0	- 4,0	0,06		
	Trả lời đúng dưới 5 cây	2,6	0,0			7,0	4,0	-42,8	0,04		
<i>Kiến thức phương pháp dùng ngoài</i>	<i>Xông</i>	Đúng ≥80%	13,1	49,0	270,0	0,012	17,3	19,1	1,8	0,06	268,2
		Đúng 50 - 79%	37,8	39,6	4,76	0,06	36,5	48,0	10,4	0,05	-5,64
		Đúng <50	49,1	11,4	-76,8	0,02	46,2	32,9	-13,3	0,05	-63,5
	<i>Đánh gió</i>	Đúng ≥80%	20,0	47,1	135,5	0,04	20,6	22,0	1,4	0,06	134,1
		Đúng 50 - 79%	25,9	46,7	80,3	0,05	25,6	26,0	0,4	0,06	79,9
		Đúng <50	54,1	6,2	-88,5	0,0001	53,8	52,0	-1,8	0,05	-86,7

Kết quả so sánh trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng về kiến thức cây thuốc cho thấy trước can thiệp số người trả lời đúng từ 18-20 cây thuốc chỉ chiếm 0,8%, sau can thiệp là 69,1%, với CSHQ là 8,537%, HQCT là 8,362%. Tại xã chứng trước và sau thời điểm diễn ra hoạt động can thiệp, kiến thức về cây thuốc của người dân ít có sự khác biệt

Kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp xông, ở nhóm đối chứng cho thấy tỷ lệ trả lời đúng ở các mức ít có sự khác biệt. CSHQ của phương pháp xông nhóm chứng là 10,4%, đối với nhóm can thiệp là 270%, HQCT của phương pháp xông là 268,2%.

Kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp đánh gió của người dân với CSHQ ở nhóm chứng là 1,4%%, nhóm can thiệp là 135,5%, HQCT phương pháp đánh gió là 134,1%.

3.2.2.2. Kết quả cải thiện kiến thức và kỹ năng thực hành về YHCT của người dân tại các xã can thiệp



Biểu đồ 3.8: Kỹ năng thực hiện một số động tác xoa bóp, bấm huyệt trong chăm sóc sức khỏe của người dân các xã can thiệp

Sau can thiệp kỹ năng thực hiện một số động tác (Thủ thuật) về xoa, bóp bấm huyệt của người dân được cải thiện rõ rệt với các chỉ số như sau: Trước

can thiệp người dân chỉ thực hiện đúng <50% của các động tác lần lượt là xoa 87,4%, lăn 84%, bóp 78,6%, bấm huyệt 78,9%, vận động 80,4%, sau can thiệp các tỷ lệ này được cải thiện rõ rệt, số người thao tác đúng <50% giảm đáng kể xoa 15,8%, lăn 12,4%, bóp 13,3%, bấm huyệt 5,1%, vận động 11,4%. Sau can thiệp số người dân thực hiện các động tác đúng $\geq 80\%$ tăng, cụ thể: xoa 35,2%, lăn 39%, bóp 40,3%, bấm huyệt 37,8%, vận động 42,8%.

3.2.2.3. Tác động can thiệp đối với nhận thức, thực hành về YHCT trong chăm sóc sức khỏe của người dân tại cộng đồng:

Bên cạnh các thay đổi quan trọng trong tư tưởng và nhận thức của cán bộ y tế xã, đề tài này đã đánh giá tác động thử nghiệm can thiệp lên việc áp dụng các kiến thức đã được học đối với nhận thức và thực hành của người dân trong việc sử dụng YHCT trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe, người dân tại cộng đồng cũng là đối tượng chính trong nghiên cứu này.

Kết quả nghiên cứu định lượng sau can thiệp cho thấy đa số người dân đại diện cho hộ gia đình trong các địa phương can thiệp đã áp dụng các kiến thức được học vào trong cuộc sống hàng ngày.

Thông qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu sau can thiệp cho thấy, đại đa số người dân trong nhóm được can thiệp đã áp dụng một số phương pháp chữa bệnh thông thường khi bản thân hoặc người nhà mắc bệnh. Có đến 85% số người tham gia thảo luận nhóm đã sử dụng nôi nước xông, hoặc đánh gió khi bị cảm, 70% số người được hỏi cho rằng đã sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt để điều trị bệnh đau đầu, đau lưng, đau vai gáy và đạt kết quả rất khả quan, người dân đã rất tin tưởng vào YHCT.

Bà Nguyễn Thị M đại diện Hội Phụ nữ xã Sơn Trường cho biết *“Trước kia khi muốn sử dụng YHCT để điều trị bệnh tôi đã không biết đến đâu để điều trị vì nhà tôi ở xa bệnh viện, ngày nay TYT xã đã triển khai được khám chữa bệnh bằng YHCT tôi rất phấn khởi. Bản thân tôi cũng đã được học thêm*

về các kiến thức chữa bệnh thông thường bằng YHCT, tôi đã biết một số phương pháp chữa bệnh thật đơn giản bằng các cây, cỏ xung quanh vườn nhà, bằng các cây thuốc sẵn có tại địa phương, một số động tác xoa bóp, bấm huyệt cũng đã giải quyết được một số chứng bệnh thật hiệu quả, thay mặt hội phụ nữ xã tôi cảm ơn ngành y tế rất nhiều!”

Bà Phạm Thị L xã Điền Hòa có ý kiến rằng “Thông qua các buổi sinh hoạt chuyên đề, một số bác Cựu chiến binh trước kia tham gia kháng chiến đã kể lại các kinh nghiệm điều trị bệnh khi chẳng may bị rắn cắn, bị ngã, bị đau bụng do rối loạn tiêu hóa, bị sốt rét rừng ... với điều kiện lúc đó thiếu thốn đủ thứ, không có thuốc và phương tiện để điều trị, tuy nhiên với các cây cỏ trong rừng và kinh nghiệm của người dân bản địa, kinh nghiệm của các chiến sỹ đã cứu sống rất nhiều cán bộ của ta trong thời kỳ kháng chiến, chính vì vậy mong muốn của người dân là ngành y tế tiếp tục duy trì và tăng cường các hoạt động truyền thông bằng nhiều hình thức để người dân có thêm kiến thức về chăm sóc sức khỏe nói chung và kiến thức về YHCT nói riêng”.

3.2.2.4. Đánh giá tác động can thiệp đối với xã hội:

Ngoài các đối tượng là cán bộ y tế và đại diện người dân tại cộng đồng, các hoạt động can thiệp của đề tài này còn hướng tới xã hội, lãnh đạo chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, các tổ chức xã hội. Để đánh giá tác động can thiệp với các đối tượng trên, đề tài này đã áp dụng phương pháp nghiên cứu định tính trong điều tra sau can thiệp; kết hợp với phân tích các văn bản, chính sách của địa phương trong việc tìm hiểu và so sánh các thay đổi trước - sau can thiệp.

Kết quả thảo luận với lãnh đạo chính quyền xã, Đảng ủy và các ban ngành đoàn thể cho thấy các nội dung can thiệp đã có những tác động mạnh đến nhận thức và hoạt động của chính quyền các cấp. Để cụ thể hóa việc phát triển công tác YHCT tại TYT cũng như trong cộng đồng, Đảng Ủy xã và

huyện đã đưa nội dung phát triển YHCT vào nghị quyết của Đảng ủy, một số nội dung đã được đưa vào chương trình hoạt động của Hội đồng nhân dân xã để được bố trí nguồn lực đầu tư cho phát triển YHCT. Nghị quyết của Đảng ủy đã được cụ thể hóa bằng một số các hoạt động phối hợp với các nội dung can thiệp. Chính quyền xã Điền Hòa và xã Tây Bình đã đầu tư cho TYT cải tạo lại phòng khám bệnh bằng YHCT, hỗ trợ thêm kinh phí cho công tác truyền thông, đưa nội dung phát triển YHCT vào tiêu chí thi đua...

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Phát triển y tế tuyến xã bao gồm cả YHHĐ và YHCT nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân, trong đó có sử dụng YHCT tại TYT và sử dụng YHCT trong CSSKBĐ tại cộng đồng là một nhiệm vụ hết sức quan trọng của ngành y tế, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đề cập đến việc sử dụng YHCT tại TYT xã và tại cộng đồng của 27 xã đại diện cho 03 tỉnh: Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định. Từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi xin đưa ra những bàn luận sau.

4.1. THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC, HOẠT ĐỘNG VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI 27 XÃ CỦA TỈNH HÀ TĨNH, THỪA THIÊN HUẾ VÀ BÌNH ĐỊNH NĂM 2010 - 2012

4.1.1. Đặc điểm nguồn nhân lực là cán bộ y tế xã của 3 tỉnh nghiên cứu

Nguồn nhân lực về y tế của tất cả các trạm y tế xã của 03 tỉnh tại thời điểm nghiên cứu năm 2010 - 2012 có tổng số 3.245 người, như vậy số cán bộ y tế bình quân cho một TYT là 5,6 người, thấp hơn một chút so với kết quả niên giám thống kê y tế năm 2011 của Bộ Y tế, số cán bộ y tế trung bình cho một TYT là 5,9 người. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tại các TYT xã của 03 tỉnh này cán bộ có trình độ bác sỹ là 14,1%. Theo báo cáo số liệu thống kê nhân lực lao động tuyến xã năm 2011 của Bộ Y tế, có 7.800 bác sỹ công tác tại 11.020 trạm y tế xã và tương đương, chiếm 11,1% tổng số nhân lực y tế, và số TYT có bác sỹ trong toàn quốc năm 2011 chỉ đạt 70,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số trạm y tế có bác sỹ đã cao hơn nhiều so với mặt bằng chung của cả nước, đặc biệt tại Thừa Thiên Huế số TYT có BS là 138/152 xã chiếm tỷ lệ 90,7%, tại Bình Định là 147/161 xã là

91,3%, Hà Tĩnh 166/262 xã là 63,3% (thấp hơn tỷ lệ chung). Kết quả trên cho thấy tại 02 tỉnh Thừa Thiên Huế và Bình Định ngành y tế đã quan tâm tới việc đào tạo nguồn nhân lực có trình độ cao để bố trí về công tác tại TYT xã theo đúng chủ trương của ngành y tế là đưa bác sỹ về xã hoặc trạm y tế có bác sỹ tham gia khám chữa bệnh. Tuy nhiên, về nhân lực YHCT tại tuyến xã của cả 03 tỉnh còn chiếm tỷ lệ thấp, số nhân lực YHCT trên tổng số nhân lực chung của các trạm y tế chỉ chiếm 9,1%, trong đó số cán bộ có trình độ là BS YHCT chiếm tỷ lệ 0,3%, y sỹ YHCT 8,5%, lương y 0,3%. Theo kết quả nghiên cứu của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam năm 2008, nhân lực YHCT của 9 tỉnh là 4,7%, tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học và sau đại học ở tuyến xã chỉ chiếm 1,7% [112]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Thủy nhân lực YHCT của tuyến cơ sở tại tỉnh Nam Định là 7,5%. Số cán bộ có trình độ YHCT y sỹ YHCT (2,4%), BS YHCT (1%)[69]. Kết quả tổng kết chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền năm 2010, nhân lực YHCT chiếm 5,3% [46]. Tuy nhân lực về YHCT tại 03 tỉnh nghiên cứu so với nhân lực chung của tuyến xã tại tỉnh còn chiếm tỷ lệ thấp, nhưng so sánh với một số kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy, tỷ lệ nhân lực về YHCT tại tuyến xã của 03 tỉnh nói trên vẫn có tỷ lệ khả quan hơn.

Với 143 cán bộ y tế của 27 TYT xã tham gia trả lời phỏng vấn cho thấy, cán bộ y tế có độ tuổi từ 20 - 29 là 17,9%, 30 - 39 là 38,6%, tuổi từ 40 trở lên chiếm tỷ lệ 43,9%. So với kết quả NC của Phạm Việt Hoàng tại TYT xã của tỉnh Hưng Yên tuổi < 30 là 32,9%, 30-39 là 14,3% và từ 40 trở lên là 52,8%, kết quả nghiên cứu của Tôn Thị Tịnh tuổi tỷ lệ này là 22,1%, 44,2% và 33,8% [65], tỷ lệ CBYT tuổi < 30 thấp hơn tại 02 tỉnh Hưng Yên và Thái Nguyên, độ tuổi 30-39 của 03 tỉnh NC chiếm tỷ lệ tương đương với Thái Nguyên.

Tại 27 TYT xã nghiên cứu không có BS YHCT, y sỹ YHCT là 7,0%, tại Thừa Thiên Huế y sỹ YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 15,7%, tại Bình Định lương y chiếm tỷ lệ cao nhất 9,5%. Có 19/27 (70%) TYT bố trí cán bộ làm công tác YHCT, số cán bộ được bố trí khám chữa bệnh bằng YHCT tại 27 TYT xã chiếm 13,4%, tại Thừa Thiên Huế số cán bộ được bố trí làm công tác YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 17,7%. Kết quả tổng hợp số liệu báo cáo của 40 Sở Y tế về hoạt động YHCT tuyến xã phường năm 2011, có 8,7% số xã phường có cán bộ là y sỹ YHCT, số Lương y có biên chế tại TYT là 2,4%, Lương y hợp đồng tại TYT là 1,4%, số trạm y tế có hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT là 71,0%, trong đó 41,0% số TYT có triển khai hoạt động lồng ghép với Hội Đông y xã, số trạm y tế có bố trí cán bộ làm công tác YHCT chuyên trách là 28,2%, số TYT có bố trí cán bộ làm công tác YHCT kiêm nhiệm là 43,8%..

Kiến thức của cán bộ y tế xã về nhóm cây thuốc và bộ phận sử dụng làm thuốc: Điều tra về kiến thức cây thuốc của cán bộ y tế xã, sẽ giúp cho chúng tôi lượng giá được mặt bằng chung sự hiểu biết của cán bộ y tế xã về trồng và sử dụng cây thuốc trong phòng và điều trị bệnh. Tại nghiên cứu này, có rất nhiều thông tin cần thu thập của nhóm đối tượng là cán bộ y tế, do đó khi tìm hiểu về kiến thức cây thuốc của cán bộ y tế chúng tôi chỉ đưa ra các câu hỏi nêu tên, tác dụng điều trị, bộ phận dùng của các loại cây thuốc theo nhóm như: Cây ăn quả dùng làm thuốc, cây cảnh dùng làm thuốc, cây rau dùng làm thuốc, chỉ ra các bộ phận dùng làm thuốc của cây theo nhóm: Cây dùng lá, cây dùng thân, cây dùng rễ, cây dùng hoa, cây dùng quả làm thuốc với mỗi nhóm là 5 loại cây. Kết quả nghiên cứu thu được, trong số 143 cán bộ y tế được điều tra chỉ có 9,1 % số cán bộ y tế trả lời đúng từ 16 - 20 cây thuốc, 72,0% trả lời đúng từ 10 - 15 cây và 18,9% trả lời đúng dưới 10 cây. Tỷ lệ số cây thuốc trả lời đúng của cả 3 tỉnh tương đương nhau, với

số cây trung bình là $10,9 \pm 3,3$, qua kết quả trên cho thấy kiến thức về cây thuốc của cán bộ y tế ở mức trung bình.

Điều trị không dùng thuốc là một thế mạnh của YHCT, nó không những đem lại hiệu quả điều trị cao, mặt khác lại là phương pháp đơn giản, rẻ tiền và rất dễ ứng dụng tại tuyến xã, chính vì vậy trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tìm hiểu và đánh giá kiến thức về huyết của cán bộ y tế xã thông qua 50 huyết thường sử dụng tại tuyến y tế cơ sở thuộc các vùng: Đầu mặt cổ, vùng lưng, vùng ngực, vùng chân và vùng tay với mỗi vùng là 10 huyết. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của cán bộ y tế về các nhóm huyết hầu hết ở mức trung bình, số cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 huyết chiếm tỷ lệ thấp, cụ thể với nhóm huyết đầu, mặt cổ là 1,4%, nhóm huyết vùng lưng là 3,6%, huyết vùng tay là 5,7% và huyết vùng chân là 5,0%. Số cán bộ y tế trả lời đúng từ 5 - 7 huyết tại nhóm huyết vùng tay và chân chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6% và 42,1%, trong khi đó đối với nhóm huyết vùng đầu mặt cổ và vùng lưng số cán bộ trả lời đúng từ 5 - 7 huyết có tỷ lệ thấp hơn 37,5% và 20,8%. Qua các kết quả trên chứng tỏ rằng các huyết vùng tay và vùng chân mang tính phổ cập hơn với cán bộ tuyến y tế cơ sở. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Phú Vinh tại Lạng Sơn năm 2011, với kiến thức phương pháp châm cứu của cán bộ y tế tuyến xã đạt loại A là 8,1%, loại B là 32,7% và loại C có tỷ lệ cao nhất 59,2% [67].

Kết quả bảng 3.6 và bảng 3.7 thể hiện nhu cầu đào tạo, bồi dưỡng và quan điểm của cán bộ y tế xã về sử dụng YHCT, có 59,4% cán bộ y tế tại 27 TYT có nhu cầu được học thêm về YHCT, trong số đó nhu cầu học thêm về châm cứu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%, tiếp đến là nhu cầu học thêm về xoa bóp là 32,9%, bệnh học 27,3%, lý luận 19,6%, dưỡng sinh 21,0%. Qua thu thập thông tin của 143 cán bộ y tế có 90,2% số cán bộ y tế xã cho rằng nên sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở, chỉ có 9,8% số cán bộ có quan điểm không

sử dụng YHCT tại TYT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Tôn Thị Tịnh thực hiện tại tỉnh Thái Nguyên năm 2007 cho thấy, số cán bộ có nhu cầu học về bệnh học chiếm tỷ lệ cao nhất 98,6%, các hình thức như châm cứu, xoa bóp, dưỡng sinh chiếm tỷ lệ tương đương 42,0%. Trong nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng tại tỉnh Hưng Yên năm 2012, 100% cán bộ y tế có nhu cầu học thêm về YHCT, 67,6% có nhu cầu học thêm về bệnh học, 52,0% có nhu cầu học thêm về châm cứu và 49,5% có nhu cầu học thêm về lý luận [85]. Các kết quả nghiên cứu của hai tác giả trên có phần khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, vì cả hai nghiên cứu trên đều tiến hành tại các cơ sở điều trị bằng YHCT của tỉnh, các cán bộ công tác tại đây hầu hết là chuyên ngành YHCT do đó nhu cầu được đào tạo, bồi dưỡng thêm về YHCT cao hơn với các cán bộ công tác tại TYT xã. Đối với cán bộ công tác tại TYT xã, một cán bộ phải kiêm nhiệm rất nhiều nhiệm vụ do đó các phương pháp điều trị đơn giản, dễ triển khai áp dụng như: Châm cứu, xoa bóp được lựa chọn chiếm tỷ lệ cao hơn các loại hình khác là hoàn toàn hợp lý.

Về sự hiểu biết và hình thức tiếp cận với các văn bản QPPL về công tác YHCT của cán bộ y tế xã: Số cán bộ TYT có hiểu biết chính sách phát triển về YDCT và các văn bản có liên quan chiếm tỷ lệ thấp 22,4%, trong đó Hà Tĩnh (18,0%), Thừa Thiên Huế (25,5%) và Bình Định (23,8%); số cán bộ y tế không hiểu chính sách về YDCT là 77,6%. Trong số những người có hiểu biết về chính sách phát triển YDCT và các văn bản có liên quan, hình thức tiếp cận do tự tìm hiểu chiếm tỷ lệ 75,0%, do truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng chiếm 62,5%, học tập, tập huấn 53,1%, do các hình thức khác 59,4%. Kết quả trên cho ta thấy, công tác truyền thông về văn bản quy phạm pháp luật nói chung và các văn bản về YHCT còn nhiều hạn chế, hầu hết các địa phương chưa chủ động triển khai công tác này, chính vì vậy cán bộ y tế ít có điều kiện tiếp cận với các cơ chế chính sách, văn bản quy

phạm pháp luật, trong khi đó hiện tại các thầy thuốc khi hành nghề khám chữa bệnh đòi hỏi phải hiểu biết về các quy định của pháp luật như: Luật Bảo hiểm y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản hướng dẫn cũng như các văn bản có liên quan từ đó mới thực hiện được việc khám bệnh, chữa bệnh theo đúng các quy định của pháp luật hiện hành.

4.1.2. Đặc điểm về người hành nghề YHCT tư nhân trên địa bàn nghiên cứu:

Trong số 77 người hành nghề YHCT tư nhân của 27 xã thuộc 9 huyện của 3 tỉnh nghiên cứu, nam chiếm 71,4%, nữ chiếm 28,6%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả NC của Lê Văn Dũng tại Hải Dương, người hành nghề là nam chiếm 73,8% [77]. Số người hành nghề YHCT tư nhân có độ tuổi từ 30 - 50 chiếm tỷ lệ cao nhất 50,6%, tiếp đến là độ tuổi từ 51 - 60 tuổi là 28,6%, độ tuổi trên 60 là 19,5%, số người có độ tuổi nhỏ hơn 30 tuổi có tỷ lệ thấp nhất 1,3%. So với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Dũng tại tỉnh Hải Dương độ tuổi từ 31 đến 50 là 54,8%, độ tuổi từ 51-59 là 22,9%, từ 60 tuổi trở lên chiếm 17,0%, dưới 30 tuổi là 5,3%. Thời gian hành nghề YHCT từ 10 đến 20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%, tiếp đến là số người có năm hành nghề từ 21 đến 30 năm là 28,6%, từ 31 - 40 năm là 10,4%, nhỏ hơn 10 năm và lớn hơn 40 năm chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 7,8% và 6,5%. Tỷ lệ cán bộ YHCT ngoài công lập có thâm niên trên 10 năm là 92,2% tương đương với kết quả NC của Phạm Thị Thanh Thủy là 91,8% [69]. Như vậy có thể nói rằng, hầu hết những người hành nghề YHCT tư nhân là những người có tuổi đời cao và có thâm niên kinh nghiệm, đây cũng có thể là lý do họ chiếm được lòng tin của người bệnh.

Về trình độ chuyên môn của đối tượng này hầu hết là lương y gia truyền chiếm tỷ lệ 83,1%, số có trình độ BS CKI và bác sỹ YHCT bằng nhau và chiếm tỷ lệ thấp 3,9%. Kết quả NC của Lê Văn Dũng, Phạm Thị Thanh Thủy trình độ chuyên môn cán bộ YHCT ngoài công lập tại tỉnh Nam Định và Hải Dương, tỷ lệ Lương y cũng chiếm cao nhất 58,9% và 65,0%

Về việc triển khai khám chữa bệnh tại các cơ sở hành nghề YHCT tư nhân: Số cơ sở YHCT tư nhân có kết hợp với YHHĐ chiếm tỷ lệ thấp 6,5%, đơn thuần YHCT chiếm 93,5%, số bệnh nhân trung bình của một phòng chẩn trị YHCT trong 1 tháng là 149,7 bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả NC của Lê Văn Dũng tại tỉnh Hải Dương số bệnh nhân KCB trung bình trong 1 tháng tại một cơ sở YHCT tư nhân là 91 người.

4.1.3. Cơ sở vật chất và hoạt động của 27 TYT nghiên cứu

Cơ sở vật chất, trang thiết bị YHCT là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ YHCT của TYT, để biết được thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị về YHCT từ đó đề xuất các hướng can thiệp hiệu quả, kết quả nghiên cứu bảng 3.15. cho biết số TYT có phòng YHCT riêng biệt là 59,3%, có bàn ghế ngồi khám bệnh 85,2%, có máy điện châm 70,4%, có đèn hồng ngoại là 33,3%, có bộ giác hơi 29,6%, có giường xoa bóp châm cứu 51,9%, có giá kê đựng dược liệu và bàn cân thuốc thang là 44,4%, số TYT có vườn thuốc nam là 77,8%. Không có TYT nào có bộ tranh lật về châm cứu và cây thuốc mẫu. Nghiên cứu năm 1999 của Tổ chức SIDA Thụy Điển và đơn vị Chính sách Y tế, Bộ Y tế, Vụ Y học cổ truyền có kết quả sau: cơ sở vật chất về YHCT tại các TYT hầu như không có. Chỉ có vài phần trăm số trạm y tế có tủ thuốc nam (khi có cán bộ trạm chịu trách nhiệm bán thuốc YHCT). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu điều tra tổng thể hoạt động YHCT tại tuyến tỉnh, huyện, xã của Phạm Vũ Khánh và CS năm 2013. Các số liệu trên so với kết quả nghiên cứu năm 1999 đã có sự khác biệt rõ rệt.

Điều tra thực trạng về hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT sẽ giúp lượng giá được khả năng cung cấp dịch vụ YHCT của TYT xã. Trong nghiên cứu này tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT của trạm y tế xã so với tổng số khám chữa bệnh chung tại Hà Tĩnh là 16,6%, Thừa Thiên Huế 22,2% và Bình

Định 16,1%. Kết quả nghiên cứu tại 14 tỉnh từ 2010 - 2013 của Phạm Vũ Khánh và CS tỷ lệ KCB bằng YHCT của TYT là 21,3%. Theo tác giả Phạm Thị Thanh Thủy năm 2012 tại Nam Định tỷ lệ này là 10,3%. Kết quả tổng kết thực hiện chính sách quốc gia về YHCT tỷ lệ này 24,6%. Qua so sánh với kết quả của một số nghiên cứu và tổng kết chính sách quốc gia về YHCT cho thấy tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã của 03 tỉnh nghiên cứu thấp hơn so với kết quả chung.

Trong năm 2011 và 2012, số người bệnh được dùng thuốc YHCT so với tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT chiếm tỷ lệ 67,8%, số người được dùng thuốc thang trên tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT chiếm tỷ lệ 12,1% và dùng thuốc chế phẩm chiếm tỷ lệ 64,0%.

Tại 27 xã điều tra đã tổ chức khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT chiếm tỷ lệ 100%, tuy nhiên tại mỗi TYT tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT, sử dụng các phương pháp điều trị bằng YHCT và hình thức sử dụng thuốc YHCT tại các xã có sự khác biệt cụ thể như sau: 11,1% số TYT có tỷ lệ sử dụng YHCT <5% và từ 5 - 10%, 37% số TYT có tỷ lệ KCB bằng YHCT từ 11 - 20%, 33,3% số TYT có tỷ lệ KCB bằng YHCT từ 20 - 30%, 7,4% TYT có tỷ lệ >30%. Số TYT sử dụng thuốc thang là 40,7%, sử dụng chế phẩm 88,9%, sử dụng châm cứu là 70,3%. Công tác tuyên truyền của TYT về việc sử dụng YHCT cũng như thuốc YHCT trong CSSK: số TYT có tổ chức hoạt động tuyên truyền mang tính đại chúng chỉ đạt 14,8%, và 85,2% số TYT không triển khai công tác này.

Điều trị không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, giác hơi, khí công - dưỡng sinh ...) là những phương pháp điều trị có từ lâu đời, có tác dụng tốt trong rất nhiều trường hợp bệnh, đặc biệt là những bệnh mạn tính. Đây là phương pháp điều trị ít tốn kém, nguồn vốn đầu tư trang thiết bị không nhiều, dễ sử dụng, hiệu quả điều trị cao; đồng thời, một số phương pháp điều

trị như: xoa bóp bấm huyệt, khí công - dưỡng sinh dễ tuyên truyền và tạo thành phong trào trong CSSKBĐ tại tuyến cơ sở. Tuy nhiên, kết quả điều tra cho thấy: So với phương pháp sử dụng thuốc YHCT thì phương pháp không dùng thuốc có số lượng bệnh nhân ít hơn. Tỷ lệ này đặc biệt thấp ở tuyến xã/phường. Nguyên nhân chủ yếu là do trình độ về YHCT của cán bộ y tế cấp cơ sở còn yếu. Vì vậy cần tăng cường đào tạo, bồi dưỡng kiến thức phổ cập về các phương pháp điều trị của YHCT cho cán bộ y tế tuyến cơ sở, đặc biệt là sử dụng các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc.

Qua khảo sát thực tế chúng tôi thấy: Ở tất cả các tuyến, người dân đều có nhu cầu sử dụng thuốc YHCT và châm cứu. Nhưng trên thực tế ở tuyến y tế xã/phường, tỷ lệ dùng thuốc YHCT thấp do phía cung cấp dịch vụ không có sẵn, chỉ có 15/27 TYT có tủ thuốc YHCT và 13/27 TYT triển khai trồng vườn thuốc nam theo danh mục qui định của Bộ Y tế. Tại các trạm y tế đã có tủ thuốc YHCT thì các nơi đó cũng đa phần sử dụng các loại thuốc bắc, tỷ lệ thuốc nam được dùng ít hơn. Mặt khác tại các TYT đã triển khai trồng vườn thuốc nam thì vườn thuốc mới chỉ đáp ứng được một phần trong công tác tuyên truyền, giới thiệu cây thuốc mẫu; hoặc chỉ mang tính hình thức, còn nghèo nàn về số lượng cũng như chủng loại; lượng thuốc nam được thu hái tại trạm chỉ đáp ứng được một phần rất nhỏ nhu cầu điều trị của nhân dân. Hầu hết số bệnh nhân được điều trị tại trạm bằng YHCT là dùng các loại thuốc dưới dạng chế phẩm (cao lỏng, viên hoàn, viên nén, rượu) và sử dụng các phương pháp khác của YHCT; hoặc được cán bộ y tế xã/phường hướng dẫn cách sử dụng các cây thuốc trồng tại nhà, mọc hoang để điều trị các chứng bệnh thông thường tại cộng đồng, từ đó dẫn đến tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT để điều trị tại trạm y tế xã/phường thấp hơn so với tuyến tỉnh, huyện.

Tóm lại: Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT cũng như tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT tại TYT còn thấp, so với mục tiêu của Kế hoạch hành động của

Chính phủ về phát triển YDCT Việt Nam đến năm 2020 (Chỉ tiêu KCB bằng YHCT tại TYT đến năm 2015 là 30% và 2020 là 40%) [6]. Đồng thời TYT cũng chưa đáp ứng nhu cầu được khám và điều trị bằng YHCT của người dân.

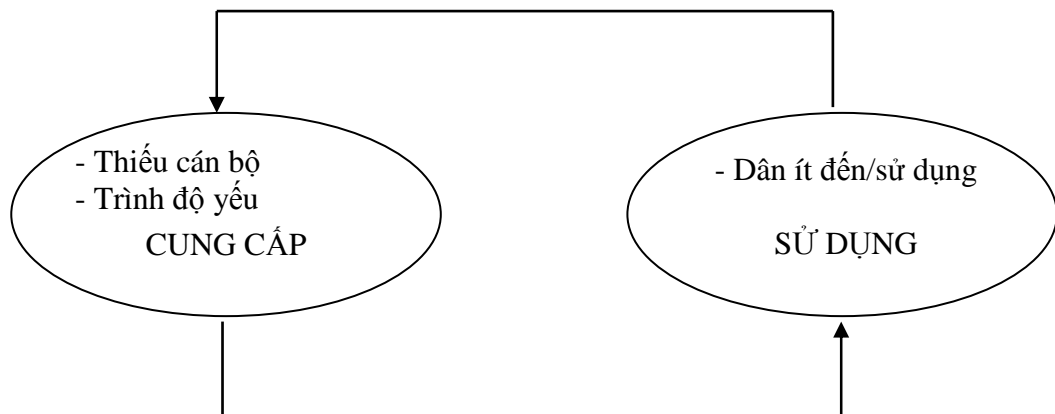
Nguyên nhân của tình trạng sử dụng thuốc YHCT tại TYT còn thấp là do chưa thực sự được quan tâm đầu tư về nhân lực, cơ sở vật chất cũng như kinh phí cho hoạt động YHCT của các cấp. Tại TYT xã, phường nhiều nơi chưa có cán bộ chuyên trách YHCT, sức hấp dẫn về công việc cũng như thù lao đối với cán bộ YHCT còn thấp; các dịch vụ YHCT tại tuyến y tế cơ sở chưa thực sự hấp dẫn đối với người dân. Trong khi đó khi CBYT thực hiện các nhiệm vụ khác tại trạm như các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, hoặc các dự án khác họ đều có thêm sự hỗ trợ về kinh phí. Nhiều xã/phường chưa có sự phối hợp giữa chi hội YHCT với trạm y tế.

Mô hình bệnh, chứng được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT xã: Kết quả thu được từ bảng 3.20 cho thấy tỷ lệ các bệnh chứng thường được sử dụng YHCT để điều trị tại TYT xã có sự tương đồng giữa các tỉnh. Chủ yếu là các bệnh/chứng đơn giản, cấp tính và mang tính phổ cập như: Các chứng cảm cúm, sốt virus chiếm tỷ lệ lần lượt là: Hà Tĩnh 15,7%, Thừa Thiên Huế 14,3%, Bình Định 15,2%, bệnh về cơ xương khớp tại Hà Tĩnh 14,8%, Thừa Thiên Huế 16,4% và Bình Định 16,2%, bệnh tiêu hóa tại Hà Tĩnh có tỷ lệ lớn hơn cả 17,0%, ngoài ra còn có các nhóm bệnh chứng về thần kinh, bệnh hô hấp, bệnh tiết niệu...chiếm tỷ lệ từ 3,4% đến 12,4%. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý về mô hình 10 bệnh có tỷ lệ cao được điều trị tại các cơ sở y tế tỉnh Bắc Ninh thấy ở cả 3 tuyến 10 chứng bệnh có tỷ lệ cao được xếp theo thứ tự như sau: Viêm họng (5,68%), đau khớp (4,76%), đau đầu (4,76%), đau lưng cấp (4,46%), đau lưng mãn (4,26%), mụn nhọt (3,68%), ỉa chảy (3,39%), đau thần kinh vai gáy (3,39%), tăng huyết áp (3,23%), suy dinh dưỡng (3,04%) [66]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Phú Vinh về mô hình 10 bệnh có

tỷ lệ cao được điều trị tại các cơ sở y tế tỉnh Lạng Sơn cho thấy: cả 3 khu vực 10 chứng bệnh có tỷ lệ cao được xếp theo thứ tự như sau: Đau lưng cấp (8,0%), Đau lưng mãn (7,7%), Đau khớp (7,3%), Đau thần kinh tọa (6,6%), Cảm mạo (6,1%), Đau thần kinh vai gáy (5,9%), Di chứng tai biến mạch máu não (5,1%), Đau đầu (4,8%) [67].

Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới sự yếu kém của hoạt động YHCT tuyến xã thể hiện tại sơ đồ 3.1.

Tình hình trên cho thấy: Tình trạng tỷ lệ sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở là một vòng xoắn của sự yếu kém giữa cung cấp và sử dụng.



Sự khác biệt khá rõ ràng về mô hình bệnh tật tại trạm y tế xã so với tuyến tỉnh và huyện đã cho thấy việc tổ chức các dịch vụ KCB bằng YHCT tại tuyến xã cũng cần được xem xét một cách cẩn thận và cần điều chỉnh một cách hợp lý. Một số bệnh lý gặp với tỷ lệ cao ở tuyến xã như cảm cúm, sốt virus, bệnh cơ xương khớp, viêm nhiễm đường hô hấp trên, đau đầu, mất ngủ, rối loạn tiêu hóa... có thể sử dụng YHCT để điều trị đạt được hiệu quả cao, an toàn và giá thành rẻ.

Do vậy, các CBYT tại trạm cần được trang bị các kiến thức, kỹ năng chuyên môn phù hợp với bệnh lý tuyến xã để có thể ứng dụng tốt YHCT trong phòng điều trị tốt các bệnh lý này. Đồng thời trạm TYT cũng cần được cung cấp

đầy đủ các chế phẩm thuốc YHCT đủ đáp ứng cho nhu cầu điều trị các bệnh lý thường gặp này.

4.1.4. Đặc điểm của người dân đại diện cho Hộ gia đình, hoặc đại diện người bệnh tại TYT tham gia trả lời phỏng vấn

Trong 2.855 đối tượng người dân đại diện cho Hộ gia đình và đại diện cho người bệnh đã điều trị tại TYT trong thời gian diễn ra điều tra tham gia trả lời phỏng vấn cho thấy:

Về cơ cấu tuổi và giới, trong 2.855 đối tượng nghiên cứu: Nam chiếm 45,1%, nữ chiếm 52,7%, độ tuổi từ 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%, tiếp đến là độ từ 41- 50 là 28,3%, số đối tượng có độ tuổi dưới 19 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,0%. Trình độ học vấn của đối tượng được điều tra có trình độ cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,4%, tiếp đến là cấp 3, trung cấp chuyên nghiệp, đại học và trên đại học là 26,9%. Do đặc điểm các vùng điều tra là các tỉnh Bắc Trung bộ và Nam trung bộ vì vậy hầu hết là Dân tộc kinh chiếm tỷ lệ 95,3%. Mặt khác do đặc thù một số khu vực nghiên cứu là các vùng có nền kinh tế chủ yếu là nông nghiệp, do đó nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỷ lệ tương đối cao 52,5%. Bên cạnh đó một số địa phương được điều tra là vùng thành thị, nơi có nhiều cán bộ hưu sinh sống, do đó cán bộ hưu là 23,1%.

Kết quả điều tra qua 2.855 phiếu phỏng vấn đại diện hộ gia đình và người bệnh tại TYT cho thấy: Tỉnh Hà Tĩnh có 938 hộ gia đình tương đương với 3.395 người dân, trung bình có 3,62 người/hộ gia đình; Tỉnh Thừa Thiên Huế có 980 hộ dân với 3.900 nhân khẩu, trung bình có 3,98 người/hộ; Tỉnh Bình Định có 937 hộ gia đình, với 3.794 người, có trung bình 4,05 người/hộ, kết quả này cũng tương đồng với kết quả điều tra quốc gia về dân số năm 2009.

Điều tra Hộ gia đình và người bệnh về tình hình người ốm sẽ giúp lượng giá được nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, trong đó có dịch vụ về YHCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khái niệm mắc bệnh được sử dụng đối với những người có tình trạng sức khỏe bất thường từ 01 ngày trở lên, tình

trạng này do người dân tự nhận thức hoặc do xác định của nhân viên y tế. Kết quả phỏng vấn 2.855/11.089 người dân đại diện cho hộ gia đình và người bệnh tại TYT trên địa bàn nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh tính theo hộ gia đình trong 1 tháng vừa qua là 48,8%, trong đó cao nhất là Hà Tĩnh (54,4%), tiếp đến là Thừa Thiên Huế (47,9%) và Bình Định (43,6%). Tỷ lệ người mắc bệnh trong tổng số dân tại cộng đồng của các hộ nghiên cứu là 12,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Thủy tại Nam Định, tỷ lệ người dân mắc bệnh tại cộng đồng là 15,0%. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng chỉ mang tính chất tương đối vì nó phụ thuộc rất nhiều vào việc tự đánh giá của người được phỏng vấn.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy trong thời gian 6 tháng có 65,9% người dân đại diện cho Hộ gia đình, hoặc đại diện cho người bệnh được phỏng vấn cho biết đã sử dụng YHCT, số không sử dụng YHCT là 34,1%, tỷ lệ người dân đã từng sử dụng YHCT trong 6 tháng qua tại 03 tỉnh nghiên cứu có tỷ lệ tương đương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Phạm Phú Vinh năm 2011 tại Lạng Sơn (64,13%), và kết quả NC của Phạm Vũ Khánh và CS tại các tỉnh phía Bắc năm 2005 - 2007 là 58,6%. Tương đương với nghiên cứu của Thái Thế Vinh (1999): 65,1% [73]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu về việc sử dụng và quan niệm của người dân về YHCT của Trần Thúy và CS năm 1999 là 87,2% [71], kết quả điều tra tình hình sử dụng YHCT của Phạm Nhật Uyên (2002): 86,48% [74], Đỗ Thị Phương (1996): 70,1% [70]. Giải thích sự khác biệt này là do thiết kế nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy số liệu sử dụng YHCT của người dân trong 6 tháng kể từ ngày phỏng vấn trở về trước, trong khi một số nghiên cứu đã lấy số liệu về sử dụng YHCT của người dân trong một năm.

Trong nghiên cứu này, khi được hỏi dạng thuốc người dân muốn sử dụng, cho thấy: Trong số 1.882 người có câu trả lời cho biết dạng thuốc

YHCT muốn sử dụng; Dạng thuốc thang về tự sắc chiếm 42,8%, dạng chế phẩm thuốc YHCT có sẵn chiếm 57,2%, trong đó tỉnh Hà Tĩnh và Bình Định có tỷ lệ người dân lựa chọn chế phẩm thuốc YHCT dạng sẵn có chiếm tỷ lệ tương đương 58,5% và 58,2%. Tỷ lệ sử dụng chế phẩm sẵn có tương đương với NC của Phạm Thị Thanh Thủy 59,1% [69]. Kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Phương tại Trà Vinh năm 2012, dạng thuốc sắc là 66,2%, dạng chế phẩm là 33,8% [113]. Để lý giải cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ người dân muốn được sử dụng dạng chế phẩm ngày càng tăng có một số lý do sau: Người bệnh muốn được sử dụng các dạng thuốc điều trị thông dụng, tiện lợi, mất ít thời gian, dễ bảo quản, thuốc được bán tương đối phổ biến trên thị trường, trên bao bì, nhãn mác có hướng dẫn chi tiết về công dụng và cách sử dụng. Tại TYT xã dễ dàng triển khai cung cấp các dạng thuốc chế phẩm so với thuốc thang. Chính vì các lý do trên, trong thời gian tới ngành y tế cần có các chính sách để phát triển đa dạng các loại thuốc chế phẩm YHCT để điều trị các bệnh, chứng thông thường tại tuyến y tế cơ sở và cộng đồng, khuyến khích “Người Việt dùng thuốc Việt”.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi còn tìm hiểu thêm về các phương pháp điều trị bằng YHCT mà người dân đã từng sử dụng trong thời gian 6 tháng qua: Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 3.5 (câu hỏi có nhiều sự lựa chọn) cho thấy 67,0% cho biết đã sử dụng thuốc YHCT, kết quả này thấp hơn kết quả NC của Trương Thị Thu Hồng (2004) tại Lào Cai (90,2%); Hoàng Thị Hoa Lý (2006) ở Bắc Ninh (70,9%); Phạm Thị Thanh Thủy (2012) tại Nam Định (70,3%); nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cs., (2008) tại Hà Tây (62,4%). Sự khác nhau về kết quả trong các nghiên cứu trên có lẽ do thời điểm, địa bàn nghiên cứu và do cách chọn mẫu khác nhau, cũng như về sử dụng thuốc YHCT thường có sự phối hợp với các hình thức YHCT khác. Về sử dụng thuốc YHCT kết hợp với các phương pháp

không dùng thuốc chiếm 32,2%, kết quả này thấp hơn so với NC của Trần Đức Tuấn năm 2011 tại Hải Dương (42,9%) [78], và nghiên cứu của Ngô Huy Minh năm 2002 (49,8%) [114]. Về việc sử dụng các phương pháp không dùng thuốc trong phòng và điều trị bệnh có 29,4% số người đã từng sử dụng phương pháp châm, 26,8% số người đã từng sử dụng phương pháp xoa bóp, bấm huyệt, tỷ lệ người dân đã từng sử dụng phương pháp cứu và phương pháp dưỡng sinh chiếm tỷ lệ thấp 8,7% và 8,3%.

Để phân tích sâu hơn về tình hình sử dụng YHCT của người dân tại địa bàn nghiên cứu, chúng tôi đã có câu hỏi về mục đích của người dân khi sử dụng YHCT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhận thức của người dân về sử dụng YHCT đã có nhiều thay đổi theo hướng tích cực. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (1996) có 23,66%, Trần Thuý và cộng sự (1999) có 13,9%, Ngô Huy Minh (2002) có 36% người dân đã sử dụng YHCT để chữa bệnh [114]. Trong kết quả NC của chúng tôi tỷ lệ này là 39,1%. Tuy nhiên kết quả này lại thấp hơn kết quả NC của Trần Đức Tuấn (2011) tại Hải Dương là 51,8% [78], điều này cũng dễ lý giải vì Hải Dương là một tỉnh đồng bằng là quê hương của Tuệ Tĩnh, Ông Thánh thuốc Nam do đó người dân tại đây đã có truyền thống sử dụng thuốc nam trong chữa bệnh.

Nghiên cứu này còn cho thấy địa điểm người dân lựa chọn khi sử dụng YHCT: Trong số 2.855 người dân được hỏi khi quyết định sử dụng YHCT thì họ sẽ đến nơi nào, số người lựa chọn bệnh viện YHCT là 31,7%, trong đó Hà Tĩnh có tỷ lệ cao nhất 37,6%, Thừa Thiên Huế có tỷ lệ thấp nhất 21,7%. Số người lựa chọn khoa YHCT bệnh viện Đa khoa và trạm y tế xã có tỷ lệ tương đương 27,8% và 26,6%, trong đó tại Thừa Thiên Huế người dân lựa chọn đến TYT để được sử dụng YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%. Số người lựa chọn điều trị tại nhà là 12,6%. Số người lựa chọn đến ông lang, bà mẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,5%. Theo tác giả Phạm Thị Thanh Thủy (2013) tại Nam Định,

khoa YHCT của bệnh viện đa khoa huyện và TYT là nơi mà người dân lựa chọn cao nhất (31,7% và (30,8%) trong khi đó chỉ có 12% đến với y tế tư nhân và chỉ có 3,3% là tìm đến ông lang, bà mẹ để điều trị. Như vậy, người dân chọn giải pháp tự chữa bệnh (12,6%) thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Diệu Thuần năm 2005 (47,28%) thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Huy Minh năm 2002 (21,7%), của Nguyễn Hoà Bình năm 2001 (19,46%) [115], của Nguyễn Văn Hoà năm 2001 (34,8%). Kết quả trên cho thấy, ngày nay do các dịch vụ y tế phát triển mạnh tại tất cả các tuyến, trình độ dân trí của người dân đã được nâng cao do đó khi bị bệnh người dân thường cân nhắc lựa chọn địa điểm và phương pháp điều trị phù hợp, ngoài ra nhiều người muốn tự điều trị tuy nhiên lại thiếu kiến thức về YHCT.

Để tìm hiểu lý do tại sao khi quyết định sử dụng YHCT người dân lại lựa chọn các địa điểm đã nêu trên (câu hỏi có nhiều lựa chọn trả lời), qua kết quả điều tra, trong số 905 người có câu trả lời đã lựa chọn bệnh viện YHCT cho biết lí do lựa chọn sử dụng YHCT tại đây là do chuyên môn giỏi chiếm 96,1% và trang thiết bị y tế tốt 91,3%, lý do gần nhà chiếm 24,1% và chi phí thấp là 6,3%; trong số 794 người trả lời đã lựa chọn Khoa YHCT, lý do họ lựa chọn do chuyên môn giỏi (chiếm 69,9%), trang thiết bị y tế tốt chiếm 39,1%, gần nhà 30,3%, do chi phí thấp chỉ chiếm 8,6%, quảng cáo 1,8%. Trong số 759 người dân trả lời đã lựa chọn tại TYT, lý do gần nhà được người dân lựa chọn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,9%, tiếp đến là lý do chi phí thấp chiếm 79,4%, các lý do khác (trang thiết bị y tế tốt 14,2%, chuyên môn giỏi 16,8%, theo quảng cáo 5,9%); Trong số 482 người dân có câu trả lời họ lựa chọn đến với cơ sở y tế tư nhân vì lý do gần nhà chiếm tỷ lệ 51,6%, tiếp đến do chuyên môn giỏi và chi phí thấp có tỷ lệ bằng nhau 47,6%, lý do trang thiết bị y tế tốt chiếm tỷ lệ thấp 6,3%, theo quảng cáo 11,3%. Trong số 359 người đã từng tự

chữa bệnh, lý do gần nhà và chi phí thấp chiếm tỷ lệ tương đối cao lần lượt là 69,3% và 52,7%. Với mỗi địa điểm mà người dân lựa chọn để đến khám và điều trị bằng YHCT, lý do lựa chọn của người dân không giống nhau, hầu hết người dân lựa chọn dịch vụ YHCT nào gần dân nhất, chi phí điều trị thấp nhất mà lại có chuyên môn giỏi.

Để có căn cứ tìm ra các giải pháp can thiệp tăng cường sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe đối với người dân tại cộng đồng, phù hợp với thực tế, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành khảo sát, đánh giá kiến thức của người dân về YHCT và thực trạng việc trồng thuốc nam tại hộ gia đình. Kết quả bảng 3.24 cho thấy kiến thức về cây thuốc của người dân tại 27 xã NC, số người dân trả lời đúng từ 8 - 10 cây thuốc chỉ chiếm 2,2%, trả lời đúng từ 5 - 7 cây là 25,2%, trong đó Thừa Thiên Huế có tỷ lệ cao nhất 30,9%, trả lời đúng nhỏ hơn 5 cây là 72,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có điểm tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Phú Vinh tại Lạng Sơn năm 2011, kết quả điều tra về khả năng nhận biết và sử dụng một số cây thuốc để phòng chữa bệnh của người dân tại cộng đồng, số người biết từ 1- 5 loại cây là 54,5%, số người biết 6 - 9 loại cây là 12,9%, số người biết từ 10 cây trở lên chiếm 20%. Thông qua các kết quả trên cho thấy, kiến thức về cây thuốc của người dân tại cộng đồng còn nhiều hạn chế.

Về kiến thức của người dân đối với phương pháp không dùng thuốc: Kết quả bảng 3.29 cho thấy người dân có kiến thức về phương pháp xông đúng $\geq 80\%$ chiếm tỷ lệ thấp 8,8%, các tỉnh có sự tương đồng về tỷ lệ này. Số người dân trả lời đúng 50 - 79% chiếm tỷ lệ 35,7%, trong đó Bình Định có tỷ lệ cao nhất 39,3%. Số người dân trả lời đúng $< 50\%$ chiếm tỷ lệ cao 55,6%. Về phương pháp đánh cảm số người dân trả lời đúng tại 3 mức cũng tương tự như phương pháp xông. Phương pháp xoa bóp số người dân trả lời đúng $\geq 80\%$

cũng chiếm tỷ lệ thấp 6,5%, số trả lời đúng <50% chiếm tỷ lệ cao 69,2%, có sự tương đồng giữa các tỉnh.

Trong số 2.855 hộ gia đình, tỷ lệ số hộ có trồng cây thuốc nam 43,5%, trong đó Thừa Thiên Huế và Bình Định có tỷ lệ 59,4%, Thừa Thiên Huế 53,6%, Hà Tĩnh có số hộ trồng thuốc nam thấp hơn cả 36,0. Tỷ lệ hộ gia đình có trồng thuốc nam theo NC của Trần Đức Tuấn (2013) tại Hải Dương là 34%, NC của Phạm Vũ Khánh và CS tại các tỉnh phía Bắc năm 2005 - 2007 là 47,96%, kết quả Điều tra y tế quốc gia là 49,7% và 60,5% cho các vùng đồng bằng sông Hồng và vùng Đông Bắc. Trong thực tế khi tiến hành nghiên cứu đề tài chúng tôi nhận thấy trong vườn nhà của rất nhiều gia đình đã có cây thuốc (tự mọc hoặc trồng làm rau hoặc trồng làm cây cảnh, cây ăn quả) nhưng họ lại không biết đâu là cây thuốc. Chính vì thế có thể khẳng định rằng mặc dù người dân đã sử dụng YHCT nhưng bản thân lại không ý thức được đó là YHCT. Do vậy, tỷ lệ 65,9 % người dân đã sử dụng YHCT chưa thật sự phản ánh được hết mức độ sử dụng YHCT trong cộng đồng, phải là tỷ lệ cao hơn nữa. Qua đó cần thiết phải có nhiều hình thức tuyên truyền, phổ biến kiến thức về YHCT cho nhân dân để người dân sử dụng YHCT nhiều hơn nữa. Đặc biệt là tuyên truyền vận động để người dân hiểu hơn về vai trò của việc trồng và sử dụng cây thuốc tại vườn nhà trong CSSKBD

Để tìm hiểu sâu về nhu cầu của người dân được khám chữa bệnh bằng YHCT và truyền thông về YHCT chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn về các nội dung trên: Trong số 2.855 người dân được hỏi có 92,3% trả lời có nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, trong đó tại Thừa Thiên Huế có tỷ lệ cao nhất 94,7%, số không có nhu cầu được khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT là 7,7%. Kết quả bảng 3.31 cho thấy, 89,1% số người dân được hỏi có nhu cầu được tuyên truyền về sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh, số không có nhu cầu về truyền thông là 10,9%. Từ các kết quả trên, để đáp ứng

nhu cầu của người dân về sử dụng dịch vụ YHCT cũng như được truyền thông về YHCT, cần có các giải pháp tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ YHCT của TYT xã.

Với nhu cầu được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe, cũng như được tuyên truyền về sử dụng YHCT của người dân rất cao, tuy nhiên ý kiến của người dân về khả năng đáp ứng việc khám chữa bệnh bằng YHCT và truyền thông về YHCT của TYT và CBYT tại bảng 3.32 cho thấy chỉ có 50,4% người dân có nhận định là TYT có đáp ứng về khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT, trong số có đáp ứng tỷ lệ đáp ứng về thuốc YHCT dạng chế phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, thuốc YHCT dạng thang 27,1%, phương pháp không dùng thuốc 23,8%, cả thuốc thang và dạng chế phẩm 14,8%. Nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và CS năm 2005 - 2007 có đáp ứng là 31,2%, không đáp ứng 44,5% và 24,3% không biết. Từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy khả năng đáp ứng của TYT chưa đáp ứng với nhu cầu được khám và điều trị bằng YHCT của người dân. Kết quả bảng 3.30. cho thấy chỉ 44,9% người dân cho rằng TYT có hướng dẫn cho người dân về sử dụng YHCT trong phòng và chữa bệnh, không hướng dẫn là 55,1%. Trong số được hướng dẫn có 47,2% được hướng dẫn sử dụng thuốc, 43,6% được hướng dẫn kết hợp cả dùng thuốc và không dùng thuốc, 9,3% được hướng dẫn đơn thuần phương pháp không dùng thuốc. Địa chỉ hướng dẫn tại TYT chiếm 53,5%, tại nhà 17,2%, khác 29,3%. Trong nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh tỷ lệ người dân được CBYT xã/phường hướng dẫn sử dụng YHCT: 38,1%; không hướng dẫn: 61,9%.

Để tìm hiểu rõ hơn tại sao trong thời gian qua, theo kết quả của một số nghiên cứu từ năm 2007 cho đến nay, tỷ lệ người dân sử dụng YHCT thấp hơn so với các nghiên cứu của những năm 1990, chúng tôi đã tiến hành tìm hiểu các lý do người dân không dùng thuốc YHCT để chữa bệnh. Kết quả cho thấy trong số 973 người có ý kiến không dùng thuốc YHCT để phòng và

chữa bệnh, khi được hỏi lý do họ không dùng thuốc YHCT: 45,4% cho rằng do thiếu kiến thức về YHCT, 42,1% cho rằng do sử dụng bất tiện, 32,1% cho rằng thuốc YHHĐ sẵn có, dễ kiếm, 29,8% cho rằng do thầy thuốc ít khi dùng, 23,7% do không có thầy thuốc YHCT, 20,2% do thuốc YHCT đắt hơn thuốc YHHĐ, 19,4% cho rằng lâu khỏi, không tác dụng, 15,4% do bệnh nặng, 11,7% không tin tưởng thuốc YHCT. Kết quả nghiên cứu này có một số điểm phù hợp với một vài nghiên cứu trước đây của các tác giả: Ngô Huy Minh, Đỗ Thị Phương, Đặng Thị Phúc, Phạm Thanh Thủy, Trần Đức Tuấn. Tuy nhiên có điểm khác biệt với một số kết quả của các nghiên cứu trước đây, lý do thiếu kiến thức về YHCT chiếm tỷ lệ tương đối cao 45,4%, điều này cho thấy công tác tư vấn, truyền thông về sử dụng các phương pháp YHCT trong phòng và điều trị một số bệnh thông thường tại cộng đồng còn thiếu và yếu. Lý do bất tiện khi sử dụng trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%). Về vấn đề này trong nhiều đánh giá của Bộ Y tế đã coi đó là tồn tại mà nguyên nhân chính là do YHCT chậm hiện đại hoá, chưa cải tiến được dạng thuốc cổ truyền, việc sử dụng các phương pháp YHCT đôi khi không thuận tiện, nhất là đối với nhóm thanh niên, những người đang còn ở độ tuổi lao động, họ không có thời gian để sắc thuốc, đồng thời công tác tuyên truyền chưa được tiến hành thường xuyên, phương pháp, thời gian tuyên truyền chưa hợp lý. Một lý do hiện nay số người sử dụng YHCT thấp hơn so với thời gian trước là do một số loại thuốc YHCT không rõ nguồn gốc, xuất xứ, chất lượng thuốc không đảm bảo, nhiều trường hợp bệnh nhân đã bị ngộ độc chì, nhiễm độc kim loại nặng sau khi sử dụng thuốc YHCT không rõ nguồn gốc đã gây hậu quả nghiêm trọng. Đây là một nhiệm vụ đặt ra trong thời gian tới, cần có sự vào cuộc mạnh hơn nữa của ngành y tế, các ban ngành có liên quan và chính quyền địa phương các cấp trong việc quản lý các cơ sở kinh doanh, buôn bán các sản phẩm sử dụng cho người.

4.2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN SỬ DỤNG YHCT TẠI TYT XÃ VÀ HỘ GIA ĐÌNH TỪ NĂM 2012 - 2014

Để tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ YHCT của TYT xã và sử dụng YHCT của người dân trong chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng, căn cứ vào kết quả điều tra hiện trạng về tình hình sử dụng YHCT tại tuyến xã thì nhu cầu đầu tư can thiệp là rất lớn, tuy nhiên trong khuôn khổ thời gian và kinh phí có hạn chúng tôi chỉ can thiệp vào những yếu tố nào khả thi và có hiệu quả.

Dựa trên kết quả tham khảo một số nghiên cứu can thiệp, chúng tôi nhận thấy có những khó khăn nhất định trong khi thực hiện can thiệp. Để cải thiện sử dụng YHCT tại xã và hộ gia đình cần phải giải quyết nhiều vấn đề một cách đồng bộ, tuy nhiên trong đề tài này sẽ tập trung cải thiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị YHCT và một số hoạt động YHCT tại TYT, cải thiện kiến thức về YHCT của CBYT và người dân.

Đối với TYT xã: Ưu tiên cải tạo lại cơ sở sẵn có và bố trí địa điểm thuận lợi cho phòng khám và điều trị bằng YHCT, cung cấp một số trang thiết bị để phục vụ cho công tác khám chữa bệnh bằng YHCT phù hợp với khả năng chuyên môn, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, cung cấp chế phẩm và vị thuốc YHCT phù hợp với mô hình bệnh tật được điều trị tại TYT, xây dựng vườn thuốc mẫu tại trạm, tổ chức tập huấn, bồi dưỡng cho nhóm cán bộ y tế xã các kiến thức, kỹ năng thực hành chuyên môn về YHCT và các văn bản QPPL có liên quan, duy trì hoạt động can thiệp về khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT xã trong thời gian 1 năm.

Đối với người dân: Tổ chức tập huấn cho các học viên tham gia là đại diện cho các tổ chức xã hội, nghề nghiệp, đại diện hộ gia đình trên địa bàn xã của can thiệp với các kiến thức về cây thuốc, kỹ năng sử dụng nội nước xông,

đánh cảm/đánh gió, xoa bóp bấm huyệt... để sử dụng trong phòng và điều trị một số bệnh thường gặp tại cộng đồng.

Đối với công tác truyền thông: Triển khai các hoạt động truyền thông trên phương tiện thông tin của xã, thảo luận nhóm với các cộng tác viên xã, tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề, phát tài liệu... Các hoạt động truyền thông này thể hiện công tác truyền thông đã triển khai mạnh mẽ, đáp ứng nhu cầu thông tin, truyền thông của nhân dân trên địa bàn xã.

Khả năng can thiệp phải lựa chọn một số nội dung ưu tiên để đầu tư can thiệp, đây cũng là một hạn chế của đề tài nghiên cứu này, cũng như của nhiều chương trình, dự án đầu tư cho y tế hiện nay, không thể có đủ nguồn lực, nguồn kinh phí để đầu tư ngay, đáp ứng tất cả các nhu cầu cần đầu tư cho hệ thống y tế.

4.2.1. Kết quả can thiệp đối với TYT xã

Sau can thiệp các hoạt động về YHCT tại TYT được cải thiện rõ rệt, cả 03 TYT đã bố trí cán bộ phụ trách công tác YHCT, các cán bộ tại TYT đều được tham gia các lớp tập huấn, đào tạo về YHCT, Trước can thiệp, tại 03 xã chỉ có xã Điện Hòa có bố trí cán bộ phụ trách công tác YHCT, trong và sau quá trình can thiệp, tại các xã này đã có sự thay đổi rõ rệt, tại xã Sơn Trường đã bố trí cho 01 cán bộ đi đào tạo 06 tháng tại BVYHCT, xã Tây Bình có hợp đồng với 01 Lương y phụ trách công tác YHCT của trạm, ngoài ra TYT còn bố trí 01 cán bộ làm công tác YHCT và BS trưởng trạm cũng trực tiếp khám chữa bệnh bằng YHCT. Tại TYT Điện Hòa năm 2013, y sỹ YHCT tại TYT đã được đi thi bác sỹ YHCT và hiện nay đang theo học bác sỹ tại Đại học y khoa Huế, hiện tại TYT Điện Hòa, bác sỹ trưởng trạm kiêm thêm khám chữa bệnh bằng YHCT, các dịp nghỉ hè hoặc nghỉ lễ đồng chí cán bộ đang theo học lại quay về TYT để phụ giúp công tác khám chữa bệnh. Các trạm y tế đã được đầu tư sửa chữa để có phòng YHCT riêng biệt, khang trang, vị trí thuận lợi

cho hoạt động YHCT, cả 03 TYT được trang bị thêm tủ đựng thuốc nhiều ngăn, giá kê đựng thuốc, hộp nhựa đựng vỉ thuốc, giường Inox để khám và điều trị bệnh bằng YHCT, một số trang thiết bị phục vụ cho công tác khám và điều trị không dùng thuốc như máy điện châm, đèn hồng ngoại, đèn tần phổ, kim châm cứu...(Hình ảnh minh họa tại Phụ lục). Các TYT đã được hỗ trợ một cơ sở thuốc YHCT để có khả năng triển khai hoạt động KCB bằng YHCT tại TYT trong thời gian từ 6 tháng - 1 năm. Đối với việc sử dụng thuốc thang tại TYT, trước can thiệp chỉ có TYT Điện Hòa có thuốc thang, sau can thiệp cả 03 TYT đều đã có khả năng đáp ứng việc bốc thuốc thang tại TYT.

Về vườn thuốc mẫu tại TYT: Trước can thiệp tại các trạm đã có vườn thuốc mẫu, tuy nhiên số lượng cây thuốc còn nghèo nàn, vườn thuốc chỉ mang tính hình thức, sau can thiệp các vườn thuốc đã được trồng đủ theo quy định, chú trọng trồng một số cây thân mộc mang tính đặc thù của địa phương, vườn thuốc vừa làm mẫu để truyền truyền cho người dân, vừa để sử dụng tại TYT khi cần thiết, đặc biệt tạo thêm cảnh quan môi trường xanh, sạch đẹp (Hình ảnh minh họa tại phụ lục 4).

Tỷ lệ người bệnh được khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT can thiệp trước can thiệp là 20,0%, sau can thiệp là 33,7%, tỷ lệ này so với thời điểm trước can thiệp của xã can thiệp và xã chứng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tăng đáng kể với chỉ số hiệu quả sau can thiệp là 68,5%, hiệu quả can thiệp tỷ lệ sử dụng YHCT là 66,2%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đây là kết quả tương đối khả quan về tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT so với trung bình cả nước năm 2011 là 24,0% [46]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh và cộng sự tại 14 tỉnh đại diện cho 8 vùng sinh thái của cả nước năm 2013, tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã là 21,3%. Từ kết quả trên có thể nói rằng, nếu có sự đầu tư và quan tâm đồng bộ của ngành y tế, chính quyền địa phương, và quyết tâm của cán bộ y tế, trong thời gian tới, y tế

tuyến xã có thể đạt được chỉ tiêu về khám chữa bệnh bằng YHCT đến năm 2020 là 40%, đạt chỉ tiêu theo quy định tại Quyết định 2166/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020.

Sau can thiệp việc sử dụng phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của trạm y tế xã can thiệp được cải thiện so với trước can thiệp, trước can thiệp tỷ lệ này là 44,5% và sau can thiệp là 70,3 tăng 25,8% so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với chỉ số hiệu quả can thiệp là 59,7%. Tại xã chứng tỷ lệ này là 45,1%, sau 1 năm đánh giá lại tỷ lệ này là 46,2%. CSHQ của xã can thiệp là 58%, HQCT là 55,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả chấm điểm theo tiêu chí xã tiên tiến về YHCT có sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp, chỉ số hiệu quả can thiệp là 19,0%, hiệu quả can thiệp là 18% với $p < 0,05$

Về việc chấm điểm theo tiêu chuẩn xã tiên tiến về YHCT được ban hành kèm theo công văn số 5123/YT-YH của Bộ Y tế năm 2001, do TYT đã được cải tạo về cơ sở vật chất, trang thiết bị YHCT và triển khai thêm một số hoạt động YHCT do đó sau can thiệp tỷ lệ điểm của cả 03 xã có sự thay đổi và đạt tiêu chuẩn xã tiên tiến về YHCT với số điểm trung bình trước can thiệp là 70,0%, sau can thiệp là 83,3%, với chỉ số hiệu quả là 19,9%, hiệu quả can thiệp là 18%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thông qua đánh giá điểm theo tiêu chuẩn xã tiên tiến của Bộ Y tế, chúng tôi cũng nhận được ý kiến phản hồi của SYT, Trung tâm y tế và đặc biệt là TYT đề xuất, trong thời gian tới Bộ Y tế cần có văn bản thay thế cho công văn số 5123 năm 2001, vì văn bản được ban hành dưới dạng công văn sẽ không có giá trị pháp lý trong việc triển khai, chính vì vậy trong thời gian qua nhiều địa phương đã không triển khai theo nội dung công văn này, mặt khác bộ tiêu chuẩn này đã được ban hành từ năm 2001, cho đến nay nhiều tiêu chuẩn không còn phù hợp cần

sửa đổi bổ sung, chỉnh sửa cho phù hợp. Chính vì các lý do trên, thời gian qua, chúng tôi đã đề xuất với Lãnh đạo Bộ Y tế để xây dựng và ban hành Quyết định số 647/QĐ-BYT, ngày 14 tháng 2 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành “Tiêu chí xác định xã tiên tiến về YHCT” [116].

Trong các giải pháp can thiệp tại TYT, có giải pháp về tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn cho nhóm cán bộ y tế. Các lớp tập huấn YHCT cho cán bộ y tế thuộc các xã can thiệp được thiết kế dựa trên đánh giá nhu cầu đào tạo, thực trạng kiến thức và kỹ năng thực hành về YHCT của cán bộ y tế. Nội dung tập huấn về công tác chuyên môn là các tài liệu của Bộ Y tế đã ban hành.

Sau can thiệp, kiến thức về nhóm cây thuốc và bộ phận dùng làm thuốc của cán bộ y tế được cải thiện rõ rệt trước can thiệp có tới 48,3% số người trả lời đúng 11-19 cây thuốc, 37,4% số người chỉ trả lời đúng ≤ 10 cây. Sau can thiệp số người trả lời đúng từ 20 - 30 cây thuốc tăng từ 14,3% lên 80,3%. Số cây thuốc trung bình trả lời đúng trước can thiệp là $14,4 \pm 4,6$ và sau can thiệp là $25,4 \pm 3,9$, chênh lệch % sau can thiệp và trước can thiệp đối với kiến thức trả lời đúng từ 20 - 30 cây thuốc là 66,0%, số cây thuốc trả lời đúng trung bình là $25,4 \pm 3,9$, CSHQ là 461,5%, hiệu quả can thiệp là 441,5%, với $p < 0,05$, sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp không còn trường hợp nào chỉ trả lời đúng ≤ 10 cây thuốc. So sánh giữa xã can thiệp và xã chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sau can thiệp không còn trường hợp nào chỉ trả lời đúng ≤ 10 cây thuốc (Bảng số 3.39). Qua đánh giá kết quả kiến thức về cây thuốc của cán bộ y tế cho thấy nội dung can thiệp phù hợp với trình độ và nhu cầu của nhóm đối tượng này do đó kiến thức của nhóm đối tượng này tại thời điểm kết thúc can thiệp đã cải thiện rõ rệt. Đây là kết quả ban đầu của việc can thiệp để cải thiện kiến thức về YHCT của nhóm cán bộ y tế xã, góp phần cải thiện sử dụng YHCT tại TYT xã.

Về kiến thức chế phẩm YHCT: Trong thời gian gần đây Bộ Y tế đã ban hành danh mục thuốc YHCT thiết yếu và chủ yếu được sử dụng tại tất cả các cơ sở y tế do đó việc sử dụng chế phẩm YHCT tại TYT đã dần trở nên quen thuộc với CBYT, tuy nhiên số chế phẩm được áp dụng tại TYT chưa đa dạng và kiến thức của CBYT về thuốc chế phẩm còn nhiều hạn chế, kết quả tại (Biểu đồ 3.7) cho biết kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của đối tượng đại diện cho cán bộ y tế, và chỉ số hiệu quả tại hai thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp. Sau can thiệp kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của nhóm cán bộ y tế được cải thiện rõ rệt, số cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 chế phẩm tăng từ 5,5% trước can thiệp lên 44,0% sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả đối với việc trả lời đúng từ 8 đến 10 chế phẩm là 700% và trả lời đúng 5 - 7 chế phẩm là 182,3 %, với $\bar{X} \pm SD$ chung của 03 tỉnh trước can thiệp $3,1 \pm 1,8$ và $\bar{X} \pm SD$ sau can thiệp $7,6 \pm 1,4$.

Cải thiện kiến thức về huyết của cán bộ y tế: Hiện nay, nhu cầu của người bệnh được sử dụng các phương pháp không dùng thuốc trong điều trị các chứng bệnh thông thường ngày càng nâng cao, chính vì vậy việc trang bị thêm kiến thức về huyết cho cán bộ tuyến y tế cơ sở là việc làm hết sức cần thiết, để cán bộ y tế cơ sở có thể xác định chính xác tên, vị trí, tác dụng của từng huyết, công thức huyết để điều trị một số bệnh thông thường, chúng tôi đã tổ chức tập huấn về kiến thức và thực hành cho cán bộ y tế, kết quả đó thể hiện qua các nội dung sau:

Kiến thức về huyết đầu mặt cổ: Sau can thiệp kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ của nhóm cán bộ y tế so với trước can thiệp được cải thiện rõ rệt, trước can thiệp chỉ có 01 cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 huyết, sau can thiệp có 10 người trả lời đúng, số người trả lời đúng từ 5 - 7 huyết chiếm tỷ lệ 35,2%, trước can thiệp chỉ chiếm tỷ lệ 7,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với số huyết trả lời đúng trung bình trước can thiệp là $1,69 \pm 1,9$ và sau can thiệp

5,09 ± 2,1 với $p < 0,05$, so sánh giữa xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kiến thức huyết vùng lưng: Kết quả bảng 3.41 cho thấy sau can thiệp kiến thức về huyết vùng lưng của nhóm cán bộ y tế cũng được cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp số cán bộ trả lời đúng từ 8 - 10 huyết chiếm 15,4%, trước can thiệp chỉ chiếm 1,1%, số trả lời đúng từ 5 - 7 huyết sau can thiệp cũng tăng từ 7,7% lên 45,1%. Chênh lệch phần % trước và sau can thiệp đối với việc trả lời đúng 8 - 10 huyết là 14,3% và 5-7 huyết là 37,4%, số huyết vùng lưng trung bình trả lời đúng trước can thiệp là $1,9 \pm 1,9$ và sau can thiệp là $5,6 \pm 2,2$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh giữa xã can thiệp và xã chứng, sau can thiệp số huyết vùng lưng trả lời đúng có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Kiến thức về huyết vùng tay và chân: Sau can thiệp kết quả cải thiện rõ rệt, trước can thiệp trung bình số huyết trả lời đúng vùng tay là $1,8 \pm 2,0$, sau can thiệp là $6,2 \pm 1,8$, số huyết trung bình trả lời đúng vùng chân trước can thiệp là $1,7 \pm 1,9$ và sau can thiệp là $6,0 \pm 1,9$. CSHQ đối với trả lời đúng từ 8 - 10 huyết vùng tay là 250.0%, và từ 5 - 7 huyết vùng tay là 640%. Qua kết quả sau can thiệp về kiến thức của các nhóm huyết cho thấy kiến thức về huyết vùng tay và chân của CBYT được cải thiện hơn so với nhóm huyết vùng đầu mặt cổ và vùng lưng.

Sau can thiệp kỹ năng về kê đơn thuốc được cải thiện: Qua bảng 3.44 về kỹ năng kê đơn thuốc YHCT, cho thấy mức điểm trung bình kỹ năng kê đơn thuốc sau can thiệp của cán bộ y tế của cả 03 xã cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp, trước can thiệp điểm trung bình về kỹ năng kê đơn thuốc YHCT của cả 03 xã là $4,0 \pm 1,6$, sau can thiệp là $6,4 \pm 1,3$ với ($p < 0,05$).

Kiến thức và kỹ năng kê đơn thuốc của CBYT được cải thiện là một yếu tố quan trọng góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT và tại cộng đồng.

Cải thiện về kỹ năng sử dụng các phương pháp không thuốc trong phòng và điều trị bệnh của nhóm cán bộ y tế: Như đã trình bày ở trên, ngày nay các phương pháp không dùng thuốc của YHCT đang dần chiếm ưu thế trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân thể hiện qua các phong trào dưỡng sinh chữa bệnh, ẩm thực trị liệu, tác động cột sống, xoa bóp bấm huyệt, xông, tắm...đòi hỏi CBYT cần phải có các kiến thức cơ bản và kỹ năng thực hành về các phương pháp này. Kết quả Bảng 3.44, sau can thiệp các kỹ năng xông hơi thuốc, kỹ năng đánh gió, xoa bóp, bấm huyệt và kỹ năng châm cứu của nhóm cán bộ y tế được cải thiện ở mức có ý nghĩa thống kê, trong các kỹ năng có kỹ năng xoa bóp bấm huyệt được cải thiện rõ rệt nhất.

Tư vấn là công việc mà người thầy thuốc thường kết hợp trong quá trình khám và điều trị người bệnh. Việc tư vấn của thầy thuốc phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng bệnh tật, khả năng đáp ứng điều trị của người thầy thuốc cũng như về tâm lý và hoàn cảnh kinh tế của người bệnh. Tiên lượng bệnh của thầy thuốc là khâu quan trọng trong việc tạo niềm tin cho người bệnh khi thầy thuốc lựa chọn YHCT để điều trị. Tư vấn cho người bệnh thường ít được các thầy thuốc chú trọng trong quá trình khám và điều trị bệnh do nhiều nguyên nhân nhưng một nguyên nhân quan trọng là CBYT thiếu kỹ năng tư vấn. Tư vấn không tốt sẽ ảnh hưởng đến việc tạo niềm tin và thu hút bệnh nhân đến với cơ sở y tế.

Qua bảng 3.45 về kỹ năng tư vấn của nhóm cán bộ y tế của 03 xã can thiệp, sau can thiệp kỹ năng tư vấn của nhóm cán bộ y tế được cải thiện, điểm trung bình trước can thiệp là $4,0 \pm 1,6$, sau can thiệp $6,2 \pm 1,3$, có ý nghĩa thống kê với chỉ số hiệu quả đối với các trường hợp đạt từ 8 đến 10 điểm là

240% và từ 5 đến 7 điểm đạt 203%. Kết quả cải thiện rõ rệt về kỹ năng tư vấn của CBYT của 03 xã can thiệp được coi là một yếu tố tích cực góp phần thu hút và làm tăng số bệnh nhân đến KCB tại TYT xã.

4.2.2. Kết quả can thiệp đối với người dân

Trong đề tài này, người dân tại cộng đồng cũng là một thành phần quan trọng góp phần cải thiện việc sử dụng YHCT tại TYT xã cũng như sử dụng YHCT tại cộng đồng. Để người dân có thêm kiến thức về YHCT, từ đó áp dụng trong việc phòng và điều trị một số chứng bệnh thông thường tại cộng đồng, chúng tôi đã tiến hành một số biện pháp can thiệp tại xã can thiệp và tiến hành đánh giá hiệu quả can thiệp tại xã can thiệp, xã chứng và đã thu được kết quả như sau:

Về tỷ lệ sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh: Tỷ lệ người dân tại cộng đồng đã sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh đã tăng lên từ 62,6% trước can thiệp lên 86,1% sau can thiệp, chỉ số hiệu quả có ý nghĩa thống kê 37,6%. So sánh xã can thiệp và xã chứng có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Trước can thiệp tỷ lệ người dân sử dụng các phương pháp không dùng thuốc của YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại cộng đồng là 49,1%, sau can thiệp tỷ lệ này là 80,4, chênh lệch trước và sau can thiệp là 31,3%, CSHQ là 31,2%, HQCT là 30,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp người dân tại cộng đồng đã hiểu biết hơn về YHCT, nhiều người đã chủ động áp dụng một số phương pháp đơn giản để phòng và điều trị bệnh và đạt hiệu quả cao. Từ kết quả trên cho thấy, đây cũng là một cơ sở khoa học để minh chứng cho một luận điểm, một giải pháp can thiệp làm giảm tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế tuyến trên như hiện nay thì cần tăng cường đầu tư nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cho tuyến xã, đặc biệt là trang bị cho người dân các kiến thức để tự phòng bệnh, tự bảo vệ, chăm sóc để nâng cao sức khỏe.

Về kiến thức cây thuốc của người dân, kết quả Biểu đồ 3.8 cho thấy tỷ lệ người dân chỉ trả lời đúng từ 5 - 9 cây từ 70,8% trước can thiệp, đã giảm còn 0,0% sau can thiệp. Sau can thiệp, tỷ lệ người dân trả lời đúng từ 18 - 20 cây thuốc đạt cao nhất 69,1%, tiếp đến là trả lời đúng 15 -17 cây chiếm 27,4% với $\bar{x} \pm SD$ trước can thiệp là $7,68 \pm 3,11$ và sau can thiệp $17,51 \pm 1,7$. Kết quả trên cho thấy, các nội dung can thiệp về cây thuốc đối với nhóm người dân mang tính khả thi và đạt hiệu quả tương đối cao, đây cũng là một cơ sở để đề xuất cho việc phát triển YHCT tại cộng đồng trong thời gian tới.

Các phương pháp phòng và điều trị bệnh thông thường từ lâu đã được bà con các dân tộc người Việt Nam sử dụng để chăm sóc sức khỏe, đây cũng là một nét độc đáo trong tri thức bản địa của người Việt Nam cần được duy trì. Để tăng cường việc sử dụng các phương pháp không dùng thuốc, nâng cao hiệu quả của các phương pháp này trong CSSK tại cộng đồng, chúng tôi đã tiến hành bồi dưỡng, tập huấn và tổ chức một số buổi thực hành cho người dân tại cộng đồng của các xã nghiên cứu, kết quả thể hiện tại số liệu bảng 3.49 cho thấy kết quả so sánh trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng về kiến thức cây thuốc cho thấy trước can thiệp số người trả lời đúng từ 18-20 cây thuốc chỉ chiếm 0,8%, sau can thiệp là 69,1%, với CSHQ là 8,537%, HQCT là 8,362%. Tại xã chứng trước và sau thời điểm diễn ra hoạt động can thiệp, kiến thức về cây thuốc của người dân ít có sự khác biệt

Kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp xông, ở nhóm đối chứng cho thấy tỷ lệ trả lời đúng ở các mức ít có sự khác biệt. CSHQ của phương pháp xông nhóm chứng là 10,4%, đối với nhóm can thiệp là 270%, HQCT của phương pháp xông là 268,2%.

Kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp đánh gió của người dân với CSHQ ở nhóm chứng là 1,4% , nhóm can thiệp là 135,5%, HQCT phương pháp đánh gió là 134,1%.

Về kỹ năng thực hiện một số động tác để thực hiện thủ thuật xoa bóp, sau can thiệp kỹ năng này được cải thiện rõ rệt với các chỉ số như sau: Trước can thiệp số người dân chỉ thực hiện đúng <50% của các động tác còn chiếm tỷ lệ cao lần lượt là xoa 87,4%, lăn 84%, bóp 78,6%, bấm huyết 78,9%, vận động 80,4%, sau can thiệp các tỷ lệ này được cải thiện rõ rệt, số người thao tác đúng <50% giảm đáng kể xoa 15,8%, lăn 12,4%, bóp 13,3%, bấm huyết 5,1%, vận động 11,4%. Sau can thiệp số người dân thực hiện các động tác đúng $\geq 80\%$ tăng, cụ thể: Xoa 35,2%, lăn 39,0%, bóp 40,3%, bấm huyết 37,8%, vận động 42,8%.

Cải thiện về công tác truyền thông: Thông qua các hình thức tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng, các buổi sinh hoạt chuyên đề, lồng ghép trong các chương trình sinh hoạt của các tổ chức Hội... về vai trò và tác dụng của YHCT trong chăm sóc sức khỏe trong thời gian diễn ra các hoạt động can thiệp, kết quả nghiên cứu định lượng sau can thiệp cho thấy đa số người dân đại diện cho hộ gia đình trong các địa phương can thiệp đã áp dụng các kiến thức được học vào trong cuộc sống hàng ngày.

Thông qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu sau can thiệp cho thấy, đại đa số người dân trong nhóm được can thiệp đã áp dụng một số phương pháp chữa bệnh thông thường khi bản thân hoặc người nhà mắc bệnh. Có đến 85,0% số người tham gia thảo luận nhóm đã sử dụng nôi nước xông, hoặc đánh gió khi bị cảm, 70,0% số người được hỏi cho rằng đã sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyết để điều trị bệnh đau đầu, đau lưng, đau vai gáy và đạt kết quả rất khả quan, người dân đã rất tin tưởng vào YHCT.

Từ các kết quả trên cho thấy công tác tuyên truyền thực sự đã phát huy hiệu quả tại các địa bàn can thiệp.

Để đánh giá một cách khách quan về hiệu quả can thiệp đối với nhóm người dân, chúng tôi đã đánh giá trước và sau can thiệp của các xã can thiệp

và các xã chứng trên địa bàn nghiên cứu, kết quả tại bảng 3.52. cho thấy so sánh trước - sau can thiệp về “Kiến thức trả lời đúng 18 - 20 cây” của nhóm đối chứng chênh lệch là 0,7%, đối với nhóm can thiệp tỷ lệ chênh trước - sau can thiệp là 68,3. Hiệu quả can thiệp đối với việc trả lời đúng từ 18 - 20 cây thuộc là 8.362%. Kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp xông, đánh gió ở nhóm đối chứng cho thấy tỷ lệ trả lời đúng ở các mức ít có sự khác biệt. Trong khi đó kết quả so sánh trước - sau can thiệp về kiến thức phương pháp xông, đánh gió của dân ở nhóm can thiệp cho thấy tỷ lệ trả lời đúng ở các mức đều có sự khác biệt rõ rệt. Tỷ lệ chênh lệch sau - trước về trả lời đúng ≥ 80 đối với phương pháp Xông 35,9%, Đánh gió 27,1%. Hiệu quả can thiệp của phương pháp xông là 259,6% và phương pháp đánh giá là 123,2%

4.2.3. Kinh nghiệm rút ra trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp tại 03 xã đại diện cho 03 tỉnh:

- Được sự ủng hộ nhiệt tình của ngành y tế và các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể do đó việc tiến hành thành lập Ban chỉ đạo xây dựng xã điểm về YHCT và xây dựng kế hoạch hoạt động cụ thể rất thuận lợi. Đây chính là cơ sở bước đầu để triển khai các hoạt động can thiệp tiếp theo.

- Hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về phát triển y dược cổ truyền tại tuyến y tế cơ sở tương đối đầy đủ; tài liệu tập huấn tuyên truyền dễ hiểu, dễ tiếp cận với người dân tại cộng đồng.

- Tranh thủ được sự hỗ trợ và tạo điều kiện về kinh phí của Bộ Y tế, ngành y tế và chính quyền địa phương để tổ chức tập huấn, tài liệu tuyên truyền, đầu tư một số trang thiết bị khám và điều trị bằng YHCT, kinh phí mua thuốc YHCT (bao gồm cả vị thuốc và thuốc chế phẩm), hỗ trợ xây dựng vườn thuốc và tuyên truyền trên phương tiện thông tin đại chúng tại địa phương.

- Được sự đồng thuận về quan điểm, thái độ và niềm tin của người dân tại cộng đồng đối với việc sử dụng thuốc YHCT trong phòng và điều trị bệnh.

- Khi triển khai mô hình xã điểm về YHCT chúng tôi đã vận dụng linh hoạt một số kinh nghiệm trong quá trình xây dựng xã điểm YHCT tại một số tỉnh miền Bắc. Trong quá trình triển khai mỗi địa phương lại có nét đặc thù riêng: Tại Bình Định, Trung tâm Y tế huyện Tây Sơn đã tham mưu cho UBND huyện ban hành được Kế hoạch hành động riêng của huyện để triển khai thực hiện Quyết định 2166/QĐ-TTg ngày 30/11/2010 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020 [48]. Tại xã Tây Bình huyện Tây Sơn tỉnh Bình Định đã hợp đồng với một lương y có kinh nghiệm và uy tín trên địa bàn để triển khai hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Trạm y tế xã. Trong quá trình đồng chí lương y hoạt động tại trạm, trưởng trạm đã bố trí cho cán bộ phụ trách YHCT cùng phối hợp khám chữa bệnh bằng YHCT và học nghề trực tiếp thông qua hình thức cầm tay chỉ việc, chính vì vậy sau 12 tháng can thiệp, tại xã này tỷ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị bằng YHCT đã chiếm tỷ lệ trên 30%, số bệnh nhân được sử dụng thuốc thang cũng tăng lên một cách đáng kể.

Tuy nhiên trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp cũng gặp phải một số khó khăn như:

- Tại Trạm y tế xã Sơn Trường huyện Hương Sơn, Hà Tĩnh thiếu nhân lực YHCT, cán bộ được bố trí làm công tác YHCT trong quá trình triển khai mô hình, tiếp tục đi học thêm về chuyên ngành YHCT, tại TYT xã không bố trí được lương y khám chữa bệnh, do đó sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân được khám và điều trị bằng YHCT/ tổng số bệnh nhân điều trị tại trạm chỉ đạt 26,0 %, chưa đạt chỉ tiêu đặt ra.

- Trạm y tế Tây Bình và trạm y tế Sơn Trường toàn bộ cơ sở vật chất của trạm đã xuống cấp do đó phần nào gây ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh tại TYT trong đó có hoạt động YHCT.

- Kinh phí phục vụ cho hoạt động can thiệp không có nguồn ổn định, giá thuốc YHCT tăng cao, việc sử dụng vị thuốc YHCT tại trạm chưa được

BHYT thanh toán, do đó khi kết thúc can thiệp sẽ khó khăn trong việc duy trì các hoạt động khám chữa bệnh bằng thuốc YHCT tại trạm.

- Tài liệu tuyên truyền về YHCT còn quá ít về số lượng, nội dung còn nghèo nàn, các hình thức tuyên truyền chưa phong phú.

4.2.4. Kết quả can thiệp đối với việc xây dựng văn bản quản lý nhà nước và các tài liệu chuyên môn về YHCT

Thông qua việc đánh giá thực trạng và triển khai các hoạt động can thiệp về tăng cường sử dụng YHCT tại TYT xã và hộ gia đình cho thấy, hiện nay, một số văn bản liên quan đến phát triển YHCT tại tuyến xã có nhiều điểm không còn phù hợp với thực tiễn, các tài liệu chuyên môn về YHCT dành cho tuyến y tế cơ sở và cộng đồng còn thiếu. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi đã tham mưu cho Lãnh đạo Bộ Y tế để tổ chức xây dựng và trình ban hành được một số các tài liệu sau:

Quyết định số 4664/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tranh cây thuốc mẫu sử dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [117].

Quyết định số 4671/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tranh Châm cứu sử dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [118].

Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2020 [119].

Quyết định số 647/QĐ-BYT ngày 14 tháng 2 năm 2015, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Tiêu chí xác định xã tiên tiến về Y, dược cổ truyền” [116].

Hiện tại chúng tôi đang xây dựng tài liệu “Hướng dẫn sử dụng y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ban đầu” và “Tài liệu hướng dẫn người dân sử dụng y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe”, các tài liệu này đã được

Hội đồng chuyên môn của Bộ Y tế thẩm định, tổ thư ký đang chỉnh sửa hoàn thiện đề trình Lãnh đạo Bộ Y tế ký ban hành trong thời gian tới.

4.2.5. Hạn chế của nghiên cứu

Trong nghiên cứu này đã chọn TYT và hộ gia đình để can thiệp, tuy nhiên do cán bộ làm công tác y tế tại xã với số lượng ít, mỗi TYT chỉ có từ 5-7 cán bộ thuộc biên chế, các đối tượng còn lại được đưa vào nghiên cứu chủ yếu là cán bộ y tế đã về hưu, y tế thôn bản chính vì vậy nghiên cứu để can thiệp đối với nhóm cán bộ y tế với cỡ mẫu nhỏ.

Do kinh phí nghiên cứu hạn chế, vì vậy chưa cung cấp đủ số vị thuốc và chế phẩm thuốc YHCT trong suốt quá trình can thiệp, trong đề tài này mới chỉ hỗ trợ thuốc trong thời gian từ 6 tháng đến 01 năm (Phụ thuộc vào số lượng bệnh nhân đến điều trị tại TYT), đây cũng là một hạn chế của đề tài.

Nhân lực làm công tác về YHCT tại các xã can thiệp chưa ổn định, trong quá trình can thiệp một số cán bộ tại trạm được phân công đảm nhiệm công tác khám chữa bệnh bằng YHCT tại trạm lại được bố trí đi đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn, do đó phần nào ảnh hưởng đến việc sử dụng YHCT trong khám và điều trị tại TYT.

Nghiên cứu được thực hiện tại 03 tỉnh, địa bàn rộng, các xã được điều tra và can thiệp khoảng cách quá xa nhau do đó chưa đảm bảo đúng thời gian theo lộ trình đặt ra.

KẾT LUẬN

Từ những kết quả của nghiên cứu, xin đưa ra những kết luận sau:

1. Thực trạng về nguồn lực và sử dụng dịch vụ YHCT tại tuyến xã ở 03 tỉnh nghiên cứu.

- Nguồn lực hạn chế:

Thiếu cán bộ YHCT: Tại 27 TYT xã nghiên cứu không có BS YHCT, y sỹ YHCT chiếm tỷ lệ 7,0%. Chưa có định biên cho cán bộ làm công tác YHCT tại TYT.

Kiến thức về YHCT của cán bộ y tế xã còn hạn chế: Kiến thức về cây thuốc chỉ đạt mức trung bình, kiến thức về các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của YHCT chỉ đạt mức trung bình yếu, số huyết trung bình vùng đầu mặt cổ trả lời đúng là $5,09 \pm 2,09$.

Cơ sở vật chất xuống cấp (66,7%), số trạm y tế có phòng khám YHCT riêng biệt chỉ chiếm 59,3%, có giường châm cứu, xoa bóp là 51,9%, có bàn cân thuốc thang 44,4%.

Trang thiết bị, thuốc YHCT, kinh phí dành cho hoạt động YHCT còn thiếu.

Kiến thức về YHCT của người dân còn nhiều bất cập: Tỷ lệ người trả lời đúng từ 8 -10 cây thuốc chỉ chiếm 2,2%, số trả lời đúng dưới 5 cây chiếm 72,6%. Số người dân có kiến thức về phương pháp không dùng thuốc ở mức trung bình yếu còn chiếm tỷ lệ trên 60%.

- Hoạt động chưa đáp ứng:

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT/tổng số khám chữa bệnh chung chỉ chiếm tỷ lệ 18,3%.

Số trạm có triển khai bốc thuốc YHCT cho người bệnh chỉ đạt 44,4%, tỷ lệ người bệnh sử dụng thuốc thang/tổng số người bệnh được điều trị bằng YHCT chỉ đạt 12,1%.

Danh mục thuốc YHCT tại TYT được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán còn chiếm tỷ lệ thấp.

Công tác tuyên truyền của TYT về việc sử dụng YHCT trong CSSK: Số TYT có tổ chức hoạt động tuyên truyền mang tính đại chúng chỉ đạt 14,8%, 85,2% số TYT không triển khai công tác này.

Có 92% người dân muốn sử dụng YHCT, tuy nhiên chỉ có 65,9% người dân đã sử dụng YHCT trong thời gian 6 tháng.

2. Đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp cải thiện sử dụng YHCT của TYT xã và của hộ gia đình.

Cơ sở vật chất của TYT được cải thiện: 03 TYT được đầu tư về cơ sở vật chất, các trang thiết bị và thuốc YHCT.

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT trước can thiệp là 20,0%, sau can thiệp là 33,7%, hiệu quả can thiệp tỷ lệ sử dụng YHCT là 66,2%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kiến thức về cây thuốc, các phương pháp không dùng thuốc, và kiến thức về chế phẩm thuốc YHCT của nhóm cán bộ y tế xã can thiệp được cải thiện với hiệu quả can thiệp lần lượt là: 441,5%, 850%... và 700% sự khác biệt trước và sau can thiệp và xã chúng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kỹ năng kê đơn và thực hành các phương pháp không dùng thuốc của nhóm cán bộ y tế, sau can thiệp các kỹ năng này đều được cải thiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tất cả các kỹ năng nêu trên với $p < 0,05$.

Sau can thiệp tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong CSSK tại cộng đồng tăng từ 62,6 lên 86,1%, với CSHQ là 37,6%. Tỷ lệ người dân sử dụng các phương pháp không dùng thuốc tăng từ 49,1% lên 80,4%, với CSHQ là 37,6%.

Kiến thức và kỹ năng thực hành của người dân xã can thiệp được cải thiện rõ rệt so với nhóm đối chứng với hiệu quả can thiệp kiến thức cây thuốc là 8.362, phương pháp xông là 259,6% và phương pháp đánh gió là 123,2%.

Vườn thuốc nam tại TYT được cải thiện, từ chỗ chưa có hoặc chỉ có vườn thuốc mang tính hình thức đã xây dựng được vườn thuốc nam theo đúng quy định, đáp ứng công tác truyền thông tại TYT

Chính quyền địa phương, CBYT và người dân đã thay đổi quan điểm và nhận thức tốt về vai trò và tầm quan trọng của YHCT trong CSSK.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường sự lãnh đạo của các cấp Ủy đảng, chính quyền, các ban ngành đoàn thể trong công tác đẩy mạnh phát triển YDCT tại địa phương.
2. Ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn chi tiết đầu tư nguồn lực cho trạm y tế về YHCT gồm :
 - Nhân lực mỗi trạm y tế biên chế ít nhất 01 cán bộ chuyên trách YHCT có trình độ Y sỹ trở lên.
 - Cơ sở hạ tầng
 - Trang thiết bị y tế
 - Vườn thuốc Nam
 - Kinh phí hoạt động thường xuyên(Đảm bảo tỷ lệ từ 30% đến 40% tương ứng với tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT theo quy định tại Quyết định 2166/QĐ-TTg)
3. Xây dựng kế hoạch và hướng dẫn chi tiết triển khai công tác truyền thông về kiến thức và kỹ năng sử dụng YHCT an toàn, hiệu quả và hợp lý cho cộng đồng. Tăng cường các đầu sách, ấn phẩm, tài liệu cho công tác bồi dưỡng và tuyên truyền về sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở.
4. Triển khai mở rộng mô hình can thiệp tăng cường sử dụng YHCT tại trạm y tế, hộ gia đình và nhân rộng.
5. Tăng cường năng lực và phối kết hợp giữa Hội Đông y, Hội Châm cứu và các hội nghề nghiệp và các ban ngành đoàn thể trong triển khai và phát triển YHCT tại địa phương.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Hoàng Thị Hoa Lý, Phạm Vũ Khánh (2015),** “Thực trạng sử dụng y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng ở tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định”, *Tạp chí y học thực hành*, số 2, (952), tr 73-77
- 2. Hoàng Thị Hoa Lý, Phạm Vũ Khánh (2015),** “ Hiệu quả can thiệp cải thiện sử dụng y học cổ truyền tại trạm y tế xã của tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định”, *Tạp chí y học thực hành*, số 3 (953) , tr 66- 69

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (1998). “Fifty years of the world health organization in the Western Pacific Region (1948-1998)”, *Report of the Region Direct to the Regional committee for the Western Pacific*, Chapter 13.
2. Bộ Y tế (1999). *Tờ trình số 3774/TTr-BYT trình Thủ tướng Chính phủ ban hành Chính sách Quốc gia về y dược học cổ truyền*, Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (1999). *Định hướng chiến lược kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại tại địa bàn xã*. Chương trình hợp tác Việt Nam -Thụy Điển
4. Bộ Y tế (2001). *Điều tra thực trạng nhân lực và trang thiết bị y tế cơ sở Việt Nam tại 7 tỉnh triển khai dự án nâng cao năng lực quản lý ở các tuyến*. Chương trình hợp tác Bộ Y tế - Tổ chức Y tế thế giới (2001).
5. Regional strategy For traditional medicine in the Western Pacific (2011-2020).
6. Thủ tướng Chính phủ (2010). *Ban hành kế hoạch hành động của chính phủ về phát triển YDCT Việt Nam đến năm 2020*, Quyết định số 2166/QĐ-TTg ngày 30/11/2010.
7. WHO (1978). Tuyên bố Alma-Ata. *Hội nghị quốc tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu*, Alma-Ata, USSR, 6-12/9/1978.
(http://www.TCYTTG.int/publications/almaata_declaration_en.pdf accessed 7 April 2011)
8. WHO (1978). *Đề cao và phát triển YHCT*, báo cáo kỹ thuật 662, Geneva Tr 5-14
9. Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, Tổ chức Y tế thế giới (2009). *Thuật ngữ YHCT của tổ chức y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương*.
10. Đặng Kim Thanh (2013). Bàn về tên gọi chuyên ngành y học cổ truyền. *Tạp chí Nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam* số 39.

11. Traditional Medicine Survey (1997). *Traditional Medicine Workshop "Save Plants that Save Lives" Report of Proceedings*, App., pp. 10.
12. World Health Organization (2000). *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998-1999)*, Harare, WHO Regional Office for Africa.
13. Nguyễn Khang và CS (2009). *YHCT của một số nước trên thế giới. NXB y học 2009.*
14. Parul Agarwal^{1*}, Amreen Fatima¹ and Prem Prakash Singh¹ (2012). *Herbal Medicine Scenario in India and European Countries*, Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry.
15. Bộ Y tế (2010). *Hội nghị YHCT các nước ASEAN lần thứ 2, lồng ghép YHCT vào hệ thống CSSK quốc gia, hướng tới các mô hình khả thi tại các nước ASEAN.* Hà Nội năm 2010.
16. Cam Pu Chia (2004). *Traditional medicine of Cambodia. Introduction to Korean oriental medicine*, July, 8-21,2004
17. WHO (2012). *Health Service Delivery Profile – Cambodia*
18. Khan Phanh, Ministry of health of Lao (2004). *The Lao Traditional medicine, Introduction to Korean oriental medicine*, năm 2004, pp 81-84.
19. Myanmar Ministry of Health (2010). *Integration traditional medicine in Health care system*, Country report in the 2nd international traditional medicine conference of Asean countries.
20. WHO (2012). *Health Service Delivery Profile - Philippines*
21. Bộ Y tế (2012). *Dự án cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế thông qua việc cung cấp túi thuốc YDCT tại các xã điểm Việt Nam.* Hà Nội năm 2012
22. Thai Ministry of Health (2010). *Integration traditional medicine in Health care system*, Country report in the 2nd international traditional medicine conference of Asean countries

23. China (2005). Protecting the health and constant development of traditional medicine legally.
24. CHEN F P, CHEN T J, KUNG YY (2007). Et al, Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan [J]. *BMC Health Services Research*, 2007, 7 (26).
25. Nghiem Hoa Quoc (2010). *Situation analysis provide Chinese medical services in 10 provinces, cities, special areas of China during the period 2004-2007*. Masters Thesis, University of Chinese medicine in Beijing, China.
26. Vongo R. (1999). *Local production and dispensing of herbal antimalarials*, A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8-11 December 1999.
27. Margie Mason (2013). The Associated Press Published Monday, May 6, 2013
28. World Health Organization (2002), *WHO traditional medicine strategy, 2002-2005* (document WHO/ EDM/ TRM/2002.1). Geneva, World Health Organization
29. WHO (2004). *Implementation of the Regional Strategy on Promoting the Role of traditional Medicine for Health Systems*, World Health Organization, Regional Office for Africa, Traditional Medicine Programme pp 1-9.
30. WHO (2008). Traditional Medicine, Retrieved 3 July 2008
31. Dawson M.T, Gifford S, Amezquita R (2005). *Culture, Health & Sexuality Journal*, volume 2, Number 1, 1 January 2005, pp.51-68 (18)
32. United Nations Conference on Trade and Development (2000). *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices*, Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, TD/B/COM.1/EM.13/2.

33. Nguyễn Văn Đoàn (2000). Tình hình dị ứng thuốc tại khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai trong 20 năm (1981-2000). <http://www.cimsi.org.vn/tapchi/sottyd/>
34. Barnes J, Mills SY, Abbot NC, Willoughby M, Ernst E (1998). Different standards for reporting ADRs to herbal remedies and conventional OTC medicines: face-to-face interviews with 515 users of herbal remedies. *Br J Clin Pharmacol*; 45(5): 496-500
35. Japan (2005). Traditional medicine in Japan, By Ministry of Health, Labour and Welfare 21.10.2005, PP 25-28.
36. Bộ Y tế (2012). *Tổng hợp tình hình ngộ độc thuốc cam tại bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nhi Trung ương*. Tài liệu báo cáo về tình hình ngộ độc thuốc cam năm 2012.
37. Lê Trần Đức (1995). *Lịch sử Y học cổ truyền Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
38. Thủ tướng Chính phủ (1956). *Nghị Định số 338/TTg, ngày 07/6/1956 về việc thành lập Viện nghiên cứu Đông y trực thuộc Bộ Y tế*.
39. Nguyễn Liên (1994). YHCT Việt Nam với ăn, uống trong chăm sóc sức khoẻ công đồng, *Thông tin y học cổ truyền*, số 65, tr 29-41.
40. Hội đồng Chính phủ (1978). *Nghị quyết số 266/CP, ngày 19/10/1978 về việc phát triển YDHCT, kết hợp chặt chẽ với YHHD nhằm xây dựng nền YHVN hiện đại khoa học dân tộc và đại chúng*.
41. Hoàng Đình Cầu (1985). *Quản lý và Chăm sóc sức khoẻ ban đầu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, năm 1985.
42. Hoàng Bảo Châu (1991). Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khoẻ, *Thông tin Y học cổ truyền dân tộc*, số 63, tr 5,6.

43. Phạm Hưng Cung (1996). *Nghiên cứu ứng dụng xã hội hoá YHCT trong CSSKBĐ tại cộng đồng trong nền kinh tế thị trường*, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
44. Thủ tướng Chính phủ (2003). *Quyết định số 222/2003/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chính sách Quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010*.
45. Ban Bí thư Trung ương Đảng (2008). *Chỉ thị số 24/CT-TW về phát triển nền Đông y Việt nam và hội Đông y trong tình hình mới*.
46. Bộ Y tế (2011). *Tổng kết chính sách quốc gia về YDCT 2003 - 2010, triển khai Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt nam đến năm 2020*, Hà Nội tháng 5 năm 2011, tài liệu Hội nghị tổng kết chính sách quốc gia về YDCT.
47. Trần Thị Hồng Phương và cộng sự (2012). *Nghiên cứu thực trạng tình hình cung ứng sử dụng và đề xuất giải pháp sử dụng hợp lý dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu trong bệnh viện y dược cổ truyền*, Đề tài cấp Bộ
48. Bộ Y tế (2013). *Niên giám thống kê y tế 2012*.
49. Bộ Y tế (2013). *Đề án tăng cường y tế cơ sở trong tình hình mới*, Đề án Bộ y tế trình Thủ tướng Chính phủ.
50. Thủ tướng Chính phủ (2014). *Nghị định 117/NĐ-CP ngày 08 tháng 12 năm 2014, Nghị định quy định về y tế xã, phường, thị trấn*.
51. Bộ Y tế (2006). *Sơ kết 3 năm triển khai thực hiện Quyết định 222/2003/QĐ - TTg của Chính phủ phê duyệt chính sách quốc gia về Y dược học cổ truyền đến năm 2010*, tài liệu Hội nghị của Bộ Y tế
52. 张忠元, 王子寿, 肖 蕾. 我国农村中医药服务现状及研究进展. 中国卫生事业管理. 2008 (8). P:550-552.
Trương Trung Nguyên và Cs (2008). *Nghiên cứu quá trình và hiện trạng Trung y dược phục vụ ở nông thôn Trung Quốc*, tạp chí Quản lý Bộ Y tế TQ, số 8, trang: 550-552.

53. Vu Trinh Tiên (1999 - 2002). *Nghiên cứu về y Trung y dược phục vụ nông thôn Trung Quốc*, tạp chí Quản lý Bộ Y tế TQ, số 8, trang: 550-552.
54. WHO (2010). *Introduce several effective models on promoting utilization of traditional medicine in health care*, Report in the 2nd international traditional medicine conference of Asean countries.
55. 严华国(2010), 2004—2007年十省(区、市)社区中医药服务情况分析, 北京中医药大学硕士学位论文
Nghiem Hoa Quốc (2010). *Phân tích thực trạng cung cấp dịch vụ Trung y dược ở 10 tỉnh, thành phố, đặc khu của TQ trong khoảng thời gian 2004 - 2007*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Trung y dược Bắc Kinh, Trung Quốc.
56. 廖星,张惠敏,王玉霞,刘建平(2011),北京民众对中医看法的简易调查分析, 北京中医药大学学报, 第34卷第1期, 18-22页
Liêu Tinh, Trương Huệ Mẫn, Vương Ngọc Hà, Lưu Kiến Bình (2011). *Nghiên cứu thái độ của người dân Bắc Kinh đối với YHCT TQ*, tạp chí Đại học Trung y dược Bắc kinh, Vol 34 No 1, pp 18-22
57. Nippon Foundation (2010). *Report on using traditional medicine boxes for primary health care in Mongolia communities*, Report in the 2nd international traditional medicine conference of Asean countries
58. WHO (2010). *Introduce several effective models on promoting utilization of traditional medicine in health care*, Report in the 2nd international traditional medicine conference of Asean countries.
59. Huang N, Chou YJ, Chen LS, Lee CH, Wang PJ, Tsay JH (2011). *Utilization of Western medicine and traditional chinese medicine services by physicians and their relatives: the role of training background*, National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA.

60. Namgay Lhamo, Sabine Nebel (2011). Perceptions and attitudes of bhutanese people on Sowa Rigpa, traditional bhutanese medicine: a preliminary study from Thimphu, *Journal of Ethnobiology and ethnomedicin*.
61. Razak Mohammed Gyasi (2011). *Public Perceptions of the Role of Traditional Medicine in the Health Care Delivery System in Ghana*, *Global Journal of Health Science* Vol. 3, No. 2; October 2011
62. Duong Duc Pham, Jong Hyang Yoo, Binh Quoc Tran, Thuy Thu Ta (2013). *Complementary and Alternative medicine use among Physicians in Oriental medicine Hospital in Vietnam: a hospital –based survey*, Hindawi Publishing Corporation *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Volume 2013, Article ID 392191, 9 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/392191>
63. Đỗ Thị Phương (2005). Kiến thức, Thái độ và Thực hành sử dụng YHCT của cán bộ y tế huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí y học thực hành* số 12 năm 2005, tr 74-76.
64. Phan Thị Hoa (2003). *Nghiên cứu về đánh giá kiến thức thái độ hành vi sử dụng YHCT ở một số cộng đồng dân cư tỉnh Ninh Bình*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
65. Tôn Thị Tịnh (2007). *Đánh giá thực trạng kiến thức thực hành về YHCT của y bác sỹ YHCT tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ y học - Trường Đại học Y Hà Nội
66. Hoàng Thị Hoa Lý (2006). *Khảo sát thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng YHCT ở một số địa phương tỉnh Bắc Ninh*, Luận Văn Thạc sĩ y học - Đại học Y Hà Nội.

67. Phạm Phú Vinh (2012). *Nghiên cứu thực trạng YHCT Lạng Sơn và đề xuất một số giải pháp để phát triển YHCT Lạng Sơn*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
68. Phạm Vũ Khánh và cộng sự (2008). *Thực trạng sử dụng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc YHCT ở các tỉnh phía Bắc*, đề tài cấp Bộ 2006 - 2008.
69. Phạm Thị Thanh Thủy (2013). *Thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng thuốc y học cổ truyền của tuyến y tế cơ sở thuộc tỉnh Nam Định*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
70. Đỗ Thị Phương (1996). *Nghiên cứu hiện trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền và các tác dụng điều trị của 8 chế phẩm thuốc nam ở một số cộng đồng nông thôn*, Luận án Phó tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
71. Trần Thúy và cs (1999). *Nghiên cứu việc sử dụng và quan niệm của người dân về YHCT*, Hà Nội.
72. Trần Thúy và cs (2002). *Tình hình Y học cổ truyền của một tỉnh đồng bằng sông Hồng*, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001-2002*, tr. 120
73. Thái Thế Vinh (1999). *Khảo sát thực trạng sử dụng YHCT ở ba xã miền núi thuộc huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ khoa học y dược.
74. Phạm Nhật Uyển (2002). *Thực trạng sử dụng YHCT tại tỉnh Thái Bình*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 42,60.
75. Trương Thị Thu Hồng (2004). *Điều tra thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền cho chăm sóc sức khỏe của người Hmong xã sapa, huyện Sapa tỉnh Lào Cai*, Luận văn thạc sĩ y khoa Học viện Quân y
76. Nguyễn Hoàng Sơn (2007). *Thực trạng nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT và khả năng đáp ứng về nhân lực của Quận Long Biên Hà Nội*, Luận văn Thạc sĩ y khoa Học viện Quân y

77. Lê Văn Dũng (2007). *Nghiên cứu thực trạng hoạt động nghề của một số cơ sở YHCT tư nhân tại tỉnh Hải Dương*, Luận văn Thạc sĩ y khoa Học viện Quân y.
78. Trần Đức Tuấn (2012). *Thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tuyến xã phường thuộc tỉnh Hải Dương*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
79. Phạm Vũ Khánh, Hoàng Thị Hoa Lý và cs (2014). *Điều tra tổng thể hoạt động YHCT Việt Nam và các giải pháp phát triển*, Đề tài cấp Bộ.
80. Đỗ Thị Phương, Lê Minh Phương, Trần Quốc Tuấn (2011). *Đánh giá hiệu quả mô hình tăng cường sử dụng YHCT chăm sóc và hỗ trợ điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng thông qua hoạt động của Tuệ Tĩnh đường*, Tạp chí Nghiên cứu YDHCT Việt Nam số 30 tháng 6 năm 2011, tr 7-15.
81. Phan Văn Tường (2002). *Nghiên cứu xây dựng mô hình công tư phối hợp trong hệ thống bệnh viện*, Luận án tiến sĩ y học - Học viện Quân Y.
82. Lê Văn Bào (2002). *Nghiên cứu hoạt động hành nghề y tư nhân ở Hà Nội, đề xuất mô hình quản lý hành nghề y tư nhân ở tuyến xã*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
83. Phạm Thông Minh (2004). *Xây dựng và đánh giá bước đầu mô hình YHCT theo hướng xã hội hoá tại xã Ninh Mỹ huyện Hoa Lư tỉnh Ninh Bình*, Luận văn Thạc sĩ y khoa - Trường Đại học Y Hà Nội.
84. Đỗ Thị Phương (2004). *Đánh giá hiệu quả chương trình đào tạo YHCT hướng cộng đồng cho y tế thôn bản tại huyện Phú Lương - tỉnh Thái Nguyên*, Tạp chí y học thực hành số 12 năm 2002, tr 25-28.
85. Phạm Việt Hoàng (2013). *Thực trạng y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

86. Bộ Y tế (2012). *Tổng hợp báo cáo của các địa phương về kết hợp giữa Trạm y tế và Hội Đông y trong hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT*. Tài liệu đánh giá việc thực hiện Nghị quyết liên tịch Bộ Y tế và hội Đông Y Việt Nam
87. Nguyễn Vũ Uý (2008). *Thực trạng cung cấp và sử dụng đông dược tại các cơ sở hành nghề y dược cổ truyền tư nhân trên địa bàn thành phố Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y khoa- Trường Đại học Y Hà Nội.
88. Hà Tĩnh (2011). Wikipedia tiếng Việt
89. Thừa Thiên Huế (2011). Wikipedia tiếng Việt
90. Bình Định (2011). Wikipedia tiếng Việt
91. Sở Y tế Hà Tĩnh (2011). *Báo cáo tổng kết công tác YHCT năm 2011*, Hà Tĩnh năm 2011.
92. Sở Y tế Thừa Thiên Huế (2011, 2012, 2013). *Báo cáo tổng kết công tác năm 2011, 2012, 2013*.
93. Sở Y tế Bình Định (2011). *Báo cáo tổng kết công tác năm 2011*
94. Ban Bí thư TW (2002). *Chỉ thị của Ban Bí thư về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở*, Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư.
95. Bộ Y tế (2011), *Quyết định số 3447/QĐ-BYT ngày 22/9/2011, của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 - 2020*.
96. Bộ Y tế (2001), *về việc ban hành Tiêu chuẩn xã tiên tiến về y học cổ truyền*, Công văn số 5123/YT-YH ngày 1 tháng 7 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
97. Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Định (2011). *Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền tỉnh Bình Định đến năm 2020*, Quyết định số 240/QĐ-UBND ngày 16 tháng 5 năm 2011.

98. Ủy ban nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế (2012). *Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế đến năm 2020*, Kế hoạch số 104/KH-UBND ngày 07 tháng 12 năm 2012.
99. Ủy ban nhân dân tỉnh Hà Tĩnh (2014). *Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền tỉnh Hà Tĩnh đến năm 2020*, Quyết định số 770/QĐ-UBND ngày 25 tháng 3 năm 2014.
100. Ủy ban nhân dân huyện Tây Sơn (2012). *Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền huyện Tây Sơn đến năm 2020*, Quyết định số 503/QĐ-UBND ngày 24 tháng 4 năm 2012.
101. Bộ Y tế (1999). *Cây rau cây thuốc*, Nhà xuất bản Y học
102. Bộ Y tế (1999). *Cây cảnh cây thuốc*, Nhà xuất bản Y học
103. Bộ Y tế (1999). *Cây quả cây thuốc*, Nhà xuất bản Y học
104. Bộ Y tế (2011, 2012). Tài liệu tập huấn hướng dẫn sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
105. Bộ Y tế (2008). Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền I
106. Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa YHCT (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học.
107. Bộ Y tế (2010). *Thông tư 12/2010/TT-BYT ngày 29/4/2010 về danh mục thuốc chủ yếu về y học cổ truyền cho các cơ sở khám chữa bệnh.*
108. Bộ Y tế (1998). *Hướng dẫn sử dụng y dược học cổ truyền tại tuyến y tế cơ sở và cộng đồng*, Nhà xuất bản Hà Nội.
109. Trường Đại học Y Hà Nội – Khoa YHCT (2005). *Châm cứu học*, Nhà xuất bản Y học.
110. Trường Đại học Y Hà Nội - Khoa YHCT (2007). *Xoa bóp bấm huyệt và Khí công dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
111. Bộ Y tế (2003). *Các chứng bệnh thường gặp chữa bằng phương pháp y học cổ truyền.*

112. Học viện Y, dược học cổ truyền Việt Nam (2008). *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực y dược học cổ truyền Việt Nam*, Đề tài cấp Bộ.
113. Trần Ngọc Phương (2013). *Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền dùng cho chăm sóc sức khỏe tại huyện Cầu Kè tỉnh Trà Vinh*, Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
114. Ngô Huy Minh (2002). *Thực trạng sử dụng YHCT của người dân huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, trường Cán bộ Quản lý Y tế.
115. Nguyễn Hòa Bình (2001). *Nghiên cứu chất lượng khám chữa bệnh của y tế tuyến xã và xây dựng mô hình dịch vụ CSSK tại nhà ở ngoại thành Hà Nội*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
116. Bộ Y tế (2015). *Tiêu chí xác định xã tiên tiến về y dược cổ truyền*, Quyết định số 647/QĐ-BYT, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 14 tháng 02 năm 2015.
117. Bộ Y tế (2014). *Ban hành Bộ tranh cây thuốc mẫu sử dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số 4664/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07 tháng 11 năm 2014.
118. Bộ Y tế (2014). *Ban hành Bộ tranh châm cứu sử dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số 4671/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07 tháng 11 năm 2014.
119. Bộ Y tế (2014). *Ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã*, Quyết định số 4667/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07 tháng 11 năm 2014.

PHỤ LỤC 1
CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Tên biến số	Định nghĩa biến	Loại biến	Thu thập
Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu			
<i>Đối tượng là CBYT</i>			
Tuổi	Năm sinh	Biến liên tục	Phỏng vấn
Trình độ chuyên môn	Bậc đào tạo chuyên nghiệp cao nhất	Biến thứ bậc	Phỏng vấn
Công việc đảm nhiệm	Công việc chính đang làm tại TYT	Biến định danh	Phỏng vấn
Kiến thức về YHCT	Hiểu biết về cây thuốc, huyết xếp theo mức độ trả lời đúng	Định lượng	Phỏng vấn Tính toán
Nhu cầu đào tạo	Loại hình đào tạo, bồi dưỡng về YHCT mà CBYT lựa chọn	Phân loại	Phỏng vấn
Quan điểm của CBYT	Quan điểm của CBYT về việc SD YHCT tại YTCS	Phân loại	Phỏng vấn
Các hình thức tư vấn về YHCT	Tỷ lệ các hình thức tư vấn	Phân loại	Phỏng vấn
Hiểu biết về chính sách phát triển YHCT	Thực trạng hiểu biết về chính sách phát triển và các văn bản QPPL về YHCT	Phân loại	Phỏng vấn
Hình thức tiếp cận chính sách	Ý kiến của CBYT về các hình thức tiếp cận chính sách YHCT	Phân loại	Phỏng vấn

<i>Đối tượng là người hành nghề YHCT tư nhân</i>			
Tuổi		Biến liên tục	Phỏng vấn
Giới		Nhị phân	Phỏng vấn
Trình độ học vấn phổ thông	Cấp học cao nhất đạt được ở bậc học phổ thông		Phỏng vấn
Nơi khám chữa bệnh	Địa điểm và hoạt động KCB của cơ sở hành nghề YHCT tư nhân	Biến phân loại và biến định lượng	Phỏng vấn
Dạng thuốc sử dụng	Loại thuốc sử dụng là thuốc Nam hay thuốc Bắc, số lượng thuốc sử dụng	Biến định lượng	Phỏng vấn
Chất lượng thuốc bắc	Ý kiến của người hành nghề YHCT tư nhân về chất lượng thuốc bắc hiện nay	Biến phân loại	Phỏng vấn
Công tác thanh kiểm tra của cơ quan chức năng	Ý kiến của người hành nghề YHCT tư nhân về công tác kiểm tra của cơ quan chức năng	Biến phân loại	Phỏng vấn
<i>Đối tượng là đại diện hộ gia đình và bệnh nhân KCB tại TYT xã</i>			
Giới	Nam hay nữ	Biến nhị phân	Phỏng vấn
Tuổi	Năm sinh	Biến liên tục	Phỏng vấn
Trình độ học vấn	Cấp học cao nhất	Biến thứ bậc	Phỏng vấn
Dân tộc	Dân tộc của đối tượng nghiên cứu	Định danh	Phỏng vấn
Nghề nghiệp	Công việc chính đang làm tạo ra thu nhập cao nhất	Biến định danh	Phỏng vấn

Đặc điểm hộ gia đình tại địa bàn NC	Tổng số người dân của các hộ gia đình NC và số người trung bình của hộ gia đình	Biến phân loại và biến định lượng	Phỏng vấn
Thực trạng sử dụng dịch vụ YHCT của người dân			
Tình hình bệnh tật của người dân trong 1 tháng	Số người mắc bệnh của hộ gia đình trong thời gian 1 tháng	Biến phân loại và định lượng	Phỏng vấn
Địa chỉ người dân lựa chọn để điều trị bệnh	Cơ sở y tế người dân lựa chọn đến để điều trị mỗi khi bị bệnh	Phân loại	Phỏng vấn
Phương pháp điều trị	Phương pháp người dân được CBYT sử dụng để điều trị	Phân loại	Phỏng vấn
Sử dụng YHCT của người dân	Thực trạng người dân sử dụng YHCT tại cộng đồng	Phân loại	Phỏng vấn
Dạng thuốc người dân muốn sử dụng	Nhu cầu của người dân về việc sử dụng dạng thuốc YHCT trong điều trị bệnh	Phân loại	Phỏng vấn
Tỷ lệ người dân đã sử dụng phương pháp YHCT	Ý kiến của người dân về việc đã từng sử dụng phương pháp YHCT trong phòng và điều trị bệnh	Phân loại	Phỏng vấn
Mục đích của người dân sử dụng thuốc YHCT	Ý kiến của người dân về mục đích khi sử dụng YHCT	Phân loại	Phỏng vấn

Địa điểm người dân lựa chọn để điều trị bằng YHCT	Ý kiến của người dân về việc lựa chọn cơ sở y tế để điều trị bằng YHCT	Phân loại	Phỏng vấn
Lý do lựa chọn địa điểm điều trị	Ý kiến của người dân về việc tại sao họ lại quyết định lựa chọn cơ sở để đến điều trị bằng YHCT	Phân loại	Phỏng vấn
Kiến thức của người dân về YHCT	Sự hiểu biết của người dân về cây thuốc và các phương pháp chữa bệnh không thuốc	Định lượng và phân loại	Phỏng vấn
Tỷ lệ trồng cây thuốc tại Hộ GD	Số hộ gia đình có trồng cây thuốc tại nhà	Định lượng và phân loại	Phỏng vấn
Nhu cầu của người dân được KCB bằng YHCT	Ý kiến của người dân muốn được KCB bằng YHCT	Phân loại	Phỏng vấn
Nhu cầu của người dân được truyền thông về YHCT	Ý kiến của người dân về nguyện vọng muốn được tiếp cận các thông tin về sử dụng YHCT	Phân loại	Phỏng vấn
Khả năng đáp ứng của TYT	Ý kiến của người dân về khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh và công tác truyền thông về YHCT của người dân	Phân loại	Phỏng vấn
Lý do không sử dụng YHCT	Nguyên nhân chính làm người dân không sử dụng YHCT		Phỏng vấn

Cơ sở vật chất, trang thiết bị và hoạt động YHCT của TYT			
Cơ sở vật chất của TYT	Danh mục cơ sở vật chất và trang thiết bị YHCT của TYT	Liệt kê, phân loại	Bảng kiểm
KCB bằng YHCT tại TYT	Tỷ lệ KCB bằng YHCT trong tổng số KCB chung tại TYT	Định lượng	Phòng vấn, sổ sách
Tỷ lệ sử dụng YHCT	Tỷ lệ các dạng thuốc YHCT, các phương pháp YHCT đã sử dụng tại TYT	Định lượng	Sổ sách, báo cáo
Hoạt động KCB bằng YHCT tại TYT	Thực trạng về hoạt động KCB bằng YHCT tại TYT	Định lượng	Sổ sách, báo cáo
Các bệnh/chứng thường được điều trị bằng YHCT	Tỷ lệ 10 bệnh/chứng mà người dân thường sử dụng YHCT để điều trị	Định lượng	Phòng vấn

PHỤ LỤC 2

DANH MỤC THUỐC VÀ TRANG THIẾT BỊ CAN THIỆP

1. DANH MỤC VỊ THUỐC

TT	Tên vị thuốc	TT	Tên vị thuốc
1	Bạch chỉ	26	Liên kiều
2	Bạch thược	27	Ma hoàng - Thái
3	Bạch truật	28	Mạch môn
4	Bạch mao căn	29	Ngọc trúc thái
5	Bồ công anh	30	Nhân trần
6	Cam thảo	31	Ngưu tất
7	Câu đằng	32	P. Đằng sâm
8	Cúc tần	33	Phòng phong
9	Chi tử	34	Phục linh
10	Cối xay	35	Quế chi
11	Cúc hoa	36	Sài hồ nam
12	Diệp hạ châu	37	Sơn thù
13	Đại táo	38	Tang chi
14	Đỗ trọng	39	Tang ký sinh
15	Độc hoạt	40	Thảo quyết minh sao
16	Đương quy	41	Thiên ma
17	Hạt sen	42	Thiên niên kiện
18	Hoài sơn	43	Thổ phục linh
19	Hoàng kỳ chế	44	Thục địa
20	Ké đầu ngựa sao	45	Thương truật
21	Kê huyết đằng	46	Trúc diệp
22	Khương hoạt	47	Trần bì
23	Kim ngân hoa	48	Tục đoạn
24	Kỷ tử	49	Xuyên khung
25	Lạc tiên	50	Ý dĩ sao

2. DANH MỤC CHẾ PHẨM THUỐC YHCT

TT	Tên chế phẩm	TT	Tên chế phẩm
1	Bài thạch	16	Hoạt huyết dưỡng não
2	Bổ phế chỉ khái lộ	17	Hy đan
3	Boganic	18	Hoàn lục vị
4	Bổ trung ích khí	19	Hoa đà tái tạo hoàn
5	Cảm xuyên hương	20	Kim tiền thảo
6	Cebraton	21	Nhân sâm – Tam thất
7	Casoran	22	Ích mẫu
8	Cao chè dây	23	Phế yết thanh
9	Cồn xoa bóp	24	Tradin
10	Diệp hạ châu	25	Trasleepy
11	Dưỡng cốt hoàn	26	Trà casoran
12	Dưỡng tâm an thần	27	Sáng mắt
13	Didicera	28	Slaska
14	Đại tràng hoàn	29	Xịt cốt linh diệu
15	Độc hoạt tang ký sinh		

3. DANH MỤC TRANG THIẾT BỊ

TT	Tên trang thiết bị
1	Giường bệnh đa năng
2	Giường Inox có bánh xe
3	Hộp đựng vỉ thuốc
4	Máy điện châm VN
5	Máy massage AK 2000/VI
6	Đèn hồng ngoại VN
7	Pince không máu
8	Tủ đựng thuốc 64 ô
9	Kim châm cứu

B3. Thực trạng sử dụng YHCT tại cộng đồng

B3.1 Ông (bà) đã sử dụng YHCT lần nào chưa? (trong 6 tháng gần đây)

- 1. Chưa dùng (hỏi câu B3. 2)
- 2. Đã dùng (chuyên câu B3. 3)

B3.2. Lý do ông (bà) không dùng YHCT (có thể chọn nhiều câu sau đó tiếp câu B3.9)

- 1. Không tin tưởng YHCT
- 2. Do bệnh nặng
- 3. Lâu khỏi, không tác dụng
- 4. Thuốc YHCT đắt hơn thuốc YHHĐ
- 5. Thiếu kiến thức về YHCT
- 6. Bất tiện khi sử dụng
- 7. Thuốc YHHĐ sẵn có, dễ kiếm
- 8. Thầy thuốc ít khi dùng
- 9. Không có thầy thuốc YHCT
- 10. Khác (ghi rõ)

B3.3. Nếu đã sử dụng YHCT thì bằng hình thức nào

1. Thuốc YHCT: (chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời)

1. Thuốc thang sắc uống	3. Thuốc chế phẩm mua sẵn
2. Ngâm rượu	4. Khác (Ghi rõ).....

2. Các phương pháp không dùng thuốc (chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời)

1. Châm	3. Xoa bóp bấm huyệt	5. Khác (Ghi rõ).....
2. Cứu	4. Dưỡng sinh	

3. Kết hợp cả 2

B3.4. Ông/bà sử dụng YHCT để (chọn 1 câu trả lời)

- 1. Chữa bệnh
- 2. Bồi bổ nâng cao sức khoẻ
- 3. Kết hợp 1 và 2
- 4. Chữa bệnh sau khi chữa bệnh bằng YHHĐ không khỏi

B3.5. Lý do ông (bà) chọn YHCT (có thể lựa chọn nhiều câu trả lời)

1. Bệnh nhẹ	4. Bô	7. Không độc hại
2. Bệnh nặng (cấp tính)	5. Rẻ tiền	8. Không tác dụng phụ
3. Bệnh mãn tính	6. Sẵn có dễ kiếm	9. Khác (ghi rõ)

B3.6 a. Theo ông/ bà, thuốc YHCT thường dùng để chữa bệnh gì?

Ghi rõ 5 bệnh thường dùng YHCT để chữa-----

B3.6 b. Theo ông/ bà, các phương pháp không dùng thuốc YHCT thường dùng để chữa bệnh gì?

1. Dùng thuốc 2. Phương pháp không dùng thuốc 3. Cả hai

B3.18. Ông (bà) được hướng dẫn sử dụng YHCT ở đâu?

1. Tại nhà	2. Trạm y tế	3. Khác (ghi rõ).....
------------	--------------	-----------------------

B3.19. Theo ông/ bà trạm y tế có đáp ứng được việc khám chữa bệnh bằng YHCT không?

1. Có	2. Không
-------	----------

Nếu có thì đáp ứng được việc khám chữa bệnh bằng: Chỉ 1 câu

1. Thuốc YHCT dạng thang
2. Thuốc YHCT dạng chế phẩm thuốc YHCT có sẵn (viên nén, cao...)
3. Phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc
4. Cả 1 và 2
5. Tất cả

B3.20. Ông/bà có muốn sử dụng nhiều YHCT hơn nữa trong việc khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe không?

1. Có	2. Không
-------	----------

B3.22. Khoảng cách từ nhà ta đến trạm y tế xã bao xa?

1. Dưới 5km (đi bộ dưới 60 phút)
2. Trên 5km (đi bộ trên 60 phút)

B3.23. Vị trí trạm y tế xã hiện nay có thuận tiện với gia đình ta không?

1. Có
2. Không

Ngày tháng năm
Điều tra viên

Ngày tháng năm
Giám sát viên

MẪU 2

Tỉnh:

Huyện/thị xã:

Xã/phường:

Phiếu phỏng vấn cán bộ Y tế xã về YHCT

Đây là những thông tin cần thiết cho điều tra của Bộ Y tế về tình hình sử dụng YHCT tại cộng đồng. Xin ông/bà vui lòng điền đầy đủ thông tin theo nội dung dưới đây. Xin cảm ơn ông/bà.

A1. Thông tin chung

A1.1 Tuổi: A1.2- Giới: 1. Nam 2. Nữ

A1.3- Dân tộc: 1. Kinh 2. Khác ghi rõ:

A1.4- Trình độ văn hoá:

1. Cấp I	2. Cấp II	3. Cấp III
----------	-----------	------------

A1.5- Trình độ chuyên môn

Bs YHCT <input type="checkbox"/>	Bs đa khoa <input type="checkbox"/>	Y sĩ YHCT <input type="checkbox"/>	Y sĩ đa khoa <input type="checkbox"/>	Lương y <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

A1.6 – Nơi đào tạo:

1. Đại học y	2. Trường Trung cấp Y, Dược	3. Hội Đông y	4. Nơi khác
--------------	-----------------------------	---------------	-------------

A1.7. Thâm niên công tác:

A1.8. Hoạt động chuyên môn chính hiện nay chỉ chọn 1 đáp án

1. Khám chữa bệnh bằng YHCT
2. Khám chữa bệnh bằng YHHĐ
3. Làm công tác khác (ghi cụ thể):

A1.9. Hưởng lương theo chế độ:

1. Biên chế
2. Hợp đồng
3. Tự túc lương

A1.10. Thu nhập bình quân đầu người 1 tháng: triệu đồng

A2. Nội dung phỏng vấn

A2.1. Ông/bà hãy kể tên và tác dụng của 5 cây thuốc thường dùng tại cộng đồng thuộc nhóm cây ăn quả:

TT	Tên cây thuốc	Tác dụng
1		
2		
3		
4		
5		

A2.2. Ông/bà hãy kể tên và tác dụng của 5 cây thuốc thường dùng tại cộng đồng thuộc nhóm cây làm rau:

TT	Tên cây thuốc	Tác dụng
1		
2		
3		
4		
5		

A2.3. Ông/bà hãy kể tên và tác dụng của 5 cây thuốc thường dùng tại cộng đồng thuộc nhóm cây cảnh:

TT	Tên cây thuốc	Tác dụng
1		
2		
3		
4		
5		

A2.4. Ông/bà hãy kể tên và tác dụng của 5 loại cây thuốc có bộ phận dùng là thân, rễ, hoa, lá.. thường dùng tại cộng đồng

TT	Tên cây thuốc, bộ phận dùng	Tác dụng
1		
2		
3		
4		
5		

A2.5. Ông/bà hãy kể tên và tác dụng của 10 huyệt vùng đầu mặt, vùng ngực bụng, vùng chân, tay thường dùng tại cộng đồng:

TT	Vùng Huyệt	Tên huyệt, tác dụng
1	Đầu, mặt, cổ	
2	Chân	
3	Tay	
4	Ngực, Bụng	
5	Lưng	

1. Dạng thuốc thang
2. Dạng chế phẩm có sẵn
3. Cả 1 và 2
4. Chỉ Phương pháp không dùng thuốc
5. Tất cả

A3.9. Trạm y tế sử dụng thuốc bắc (thuốc của Trung Quốc) hay thuốc nam là chủ yếu

1. Chủ yếu là thuốc bắc
2. Chủ yếu thuốc nam

A3.10. Nguồn cung cấp thuốc YHCT cho Trạm y tế?

5. Mua tại các đại lý, công ty dược
6. Mua của người dân
7. Tại bệnh viện
8. Tại các nhà thuốc YHCT
9. Khác (ghi rõ):

A3.11. Trung bình trong 1 tháng, Trạm y tế sử dụng hết bao nhiêu kg thuốc Bắc?.....kg

A3.12. Ông bà có nhận xét gì về chất lượng thuốc Bắc hiện nay

1. Tốt
2. Kém chất lượng
3. Không thể biết được chất lượng
4. Nhận xét khác:

A3.13. Trong năm qua ông/bà có hướng dẫn cho người dân về sử dụng YHCT không?

1. Có
2. Không

A3.14. Hình thức hướng dẫn

1. Phát trên loa đài
2. Tư vấn trực tiếp
3. Hướng dẫn tại hộ gia đình
4. Phát tài liệu, tờ rơi
5. Tập huấn
6. Các hình thức khác

A3.15. Theo ông/bà, để triển khai công tác khám chữa bệnh bằng YHCT tại cơ sở được tốt thì khó khăn nhất hiện nay là gì? (nếu thiếu có thể ghi ra mặt giấy phía sau)

A3.16. Theo ông/bà, để triển khai công tác khám chữa bệnh bằng YHCT tại cơ sở được tốt thì cần phải làm những gì? (nếu thiếu có thể ghi ra mặt giấy phía sau)

A3.17. Ông/bà có khám, chữa bệnh tại nhà không?

1. Có 2. Không

A3.18. Nếu có, thì trong lĩnh vực nào?

1. YHCT 2. YHHĐ 3. Kết hợp cả hai

A.3.19. Ông/bà đã được học qua những lớp bồi dưỡng, tập huấn gì về YHCT trong thời gian 2 năm gần đây? (nếu thiếu có thể ghi ra mặt giấy phía sau)

A3.20. Ông/bà có nhu cầu học thêm về YHCT không?

1. Có 2. Không (chuyển sang câu A2.19)

A3.21. Nếu có, học thêm về

1. Lý luận cơ bản 2. Bệnh học 3. Châm cứu 4. Xoa bóp 5. Dưỡng sinh 6. Khác (Ghi rõ)

A3.22. Nếu đi học thêm về YHCT ông/bà cho biết thời gian thích hợp nhất là?

1. 3 tháng 2. 6 tháng 3. 9 tháng 4. Trên 12 tháng

A3.23. Ông/bà đã bao giờ tư vấn cho người dân về cách chăm sóc sức khỏe bằng YHCT chưa?

1. Có 2. Chưa

A3.24. Ông/bà biết những văn bản nào của Đảng và Nhà nước Việt Nam về chính sách YDHCT trong 5 năm gần đây?

A3.25. Ông/bà biết những văn bản trên thông qua:

1. Truyền thông đại chúng 2. Học tập, tập huấn 3. Tự tìm hiểu 4. Khác (ghi rõ)

Điều tra viên

Ngày tháng năm

Giám sát viên

MẪU 3

Tỉnh:

Huyện:

Xã:

Phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã

1. Họ và tên:

2. Tuổi:

3. Giới: Nam Nữ

4. Trình độ chuyên môn:

1. Bác sỹ 2. Y sỹ 3. Y tá 4. Lương y

5. Chuyên khoa:

6. Thâm niên công tác:

7. Trạm y tế có sử dụng YHCT trong điều trị không?

1. Có 2. Không (chuyên câu 12)

8. Kinh phí dành cho công tác điều bằng YHCT chiếm tỷ lệ bao nhiêu phần trăm so với tổng kinh phí hoạt động của trạm trong 1 năm?

.....

9. Trạm y tế đã sử dụng YHCT để chữa những bệnh nào?

.....

.....

.....

.....

.....

10. Ông/bà có nhận xét gì về trình độ sử dụng YHCT của các cán bộ trạm y tế?

.....

.....

.....

11. Ông/bà có nhận xét gì về việc sử dụng YHCT phục vụ công tác điều trị tại trạm y tế?

.....

.....

.....

12. Ông/bà có nhận xét gì về việc sử dụng YHCT trong điều trị của các lương y/ông lang/bà mế tại xã? ảnh hưởng của họ trong việc sử dụng YHCT đối với người dân như thế nào?

.....
.....
.....
.....

13. Ông/bà có nhận xét gì về tình hình sử dụng YHCT của người dân tại trạm y tế và cộng đồng? Giải thích tại sao có tình trạng đó?

.....
.....
.....
.....

14. Việc giám sát, hỗ trợ của các cấp, ban, ngành trong việc dùng YHCT đối với trạm y tế như thế nào?

.....
.....
.....
.....

15. Ông/bà có ý kiến đề đạt gì không?

.....
.....
.....
.....

Xin cảm ơn ông/bà!

Người phỏng vấn

MẪU 4

Tỉnh:

Huyện/thị xã:

Xã/phường:

Phiếu thu thập thông tin về các cơ sở hành nghề y tư nhân

Được phép của Bộ Y tế; Sở Y tế, Trung tâm y tế quận/huyện, chúng tôi tiến hành điều tra nghiên cứu hệ thống y học cổ truyền tư nhân, nội dung của cuộc điều tra là xin hỏi ông/bà những thông tin liên quan đến các lĩnh vực như cơ sở vật chất, nhân lực, trình độ chuyên môn ... của cơ sở y học cổ truyền tư nhân của ông/bà.

Chúng tôi mong rằng ông/bà sẽ hợp tác với chúng tôi để thu thập những thông tin cần thiết, góp phần xây dựng những chính sách phù hợp hơn cho ngành y tế nước ta.

I. Những thông tin về người được phỏng vấn

B1.1 Tuổi: B.1.2- Giới: Nam Nữ

B1.3- Dân tộc: 1. Kinh 2. Khác ghi rõ:

B1.4- Trình độ văn hoá:

1. Cấp I	2. Cấp II	3. Cấp III
----------	-----------	------------

B1.5- Trình độ chuyên môn

1. Tiên sỹ	2. Th sỹ	BS CK II, I	5. BsYHCT	6. YS YHCT	7. Lương y
------------	----------	-------------	-----------	------------	------------

B1.6 Nếu là Lương y thì ông bà đã học từ đâu (chỉ chọn 1 đáp áp)

1. Hội đồng y 2. Gia truyền 3. Tự đọc sách, nghiên cứu

B1.7. Học hàm

1. Giáo sư	2. Phó Giáo sư
------------	----------------

B1.8. Địa chỉ cơ sở KCB (phường/xã - quận/huyện.....)

B1.9. Cơ sở khám, chữa bệnh của ông/ bà đã được cấp phép

1. Đã được cấp phép 2. Chưa được cấp phép

B1.10. Ông/bà làm nghề y tế là từ năm đến nay đượcnăm

B1.11. Ông/bà bắt đầu hành nghề y tư nhân từ năm đến nay đượcnăm

B1.12. Hiện nay ông/bà là:

1. Cán bộ y tế về hưu /mất sức
2. Cán bộ đang làm việc tại cơ quan y tế Nhà nước (ghi cụ thể).....
3. Cán bộ y tế tư nhân

B1.13. Thu nhập bình quân đầu người 1 tháng: triệu đồng

II. Những thông tin về cơ sở khám chữa bệnh

B2.14. Địa điểm hành nghề này là

1. Nhà riêng 2. Thuê nhà làm phòng khám

B2.15. Cơ sở của ông/bà đã mở từ năm nào:đến nay đượcnăm

B2.16. Số giờ làm việc của cơ sở trong một ngày là: Giờ.

B2.17. Số ngày làm việc của cơ sở trong một tuần là:ngày

B2.18. Làm việc tại cơ sở của ông/bà có:

1. Một mình

2. Có thêm người khác

B2. 19. Nếu có thêm người khác thì số người là: người. Liệt kê danh sách tên người tham gia theo bảng dưới đây:

TT	Trình độ chuyên môn			Nhà nước		Tư nhân =3
		1=Nam	2=Nữ	Đang làm=1	Hưu =2	
1	Giáo sư. Tiến sĩ					
2	Thạc sĩ					
3	BS CKI					
4	BSCKII					
5	Bác sĩ					
6	Y sĩ					
7	Lương y					
8	Y tá					
9	Kỹ thuật viên					
10	Nữ hộ sinh					
11	Khác (ghi rõ)					

B2.20. Cơ sở thuộc loại hình hành nghề nào (chọn 1 câu trả lời)

1. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân
2. Khoa y học cổ truyền trong bệnh viện đa khoa tư nhân
3. Khoa y học cổ truyền Phòng khám đa khoa TN (PKĐK)
4. Trung tâm kế thừa, ứng dụng y dược cổ truyền
5. Phòng chẩn trị y học cổ truyền
6. Cơ sở gia truyền
7. Cơ sở dịch vụ xoa bóp bấm huyệt

III. Hoạt động của cơ sở khám chữa bệnh

B3.21. Ông/bà cho biết số lượt người đến khám trung bình một ngày của cơ sở là: lượt người.

B3.22. Cơ sở của ông/bà có chuyên/giới thiệu bệnh nhân đi nơi khác không?

1. Có

2. Không (Nếu không chuyên câu 3.27)

B3.23. Ông/bà thường chuyên/giới thiệu bệnh nhân tới cơ sở khám chữa bệnh nào nhất

1. Trạm y tế xã/ phường
2. PKĐKKV/Khoa YHCT Bệnh viện quận, huyện
3. Bệnh viện YHCT thành phố
4. Bệnh viện YHCT Trung ương
5. CS KCB tư khác

B3.24. Lý do ông/bà chuyên/giới thiệu bệnh nhân đi cơ sở y tế khác là

1. Bệnh nặng hơn
2. Bệnh không đỡ
3. Lý do khác (ghi rõ)

- B3.25. Bệnh nhân đến khám cơ sở của ông/bà thường là (nhiều lựa chọn)
1. Tự đến
 2. Từ bệnh viện giới thiệu ra
 3. Từ cơ sở KCB tư khác
- B3.26. Trong 4 tuần qua ông/bà đã nhận bao nhiêu trường hợp ở cơ sở y tế khác giới thiệu đến:bệnh nhân.
- B3.27. Cơ sở có phối hợp với các cơ sở y tế khác để được hỗ trợ chuyên môn không?
1. Có
 1. Không
- B3.28. Nếu có, cơ sở y tế tuyến nào
1. Trạm y tế xã/phường
 2. PKĐKKV/Khoa YHCT Bệnh viện quận, huyện
 3. Bệnh viện YHCT thành phố
 4. Bệnh viện YHCT Trung ương
 5. Cơ sở KCB tư khác
- B3.28. Khi kê đơn thuốc cho bệnh nhân, ông/bà có dùng kết hợp với thuốc tây y hay điều trị đông y đơn thuần
1. Có điều trị kết hợp tây y
 2. Tỷ lệ % so với điều trị chung
 3. Chỉ điều trị đông y đơn thuần
 4. Tỷ lệ % so với điều trị chung
 5. Khác (ghi rõ)
- B3.29. Ông/bà kê một đơn thuốc trung bình bao nhiêu tiền:đồng
- B3.30. Khi kê đơn cho bệnh nhân đến khám chữa bệnh ông/bà có bản lưu lại đơn đã kê không?
1. Có
 2. Không
- B3.31. Cơ sở của ông/bà có miễn, giảm phí cho việc khám chữa bệnh không?
1. Có
 2. Không
- B3.32. Nếu có, đối tượng nào được miễn, giảm phí ở cơ sở của ông/bà?
1. Người già cô đơn
 2. Gia đình chính sách
 3. Người nghèo
 4. Đối tượng khác (ghi rõ)
- B3.33. Cơ sở của ông/bà thực hiện việc miễn, giảm phí vào những dịp nào?
1. Thường xuyên
 2. thỉnh thoảng
- B3.34. Ngoài công việc khám chữa bệnh tại đây, cơ sở của ông/bà có tham gia các hoạt động y tế chung của phường, quận sở tại khi được huy động không?
1. Có
 2. Không
- B3.35. Nếu có, thì những hoạt động nào:
1. Các chương trình y tế (lao, tiêm chủng mở rộng)
 2. Khám chữa bệnh
 3. Hoạt động khác (ghi rõ).....

MẪU 5

Tỉnh:

Huyện:

Xã:

Phỏng vấn sâu đại diện chính quyền/đoàn thể xã về chỉ đạo công tác tăng cường sử dụng YHCT

Đối tượng phỏng vấn:

Chức vụ:

1. Ông/bà cho biết: trong năm qua Đảng ủy, chính quyền xã đã chỉ đạo công tác tăng cường sử dụng YHCT trong xã như thế nào về các mặt sau đây:

1.1. Chủ trương tăng cường sử dụng YHCT tại xã:

.....
.....
.....
.....

1.2. Những hướng dẫn đối với trạm y tế xã trong việc tăng cường sử dụng YHCT như thế nào?

.....
.....
.....

2. Đảng ủy, chính quyền xã đã quan tâm như thế nào trong việc tăng cường sử dụng YHCT ở xã đối với từng công việc cụ thể như:

2.1. Nhân lực:

.....
.....
.....

2.2. Kinh phí hoạt động:

.....
.....
.....

2.3. Đời sống của cán bộ y tế, cộng tác viên YHCT tại xã:

.....
.....
.....

3. Những điểm mạnh chủ yếu của việc sử dụng YHCT ở xã hiện nay là gì?

.....
.....
.....

4. Những tồn tại chủ yếu của việc sử dụng thuốc YHCT ở xã hiện nay là gì?
Nguyên nhân từ đâu?

.....
.....
.....

5. Theo ông/bà, có cần tăng cường sử dụng thuốc YHCT trong công tác khám -
chữa bệnh tại trạm y tế không? Vì sao?

.....
.....
.....

6. Ông/bà cho biết ý kiến về việc phát triển vườn thuốc YHCT tại xã nên như thế
nào?

.....
.....
.....

7. Ông/bà cho biết: để tăng cường sử dụng thuốc YHCT tại xã, cần có những
phương án và giải pháp nào từ phía Đảng ủy, chính quyền địa phương?

.....
.....
.....

Xin cảm ơn ông/bà!

Người phỏng vấn

MẪU 6.1

BẢNG HƯỚNG DẪN NỘI DUNG THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ YHCT (ĐIỀU TRA BAN ĐẦU)

I. Mục tiêu cuộc thảo luận nhóm.

Đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng thuốc và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc YHCT của người dân, những yếu tố liên quan đến việc sử dụng YHCT.

II. Đối tượng thảo luận.

- Những người thuộc hội cựu chiến binh
- Những người thuộc hội phụ nữ

Những người này có vai trò quyết định sử dụng YHCT trong gia đình và tổ chức các hoạt động xã hội nhằm khuyến khích người dân sử dụng YHCT để điều trị.

III. Thời gian thảo luận: 45-60 Phút

IV. Nội dung thảo luận:

1. Tình hình sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại địa phương: Các phương pháp YHCT người dân tại cộng đồng thường sử dụng để chăm sóc sức khỏe, những khó khăn, thuận lợi khi sử dụng YHCT.
2. Các loại bệnh/chứng chính người dân thường sử dụng YHCT để điều trị.
3. Các loại cây thuốc thường được trồng và sử dụng tại địa phương, khó khăn, tồn tại khi triển khai trồng và sử dụng cây thuốc nam tại TYT và tại Hộ gia đình.
4. Tình hình sử dụng các chế phẩm thuốc YHCT (thuốc hoàn, tán, cao, rượu thuốc, viên nén...) trong phòng và điều trị bệnh tại địa phương.
5. Quan điểm của các Tổ chức Hội, Đoàn thể và Hộ gia đình về việc sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.
6. Nhận xét về khả năng cung cấp dịch vụ YHCT của TYT xã.
7. Nhận xét về trình độ chuyên môn và khả năng khám chữa bệnh bằng YHCT của CBYT xã, của ông lang, bà mế, lương y.
8. Các hoạt động của Tổ chức Hội, Đoàn thể dự kiến sẽ triển khai trong thời gian tới để tăng cường sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh.

MẪU 6.2
BẢNG HƯỚNG DẪN NỘI DUNG THẢO LUẬN NHÓM
NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ YHCT
(ĐIỀU TRA SAU CAN THIỆP)

I. Mục tiêu cuộc thảo luận nhóm.

Đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng thuốc và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc YHCT của người dân, những yếu tố liên quan đến việc SD YHCT SCT

II. Đối tượng thảo luận.

- Những người thuộc hội cựu chiến binh
- Những người thuộc hội phụ nữ

Những người này có vai trò quyết định sử dụng YHCT trong gia đình và tổ chức các hoạt động xã hội nhằm khuyến khích người dân sử dụng YHCT để điều trị.

III. Thời gian thảo luận: 45-60 Phút

IV. Nội dung thảo luận:

1. Tình hình sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại địa phương: Các phương pháp YHCT người dân tại cộng đồng thường sử dụng để chăm sóc sức khỏe, những khó khăn, thuận lợi khi sử dụng YHCT trong thời gian qua. Việc sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh có gì thay đổi?
2. Các loại bệnh/chứng chính người dân thường sử dụng YHCT để điều trị...
3. Các loại cây thuốc thường được trồng và sử dụng tại địa phương, khó khăn, tồn tại khi triển khai trồng và sử dụng cây thuốc nam tại TYT và tại Hộ gia đình.
4. Tình hình sử dụng các chế phẩm thuốc YHCT (thuốc hoàn, tán, cao, rượu thuốc, viên nén...) trong phòng và điều trị bệnh tại địa phương.
5. Quan điểm của các Tổ chức Hội, Đoàn thể và Hộ gia đình về việc sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.
6. Nhận xét về khả năng cung cấp dịch vụ YHCT của TYT xã.
7. Nhận xét về trình độ chuyên môn và khả năng khám chữa bệnh bằng YHCT của CBYT xã, của ông lang, bà mế, lương y.
8. Các hoạt động của Tổ chức Hội, Đoàn thể dự kiến sẽ triển khai trong thời gian tới để tăng cường sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh.

MẪU 8.3

Tỉnh:

Huyện/thị:

Xã/phường:

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ CÁC THỦ THUẬT XOA BÓP CHỮA BỆNH

Địa điểm:

Họ và tên người thực hành:

Đề nghị anh/chị hãy biểu diễn các bước thực hiện kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt điều trị bệnh đau vai gáy

TT	Trình tự công việc	Kết quả		
		Làm đúng ở mức thành thạo	Làm đúng ở mức đạt yêu cầu	Không làm/làm không đúng
1	Chào hỏi thân mật, giải thích cho bệnh nhân yên tâm			
2	Lựa chọn thủ thuật			
3	Chọn tư thế người bệnh, tư thế thầy thuốc			
4	Bộc lộ vùng cần xoa bóp			
	Tiến hành các thủ thuật theo thứ tự yêu cầu			
5	- Xoa			
6	- Lăn			
7	- Bóp			
8	- Bấm huyệt			
9	- Vận động			
10	Thông báo và giúp người bệnh chỉnh đốn trang phục			
Tổng điểm				

MẪU 8.4

Tỉnh:

Huyện/thị:

Xã/phường:

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ CÁC THỦ THUẬT CHÂM CỨU CHỮA BỆNH

Địa điểm:

Họ và tên người thực hành:

Đề nghị anh/chị hãy biểu diễn các bước thực hiện kỹ năng châm cứu điều trị bệnh đau lưng cấp

TT	Trình tự công việc	Kết quả		
		Làm đúng ở mức thành thạo	Làm đúng ở mức đạt yêu cầu	Không làm/làm không đúng
1	Chào hỏi bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân yên tâm			
2	Chọn tư thế bệnh nhân			
3	Bộc lộ vùng huyết châm			
4	Lựa chọn kim châm			
5	Xác định vị trí và sát khuẩn huyết được chỉ định châm			
6	Châm qua da và làm động tác bổ trợ			
7	Tiến hành thủ thuật châm kim vào huyết theo công thức điều trị và tìm cảm giác đặc khí			
8	Thực hiện thủ thuật bổ tả			
9	Rút kim, sát trùng huyết và xử lý tai biến nếu có			
10	Thông báo cho người bệnh thủ thuật đã hoàn tất và chỉnh đôn trang phục			
Tổng điểm				

MẪU 9

Tỉnh:

Huyện:

Xã:

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ CƠ SỞ VẬT CHẤT:

STT	Cơ sở vật chất	Có	Không	Ghi chú
1	Phòng KCB bằng YHCT riêng biệt			
2	Dụng cụ đo huyết áp			
3	Nhiệt kế			
4	ống nghe			
5	Máy điện châm			
6	Đèn hồng ngoại			
7	Bộ giác hơi			
8	Dụng cụ hấp sấy kim			
9	Tranh châm cứu			
10	Bộ tranh lật			
11	Giường xoa bóp, châm cứu			
12	Giường khám bệnh			
13	Bàn ghế ngồi khám bệnh			
14	Bàn cân thuốc thang			
15	Giá, kệ đựng dược liệu và thuốc thành phẩm YHCT (có ghi rõ nhãn thuốc)			
16	Dụng cụ bảo chế thuốc YHCT			
17	Vườn trồng thuốc nam theo quy định			
18	Khác			

Người thống kê

MẪU 10. TEST CÁN BỘ Y TẾ

Mã số:.....

Bộ câu hỏi kiểm tra kiến thức về YHCT

1 Thông tin chung

1.1. Họ và tên

1.2 Tuổi:

1.3 Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

1.4 Dân tộc:

1.5 Ông/bà đã được học về YHCT bao giờ chưa?

1. Đã được học

2. Chưa được học

2 Kiến thức về thuốc YHCT

2.1 Kể tên và tác dụng điều trị của 5 cây thuốc nhóm cây ăn quả - cây thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.2 Kể tên 5 cây thuốc nhóm cây rau - cây thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.3 Kể tên 5 cây thuốc nhóm cây cảnh - cây thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.4 Kể tên 5 cây dùng lá làm thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.5 Kể tên 5 cây dùng thân làm thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.6 Kể tên 5 cây dùng rễ làm thuốc:

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		

2.7 Ông/bà hãy kể tên và nêu chỉ định điều trị của 10 chế phẩm thuốc YHCT mà ông/bà thường dùng tại cộng đồng:

TT	Tên các chế phẩm	Chỉ định điều trị
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

2.8 Ông/ bà hãy kê đơn thuốc YHCT điều trị 5 bệnh sau:

TT	Tên bệnh/chứng	Đơn thuốc
1	Đau lưng	
2	Đau khớp	
3	Rối loạn tiêu hóa	
4	Tăng huyết áp giai đoạn 1	
5	Viêm đường hô hấp trên	
6	Bệnh khác (ghi rõ):	

2.9. Ông bà hãy kê tên và tác dụng của 10 huyệt vùng đầu mặt, vùng ngực, bụng, vùng lưng, vùng tay và vùng chân thường dùng tại cộng đồng:

TT	Vùng huyệt	Tên huyệt, tác dụng điều trị
1	Đầu mặt cổ	
2	Ngực, bụng	
3	Lưng	
4	Tay	
5	Chân	

MẪU 11. TEST NGƯỜI DÂN

Mã số.....

Bộ câu hỏi kiểm tra kiến thức về YHCT

1 Thông tin chung

1.1. Họ và tên.....

1.2. Tuổi:

1.3 Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

1.4 Dân tộc:

1.5 Ông/bà đã được học về YHCT bao giờ chưa?

1. Đã được học

2. Chưa được học

2 Kiến thức về thuốc YHCT

2.1 Kể tên và tác dụng điều trị của 20 cây, con làm thuốc.

TT	Tên thuốc	Tác dụng điều trị
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

2.2. Ông/bà có biết các phương pháp dùng ngoài của YHCT sau đây không?

1. Có

2. Không

Nếu biết hãy mô tả từng phương pháp và tác dụng của phương pháp.

TT	Phương pháp	Biết	Không biết	Tác dụng điều trị Mô tả từng phương pháp
1	Xông			
2	Đánh gió			
3	Chườm			
4	Tắm			
5	Khác			

MẪU 12

Tỉnh, thành phố:

PHIẾU TỔNG HỢP NHÂN LỰC

	Tổng chung											Y học cổ truyền													
	TS, CKII		Ths, CKI		ĐH		CD		TC		Khác	TS, CKII		Ths, CKI		ĐH		CD		TC		LY	LD	Khác	
	Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds		Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds	Y	Ds				
Hệ thống quản lý																									
Trong đó: Sở Y tế																									
Phòng/TTYT																									
Hệ thống khám, chữa bệnh																									
Trong đó: Tuyển tỉnh																									
Tuyển huyện																									
Tuyển xã																									
Các đơn vị đào tạo																									
Hệ thống hành nghề tư nhân																									
Khác																									

Ghi chú: Hệ thống khám chữa bệnh gồm toàn bộ các cơ sở tham gia khám bệnh và chữa bệnh

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



HOÀNG THỊ HOA LÝ

**§,NH GI, THÙC TR¹NG Vµ HIÖU QU¶
CAN THIÖP**

**Y HăC Cæ TRUYÖN T¹I TUYÖN X.
ë BA TÖNH MIÖN TRUNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2015

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



HOÀNG THỊ HOA LÝ

**§ ,NH GI , THÙC TR¹NG Vµ HIÖU QU¶ CAN
THIÖP**

**Y HăC Cæ TRUYÖN T¹I TUYÖN X.
ë BA TØNH MIÖN TRUNG**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 62720201

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Phạm Vũ Khánh**
- 2. GS.TS. Trương Việt Dũng**

HÀ NỘI - 2015

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Phạm Vũ Khánh và GS.TS. Trương Việt Dũng đã dành nhiều thời gian, công sức hướng dẫn động viên tôi trong quá trình học tập.

Tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ban Giám hiệu, Thầy, Cô giáo của Trường Đại học Y Hà Nội, đặc biệt là các Thầy, Cô giáo của Khoa Y học cổ truyền đã giảng dạy, dìu dắt và giúp đỡ tôi rất nhiều từ khi tôi còn học cao học tại Trường và tiếp tục làm nghiên cứu sinh.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Thầy/Cô trong các Hội đồng từ khi tôi làm nghiên cứu sinh tới nay, đã góp ý kiến và cho tôi các kiến thức quý báu để hoàn thiện luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Lãnh đạo và cán bộ của Sở Y tế, Bệnh viện Y học cổ truyền các Tỉnh: Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế, Bình Định, Lãnh đạo và cán bộ Trung tâm y tế các huyện: Hương Sơn, Lộc Hà, Thạch Hà, Phong Điền, Phú Vang, Thành phố Huế, Tây Sơn, Tuy Phước, TP Quy Nhơn và các cán bộ của các trạm y tế xã, đặc biệt là các xã Sơn Trường, Điền Hòa và Tây Bình đã rất nhiệt tình và tạo điều kiện thuận lợi, cung cấp thông tin, số liệu, giúp đỡ tôi hoàn thành đề tài nghiên cứu này; Xin cảm ơn UBND các cấp, các tổ chức xã hội, đoàn thể, các hộ gia đình của các địa bàn nghiên cứu đã cộng tác và cung cấp các thông tin, số liệu vô cùng quý giá để tôi hoàn thành luận án.

Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn tới Lãnh đạo và các cán bộ Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền - Bộ Y tế đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi làm việc, học tập và giúp tôi thực hiện đề tài nghiên cứu và hoàn thiện luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các bạn đồng nghiệp, các bạn cùng lớp Nghiên cứu sinh của Trường Đại học Y Hà Nội đã động viên, khuyến khích tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Đặc biệt tôi xin cảm ơn Ba, Mẹ những người đã sinh thành, vất vả nuôi nấng tôi khôn lớn và là nguồn động viên to lớn cho tôi học tập phấn đấu. Tôi xin cảm ơn Bố, Mẹ chồng và các thành viên hai gia đình Nội, Ngoại đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi yên tâm công tác và học tập.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn đặc biệt và biết ơn sâu sắc tới Chồng và các Con tôi là nguồn động viên, cổ vũ mạnh mẽ, là chỗ dựa vững chắc cho tôi vượt qua mọi khó khăn, thử thách, luôn dành thời gian cho tôi được tập trung vào học tập và công tác.

Hà Nội, ngày tháng năm 2015

NCS Hoàng Thị Hoa Lý

LỜI CAM ĐOAN

Tên tôi là Hoàng Thị Hoa Lý, nghiên cứu sinh khóa 29 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy PGS.TS. Phạm Vũ Khánh và GS.TS. Trương Việt Dũng

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.

Hà Nội, ngày tháng năm 2015

Người viết cam đoan

NCS Hoàng Thị Hoa Lý

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN ÁN

BHYT	: Bảo hiểm y tế
BVĐK	: Bệnh viện đa khoa
BVYHCT	: Bệnh viện y học cổ truyền
BSĐK	: Bác sỹ đa khoa
BSYHCT	: Bác sỹ y học cổ truyền
CBYT	: Cán bộ y tế
CD -TH	: Cao đẳng - Trung học
CSSK	: Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	: Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSHQ	: Chỉ số hiệu quả
CSYT	: Cơ sở y tế
DVYT	: Dịch vụ y tế
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
HNYTTN	: Hành nghề y tế tư nhân
KCB	: Khám chữa bệnh
NC	: Nghiên cứu
PP	: Phương pháp
PVS	: Phỏng vấn sâu
QPPL	: Quy phạm pháp luật
SD	: Sử dụng

SCT	: Sau can thiệp
TTYT	: Trung tâm y tế
TYT	: Trạm y tế
TCT	: Trước can thiệp
TLN	: Thảo luận nhóm
UBND	: Ủy ban nhân dân
WHO:	: Tổ chức y tế thế giới
YDCT	: Y dược cổ truyền
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại
YSĐK	: Y sỹ đa khoa

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN	3
1.1. VÀI NÉT VỀ Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ	
TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI....	3
1.1.1. Vai trò quan trọng của YHCT trong CSSK.....	3
1.1.2. YHCT tại tuyến y tế cơ sở ở một số Quốc gia và vùng lãnh thổ Châu Á .	5
1.1.3. YHCT tại tuyến y tế cơ sở ở một số Châu lục và một số nước trên thế giới	9
1.1.4. Vài nét về một số tồn tại trong việc khám chữa bệnh bằng YHCT.....	11
1.2. Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TẠI TUYẾN XÃ CỦA VIỆT NAM	13
1.2.1. Sơ lược quá trình phát triển và hệ thống YHCT Việt Nam	13
1.2.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến xã:	18
1.2.3. Kết quả hoạt động của YHCT trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng	19
1.3. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH BẰNG YHCT TẠI TUYẾN XÃ TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM	22
1.3.1. Trên thế giới	22
1.3.2. Tại Việt Nam.....	25
1.3.3. Một số loại hình hoạt động YHCT tại các trạm y tế xã và cộng đồng.	31
1.4. SƠ LƯỢC VỀ CÁC TỈNH NGHIÊN CỨU	38
1.4.1. Vài nét về địa lý - kinh tế văn hóa xã hội tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định	38

1.4.2. Sơ lược về mạng lưới YHCT tại các tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế và Bình Định	38
1.5. KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU	39
1.5.1. Trạm y tế	39
1.5.2. Hộ gia đình và người bệnh.....	39
1.5.3. Thông tin, truyền thông.....	40
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	42
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	42
2.1.1. Giai đoạn nghiên cứu thực trạng	42
2.1.2. Giai đoạn nghiên cứu can thiệp	42
2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	42
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	43
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	43
2.3.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu	46
2.4. PHƯƠNG PHÁP THỬ NGHIỆM CAN THIỆP.....	51
2.4.1. Nguyên tắc xây dựng các nội dung can thiệp	51
2.4.2. Cơ sở xây dựng và nội dung can thiệp “Cải thiện sử dụng YHCT tại TYT xã và hộ gia đình của 03 tỉnh NC”	52
2.4.3. Quy trình can thiệp	54
2.5. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU	58
2.5.1. Kỹ thuật thu thập số liệu định tính trong điều tra trước can thiệp	58
2.5.2. Các kỹ thuật thu thập số liệu định tính trong đánh giá sau can thiệp....	59
2.5.3. Các kỹ thuật thu thập số liệu định lượng trước - sau can thiệp	60
2.6. CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ	61
2.6.1. Phương pháp đánh giá kiến thức về YHCT của CBYT và người dân .	61
2.6.2. Phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp.....	62
2.7. PHÂN TÍCH SỐ LIỆU.....	63

2.8. KHÔNG CHẾ SAI SỐ	63
2.9. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	64
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	65
3.1. THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC, HOẠT ĐỘNG VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI TUYẾN XÃ CỦA 03 TỈNH HÀ TĨNH, THỪA THIÊN HUẾ VÀ BÌNH ĐỊNH	65
3.1.1. Đặc điểm nguồn nhân lực là cán bộ y tế xã của 3 tỉnh nghiên cứu.....	65
3.1.2. Đặc điểm nguồn nhân lực là các thầy thuốc hành nghề YHCT tư nhân tại địa bàn nghiên cứu.....	74
3.1.3. Cơ sở vật chất, trang thiết bị và hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 27 TYT xã	78
3.1.4. Đặc điểm về hộ gia đình tại 03 tỉnh nghiên cứu	87
3.2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN SỬ DỤNG YHCT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ HỘ GIA ĐÌNH TỪ NĂM 2012 – 2014	101
3.2.1. Hiệu quả can thiệp cải thiện sử dụng YHCT tại TYT xã	101
3.2.2. Hiệu quả can thiệp về sử dụng YHCT của người dân	110
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	116
4.1. THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC, HOẠT ĐỘNG VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI 27 XÃ CỦA TỈNH HÀ TĨNH, THỪA THIÊN HUẾ VÀ BÌNH ĐỊNH NĂM 2010 - 2012	116
4.1.1. Đặc điểm nguồn nhân lực là cán bộ y tế xã của 3 tỉnh nghiên cứu	116
4.1.2. Đặc điểm về người hành nghề YHCT tư nhân trên địa bàn nghiên cứu.....	121
4.1.3. Cơ sở vật chất và hoạt động của 27 TYT nghiên cứu.....	122
4.1.4. Đặc điểm của người dân đại diện cho Hộ gia đình, hoặc đại diện người bệnh tại TYT tham gia trả lời phỏng vấn	127

4.2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN SỬ DỤNG YHCT TẠI TYT XÃ VÀ HỘ GIA ĐÌNH TỪ NĂM 2012 – 2014	136
4.2.1. Kết quả can thiệp đối với TYT xã	137
4.2.2. Kết quả can thiệp đối với người dân	144
4.2.3. Kinh nghiệm rút ra trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp tại 03 xã đại diện cho 03 tỉnh	147
4.2.4. Kết quả can thiệp đối với việc xây dựng văn bản quản lý nhà nước và các tài liệu chuyên môn về YHCT	149
4.2.5. Hạn chế của nghiên cứu	150
KẾT LUẬN	151
KHUYẾN NGHỊ	153
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Hoạt động YHCT tại trạm y tế xã	21
Bảng 1.2. Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT tại TYT xã	21
Bảng 3.1: Trình độ chuyên môn của cán bộ trạm y tế của 27 xã NC	66
Bảng 3.2: Sự phân công và bố trí đảm nhiệm công việc của CBYT tại 27 TYT xã của 03 tỉnh nghiên cứu	67
Bảng 3.3: Kiến thức về cây thuốc và bộ phận dùng làm thuốc của CBYT xã.....	68
Bảng 3.4: Kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ của cán bộ y tế xã.....	68
Bảng 3.5: Kiến thức về huyết vùng tay của cán bộ y tế xã.....	69
Bảng 3.6: Nhu cầu học thêm về YHCT của cán bộ y tế xã	70
Bảng 3.7: Quan điểm của CBYT xã về sử dụng YHCT tại tuyến y tế cơ sở.....	71
Bảng 3.8: Thực trạng về công tác tư vấn về YHCT tại tuyến y tế cơ sở	72
Bảng 3.9: Thực trạng sự hiểu biết về chính sách phát triển YDCT và các văn bản Quy phạm pháp luật (QPPL) có liên quan đến YDCT của CBYT xã	73
Bảng 3.10: Các hình thức tiếp cận với Chính sách phát triển YDCT và các văn bản QPPL có liên quan của CBYT xã (trong số có hiểu biết chính sách, câu hỏi có nhiều lựa chọn trả lời)	73
Bảng 3.11: Một số đặc điểm của thầy thuốc hành nghề YHCT tư nhân	74
Bảng 3.12: Mô tả một số đặc điểm về thời gian hành nghề, năm hành nghề YHCT tư nhân và các thông tin chi tiết khác thu được qua phỏng vấn	75
Bảng 3.13: Hoạt động khám chữa bệnh của thầy thuốc YHCT tư nhân	76
Bảng 3.14: Thực trạng về việc thanh, kiểm tra của các cơ quan chức năng đối với các cơ sở YHCT TN	77
Bảng 3.15: Cơ sở vật chất của trạm y tế của 27 xã nghiên cứu	78
Bảng 3.16: Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT của 27 TYT.....	80

Bảng 3.17: Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc YHCT tại 27 xã của 3 tỉnh	81
Bảng 3.18: Tỷ lệ người bệnh được sử dụng phương pháp không dùng thuốc trong số người bệnh đã được điều trị bằng YHCT tại 27 TYT của 03 tỉnh NC	82
Bảng 3.19: Hoạt động của TYT xã về sử dụng YHCT trong CSSK cộng đồng tại 27 xã nghiên cứu	83
Bảng 3.20: Tỷ lệ 10 chứng/bệnh thường được điều trị bằng YHCT/tổng số trường hợp bị bệnh tại 27 Trạm Y tế xã của 03 tỉnh NC.	84
Bảng 3.21: Những thông tin chung về đối tượng nghiên cứu là đại diện 2.855 hộ gia đình và người bệnh tại TYT trong địa bàn nghiên cứu.....	87
Bảng 3.22: Tình hình mắc bệnh của người dân trong 1 tháng qua	88
Bảng 3.23: Phương pháp điều trị khi người dân bị mắc bệnh	89
Bảng 3.24: Thực trạng người dân sử dụng YHCT tại cộng đồng	89
Bảng 3.25: Dạng thuốc YHCT người dân muốn sử dụng	90
Bảng 3.26: Địa điểm người dân lựa chọn khi quyết định sử dụng YHCT	91
Bảng 3.27: Lý do người dân lựa chọn địa điểm đến để được sử dụng YHCT.....	92
Bảng 3.28: Kiến thức về cây thuốc của người dân đại diện hộ gia đình.....	93
Bảng 3.29: Kiến thức của người dân về phương pháp chữa bệnh	93
Bảng 3.30: Tỷ lệ số hộ có trồng cây thuốc nam tại nhà	94
Bảng 3.31: Nhu cầu của người dân được khám chữa bệnh bằng YHCT	95
Bảng 3.32: Nhu cầu của người dân được truyền thông về sử dụng YHCT	96
Bảng 3.33: Ý kiến của người dân về khả năng đáp ứng việc khám chữa bệnh bằng YHCT tại TYT	97
Bảng 3.34: Người dân nhận định về công tác tuyên truyền, hướng dẫn của.....	98
Bảng 3.35: Lý do người dân không dùng YHCT để điều trị bệnh.....	99
Bảng 3.36: Hiệu quả can thiệp một số hoạt động về YHCT tại trạm y tế	101

Bảng 3.37: Số lượng các loại vị thuốc và chế phẩm YHCT có tại các trạm y tế nghiên cứu trước và sau can thiệp	102
Bảng 3.38. Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại các xã can thiệp và xã chứng trước và sau can thiệp	102
Bảng 3.39: Kiến thức về cây thuốc trước và sau can thiệp tại xã can thiệp và xã chứng của nhóm đối tượng đại diện cho CBYT	103
Bảng 3.40: Kiến thức về huyết vùng đầu mặt cổ trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng	104
Bảng 3.41: Kiến thức về huyết vùng lưng trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng	105
Bảng 3.42: Kiến thức về huyết vùng tay trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng	106
Bảng 3.43: Kiến thức về huyết vùng chân trước và sau can thiệp nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp và xã đối chứng	107
Bảng 3.44: Thay đổi điểm trung bình kỹ năng kê đơn và sử dụng các phương pháp không dùng thuốc của nhóm cán bộ y tế trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng	108
Bảng 3.45: Cải thiện kỹ năng tư vấn về sử dụng YHCT cho người dân của nhóm cán bộ y tế trước và sau can thiệp của xã can thiệp và xã chứng	108
Bảng 3.46: Tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong phòng và điều trị bệnh tại cộng đồng của các xã can thiệp và xã chứng so sánh trước và sau can thiệp	110
Bảng 3.47: So sánh kiến thức về YHCT của người dân tại xã can thiệp và xã chứng trước và sau can thiệp (tỷ lệ %).....	111

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1. Tỷ lệ người dân được chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng YHCT tại Châu Phi (Nguồn: Báo cáo của WHO, 8/2000)	5
Biểu đồ 1.2. Các quốc gia và khu vực Tây Thái Bình Dương có cơ quan chính phủ về YHCT, có quy định về thực hành YHCT và thuốc thảo dược	11
Biểu đồ 3.1: Độ tuổi cán bộ chuyên môn tại 27 TYT xã	65
Biểu đồ 3.2: Kiến thức về huyết vùng lưng của cán bộ y tế xã	69
Biểu đồ 3.3: Kiến thức về huyết vùng chân của cán bộ y tế	70
Biểu đồ 3.4. Địa chỉ người dân lựa chọn đến điều trị khi mắc bệnh	88
Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ người dân đã từng sử dụng phương pháp YHCT để phòng và chữa bệnh (câu hỏi có nhiều lựa chọn).....	90
Biểu đồ 3.6: Mục đích của người dân dùng thuốc YHCT	91
Biểu đồ 3.7: Kiến thức về chế phẩm YHCT trước và sau can thiệp của nhóm đối tượng đại diện cán bộ y tế của xã can thiệp	104
Biểu đồ 3.8: Kỹ năng thực hiện một số động tác xoa bóp, bấm huyệt trong chăm sóc sức khỏe của người dân các xã can thiệp.....	112

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Hệ thống quản lý hệ thống hành nghề YHCT tư nhân	16
Sơ đồ 1.2. Hệ thống khám chữa bệnh YHCT Nhà nước	17
Sơ đồ 1.3. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	41
Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu	45
Sơ đồ 2.2. Chọn mẫu nghiên cứu ngang	49
Sơ đồ 3.1. Một số nguyên nhân chủ yếu dẫn tới sự yếu kém của hoạt động YHCT tuyến xã	86